

# Enfermagem Agora

## Competências precoces na alimentação oral do Recém-Nascido Pré-Termo

### Estudo de pré-validação e determinação das competências na alimentação

**Cláudia Sofia Martins Madeira Nicolau**

Enfermeira, CHLN, Hospital Pulido Valente

**Lígia Cristina Cardoso Marques**

Enfermeira, CHLO – Hospital S. Francisco Xavier

**Sílvia Pinto Ramalho de Oliveira**

Enfermeira, Hospital D. Estefânia

**Maria Alice dos Santos Curado**

Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Calouste Gulbenkian

**João Maroco**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Instituto Universitário

#### Introdução

A importância dada ao nascimento prematuro tem vindo a aumentar gradualmente, visto comportar um risco inerente à vida dos Recém-Nascidos (RN's), devido à sua imaturidade multi-orgânica.

São várias as áreas de intervenção dos enfermeiros junto destas crianças e famílias. Uma das áreas que tem vindo a preocupar os enfermeiros, é a área da alimentação oral do recém-nascido pré-termo (RNPT) e da tomada de decisão para iniciar a alimentação. A reflexão das práticas permite dizer que a nível institucional, ainda não existe uma prática comum face às intervenções necessárias, relativamente à introdução da alimentação oral do RNPT.

Actualmente, existe uma maior preocupação em atender às necessidades específicas dos RNPT, face ao aumento da natalidade de RN's cada vez mais prematuros, e às consequências que advêm deste início de vida tão precoce. O RNPT é um RN

com menos de 37 semanas de gestação, independentemente do peso ao nascer (TAMEZ e SILVA, 2006).

A imaturidade geral de um RNPT encontra-se intimamente relacionada com a sua adaptação à vida extra-uterina, influenciando o desenvolvimento de capacidades que num RN de termo são inatas. Estas capacidades envolvem diversos sistemas orgânicos, tais como o respiratório, o gastrointestinal, o neurológico e o motor.

No que se refere ao desenvolvimento de competências motoras, estas correspondem a um conjunto de alterações e transformações no sistema nervoso e no corpo do RNPT, assim como à própria experiência em relação com o meio (ADOLPH cit. por THOYRE, 2005).

A neuromaturação do RNPT vai permitindo o desenvolvimento da capacidade para a alimentação oral através da aptidão para regular os níveis de oxigénio, para o desenvolvimento do estado de alerta, e desenvolvimento da força e organização do padrão da sucção. A alimentação

oral pode, também, ser influenciada por factores externos, tais como: a quantidade e a velocidade do fluxo do bólus alimentar, o impacto das sondas oro e nasogástricas durante o momento da alimentação, e o tipo de apoio e ajuda proporcionado pelos cuidadores durante a alimentação.

As competências para a alimentação oral têm sido, frequentemente, associadas à capacidade do RNPT para organizar e coordenar as funções motoras orais que permitam um consumo eficaz e suficiente de calorias para o crescimento e desenvolvimento. No entanto, estas competências são muito mais complexas, e não podem ser avaliadas apenas pela organização e coordenação motora. Envolve também a capacidade do RNPT para: (1) interessar-se e manter-se empenhado de uma forma fisiológica e comportamental nesta tarefa da alimentação (considerada por muitos um desafio), (2) organizar os movimentos relacionados com a motricidade oral (que permitem benefícios a nível funcional a longo prazo), (3) coordenar a respiração com a deglutição (para prevenir episódios prolongados de apneia ou aspiração de fluidos), e (4) regular a frequência e esforço respiratório para manter a estabilidade fisiológica (THOYRE, 2005).

Os avanços na área da prematuridade permitem a sobrevivência de bebés cada vez mais pequenos e imaturos, sendo que o ambiente em que estes bebés passam os primeiros dias, semanas ou meses de vida, é bastante diferente do ambiente intra-uterino. Existe a preocupação de atender às necessidades específicas destes RN's, dada a sua prematuridade e às consequências que daí advêm. Uma dessas necessidades é a alimentação oral, que se encontra alterada, não constituindo, assim, um comportamento inato como ocorre nos RN's de termo, que desde que nascem têm um contacto imediato com a alimentação oral, seja por aleitamento materno ou aleitamento artificial.

