



# Desempenho oromiofuncional na introdução alimentar de crianças prematuras acompanhadas em um ambulatório de *follow-up*

Oral myofunctional performance during food introduction to preterm infants followed up in an outpatient clinic

Desempeño oromiofuncional durante la introducción de la alimentación complementaria en lactantes prematuros atendidos en un ambulatorio de seguimiento

Ana Karina Lima Buriti<sup>1</sup>

Júlia Cândido Gonçalves<sup>2</sup>

Isabel Carolina da Silva Pinto Cavalcanti<sup>1</sup>

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar o desempenho oromiofuncional na introdução alimentar de crianças prematuras atendidas em um ambulatório de *follow-up*. **Método:** Estudo descritivo, observacional, transversal e quantitativo, com uma amostra de 45 crianças prematuras aos seis meses de idade gestacional corrigida. Utilizou-se o protocolo Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Expandido Lactentes (versão reduzida) para avaliar motricidade orofacial na introdução alimentar. Os critérios de inclusão foram: crianças prematuras, com seis meses de idade corrigida, que fizeram uso de sonda orogástrica, sem

<sup>1</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/Ebserh/UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Agradecimento: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) por meio do Programa de Iniciação Científica (PIC). Financiamento de bolsa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Contribuição dos autores:

AKLB: concepção do estudo; metodologia; coleta de dados; esboço do artigo; revisão crítica; orientação.

JCG: coleta de dados; esboço do artigo; revisão crítica.

ICSPC: esboço do artigo; revisão crítica.

Email para correspondência: [ana.buriti@ebserh.gov.br](mailto:ana.buriti@ebserh.gov.br)

Recebido: 24/10/2025

Aprovado: 21/01/2026



alterações neurológicas ou sindrômicas, permanência em unidade de terapia intensiva neonatal e uso de via de alimentação oral preservada. As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva e teste Exato de Fisher. **Resultados:** As crianças avaliadas apresentaram idade gestacional entre 27 e 36 semanas e um dia, com peso ao nascer de 435 g a 3160 g. A média de permanência de internação foi de 19 dias, e média de 25 dias de uso de sonda orogástrica após nascimento até o desmame para via oral de alimentação. Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis de idade gestacional, peso ao nascer, tempo de uso de sonda e tempo de internação em unidade de terapia intensiva neonatal com a avaliação oromiofuncional, embora o quantitativo de alterações tenha sido elevado em todos os grupos. **Conclusão:** Crianças avaliadas apresentaram elevada incidência de alterações motoras orais comprometendo o desempenho na introdução alimentar, independente das condições ao nascimento, evidenciando a necessidade de acompanhamento fonoaudiológico precoce e contínuo.

**Palavras-chave:** Alimentação complementar; Deglutição; Mastigação; Prematuro; Criança.

### Abstract

**Objective:** To evaluate oral myofunctional performance during the introduction of food to premature infants, followed up at an outpatient clinic. **Method:** Descriptive, observational, cross-sectional, quantitative study, conducted with 45 premature infants at 6 months of corrected gestational age. The study assessed orofacial motor skills during food introduction with the Orofacial Myofunctional Evaluation Protocol with Scores-extended (reduced version). Inclusion criteria were premature infants, 6 months of corrected age, who used an orogastric tube, without neurological or syndromic alterations, who stayed in a neonatal intensive care unit, with preserved oral feeding. Variables were analyzed using descriptive statistics and Fisher's Exact test. **Results:** The evaluated infants' gestational age ranged from 27 to 36 weeks and 1 day, and their birth weight ranged from 435 to 3160 g. The average length of hospital stay was 19 days, and the average length of orogastric tube use was 25 days after birth until weaning to oral feeding. Gestational age, birth weight, length of tube use, and length of stay in the neonatal intensive care unit were not statistically significantly associated with the oral myofunctional assessment, despite the high number of alterations in all groups. **Conclusion:** The children evaluated had a high incidence of oral motor alterations, compromising their performance during food introduction, regardless of their birth condition. This highlights the need for early and continuous speech-language-hearing follow-up.

**Keywords:** Complementary Feeding; Deglutition; Mastication; Premature Infant; Child.

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar las funciones alimentarias en niños prematuros atendidas en Centro de Salud de *Follow-up*. **Método:** Estudio descriptivo, Observacional y cuantitativo, con una muestra de 45 niños prematuros a los seis meses de edad gestacional corregida. Se utilizó el protocolo Evaluación Multifuncional Orofacial con Escalas Expandidas para Lactantes (versión reducida) para evaluar motricidades orofacial durante la introducción alimenticia. Los criterios de inclusión fueron: Niños prematuros, con seis meses de edad corregida, que hicieron uso de sonda orogástrica, sin alteración neurológica o con síndromes, permanencia en unidad de terapia intensiva neonatal y uso de vía alimenticia oral preservada. Las variables fueron analizadas por medio de estadísticas descriptivas y prueba exacta de Fisher. **Resultados:** Los niños evaluados presentaron edad gestacional entre 27 y 36 semanas y un día, con peso al nacer de 435 g a 3160 g. La media de permanencia de internación fue de 19 días, y media de 25 días de uso de sonda orogástrica después del nacimiento hasta el destete para vía oral de alimentación. No hubo asociación estadísticamente significativa entre las variables de edad gestacional, peso al nacer, tiempo de uso de sonda y tiempo de internación en la unidad de terapia intensiva neonatal con el rendimiento alimentario, aunque el quantitativo de alteraciones haya sido elevado en todos los grupos. **Conclusiones:** Niños evaluados presentaron elevada incidencia de alteraciones en la función y desempeño alimenticio independiente de las condiciones al nacimiento, destacando la necesidad de acompañamiento fonoaudiológico precoz y continuo.

