

ANÁLISE DA PRÁTICA DA TÉCNICA DO COPINHO EM HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA NOS ESTADOS DO RIO DE JANEIRO E SÃO PAULO

Analyzing cup-feeding practice technique in maternity hospitals in Rio de Janeiro and São Paulo states

Daiana Evangelista Couto ⁽¹⁾, Kátia Nemr ⁽²⁾

RESUMO

Objetivos: descrever a prática do uso do copinho nos Hospitais Amigos da Criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, e identificar se há uniformidade na realização desta técnica alternativa de alimentação de recém-nascidos. **Métodos:** questionário discursivo com oito perguntas sobre a técnica do copinho enviado por correio aos fonoaudiólogos responsáveis pelas Unidades Neonatais Amigas da Criança do Rio de Janeiro (10) e de São Paulo (8) contendo questões específicas sobre a técnica como: as indicações e contra-indicações do método, dinâmica oral no copo, material do utensílio, técnica de administração e tipo de sonda usada na transição para a via oral. **Resultados:** treze instituições utilizam o copinho quando a mãe está ausente ou quando é necessário complementar a amamentação, e o mesmo número contra-indica o uso em bebês disfágicos; 11 profissionais mostraram-se a favor do uso do copo em prematuros para acelerar a transição alimentar e seis contrários. A sonda orogástrica é usada por 12 maternidades durante a transição alimentar e o modelo e material do copo mostrou ser bastante diversificado. **Conclusão:** pode-se observar uniformidade nas respostas quanto à indicação e contra-indicação do copo, material do copo desejado e preocupação com o estado de consciência e postura do bebê durante a técnica.

DESCRITORES: Alimentação; Recém-Nascido; Métodos de Alimentação; Alimentação Artificial

INTRODUÇÃO

A utilização da técnica do copo, originalmente xícara do inglês “cup-feeding”, ou copinho como é mais conhecida no Brasil, vem sendo amplamente difundida nas unidades neonatais e maternidades do país após a formalização do programa de incentivo ao aleitamento materno conhecido como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Este programa foi idealizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de implementar e difundir os “dez pas-

sos para o sucesso do aleitamento materno”, idealizado em 1999 na Itália (Declaração de Innocenti), com início no Brasil em março de 1992 e conta com a adesão de hospitais públicos e privados ¹⁻².

O copo é um método alternativo para alimentar recém-nascidos (RN), proposto pela UNICEF quando estes ainda não estão sendo amamentados exclusivamente no seio materno ou quando a mãe se encontra impossibilitada de amamentar no momento. O objetivo é evitar o uso da mamadeira ³⁻⁷, porém existem evidências do uso desta técnica anteriormente a 1990, no Nepal ⁴, em bebês fracos ⁷, e com fendas labiais e palatinas ⁸.

A proposta para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida envolve uma política governamental de saúde pública, difundida mundialmente, que tem como princípio a mudança de condutas e rotinas que seriam responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce ¹⁻².

⁽¹⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Responsável pela equipe de Fonoaudiologia da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto / Universidade Estadual do Rio de Janeiro – RJ.

⁽²⁾ Fonoaudióloga, Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, Responsável pelo Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Heliópolis – SP.

Dentre eles está o não oferecimento de bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) às crianças amamentadas ao seio (nono passo) ¹⁻². Porém, existem casos em que não é possível amamentar e o bebê não necessita mais do uso da sonda de alimentação, já sendo capaz de receber leite (volume total ou parcial) pela via oral ^{7,9-10}. Nestes casos a mamadeira foi então substituída por métodos alternativos para alimentar recém-nascidos tais como o copo associado à estimulação da sucção não-nutritiva digital ^{6,10}.