Tendo em conta a problemática anteriormente enunciada, surgiu o interesse de explorar esta área,

nomeadamente em relação à introdução da alimentação oral no RNPT. Através da pesquisa bibliográfica realizada foi possível compreender a diversidade de protocolos para a introdução da alimentação oral que existe nos serviços de cuidados intensivos neonatais, o que se reflecte em diferentes modos de actuação por parte dos enfermeiros face à alimentação destas crianças.

Deste modo, a necessidade de desenvolvimento de um instrumento de avaliação (que possa ser aplicado uniformemente em todos os serviços a nível nacional) e a possibilidade da sua implementação, torna-se um projecto importante para a prática diária dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, no acompanhamento da introdução da alimentação por via oral dos RNPT's.

Uma das finalidades deste trabalho (envolvido num projecto macro a nível nacional, para validação da escala EFS) assenta na sensibilização dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e terapeutas da fala) para a implementação do instrumento de avaliação EFS. Para tal, foi realizada a tradução da escala EFS e do manual de aplicação da mesma, assim como a organização e participação no Workshop "Competências Precoces na alimentação oral do RN prematuro".

O investimento nesta área poderá permitir a construção de alicerces para as intervenções junto do RNPT e família, assumindo um papel fundamental na autonomia e tomada de decisão do profissional de saúde. O objectivo deste estudo é compreender o conjunto de competências precoces dos RNPT's, tendo em conta a avaliação das suas capacidades para o processo de introdução da alimentação oral, e consequentemente a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do investimento e melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem nesta área. Para tal, foi utilizada uma escala de observação, a EFS, como instrumento de avaliação.

O instrumento de avaliação EFS, de Suzanne Thoyre, consiste numa

escala de observação composta por 3 grandes fases, divididas em 6 domínios, constituída por 37 itens. Assim, a EFS divide-se em 3 fases de avaliação:

- A primeira fase (A) corresponde igualmente ao primeiro domínio (1), e avalia a capacidade de preparação do RNPT para o iniciar a alimentação oral;
- A segunda fase (B) diz respeito a quatro domínios (domínio 2 a 5), pertencentes às competências evidenciadas pelo RNPT no decorrer da alimentação oral:

Domínio 2: Capacidade para se Manter Interessado na Mamada

Domínio 3: Capacidade para organizar o funcionamento Oro-Motor

Domínio 4: Capacidade para Coordenar a Deglutição

Domínio 5: Capacidade para Manter a Estabilidade Fisiológica

- Por fim, a última fase (C) corresponde também ao último domínio (Tolerância à alimentação oral - durante os primeiros cinco minutos após a alimentação). Este domínio avalia a capacidade do RNPT para tolerar a alimentação.

Este trabalho visa avaliar as diferentes capacidades (que correspondem aos domínios já referidos anteriormente) para o processo da introdução da alimentação, assim como verificar a relação entre a Idade Gestacional (IG), Idade Corrigida (IC), peso, acções de suporte e as diferentes capacidades, para a alimentação oral.

## Metodologia

Para a recolha de dados e realização do estudo foi necessária a autorização da comissão de ética do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), para as observações realizadas no Hospital de Santa Maria, e do Centro Hospitalar de Lisboa

Ocidental (CHLO) para as observações realizadas no Hospital de São Francisco Xavier.

As observações foram realizadas no período compreendido entre 14 de Maio e 6 de Junho de 2009. A sua realização teve como foco o número de observações e não a quantidade de RNPT's avaliados, sendo que o número de observações não foi igual para todos os sujeitos implicados.

As alimentações dos RNPT's obedeceram a intervalos de 3/3h, de acordo com as práticas e filosofia existente em ambos os serviços.

Em termos de investigação, associada à escala EFS, existe uma folha de cotações, proposta pela autora Suzanne Thoyre. Assim, para cada possibilidade de resposta de cada um dos itens da escala, é atribuído um valor numérico, que nos possibilita o tratamento estatístico dos dados.

Em cada um dos domínios da escala é classificado cada item e seguidamente é realizada a soma das cotações, obtendo-se um somatório para cada domínio, tendo em conta que a maior cotação corresponde à melhor classificação. É possível, também, obter um somatório final, através da soma do somatório de cada domínio. Segundo a folha de cotações de Thoyre, este somatório final pode variar entre 0 e 58, correspondendo este último valor a uma classificação muito satisfatória do RNPT, que nos revela que a criança apresenta capacidade para a alimentação oral.