**Palabras clave:** Alimentación complementar; Deglución; Masticación; Prematuro; Niños.

## Introdução

Os avanços científicos na área da neonatologia nas últimas décadas promoveram uma significativa transformação na prestação de cuidados aos recém-nascidos, resultando em um notável aumento na taxa de sobrevivência de crianças com histórico de prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações sérias. Contudo, à medida que bebês cada vez mais prematuros e menores conseguem sobreviver, surgem desafios relacionados às morbidades que essas crianças podem enfrentar durante o seu desenvolvimento<sup>1</sup>.

Os recém-nascidos prematuros são aqueles que nascem com menos de 37 semanas de idade gestacional. Eles são categorizados em quatro grupos de acordo com a OMS: prematuros extremos (abaixo de 28 semanas), muito prematuros (entre 28 a 31 semanas e 6 dias), prematuro moderado (de 32 a 33 semanas e seis dias) e prematuro tardio (entre 34 a 36 semanas)<sup>2</sup>. Essas crianças apresentam um maior risco de comprometimento no desenvolvimento global quando comparadas às nascidas a termo<sup>3</sup>.

As morbidades mais frequentemente observadas nestes casos incluem alterações neurológicas, cognitivas, linguísticas, auditivas, visuais e comportamentais<sup>1</sup>, além de dificuldades alimentares<sup>4</sup>. Diante desse contexto, a alimentação adequada do prematuro se torna um aspecto crucial para o seu desenvolvimento, pois não só favorece o crescimento saudável, mas também fortalece o vínculo entre o binômio, evidenciando sua importância biopsicossocial<sup>5</sup>.

O processo de alimentação do recém-nascido inicia com a indicação de aleitamento materno e na impossibilidade utiliza-se fórmula láctea modificada, recomendado ser exclusivo até os 6 meses, sem a necessidade de introduzir outros alimentos<sup>2</sup>. A partir do sexto mês, além do leite materno, outros alimentos devem fazer parte das refeições da criança, incluindo grupos alimentares variados, à base de alimentos in natura ou minimamente processados, sem adição de alimentos processados. A escolha dos alimentos é fundamental para proporcionar uma alimentação adequada e saudável, além de contribuir para a formação de bons hábitos alimentares, visto que é nos primeiros anos de vida que eles se iniciam<sup>6</sup>.

Aos seis meses de vida espera-se que a criança já tenha desenvolvido os reflexos necessários para a deglutição, como a redução da protrusão de

língua, o desejo visual pelo alimento, sustentação da cabeça e controle de tronco, o que facilita a pega do alimento por colher, além disso, tem-se o início da erupção das decíduas, o que facilita na mastigação. Com isso, a criança desenvolve ainda mais o paladar e, começa a estabelecer preferências alimentares, por isso, existe a idade oportuna da introdução alimentar<sup>6,7</sup>.

Dessa forma, o Ministério da Saúde<sup>6</sup> destacou a importância da introdução alimentar complementar em crianças prematuras com seis meses de idade gestacional corrigida (IGC) para garantir a maturação neurológica, do sistema cardíaco, respiratório, gastrointestinal, pois na ausência dessa maturidade, há uma dificuldade de absorção e digestão de nutrientes. Dessa forma, a IGC garante o tempo do desenvolvimento dos sinais de prontidão, das habilidades orais e sensoriais para uma oferta segura de qualquer risco de broncoaspiração com adequada coordenação da mastigação, deglutição e respiração<sup>7</sup>.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho oromiofuncional na introdução alimentar de crianças prematuras, correlacionando com o grau de prematuridade, peso, tempo de uso de sonda e internação ao nascer.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, analítica, observacional, transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi conduzida em um ambulatório de seguimento de recém-nascidos de risco e alto risco, denominado *follow-up* no Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Ebserh.

Antes de iniciar a pesquisa, ocorreu a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos deste Hospital, da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer nº 6.293.052.

A amostra deste estudo foi constituída por 45 crianças prematuras, aos seis meses de idade gestacional corrigida.

Para obter as informações do critério de inclusão, foi necessário, previamente, aplicar um questionário de anamnese para investigar os dados sobre identificação, gestação, fatores de risco, intercorrências no parto, tempo de permanência em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), estado de saúde em geral e queixas da mãe quanto à amamentação, linguagem ou audição.

As crianças incluídas nesta pesquisa apresentaram os seguintes critérios de inclusão: prematuridade, ausência de alterações neurológicas ou sindrômicas, uso prévio de sonda orogástrica após o nascimento, permanência em UTIN e uso de via de alimentação oral preservada.