A mamadeira, como é de conhecimento amplo da fonoaudiologia, pode prejudicar o desenvolvimento do sistema estomatognático, levando a distúrbios oromiofuncionais da infância, principalmente por seu uso indevido (como bicos e furos inadequados e uso prolongado) ⁹. Porém, para a saúde pública a mamadeira, juntamente com as fórmulas de leite artificiais, são considerados facilitadores do desmame precoce em todas as esferas sociais. Apesar das precauções e riscos do uso da mamadeira serem bastante discutidos na literatura especializada, ainda não são de conhecimento amplo da população em geral ¹¹. Dentre eles pode-se citar o desmame precoce devido à confusão de bicos ^{6-7,9,11-12}, infecção provocada pela higiene ineficiente ^{4,9,11}, menor interação mãe-bebê ¹⁰⁻¹², maior propensão a infecções de ouvido ^{11,13}, e distúrbios oromiofuncionais ^{6,10-12}.

O principal argumento para o uso do copo parece ser a possibilidade de se excluir por completo a mamadeira das maternidades ⁹, bem como diminuir o tempo de uso de sonda em prematuros ou bebês doentes ^{4,7}. No entanto, esta técnica possui defensores e críticos.

O argumento contrário mais difundido é que o desenvolvimento da habilidade de tomar líquidos na caneca somente está presente na escala de desenvolvimento normal entre o quarto e o sexto mês de vida ¹⁰, ou seja, o RN ainda não teria maturidade fisiológica suficiente para deglutir algo que não sugou ^{6,9}. Para os críticos desse método, o copinho estimula somente a deglutição e não a sucção.

Como argumento favorável os defensores do método referem que a deglutição pode ocorrer sem que tenha havido sucção prévia e isso pode ser observado quando o bebê deglute saliva ou o leite no copinho ou na colher. A deglutição antecede a sucção na escala de amadurecimento embrionário (sentido próximo – distal) ¹⁴. Porém, ainda não está esclarecido se este fato é constatado em todos os recém-nascidos ou quais bebês necessitariam do estímulo prévio da sucção para conseguir deglutir um volume maior que o da saliva.

Apesar da técnica provocar espanto a todos aqueles que não estão familiarizados com ela, é constatado na rotina hospitalar a possibilidade do RN em realizá-la não sendo comum engasgos ou aspiração de leite pelos bebês que não possuem dificuldades

de deglutição ^{5,7,9}. A capacidade do RN de lamber o conteúdo oferecido no copo parece estar intimamente relacionada com a sucção primitiva descrita como suckling, em que a movimentação da língua é de extensão e retração ¹⁵.

Para receber o alimento através do copo, que deve conter preferencialmente o próprio leite da mãe ordenhado ou leite artificial prescrito pelo pediatra, o bebê deve estar enrolado e contido em posição sentada no colo da mãe ou do cuidador visando deixá-lo organizado em postura fletida e vertical para favorecer um melhor desempenho oral e da deglutição. Este cuidado diminui o risco do bebê esbarrar no copo e desperdiçar o leite, tornando a atividade mais rápida e eficiente. A borda do copo deve ser apoiada levemente sob o lábio inferior com a língua fazendo protrusão dentro do copinho, porém alguns bebês a termo podem preferir suas línguas embaixo da borda. O copinho deve ser inclinado para que o leite toque os lábios do bebê, sem que seja despejado dentro da boca. Recomenda-se que o copinho seja mantido nesta posição mesmo enquanto o bebê descansa. O RN geralmente lambe o leite ou pode tomar em pequenos goles (sorvidas). Devem ser proporcionadas pausas durante a alimentação para que a criança descanse e para que ocorra o eructo de tempo em tempo; porém não é recomendável que o período de alimentação ultrapasse 30 minutos para evitar fadiga, bem como utilizar a técnica numa criança que esteja muito sonolenta ^{7,9-10,12,16-19}.

A técnica correta de oferecimento do copinho é ensinada nos cursos promovidos por todas as unidades que possuem o título de Hospital Amigo da Criança (credenciados pela UNICEF), para que os profissionais (fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, e inclusive mães treinadas previamente pela equipe) sejam treinados e familiarizados com esta filosofia e estejam aptos a realizá-la de maneira rotineira (passos 1 e 2 ¹⁻²).

Apesar do número cada vez maior de maternidades utilizando-se do copo, há poucas publicações com estudos controlados sobre o tema, sendo que seus benefícios e malefícios ainda devem ser melhor pesquisados ^{3,9,20}. Deve-se ressaltar que a adesão dos hospitais a este programa no Brasil ainda é recente, confirmando a contemporaneidade do tema e a sua relevância para a atuação fonoaudiológica com recém-nascidos.