Esta investigação corresponde a um estudo piloto, inserido no projecto alargado de validação e adaptação da escala EFS à população portuguesa. Este estudo é de carácter exploratório, visto não existir em Portugal, qualquer instrumento neste âmbito, validado para a população portuguesa, que constitua um suporte para as intervenções dos profissionais de saúde na introdução da alimentação oral no RNPT. Recorreu-se a uma abordagem quantitativa usando um instrumento estruturado de observação directa, permitindo a avaliação das competências do RNPT, para o início da alimentação oral, através da aplicação da EFS.

A análise e tratamento dos dados recolhidos, através da escala EFS,

foram realizados em computador, cujo sistema operativo suporta o Windows XP®. O programa utilizado para o tratamento de dados foi o SPSS 17. Em termos estatísticos, face ao problema a estudar, foi utilizada a análise descritiva e a análise inferencial. Em relação à análise descritiva, o parâmetro de tendência central utilizado foi a média, e os parâmetros de dispersão foram o desvio padrão, máximo e mínimo. De forma a relacionarmos os domínios com algumas variáveis recorremos à Regressão Linear e ao teste *t de Student*.

Para ser estudado o fenómeno proposto nesta investigação foram definidos alguns critérios de selecção dos RN's a observar, entre os quais: os RNPT's terem iniciado a alimentação entre as 32 e 37 semanas de Idade Corrigida (IC), e que se apresentassem fisiologicamente estáveis. A selecção da IC referida está associada ao facto de a coordenação entre reflexos, necessários a uma adequada alimentação oral, começar a emergir cerca das 32 semanas. O limite máximo imposto para a introdução da alimentação oral (37 semanas) pode ser justificado pelo aproximar à idade de termo, o que poderia influenciar os resultados. Para este estudo, um dos critérios foi também o RNPT estar a ser alimentado por tetina (não sendo necessário a exclusividade deste método de alimentação).

O número de unidades observacionais correspondeu ao universo das observações realizadas no período de tempo limitado em que ocorreu o estudo.

No decorrer do período de aplicação da escala EFS e da recolha de dados foi observado um total de 12 crianças nascidas prematuramente. Destas crianças, a maioria pertencia ao sexo feminino (9), sendo os restantes 3 do sexo masculino. A Idade IG dos recém-nascidos observados variou entre 25 e 36 semanas. A IC em que foram realizadas as observações variou entre 34 semanas e 37 semanas e 6 dias, sendo a média de 35 semanas e 4 dias e o desvio padrão de 1 semana e 5

dias. O peso dos RNPT observados, no momento de cada avaliação, oscilou entre 1539 g e 3370 g. Foram realizadas, no total, 50 observações aos RNPT's (N = 50), 22 das quais no HSFX e 28 no HSM.

## **Apresentação e discussão de resultados**

Tendo por base o instrumento de avaliação principal utilizado neste estudo – EFS, é possível, então, avaliar o RNPT durante o processo de alimentação oral.

### **Avaliação das capacidades dos RNPT para a alimentação oral através da cotação da escala EFS**

De seguida apresentamos os resultados obtidos, em primeiro lugar para cada domínio, e seguidamente para o conjunto de todos os domínios (somatório final). É de referir que o último domínio da escala EFS (Tolerância à alimentação oral) não pode ser classificado, uma vez que a natureza dos itens que o constituem é diferente (temos variáveis nominais e variáveis ordinais). A classificação do primeiro domínio, apesar de ser analisada, não entra para o somatório final, como será explicado de seguida.

No primeiro domínio, **Preparação para a alimentação oral**, a classificação obtida para todas as observações foi sempre “Sim”, o que corresponde a uma cotação individual de 1 para cada item, obtendo cada criança a cotação máxima **5** que permite iniciar a alimentação oral (a cotação neste domínio pode variar 0 e 5), mas os pressupostos da escala exigem cotação máxima para que a decisão de iniciar a alimentação seja sim. Em relação ao segundo domínio – **Capacidade para se manter interessado na mamada** – a cotação de um RN pode variar entre 0 e 9, uma vez que neste domínio temos três itens e três opções de resposta (em que a cotação máxima de cada item é 3). As cotações deste domínio apresentaram um Mín = **5** e um Máx = **9**, sendo a mediana de **9**, em que 58% das observações obtiverem

a máxima cotação possível, o que nos indica que na maioria das observações os RNPT's se mantiveram interessados na mamada.