Para classificação do peso ao nascer utilizou-se a orientação do Ministério da Saúde<sup>8</sup>, que classifica o peso como: Normal, igual ou maior a 2500 g; Baixo Peso (BP) 1500-2499 g; Muito baixo peso (MBP) 1000-1499 g e Extremo baixo peso (EBP) menores de 999 g.

Os responsáveis pelas crianças que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), sendo filmados no momento da avaliação para posterior análise e anotações na ficha do Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores Expandido: AMIOFE-E LACTENTES (6-24 MESES)<sup>9</sup> onde se avaliou a motricidade orofacial durante o teste da introdução alimentar aos 6 meses de idade corrigida.

O protocolo AMIOFE-E Lactentes foi aplicado na versão reduzida conforme a faixa etária da amostra, que analisa as características e comportamentos orofaciais, com mensuração a partir da observação direta. Essa observação foi feita em uma única consulta por um avaliador fonoaudiólogo responsável pelo serviço e uma graduanda de fonoaudiologia que acompanhou os atendimentos, e em seguida ambos analisaram a filmagem feita no ato da avaliação. O protocolo foi aplicado previamente na rotina do ambulatório sendo observado as fragilidades para aplicação na população estudada, garantindo a confiabilidade do teste.

Para análise dos resultados, foi atribuída uma pontuação/escore em uma escala de nível ordinal, em que os números 4, 3, 2, 1 corresponderam aos termos de normal, alteração leve, moderada e

severa, respectivamente. Ao avaliar o comportamento dos lábios, deve-se interpretar “Vedam ou vedam parcialmente a cavidade oral sem aparentar esforço” como normal, “Vedam a cavidade oral com contração acentuada” como alteração leve, “Vedam a cavidade oral com contração reduzida” como alteração moderada e “Não vedam a cavidade oral (não cumpre a função)” como alteração severa.

Em alguns itens do protocolo a escala de quatro não foi seguida, como: “eficiência da deglutição”, para os quais a escala foi de três pontos. Os itens “outros comportamentos e sinais de alteração” durante a deglutição e a mastigação possuem escalas dicotômicas, assinalando presente (1) e ausente (2). Os resultados foram somados aos outros escores atribuídos nessas funções.

As autoras deste estudo consideraram como resultado alterado quando a criança avaliada apresentou quatro itens alterados, tendo em vista que o protocolo utilizado ainda não estabelece um ponto de corte definido.

Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis discretas e das medidas média, desvio padrão (média  $\pm$  DP) e mediana para as variáveis numéricas. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Exato de Fisher. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

## Resultados

A população deste estudo foi composta por 45 crianças, sendo 24 do sexo feminino e 21 do sexo masculino.

A Tabela 1 apresenta os dados descritivos da caracterização clínica da amostra do estudo, quanto às variáveis gestacionais, do parto e do período da internação hospitalar.

**Tabela 1.** Caracterização clínica da amostra do estudo (N=45).

Variável	n (%)
<b>Total</b>	<b>45 (100,0)</b>
<b>Riscos Gestacionais<sup>1</sup></b>	
Hipertensão	13 (28,8)
Diabetes	13 (28,8)
Deslocamento de placenta	4 (8,9)
Infecção urinária	8 (17,7)
Citomegalovírus	1 (2,2)
Incompetência cervical	2 (4,4)
Anemia	3 (6,7)
Câncer, HIV/Aids, Febre reumática, Encurtamento do colo do útero, Hemorragia, Consanguinidade, Rubéola, Sífilis, Ruptura Uterina <sup>2</sup>	15 (33,3)
<b>Parto</b>	
Cesariano	36 (80)
Normal	9 (20)
<b>Sexo</b>	
Masculino	21 (46,7)
Feminino	24 (53,3)
<b>Idade gestacional</b>	
Prematuros extremos (abaixo de 28 semanas)	2 (4,4)
Muito prematuro (entre 28 e 31 semanas e 6 dias)	17 (37,8)
Prematuro moderado (32 a 33 semanas e 6 dias)	8 (17,8)
Prematuro tardio (34 a 36 semanas e 6 dias)	18 (40,0)
<b>Peso ao nascer (g)</b>	
Até 999 (EBP)	5 (11,1)
1000 a 1499 (MBP)	13 (28,9)
1500 a 2499 (BP)	17 (37,8)
2500 ou mais (Normal)	10 (22,2)
<b>Tempo de UTI (dias)</b>	
Até 6	13 (28,9)
7 a 19	21 (46,7)
20 ou mais	11 (24,4)
<b>Tempo de sonda (dias)</b>	
Até 7	12 (26,7)
8 ou mais	33 (73,3)

(1): houve amostra com mais de uma ocorrência, totalizando um número maior que o quantitativo da amostra; (2) houve apenas uma ocorrência em cada criança para cada risco; (3) EBP: extremo baixo peso, MBP: muito baixo peso, BP: baixo peso

A idade gestacional (IG) ao nascer das crianças avaliadas variou de 27 semanas a 36 semanas e quatro dias. As principais condições gestacionais de risco foram a hipertensão e a diabetes gestacional.