Vários são os questionamentos entre os profissionais da área de saúde (enfermeiros, neonatologistas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem) em relação ao uso do copo nas maternidades, dentre eles se há concordância entre os fonoaudiólogos que vivenciam essa prática diariamente nas suas atividades clínicas, em quais situações deve ser usado e quais benefícios e riscos são observados em usar o copinho; o quanto a sonda orogástrica, nor-

malmente usada nas unidades neonatais por ser o recém-nascido obrigatoriamente um respirador nasal, pode atrapalhar durante a utilização do copinho; qual o grau de dificuldade no uso da técnica.

O objetivo deste estudo foi descrever a prática da técnica do copinho nos Hospitais Amigos da Criança nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, e identificar se existe uniformidade na realização desta técnica alternativa de alimentação de recém-nascidos e lactentes, de maneira que possa nortear a prática da equipe multiprofissional.

■ MÉTODOS

A pesquisa foi realizada a partir de questionário com perguntas sobre a técnica do copinho enviado por correio, para ser respondido pelo fonoaudiólogo responsável pela equipe de Fonoaudiologia da Unidade Neonatal das maternidades Amigas da Criança do estado do Rio de Janeiro e de São Paulo, no período de maio a agosto de 2004. O questionário constou de oito perguntas (sete abertas e uma estruturada) que enfocaram questões específicas referentes a técnica de alimentação por copo como: as indicações e contra-indicações do método, dinâmica oral na administração do leite por copo, material do utensílio e técnica de administração; tipo de sonda usada na unidade durante a transição da dieta para a via oral.

Os questionários foram enviados por correio para 27 hospitais/maternidades, dos 35 listados no site da UNICEF em março de 2004 (12 no Rio de Janeiro e 23 em São Paulo). Foram excluídas da pesquisa oito unidades (duas no Rio de Janeiro e seis em São Paulo) que não possuíam fonoaudiólogo atuante na unidade neonatal. Obteve-se a resposta de 18 questionários (dez do Rio de Janeiro e oito de São Paulo).

Os dados colhidos foram descritos e analisados por proximidade das respostas, sob forma de tabelas quando possível. Os resultados foram confrontados com as publicações sobre o tema.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica sob número 033/04.

■ RESULTADOS

A maioria dos fonoaudiólogos respondeu que indica o copo (13 das 18 maternidades) como alternativa de alimentação via oral em bebês nos casos de impossibilidade de aleitamento materno (Tabela 1). Considerou-se como abstinência os profissionais que responderam que o copo é adotado como norma da IHAC e não pela equipe de fonoaudiologia.

Os motivos mais citados para o uso do copo estão listadas na Figura 1. A estabilidade clínica e habilidades sensório-motora-orais como pré-requisito para o uso do copo foram citados por cinco profissionais

e, somente um incluiu a idade gestacional corrigida do bebê em sua resposta.

Nos casos de impossibilidade materna permanente, 10 profissionais indicam e orientam quanto à mamadeira, seja na alta (copo provisoriamente) ou durante a internação (Tabela 2). Os motivos permanentes foram associados, em geral, à presença de HIV positivo materno. Foi considerado como abstenção os profissionais que não mencionaram como agem nas situações acima nas questões 1 e/ou 2.

Com relação às contra-indicações do copinho, 13 dos 18 fonoaudiólogos que participaram da pesquisa, incluíram dentre os seus critérios, situações que representam risco de penetração laríngea e/ou aspiração laringo-traqueal. Porém, a maneira de relatar isto diferiu bastante entre os profissionais e estão listadas na Tabela 3 agrupadas em: doença de base (neuropatias, displasia broncopulmonar, síndromes, malformações); achados da avaliação fonoaudiológica (incoordenação sucção-respiração-deglutição, reflexos orais ausentes, hipoatividade, tosse e engasgos) e diagnóstico fonoaudiológico sugestivo de disfagia. A disfagia foi mencionada de maneira direta somente na resposta de dois profissionais.