O domínio seguinte (3) – **Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor** – apresenta sete itens, sendo 2 a cotação máxima de cada item. A cotação deste domínio varia, assim, entre 0 e 14, sendo que se verificou uma variação entre um Mín = **3** e um Máx = **14** nas cotações obtidas nas 50 observações. Obteve-se neste domínio uma mediana de **11**, compreendendo que existe uma maior percentagem de observações, com este domínio classificado no intervalo entre **9** e **14**, o que demonstra que de uma forma maioritária os RNPT's apresentaram algum grau de organização oro-motora. Nas observações realizadas, a maior percentagem correspondeu a uma cotação de **12**, o que vai de encontro ao que foi referido.

No quarto e próximo domínio – **Capacidade para coordenar a deglutição** – temos 6 itens, sendo 2 a cotação máxima de cada item, como no domínio anterior (excepto o último item, em que o valor máximo é 1). Face a este conjunto de itens a cotação do domínio pode variar entre 0 e 11. A cotação mínima obtida foi **5** (Mín.) e a máxima **11** (Máx.), sendo que para esta capacidade a mediana obtida foi de **9**. Verificou-se que em 20 % das observações foi obtida a cotação máxima (11), ou seja, os RNPT apresentaram, em 20% das vezes, uma capacidade adequada para coordenar a deglutição. No entanto, existem percentagens muito próximas nas diferentes cotações obtidas, sendo possível concluir que a capacidade para coordenar a deglutição apresentou alguma variação nas observações realizadas.

O último domínio analisado (5) – **Capacidade para manter a estabilidade fisiológica** – apresenta 12 itens, em que a cotação máxima de cada item é 2. A cotação total do domínio pode, então, variar entre 0 e 24. As cotações obtidas variaram entre um valor Mín. = **8** e um valor Máx. = **24**. A mediana para esta capacidade foi de **19**, sendo que a cotação de **21**

foi a que obteve a maior percentagem nas 50 observações (18%). Apenas uma das observações realizadas obteve a cotação máxima (**24**), correspondendo assim a 2% do total. Podemos verificar que a variação entre cotações foi elevada, o que apenas nos indica que a capacidade para manter a estabilidade fisiológica variou ao longo das observações realizadas.

Por fim, após análise de todos os domínios, foi realizado o somatório das cotações de cada domínio (dos quatro domínios que pertencem à fase 2 da escala EFS). O somatório final varia, assim, entre 0 e 58.

Como se pode verificar no Quadro 1 a cotação final de cada uma das observações variou entre **32** e **57**. O valor da mediana, a nível da cotação das 50, observações, mostra-nos um valor de **45**, correspondendo o mesmo a 12 % das observações. Acima da cotação de **50** existe uma

percentagem de 24% das observações, sendo esta cotação já significativa, tendo em conta o máximo valor possível. É possível verificar que não existiu nenhuma observação com a cotação total, ou seja, nenhum dos RNPT se apresentou totalmente competente na alimentação oral. No entanto, é possível verificar que existiu 1 observação com a cotação total de **57**, estando o RNPT observado num estágio de desenvolvimento avançado face às suas competências na alimentação oral (Quadro 1).

*Avaliação das capacidades do RNPT para a alimentação de acordo com a IG, IC e peso*

A análise das capacidades do RNPT, no decorrer da alimentação, pode ser influenciada por diversas variáveis.

As capacidades dos RNPT para a alimentação oral correspondem a

QUADRO 1  
Cotação final (e respectiva frequência e percentagem) das observações realizadas

Cotações	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
32,00	2	4,0
34,00	1	2,0
35,00	1	2,0
36,00	2	4,0
38,00	1	2,0
39,00	1	2,0
40,00	3	6,0
41,00	2	4,0
42,00	3	6,0
43,00	4	8,0
44,00	3	6,0
45,00	6	12,0
46,00	1	2,0
47,00	3	6,0
48,00	2	4,0
49,00	3	6,0
50,00	2	4,0
51,00	2	4,0
52,00	2	4,0
54,00	2	4,0
55,00	3	6,0
57,00	1	2,0
Total	50	100,0

diferentes conjuntos de itens, englobados em domínios. Na análise de dados, no último domínio, efectuamos a sua divisão em duas partes – Tolerância à alimentação (1) e Tolerância à alimentação (2) – uma vez que os itens presentes na primeira parte são variáveis de escala nominal e os da segunda parte são característicos da escala ordinal. Assim, foram separados, pois são alvo de uma análise divergente.