O peso ao nascer variou de 435 g a 3900 g, com média de 1776 g. O tempo de permanência

em UTIN foi uma média de 17 dias. Todas as crianças fizeram uso de sonda orogástrica (SOG) para se alimentar nos primeiros dias de vida, com um tempo médio de 23 dias.

A Tabela 2 descreve os dados clínicos prévios ao teste da introdução alimentar.

**Tabela 2.** Dados alimentares das crianças aos 6 meses de idade gestacional corrigida (N=45).

Variável	n (%)
<b>Total</b>	<b>45 (100,0)</b>
<b>Alimentação prévia</b>	
Seio materno exclusivo	9 (20)
Seio materno + leite materno ordenhado	1(2,2)
Seio materno + Fórmula	11 (24,4)
Fórmula	23 (51,1)
Uso de farináceo	1 (2,2)
<b>Sinais de prontidão<sup>1</sup></b>	
Presença de Interesse pelo alimento	32 (71,7)
Presença de sustentação de cervical	43 (95,5)
Presença de controle de tronco	21 (46,6)
Ausência de protrusão de língua	3 (6,6)
<b>Hábitos deletérios<sup>1</sup></b>	
Chupeta	25 (55,5)
Sucção Digital	1 (2,2)
Mamadeira	36 (80)
Nega	8 (17,8)

(1) houve amostra com mais de uma ocorrência, totalizando um número maior que o quantitativo da amostra.

Em relação ao tipo de alimentação prévia à introdução alimentar, observou-se a ocorrência de desmame precoce em 36 (80%) da amostra avaliada. Concomitante a esta informação, 37 (82,2%) mães das crianças estudadas relataram algum hábito deletério, como uso de chupeta, mamadeira e/ou sucção digital

Em relação aos sinais de prontidão, apesar de

na grande maioria 43 (95,5%) ter sido observado presença de sustentação cervical, o controle de tronco esteve ausente em mais da metade (53,3%) das crianças avaliadas (24).

Na Tabela 3, foram descritos os padrões orais bem como os sinais de alteração identificados por meio da versão reduzida do AMIOFE-E Lactentes<sup>9</sup>, durante o teste da introdução alimentar.

**Tabela 3.** Descrição da avaliação oromiofuncional da amostra na fase da introdução alimentar (N=45).

Variável	n (%)
<b>Total</b>	<b>45 (100,0)</b>
<b>Comportamento dos lábios</b>	
Vedam ou vedam parcialmente a cavidade oral sem aparentar esforço	27 (60)
Vedam a cavidade oral com contração acentuada	10 (22,2)
Vedam a cavidade oral com contração reduzida	6 (13,3)
Não vedam a cavidade oral	2 (4,4)
<b>Comportamento da língua</b>	
Normal	26 (57,8)
Alteração leve	11 (24,4)
Alteração moderada	2 (4,4)
Alteração severa	6 (13,3)
<b>Sinais de alteração<sup>1</sup></b>	
Movimento de cabeça ou outras partes do corpo	5 (11,1)
Resíduos em cavidade oral	12 (26,7)
Escape do alimento	9 (20)
<b>Tensão na musculatura facial</b>	
Presença de reflexo GAG de maneira exacerbada	10 (22,2)
Tosse	4 (8,9)
<b>Deglutição</b>	
Não repete, ou apenas uma deglutição repetida do mesmo bolo	25 (55,6)
Duas repetições	4 (8,9)
Deglutições múltiplas (três ou mais repetições)	16 (35,6)

(1) houve amostra com mais de uma ocorrência, totalizando um número maior que o quantitativo da amostra.

Das crianças avaliadas, 15 (44,1%) apresentaram algum grau de alteração no vedamento da cavidade oral, e 13 (38,2%) alguma alteração no comportamento da língua.

A Tabela 4 descreve a avaliação miofuncional das crianças associando aos graus de prematuridade, peso ao nascer, tempo de uso de SOG e tempo de internação na UTIN.

**Tabela 4.** Avaliação oromiofuncional segundo as variáveis tempo de sonda orogástrica, tempo de unidade de terapia intensiva neonatal, peso ao nascer e idade gestacional das crianças do estudo (n=45).

Variável	Avaliação oromiofuncional			Valor p
	Alterado n (%)	Inalterado n (%)	Total n (%)	
Grupo total	37 (82,2)	8 (17,8)	45 (100,0)	
<b>Tempo de sonda (dias)</b>				$p^{(1)} = 0,661$
Até 7	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (100,0)	
8 ou mais	28 (84,8)	5 (15,2)	33 (100,0)	
<b>Tempo de UTI (dias)</b>				$p^{(1)} = 0,615$
Até 6	11 (84,6)	2 (15,4)	13 (100,0)	
7 a 19	18 (85,7)	3 (14,3)	21 (100,0)	
20 ou mais	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100,0)	
<b>Peso ao nascer (g)</b>				$p^{(1)} = 1,000$
Até 999 (EBP)	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100,0)	
1000 a 1499 (MBP)	11 (84,6)	2 (15,4)	13 (100,0)	
1500 a 2499 (BP)	14 (82,4)	3 (17,6)	17 (100,0)	
2500 ou mais (Normal)	8 (80,0)	2 (20,0)	10 (100,0)	
<b>Idade gestacional</b>				$p^{(1)} = 0,558$
Prematuros extremos	2 (100,0)	-	2 (100,0)	
Muito prematuro	13 (76,5)	4 (23,5)	17 (100,0)	
Prematuro moderado	8 (100,0)	-	8 (100,0)	
Prematuro tardio	14 (77,8)	4 (22,2)	18 (100,0)	