A prematuridade, apesar de não ser considerada doença, também foi destacada por quatro profissionais: dois contra-indicariam o copo para todos os prematuros, um somente para os menores de 34 semanas, e um para aqueles que demonstrem imaturidade neurológica na avaliação fonoaudiológica.

Nas respostas referentes à pergunta específica sobre a indicação de copinho para prematuros mostraram que: um profissional absteve-se, tendo registrado não haver comprovação científica se de forma isolada a técnica do copinho traz benefício quanto à incidência e prevalência do aleitamento materno exclusivo; seis não acham benéfico o uso do copo com prematuros, por considerarem que esta técnica não trabalha parâmetros importantes para o aleitamento materno, ressaltaram a transição da sonda diretamente para o peito; onze profissionais responderam que consideram benéfico o uso do copo com prematuros, sendo que desses cinco citaram a utilização temporária do método como forma de transição da sonda para a via oral sem que tivesse sido observada uniformidade nos benefícios citados, três consideraram este método benéfico para o treino das habilidades orais do recém-nascido ("método terapêutico"), quatro relataram que o uso do copo em prematuros deve ser usado quando este estiver sendo estimulado ao peito e necessitando complementar a mamada (um destes destacou que quando isso não ocorre, os bebês não se acalmam somente com a alimentação por copo e demonstram necessidade de sugar).

A importância de condições clínicas adequadas e a capacidade do RN em manter o estado de vigília, ou seja, sinais de fome e sede, e respeitar os sinais

de fadiga do bebê, foram ressaltadas como pré-requisitos para que essa técnica seja usada com prematuros.

Quanto à questão 3, se durante a oferta da dieta através do copo, seria possível observar no bebê parâmetros orais semelhantes aos utilizados por ele durante a sucção propriamente dita, 10 dos 18 profissionais confirmaram essa premissa (Tabela 4). Seis não observam nenhum parâmetro relacionado à sucção e dois não responderam a questão de maneira coerente. A postura do bebê, respiração, regulação dos estados de consciência e equilíbrio entre eficiência alimentar e funções orais, sem sinais de estresse, são outras observações possíveis durante o uso do copo na opinião dos profissionais.

O tipo de sonda utilizado como rotina no momento da transição da via alimentar está apresentado na Tabela 5. Um profissional não respondeu a essa questão.

A variedade de modelos de copinhos citados na questão 6 estão descritos e representados na Tabela 6 e Figura 3. O modelo atualmente mais comum é o usado para coleta de exames (Figura 4). Este é utilizado por sete maternidades, todas do município do Rio (seis instituições da Prefeitura do Rio de Janeiro). Desses, quatro profissionais destacaram aspectos que tornariam o copo melhor, tais como: menor tamanho/diâmetro (2), totalmente transparente (3), com bordas finas e sem rosca (2) e recorte para a boca (2). Como aspectos positivos do uso de coletor de exames como copo para recém-nascidos foi mencionado o fácil manuseio e visualização do volume aceito pelo bebê (devido à marcação do volume) e o fato de dispensar manipulação de um recipiente para outro.

O copo descartável de cafezinho (Figura 5), o segundo mais utilizado, foi criticado pelos profissionais que o utilizam, por ser muito leve e pouco resistente não dando firmeza ao ser manuseado e amassando com facilidade, além da borda ser muito espessa.

As inadequações na forma de oferecer o copinho comumente observadas pelos profissionais, foram uniformemente descritas na questão 8 (Figura 6). As respostas a essa questão foram agrupadas em 5 aspectos: postura do bebê (RN horizontalizado com elevação apenas da cabeça; pouca preocupação com a flexão de membros; pouco apoio/sustentação dada à cabeça do bebê); estado de consciência (sono profundo, leve ou sonolento sem sinais de fome, quando inicia-se a administração da dieta ou quando o bebê se fadiga e atinge esses estados e continuam oferecendo o copo, desrespeito aos sinais de retraimento); oferta do leite (grande quantidade de leite despejado na boca do bebê sem esperar que ele sorva, favorecendo o desperdício e a incoordenação sucção-respiração-deglutição (S/R/D), falta de paciência do profissional que administra); padrão oral do bebê (pou-

co respeito ao ritmo e velocidade do bebê); posição do copo (posição inadequada do copo na boca, encostando nas comissuras labiais).