Nesta análise vamos estudar a relação existente entre cada capacidade e três dessas variáveis: IG, Idade Corrigida IC e Peso presente nas 50 observações. Tendo em conta as variáveis a serem utilizadas, fizemos sentido ter presentes a representação em percentagem de cada uma.

Assim no Gráfico 1, percebemos que das observações realizadas, a IG predominante foi de 27 semanas de gestação (30%), seguida das 32 semanas de gestação (26%). Este facto pode estar relacionado com um maior número de observações realizadas para alguns dos RNPT. O Gráfico 2 mostra-nos a percentagem das observações realizadas em relação a cada IC, sendo possível verificar que 30% das observações se realizou em RNPT que apresentavam nesse momento uma IC entre as 33 semanas e 5 dias e as 34 semanas. Podemos também verificar que as observações foram na sua maioria realizadas a RNPT com IC abaixo das 37 semanas de gestação.

O Gráfico 3 apresenta-nos a distribuição do peso (em gramas) dos RNPT's avaliados no momento de cada observação. Podemos verificar que a maioria dos RNPT's apresentou um peso entre as 1500 e 2000 gramas, no momento da observação (64%), sendo que a percentagem mais baixa a nível do peso correspondeu à classe de pesos correspondente ao intervalo de 3000 a 3500 gramas (8%).

A Regressão Linear Simples foi utilizada na análise estatística do nosso estudo para perceber a influência de três variáveis da amostra (IG, IC e Peso), em cada um dos domínios da escala EFS. Para esta análise foi

GRÁFICO 1  
Percentagens da IG dos Recém-Nascidos avaliados, de acordo com as 50 observações realizadas (N = 50)

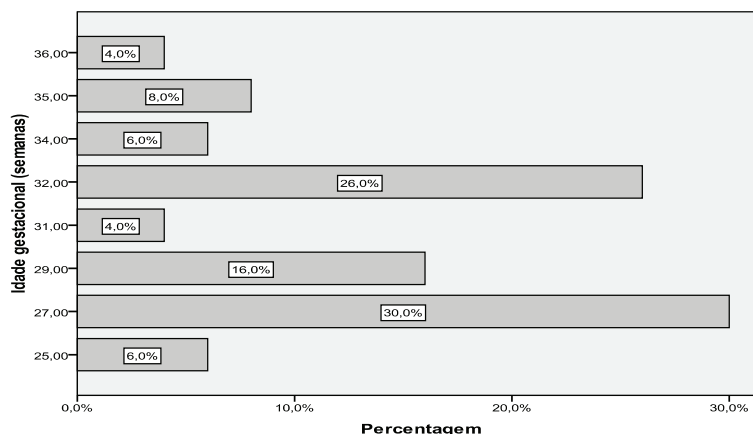


GRÁFICO 2  
Percentagens das observações realizadas, por IC dos Recém-Nascidos no momento de cada avaliação