Legenda: IG: idade gestacional; SOG: Sonda Orogástrica; UTIN: unidade de terapia intensiva neonatal; EBP: extremo baixo peso; MBP: muito baixo peso; BP: baixo peso.  
(1) Teste Exato de Fisher.

Não foi observado associação significativa entre o desempenho oromiofuncional e as variáveis analisadas. No entanto, observou-se quantitativamente, um número elevado de resultados alterados em todas as variáveis. As frequências de alteração oromiofuncionais foram observadas em 28 (84,8%) crianças com o uso de SOG por mais que oito dias; em 18 (85,7%) crianças com tempo de internamento entre sete e 19 dias; 14 (82,4%) das crianças com baixo peso; e, em relação à prematuridade, observou-se uma maior incidência de prematuros tardios, 14 (77,8%), com alteração no desempenho oromiofuncional.

## Discussão

A determinação do período ideal para a introdução alimentar (IA) constitui um tema de ampla

discussão no cenário pediátrico, com posicionamentos diversos entre as autoridades em nutrição infantil, uma vez que, instituições especializadas estabeleceram parâmetros distintos baseados em critérios específicos.

Estudo<sup>10</sup> sugeriu a introdução de sólidos a partir do terceiro mês de idade gestacional, fundamentando-se na aquisição de habilidades motoras precoces, no entanto, destacou que pode ser inseguro para prematuros. Já a Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica (ESPGHAN) recomendou a IA a partir do quarto mês de IGC a depender do caso<sup>11</sup>. Em contraste, as sociedades italianas de neonatologia, pediatria e gastroenterologia pediátrica adotam uma abordagem multifatorial, propondo a introdução entre o quinto e oitavo mês de idade cronológica, com base no desenvolvimento neuromotor, na maturação do paladar e na

prontidão para aceitação de texturas alimentares<sup>12</sup>. A Organização Mundial da Saúde<sup>13</sup> recomendou a introdução de alimentos complementares a partir dos seis meses de idade cronológica, mantendo o aleitamento materno até os 24 meses, como padrão ouro para a alimentação infantil, sendo essa a fonte seguida no Brasil.

Entretanto, por se tratar de prematuros, compreende-se que o início da alimentação complementar dependerá de sua maturidade sistêmica, portanto é utilizada a idade gestacional corrigida como parâmetro<sup>14</sup>, embora outros fatores como a coordenação entre as funções de mastigação, deglutição e respiração também tenham que ser considerados para garantir a eficiência e segurança desse processo<sup>7,15</sup>.

A introdução precoce de alimentos complementares, antes da idade corrigida, pode reduzir a duração do aleitamento materno, aumentar o risco de distúrbios nutricionais (obesidade e desnutrição), anemias, carências (ferro e vitamina A), intolerâncias e alergias alimentares, além de outras complicações<sup>16</sup>.

Em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo, apenas 20% das crianças faziam uso de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade corrigida (Tabela 2), sendo esse resultado muito abaixo do mencionado pela literatura<sup>17</sup> que demonstrou uma prevalência de 45,8% em uso de aleitamento materno exclusivo nesse período antes da introdução alimentar.

Diversos estudos<sup>18-20</sup> indicaram que a oferta do aleitamento materno exclusivo com a introdução alimentar aos seis meses de idade corrigida, apresentou uma menor tendência à recusa alimentar quando esse período é respeitado.

Trofino e colaboradores<sup>19</sup> observaram uma maior proporção de crianças prematuras com sinais de dificuldades alimentares, destacando que podem apresentar 3,6 vezes mais chances de desenvolver sinais de dificuldades alimentares do que crianças nascidas a termo, o que corrobora com o atual estudo, visto que, foi observado que a maioria das crianças apresentou sinais de alterações durante a alimentação.

Pesquisa<sup>21</sup> que realizou uma triagem por questionário na percepção dos pais de crianças prematuras, destacou um percentual de 73,7% com relato de crianças com pelo menos um comportamento defensivo durante as refeições, sendo o de maior frequência, a recusa de abrir a boca (42,1%), segui-

do da seletividade alimentar (28,9%) e a recusa de alimentação (26,3%). O item de recusa alimentar (44,4%) teve maior associação com aleitamento artificial ( $p = 0,033$ ). O estudo<sup>21</sup> referiu que a alimentação prévia com fórmula aumenta em 41% as chances das crianças apresentarem dificuldades na alimentação complementar em comparação ao aleitamento materno exclusivo e à alimentação mista.