Indicações do Copinho

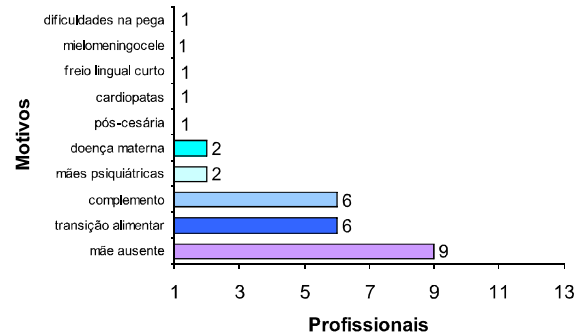


FIGURA 1 - Distribuição do número total de motivos citados de indicação do copinho referente à questão 1 "Em quais situações indicam o copo?"

TABELA 1 - Distribuição do número total de respostas da questão 1 "A equipe de fonoaudiologia indica o copo como alternativa de alimentação nos casos de impossibilidade de aleitamento materno?"

Respostas	Profissionais
Sim	13
Não	2
Absteve-se	3
Total	18

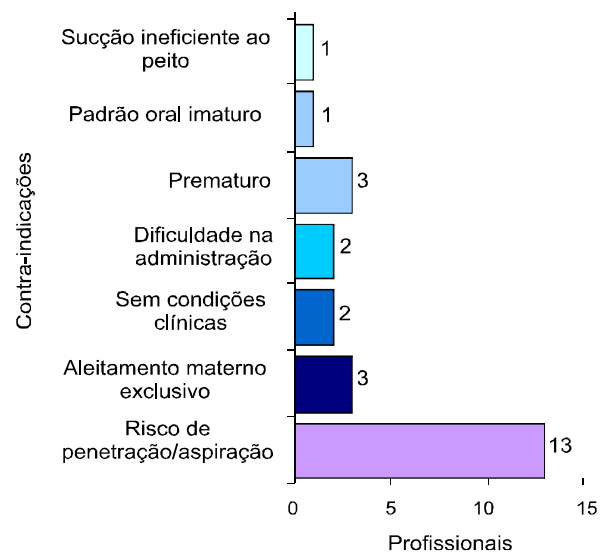


FIGURA 2 - Distribuição do número total de motivos de contra-indicação do copo citados na questão 2 "Quais fatores contra-indicam o uso do copo?"

TABELA 2 - Distribuição do número total de respostas das questões 1 e 2 referentes ao uso do copo em casos de impossibilidade de aleitamento materno permanente

CONDUTA ALIMENTAR	IMPOSSIBILIDADES DE AMAMENTAÇÃO		
	HIV +	óbito	abandono
copo provisoriamente	2	1	2
copo sem ressalvas	3	1	1
mamadeira	8	6	4
abstiveram-se	5	10	11
TOTAL	18	18	18

TABELA 3 - Distribuição do número de citações dos fatores que representam risco para aspirações laringotraqueais mencionadas na questão 2

RISCO DE PENETRAÇÃO/ASPIRAÇÃO		Profissionais
Doenças de Base	Neuropatias	7
	Displasia broncopulmonar	3
	Síndromes	5
	Mal-formações	5
Avaliação fonoaudiológica	Incoordenação S/D/R	6
	Reflexos orais ausentes	3
	Hipoatividade	3
	Tosses e engasgos	2
Diagnóstico	Disfagia	2

TABELA 4 - Distribuição do número de citações por parâmetros orais observados durante a utilização da técnica do copinho que poderiam estar relacionados à sucção (questão 3)

PARÂMETROS ORAIS	N
Reflexo de busca	1
Reflexo de sucção	1
Canulamento de língua	7
Chicoteamento de língua	6
Ritmo	4
Coordenação deglutição/respiração	7
Movimentação antero-posterior de mandíbula	2
Nenhum	6

N – número de respostas

TABELA 5 - Distribuição do número de unidades neonatais que utilizam sonda orogástrica e/ou nasogástrica durante a transição alimentar referente à questão 5