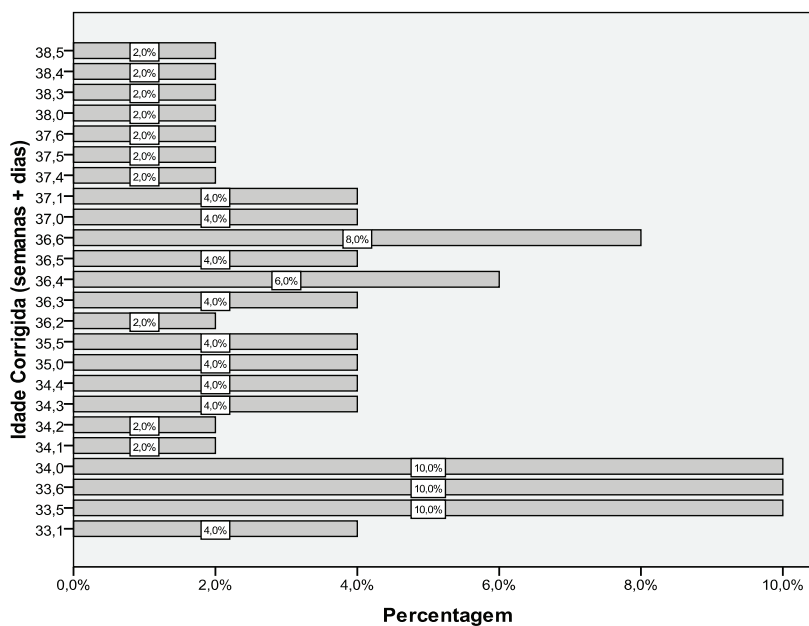
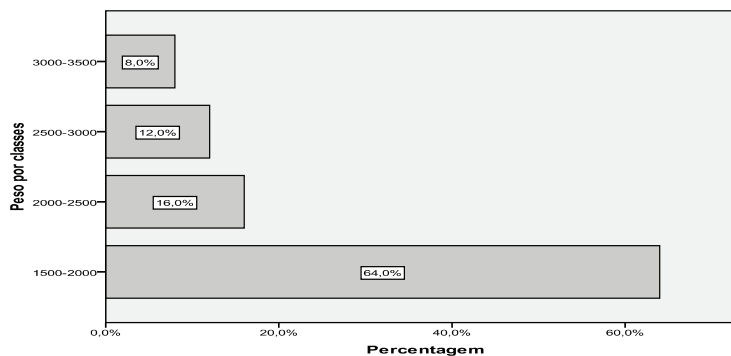


GRÁFICO 3  
Distribuição do Peso dos RNPT por classes



avaliada esta relação, através da significância, demonstrada pelo *p-value* ( $\rho$ ). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro ( $\alpha$ ) de 5%, ou seja, uma significância (demonstrada pelo *p-value*) de 0,05. Na nossa análise considerámos como variável dependente cada um dos domínios (Capacidades), e como variáveis independentes a IG, IC e Peso. A Regressão demonstrou a significância entre estas variáveis, tendo-se apenas obtido quatro valores significativos ( $\rho \leq 0,05$ ), conforme se pode verificar no Quadro 2. Assim, verifica-se que o peso tem influência na Capacidade de se manter interessado na mamada e na Capacidade em manter a estabilidade fisiológica, sendo que a IC tem influência na Capacidade de se manter interessado na mamada e na Capacidade em coordenar a deglutição.

### *Análise da relação entre as acções de suporte e as capacidades dos RNPT para a alimentação oral*

No nosso estudo, este teste (teste *t* de *Student* para amostras independentes) foi utilizado de forma a ser possível compreender a influência que as acções de suporte realizadas ao longo da alimentação do RNPT podem ter nas suas capacidades. Para esta análise foi tida em conta a significância, demonstrada pelo *p-value* ( $\rho$ ). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro ( $\alpha$ ) de 5%, ou seja, uma significância (demonstrada pelo *p-value*) de 0,05.

No Quadro seguinte (Quadro 3) apresentamos a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) das acções de suporte realizadas aos RNPT, durante as 50 observações. É possível verificar que a acção de suporte “Deixou

repousar a criança” foi a mais realizada (44%), sendo que a acção “Apoiou a base da língua” foi a menos realizada (2%). É importante referir que a acção de suporte “Tetina de baixo fluxo” nunca foi realizada, uma vez que nas UCIN’s onde decorreu a recolha de dados não existia este tipo de tetinas.

Através da utilização do *t* de *Student* foi realizada a análise da relação entre cada uma das acções de suporte e as cinco capacidades (domínios) do RNPT para a alimentação oral. Após análise dos resultados obtidos, e através da avaliação do *p-value*, verificámos que não existia significância para algumas das acções de suporte realizadas, ou seja, conseguimos perceber que estas intervenções não tiveram qualquer influência nas capacidades dos RNPT observados: tetina de baixo fluxo; regulou o fluxo; mobilizou o maxilar para cima e para baixo; rodou/virou a tetina para o incentivar a mamar; e apertou a tetina para o encorajar a chuchar.