Dessa forma, o aleitamento materno deve ser um incentivador para a promoção de uma introdução alimentar segura e saudável, apesar de haver muita variação na idade de início das primeiras ofertas do alimento complementar. Em se tratando de prematuridade, a atenção deve ser maior, pois outras relações podem estar presentes.

É importante destacar que marcos do desenvolvimento motor como sustentar a cabeça, sentar-se e levar a mão à boca, são importantes para o desenvolvimento do processo de alimentação<sup>22</sup>. De acordo com estudo<sup>23</sup> esses fatores preditores para a introdução da alimentação complementar em recém-nascidos prematuros são significativamente influenciados pela idade gestacional.

Nesta pesquisa, observou-se que a maioria não apresentou algum sinal de prontidão alimentar, podendo ser afirmado a imaturidade no desenvolvimento motor aos seis meses de idade gestacional corrigida, e com isso pode haver uma maior tendência ao risco de ineficiência para o desempenho alimentar de crianças prematuras.

Apesar de ser descrito na literatura<sup>24</sup> que a prontidão para a alimentação oral melhora naturalmente com o amadurecimento dos bebês prematuros, a implementação de um programa de estimulação oral tende a acelerar significativamente esse processo, promovendo uma preparação mais rápida para a alimentação oral.

Na avaliação dos recém-nascidos prematuros deste estudo, foram identificadas alterações na estrutura oral e funcional, que impactaram diretamente na fase da introdução alimentar (Tabela 3), demonstrado pelas seguintes características: inadequação do vedamento labial, mobilidade de língua alterada, ausência no controle de tronco, escape do alimento, tensão muscular e ineficiência na deglutição. Esses achados evidenciam como a imaturidade motora orofacial, frequentemente observada em prematuros, pode comprometer a postura e o controle neuromuscular necessários para uma alimentação segura e eficaz<sup>25</sup>.

Além disso, sabe-se que o recém-nascido prematuro pode ter sido exposto a estímulos sensoriais nocivos, como intubação orotraqueal, aspiração de vias aéreas superiores e tempo prolongado do uso de sonda, como via alternativa de alimentação. Devido a esses fatores, a introdução da alimentação por via oral ocorreu tardiamente, podendo levar a prejuízos nas habilidades orais, sugestivas de alterações na fase da introdução alimentar<sup>27,28</sup>.

Outro estudo<sup>26</sup> investigou crianças pré-termo e as subdividiu em dois grupos, onde ambos apresentaram queixas de dificuldades alimentares, identificadas pelas alterações nos aspectos sensório-motores da alimentação. Porém, o grupo de prematuros nascidos com mais de 32 semanas apresentou menor incidência de desconforto durante a ingesta alimentar, comparado ao grupo com menos de 32 semanas, que apresentou maiores frequências de alterações oromotoras da alimentação, para as consistências pastosas e sólidas, além de alterações no vedamento labial durante a deglutição e sinais sugestivos de penetração ou aspiração laríngea. Esses dados corroboram com o presente estudo que também verificou alterações no vedamento labial e deglutição ineficiente (Tabela 3).

Além disso, o presente estudo observou um elevado percentual de resultados alterados no desempenho oromiofuncional das crianças que foram internadas em UTIN, por mais de sete dias, sugerindo que o tempo de hospitalização pode estar associado à maior ocorrência de disfunções orais, podendo ser justificada pelo déficit de estimulação sensorial no período crítico de desenvolvimento<sup>29</sup>. Pires et al.<sup>23</sup> identificaram uma correlação direta entre o prolongado período de internação hospitalar e o atraso na introdução de alimentos complementares, especialmente sólidos e pastosos, em crianças prematuras.

Os sinais de alterações dos padrões orais observados nas crianças avaliadas como: presença de reflexo de GAG exacerbado, escape do alimento, tosse e resíduo em cavidade oral são considerados aspectos importantes a serem observados, pois interferem na habilidade sensorial da cavidade oral para um adequado desempenho alimentar. Contudo, foi observado um número elevado de prematuros com alteração oromiofuncional, independentemente da idade gestacional, que pode ter sido provocada pelos estímulos sensoriais nocivos ao nascimento.

A Tabela 4 demonstrou que as crianças prematuras nas quatro classificações de prematuridade e

diferentes pesos ao nascer apresentaram alteração oromiofuncional com percentuais elevados, porém, não foi observada associação significativa entre a prematuridade, o peso e a avaliação.

No que diz respeito ao peso ao nascer, as crianças apresentaram uma variação de percentual de 80% a 90%, entre os grupos de prematuros, de alteração oromiofuncional, mesmo com variações no peso, evidenciando que o risco permaneceu elevado mesmo entre os prematuros com peso relativamente maior. Portanto, o peso não apresentou associação significativa ( $p=1,000$ ) com a avaliação, mas apresentou um elevado percentual de alterações nas funções alimentares em prematuros de baixo peso (Tabela 4). Esse resultado pode ter sinais de alerta importantes, indicando possíveis problemas de saúde ou desenvolvimento em fases do desenvolvimento infantil, como demonstrado pela Organização Mundial da Saúde<sup>13</sup>, que destacou as dificuldades alimentares não só pela prematuridade, mas por outros problemas como baixo peso ao nascer e desconfortos gastrointestinais.