Tipo de sonda	Hospitais/maternidades
Orogástrica	12
Nasogástrica	3
Ambas	2
Total	17

TABELA 6 - Distribuição quanto aos modelos dos copinhos e número de unidades neonatais que os utilizam (questão 6)

Material	Volume	Características	N
plástico	60ml	semitransparente / graduado / com tampa	7
plástico	50ml	descartável de cafezinho	3
plástico	60ml	resistente / graduado / marca Medela e Equipamed	2
plástico	5 a 50ml	resistente / graduado	1
sem descrição	50ml	resistente	1
sem descrição	50ml	descartável ou esterilizável	1
vidro	50ml	pequeno / tipo cachaça	1
látex	s/ descrição	sem borda	1
plástico	10ml	transparente / de remédio	1

N – número de respostas

**Figura 3 - Variedade de copinhos****Figura 4 - Coletor de exames**



Figura 5 - Copo descartável de cafezinho

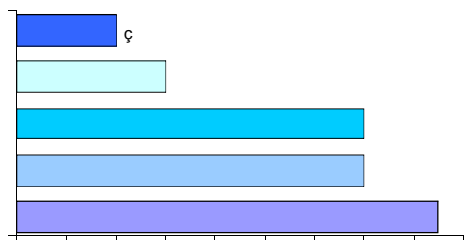


Figura 6 - Distribuição do número de citações de inadequações mais frequentemente observadas durante a administração do leite no copo na opinião dos fonoaudiólogos entrevistados



Figura 7 - Copo de remédio

■ DISCUSSÃO

O fonoaudiólogo foi o profissional escolhido como responsável pela resposta dos questionários devido ao conhecimento aprofundado da anatomofisiologia das funções estomatognáticas (sucção, respiração, deglutição) além de estar cada vez mais inserido no ambiente hospitalar e mais precisamente em unidades neonatais e maternidades com o objetivo geral de prevenir distúrbios oromiofuncionais.

Os fonoaudiólogos que atuam em unidades neonatais Amigas da Criança indicam o copinho como forma alternativa de alimentação oral, nos casos em que a mãe está impossibilitada de amamentar provisoriamente¹⁰, principalmente quando ela está ausente ou para administrar complemento de leite nos casos de prematuros e bebês hipoglicêmicos^{4,9,19}. O copo não é utilizado pela fonoaudiologia como uma técnica terapêutica, contrariando a proposta de Lang, de protrusão de língua e amadurecimento das funções orais⁴. A estimulação dessas habilidades não deve ser considerada como um dos objetivos do copo pois o principal mecanismo observado nesse método de alimentação é o de sorvidas e não o de lambidas (utilizado principalmente por bebês mais imaturos)^{4-5,16-17,19}. O objetivo do profissional é a amamentação exclusiva e, portanto, o copo nunca deve ser priorizado em detrimento ao peito. Essa preocupação pôde ser observada principalmente nas respostas relativas à transição alimentar com prematuros. O copinho é suspenso assim que a mãe e o bebê sejam capazes de permanecerem em aleitamento materno exclusivo^{4,9}.

Nesta pesquisa observou-se uma preocupação em evitar a mamadeira devido ao risco de desmame, porém o receio de ocorrer confusão de bicos¹², citado na literatura⁴, não foi tão significativo nas respostas dos fonoaudiólogos. Isso reforça a importância de maiores estudos com relação à teoria da confusão de bicos^{6,16,18-20}, ou seja, se tem realmente repercussão na amamentação devido à conformação oral, ao fluxo de leite, ou ao estímulo/incentivo que a mãe teria para manter a amamentação exclusiva caso o bebê receba leite através da mamadeira. O uso do copo por um período prolongado sem a experiência da sucção ao seio também desperta a preocupação com algo semelhante à “confusão de bicos” e, portanto, não seria recomendado⁵⁻⁶, uma vez que o bebê não necessita de uma pressão intra-oral negativa significativa para sorver¹⁶.

