

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 ao 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)

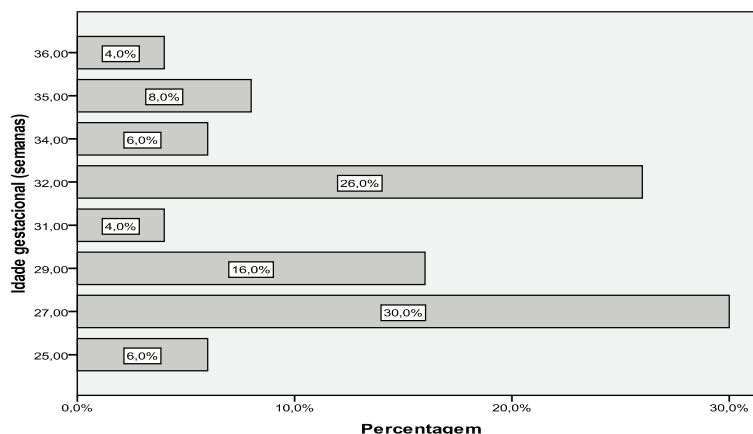


GRÁFICO 2
Percentagens das observações realizadas, por IC dos Recém-Nascidos no momento de cada avaliação

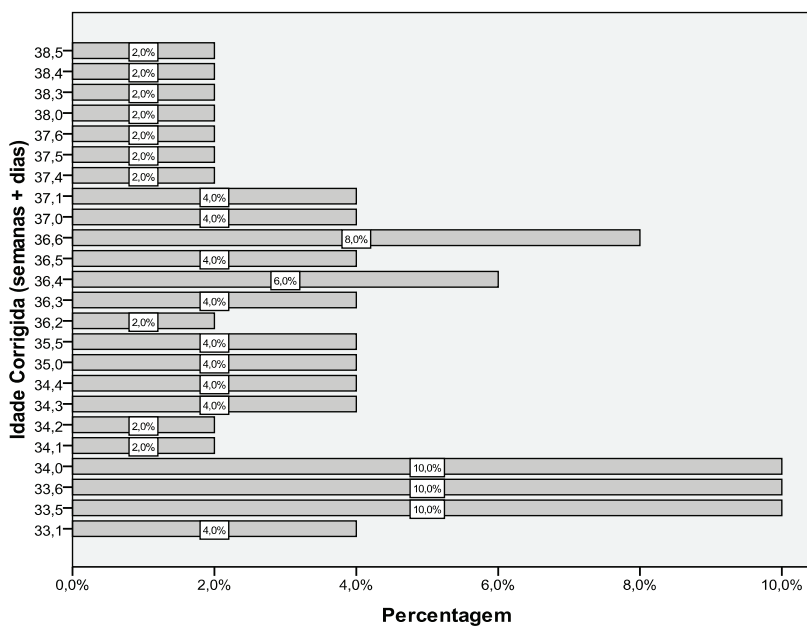
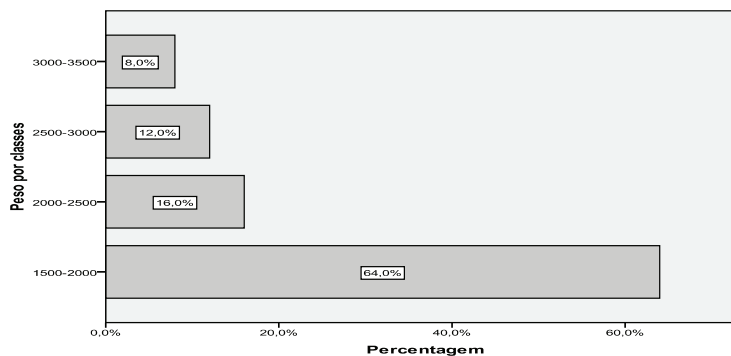


GRÁFICO 3
Distribuição do Peso dos RNPT por classes



avaliada esta relação, através da significância, demonstrada pelo *p-value* (ρ). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro (α) 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* (ρ). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro (α) 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 (ρ), 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	ρ
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.