Autores<sup>30</sup> observaram que quanto menor o tempo de alimentação por sonda associado à intervenção (estimulação precoce), melhor o desempenho alimentar, e que a prematuridade, atrasos no desenvolvimento e a estimulação precoce, impactam diretamente no desempenho alimentar, o que é relacionado com a avaliação de estrutura e função oral na população desse estudo, uma vez que elas estando alteradas, alteram o desempenho oromiofuncional na fase da introdução alimentar.

Quanto à prematuridade, o presente estudo evidenciou que independentemente da idade gestacional das crianças, foi observado uma elevada incidência de resultados alterados em todos os grupos do estudo. Corroborando com os estudos<sup>20,27</sup> que observaram maior percentual de dificuldades alimentares em crianças com histórico de prematuridade do que naquelas nascidas a termo, e que essas dificuldades podem ocorrer durante o processo de introdução da alimentação complementar<sup>19</sup>.

Dessa forma, torna-se evidente a importância de programas de cuidado continuado para crianças prematuras, com ênfase na avaliação sistemática das habilidades alimentares e na implementação de práticas baseadas em evidências para promover o desenvolvimento alimentar adequado. Esses esforços são fundamentais para melhorar a qualidade de

vida e minimizar os riscos de comprometimentos a longo prazo.

Portanto, a avaliação direta do profissional conforme foi realizado no presente estudo fez desta uma pesquisa com maior evidência científica, ao contrário de alguns estudos<sup>19-22</sup> que utilizaram como método de pesquisa uma triagem por questionários baseados na percepção dos pais.

O presente estudo demonstrou a importância do seguimento ambulatorial do *Follow-up* nessa população, sendo sugerido para estudos futuros uma amostragem maior, pois acredita-se que a pequena amostra deste estudo limitou uma associação estatística entre as variáveis. No entanto, foi possível demonstrar a importância do acompanhamento do fonoaudiólogo em avaliar e orientar a família na primeira oferta alimentar complementar da criança, pois inúmeros fatores de risco podem gerar inseguranças aos familiares e responsáveis para a introdução alimentar, dificultando em todo o processo alimentar da criança no decorrer da primeira infância.

## Conclusão

Este estudo evidenciou por avaliação direta que crianças prematuras, mesmo quando clinicamente estáveis aos seis meses de idade gestacional corrigida, apresentam alta incidência de alterações oromiofuncionais, independentemente da idade gestacional, peso ao nascer, tempo de uso de sonda ou de internação em UTIN, o que reforça o caráter multifatorial das dificuldades alimentares em prematuros.

Os achados apontam para a importância de avaliações precoces, diretas e criteriosas, que identifiquem sinais de risco para alterações no desempenho oromiofuncional na fase da introdução alimentar aos seis meses de idade gestacional corrigida, reforçando a relevância clínica da intervenção fonoaudiológica nesse período do desenvolvimento, com valorização do profissional na equipe multiprofissional de uma ambulatório de *follow-up*, para auxiliar o desenvolvimento oromiofuncional do paciente assistido nesse serviço.

## Referências

1. Jesus LMR, Basso CSD, Castiglioni L, Monserrat AI, Arroyo MAS. Acompanhamento fonoaudiológico de crianças nascidas pré-termo: desempenho alimentar e neuropsicomotor. *Revista CEFAC*. 2020; 22(4): 1-11. doi: 10.1590/1982-0216/202022415119
2. World Health Organization. WHO Preterm birth. 2023. [Acesso em 13 de junho de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. Nascimento GB, Kessler TM, Souza APR, Costa I, Moraes AB. Indicadores de risco para a deficiência auditiva e aquisição da linguagem e sua relação com variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas em bebês pré-termo e a termo. *CoDAS*. 2020; 32(1): 1-9. doi.org/10.1590/2317-1782/20192018278.
4. Plucenio LP. Dificuldades alimentares em crianças prematuras: uma revisão sistemática. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas, Porto Alegre; 2021. [Acesso em 10 de junho de 2025]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/219059>.
5. Nunes RCT, da Silva RPGVC, Willig MH, Mittag BF, Naka SH, Cabral LLS, Pereira SCC. Aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e sua relação com o método canguru. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023; 23(10): e13116. doi.org/10.25248/reas.e13116.2023.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, Brasília, 2019. [Acesso em 09 de junho de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/view>.
7. Junqueira P. Relações cognitivas com o alimento na infância. São Paulo, SP: ILSI Brasil - International Life Sciences Institute do Brasil. 2017. (Série de publicações ILSI Brasil: força-tarefa de nutrição da criança, v. 5). [Acesso em 15 de junho de 2025]. Disponível em: <https://ilsibrasil.org/publication/relacoes-cognitivas-com-o-alimento-na-infancia/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p. [Acesso em 30 de maio de 2025]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_metodo\\_canguru.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf)
9. Medeiros AMC, Nobre GRD, Barreto IDC, Jesus EMS, Folha GA, Matos ALS, et al. Expanded Protocol of Orofacial Myofunctional Evaluation with Scores for Nursing Infants (6-24 months) (OMES-E Infants). *CoDAS*. 2021; 33(2): e20190219. doi: 10.1590/2317-1782/20202019219.
10. Cleary J, Dalton SM, Harman A, Wright IM. Current practice in the introduction of solid foods for preterm infants. *Public Health Nutr*. 2020; 23(1): 94-101. doi: 10.1017/S1368980019002337.

11. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46(1): 99-110. doi:10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd
12. Baldassarre ME, Panza R, Cresi F, Salvatori G, Corvaglia L, Aceti A. et al. Complementary feeding in preterm infants: a position paper by Italian neonatal, paediatric and paediatric gastroenterology joint societies. *Ital J Pediatr.*2022; 48:143. doi: 10.1186/s13052-022-01275-w.
13. World Health Organization (WHO). Guideline for Complementary Feeding of Infants and Young Children 6-23 Months of Age. 2023. [Acesso em 05 de junho de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
14. Fernandes TF, Weffort VRS (Org). Guia Prático de Alimentação da Criança de 0 a 5 anos. Departamento Científico de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021. 74 f. [Acesso em 05 de junho de 2025]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23148cf-GPrat\\_Aliment\\_Crc\\_0-5\\_anos\\_SITE.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf)
15. Mayerl CJ, Gould FDH, Bond LE, Stricklen BM, Buddington RK, German RZ. Preterm birth disrupts the development of feeding and breathing coordination. *J Appl Physiol* (1985). 2019;126(6):1681-86. doi: 10.1152/jappphysiol.00101.2019
16. Machado DV, Sines GD, Bizerra ASBV. Consequências do desmame e da introdução alimentar precoce em lactentes. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* 2021;10(4):140-67. [Acesso em 05 de junho de 2025]. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/nutricao/introducao-alimentar>.
17. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 25/05/2025.
18. Steinberg C, Menezes L, Nóbrega AC. Oral motor disorder and feeding difficulty during the introduction of complementary feeding in preterm infants. *CoDAS.*2021; 33(1): e20190070. doi: 10.1590/2317-1782/20202019169.
19. Trofino BFG, Friche AAL, Britto DBOE. Feeding difficulties in typical children, sociodemographic factors, and family perception. *CoDAS.* 2025; 37(2): e20240160. doi: 10.1590/2317-1782/e20240160en.
20. Dourado FA, Barreto MRS, Paixão KS, Menezes LVP, Steinberg C. Introduction of complementary feeding in premature children. *Rev. CEFAC.*2022; 24(4): e4122. doi: 10.1590/1982-0216/20222444122
21. Menezes LVP, Steinberg C, Nóbrega AC. Complementary feeding in infants born prematurely. *CoDAS.* 2018; 30(6): e20170157. doi: 10.1590/2317-1782/20182017157.
22. Diniz PB, Fussi C. Distúrbios alimentares na infância. In: Feitosa ALF, Depolli GT, Silva HJ. Mapas conceituais em Fonoaudiologia: motricidade orofacial. Ribeirão Preto: Book Toy, 2022. p.61-75.
23. Pires PLS, Romão RS, Souza RC, Pereira LA, Rinaldi AEM, Azevedo VMGO. Introduction of complementary feeding and associated factors in preterm and low birthweight newborns: a prospective cohort study. *Cad Saude Publica.* 2024; 40(8): e00194923. doi: 10.1590/0102-311XPT194923.
24. Huang CC, Hwang YS, Lin YC, Huang MC. Effects of oral stimulation on feeding readiness of preterm infants: A randomized controlled study. *Journal of Neonatal Nursing.* 2024; 30(2):160-64. doi.org/10.1016/j.jnn.2023.08.002.
25. Araújo MAN. Introdução da alimentação complementar em recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022. [Acesso em 10 de junho de 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/35650>
26. Cabral C, Viera CS, Fujinaga CI, Nassar PO. Difficulties and sensory motor changes in feeding in premature newborns in the first years of life. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2023; 23: eSOBEP20230040. doi: 10.31508/1676-379320230040i.
27. Kamity R, Kapavarapu PK, Chandel A. Problemas de alimentação e resultados a longo prazo em bebês prematuros: Uma abordagem sistemática para avaliação e manejo. *Children.* 2021; 8(12):1158. doi: 10.3390/children8121158.
28. Melo CC, Paniagua LM, Signorini AV, Pereira KR, Rocha TS, Levy DS. Desfechos de deglutição e alimentação associados à intubação orotraqueal e à traqueostomia em pediatria. *Audiol Commun Res.* 2022; 27: e2698. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2022-2698pt>
29. Guimarães HNCL, Petreça RH, Almeida ST, Magno M, Santos RS, Taveira KVM et al. Relationship between prematurity and difficulties in the transition of food consistency in childhood: a systematic review. *CoDAS.*2024; 36(4): e20230100. doi: 10.1590/2317-1782/20242023100pt.
30. Li Y, Hu Y, Li Y. et al. The effect of oral motor intervention with different initiation times to improve feeding outcomes in preterm infants: protocol for a single-blind, randomized controlled trial. *Trials.* 2024; 25: 306. doi: 10.1186/s13063-024-08131-8.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.