Em relação à capacidade “Tolerância à alimentação oral” foi apenas considerada na análise a primeira parte (1), uma vez que os itens da segunda parte (2) não podem ser analisados da mesma forma, devido à sua natureza.

Após a análise dos resultados (apenas das acções de suporte que apresentaram significância, como já foi referido), comparámos os valores das médias das acções de suporte (média da realização e média da não realização) com os *p-value*, e apercebemo-nos que existia significância entre estas duas médias ( $\rho < \alpha = 0,05$ ). Este facto indica que estas médias são estatisticamente diferentes, o que nos diz que o acto de realizar uma acção de suporte tem uma influência diferente da não realização desta acção.

Verificou-se que a média obtida para a realização das acções de suporte foi sempre menor (excepto num caso) que a média da sua não realização. Desta forma, os valores indicam que nas observações efectuadas neste estudo, a não realização de acções de suporte influenciou

QUADRO 2

**Valores de significância ( $\rho$ ), na relação de cada Domínio da escala Early Feeding Skills com as variáveis Idade Gestacional (IG), Idade Corrigida (IC) e Peso dos sujeitos observados ( $*\rho \leq 0,05$ )**

Domínio	Variável	$\rho$
Capacidade para se manter interessado na mamada	IG	0,183
	IC	0,010*
	Peso	0,005*
Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor	IG	0,757
	IC	0,804
	Peso	0,391
Capacidade para coordenar a deglutição	IG	0,356
	IC	0,020*
	Peso	0,224
Capacidade para manter a estabilidade fisiológica	IG	0,735
	IC	0,670
	Peso	0,035*
Tolerância à alimentação oral (1)	IG	0,568
	IC	0,252
	Peso	0,324
Tolerância à alimentação oral (2)	IG	0,445
	IC	0,827
	Peso	0,673

QUADRO 3

**Percentagem e número de acções de suporte, nas 50 observações realizadas**

Acção de Suporte	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Reposicionamento	10	20,0
Deixou repousar a criança	22	44,0
Re-acordou a criança	9	18,0
Tetina de baixo fluxo	0	0
Regulou o fluxo	12	24,0
Apoiou o maxilar	9	18
Apoiou a base da língua	1	2,0
Apoiou as bochechas	3	6,0
Mobilizou o maxilar para cima e para baixo	0	0
Rodou/virou a tetina para o incentivar a mamar	9	18,0
Apertou as bochechas de forma rítmica	2	4,0
Apertou a tetina para encorajar a chuchar	3	6,0
Introduziu e retirou a tetina para estimular a mamar	9	18,0

positivamente as capacidades dos RNPT, em detrimento da realização das mesmas, pois os resultados demonstram que não teve uma influência positiva nas capacidades do RNPT para a alimentação.

Assim, a única excepção ocorreu na capacidade do RNPT para coordenar a deglutição, onde foi notória uma influência positiva por parte da acção de suporte "Apoiou as bochechas de forma rítmica", uma vez que apresenta uma significância ( $p$ ) de 0,05 e a média da realização desta intervenção ( $M = 11,00$ ) é superior à média da não realização da acção de suporte ( $M = 8,48$ ).

## Conclusões

No decorrer da elaboração deste trabalho (pela conjugação da pesquisa bibliográfica realizada com as observações efectuadas) percebemos que são muitos os factores que influenciam a introdução da alimentação oral no RN prematuro, desde a sua imaturidade multi-orgânica, passando pelo meio envolvente e características específicas de uma UCIN, até aos próprios cuidadores, e às práticas dos mesmos face à

prestação de cuidados relativamente à alimentação dos RNPT's.

Ao longo do estudo foram surgindo algumas limitações que constituíram obstáculos, principalmente no processamento e análise de dados.

Desta forma, o carácter exploratório com que este estudo foi realizado, tendo em conta a utilização de um novo instrumento (constituído por um grande número de itens), pode ter dificultado a componente empírica do trabalho. A escala EFS permite obter vários tipos de análise em termos estatísticos, pelo que inicialmente pode ter gerado alguma dispersão face ao problema a estudar, devido à multiplicidade de aspectos que podemos avaliar na capacidade para a alimentação oral do RNPT.

Outra limitação que pode ter influenciado os resultados foi a diversidade de observadores. O facto de não ter sido sempre a mesma pessoa a avaliar as crianças durante a alimentação pode originar diferentes percepções da mesma, devido à subjectividade da observação, como técnica de investigação. Assim, a classificação de cada item da escala, para cada observação, pode ser influenciada pela percepção indivi-

dual da pessoa que está a avaliar a criança. Para evitar este tipo de limitações terá que ser efectuado treino de observadores para haja o maior rigor na aplicação da escala EFS. Este treino será suportado por material didáctico (vídeos) e por momentos de observação directa dos RN's, nas UCIN's.

O número reduzido de crianças observadas (12), apesar de poder ser importante para a avaliação contínua da evolução alimentar de cada RNPT, pode ter influenciado os resultados obtidos. Isto deve-se ao facto de algumas das variáveis em estudo se manterem constantes ao longo do período de tempo das observações, tal como a IG. O número de observações realizadas ( $N = 50$ ), apesar de estatisticamente podermos considerar uma amostra grande para o problema em estudo, pode de igual modo ter sido reduzido (devido à complexidade do mesmo). Certamente, se a amostra fosse maior (tanto em número de crianças observadas, bem como no número de observações realizadas), seria possível uma análise estatística mais elaborada e com resultados mais significativos. Assim, em estudos posteriores, seria importante aumentar significativamente o número de observações (assim como o de RN's observados), para conseguir obter conclusões mais fidedignas.

Devido a este tipo de limitações foram necessários reajustamentos no tipo de análise estatística a efectuar. Inicialmente era pretendido recorrer apenas a procedimentos de análise descritiva, tal como a média, mediana e desvio padrão. No entanto, após tratamento dos dados com estes parâmetros, existiu a necessidade de recorrer também a parâmetros de análise inferencial (através de regressão linear e do teste  $t$  de Student), para complementar o estudo das capacidades dos RNPT's.

Face ao principal objectivo definido inicialmente nesta investigação, verificaram-se as seguintes conclusões:

- A análise realizada demonstrou os RN's se mantiveram interes-

sados na mamada. Verificou-se também que para esta capacidade existe influência da IC e do peso;

- Os RN's observados poderão encontrar-se num estágio em que começa a existir uma adequada coordenação oro-motora;
- Os RN's apresentaram uma adequada coordenação da deglutição em 20% das observações, apresentando, no entanto, uma variação entre as cotações, não se tornando significativo. Apenas a IC influencia esta capacidade, sendo que esta foi a única positivamente influenciada pela realização de uma acção de suporte (Apoiou as bochechas de forma rítmica);
- Face à capacidade de manter a estabilidade fisiológica existiu uma grande variação entre as cotações, sendo que apenas

uma das observações realizadas obteve a cotação máxima, não sendo significativo como resposta à questão. Constatámos que a variável peso pode ter influência no desenvolvimento da capacidade para manter a estabilidade fisiológica.

É ainda de referir, que a influência das acções de suporte no desenvolvimento das capacidades do RNPT para a alimentação, não foi evidente no nosso estudo, excepto para a intervenção já referida. Esta reduzida significância dos resultados obtidos poderá estar intimamente relacionada com as limitações já mencionadas.

Face ao exposto, é possível verificar que o projecto futuro de validação e adaptação da escala EFS à população portuguesa poderá ser uma grande contribuição para a melhoria da qualidade das interven-

ções de enfermagem nas UCIN's, sendo necessário ter em conta que, futuramente, esta escala será um instrumento composto por variáveis qualitativas, que poderá acompanhar mais de perto a evolução da alimentação dos RNPT's.

## Bibliografia

- FREITAS, Alice; [et al] – **Actuação no Micronato.** In: VALIDO, António Marques; [et al] – **Consensos Nacionais em Neonatologia, Secção de Neonatologia.** Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004. p. 17-23.
- MAROCO, João – **Análise Estatística com utilização do SPSS.** Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2.
- TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja – **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. ISBN 85-277-1147-8.
- THOYRE, Suzanne; [et al] - **Manual for Administration of The Early Feeding Skills Assessment (EFS).** (2007). Acessível através do contacto com a autora.
- THOYRE, Suzanne; [et al] – **The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants.** In: **NEONATAL NETWORK.** [s.l.]. Vol.24, nº3. (Maio/Junho 2005). p. 7-16.