Nesta pesquisa observa-se que alguns motivos provisórios de impossibilidade de aleitamento materno foram pouco citados pelos fonoaudiólogos, talvez por julgarem já serem pré-definidos pela UNICEF. No entanto, sabe-se que em maternidades que não possuem o título da IHAC e/ou não possuem fonoaudiólogos em sua equipe ou que estes não concordam com a teoria da confusão de bicos, essas são as situações

em que mais é usada a mamadeira ²¹.

Em um estudo com 700 recém-nascidos, comparando os efeitos do copo e da mamadeira sobre a amamentação, os autores concluíram que o método de alimentação de maneira isolada não foi um preditor significativo, porém quando somado a outros fatores de risco para o desmame, o copo teve significância estatística em promover o aleitamento materno. O parto de cesariana juntamente com a indicação de complementos artificiais (em mais de 3 dietas) contribuíram para o desmame, porém o uso do copo em crianças que nasceram de cesariana teve um importante papel no prolongamento da duração do aleitamento materno ²². Em um dos questionários preenchidos, o profissional indicaria o copo para alimentar bebês com mielomeningocele, no entanto, não foi encontrado na literatura pesquisada registros que embasem tal prática.

Nos motivos permanentes como mãe HIV positivo e óbito materno, pode-se perceber que os fonoaudiólogos concordam quanto à necessidade de orientar adequadamente sobre a mamadeira, no entanto, ainda parece não haver consenso se a indicação da mamadeira deve ser feita precocemente durante toda a internação ou somente no pré-alta. É possível que a indicação somente no pré-alta esteja relacionada às normas rígidas para a manutenção do título de Unidade Amiga da Criança, uma vez que não foi mencionada nenhuma outra justificativa para tal. É indiscutível também que esta técnica não preenche a necessidade de sugar do bebê ⁵. O texto da UNICEF que discorre sobre os dez passos, é destinado ao sucesso do aleitamento materno, situação essa que não ocorrerá nos casos de mãe HIV positiva e óbito; há no documento referência clara a não oferecer bicos artificiais a crianças amamentadas ao peito.

Com relação aos prematuros, tanto os profissionais que utilizam e os que não utilizam o copo nessa população, concordam que o ideal é a transição da alimentação da sonda diretamente para o seio materno, sem que seja necessário utilizar outros métodos (mamadeira ou copo). A discordância ocorre nas situações em que o prematuro, por imaturidade da própria sucção em conseguir o volume de leite necessário, precisa que a amamentação seja complementada ^{7,16,20}. A maioria dos profissionais referiu utilizar o copo para esta tarefa, observando bons resultados ^{4,7}. Outros, porém, não o consideram vantajoso e preferem prolongar o tempo da sonda até que o RN atinja a capacidade em se alimentar exclusivamente ao peito ou utilizam técnicas que também exigem do bebê sucção, como a translactação ou o finger-feeding (técnica sonda-dedo). As ressalvas realizadas quanto ao copo por alguns entrevistados dizem respeito aos riscos de engasgos, microaspirações e maior chance de alterações respi-

ratórias, porém estas intercorrências não foram observadas em estudos prospectivos com uma casuística significativa ^{16-17,19,22-23}. Tais estudos demonstraram que o copo é seguro em relação a estes aspectos, com bebês saudáveis e inclusive em prematuros, desde que estes estejam maduros para receber alimentação por via oral ^{9,16,19,22-23}. Além disso, várias são as complicações citadas pelo uso da sonda prolongada ⁷: irritação nasal e faríngea, refluxo gastro-esofágico e esofagite, exacerbação ou inibição do reflexo de vômito, além de alteração do padrão respiratório quando a sonda nasogástrica é utilizada ¹⁹. Na rotina hospitalar, caso seja necessário ao prematuro a complementação através do copo, a mãe pode ser treinada para administrá-lo, oferecendo a ela a responsabilidade e o prazer na participação da alimentação do RN.

Outro aspecto que é relatado em relação ao momento da decisão da transição alimentar dos prematuros é o desgaste extra de energia nesses bebês. Uma indicação precoce de alimentação oral pode ser problemática, causando complicações clínicas além de atraso na curva ascendente de crescimento ¹⁹. Este aspecto não é abordado nos estudos que promovem o copinho, sendo incentivado seu uso, inclusive por exigir menos esforço do recém-nascido e por consequente seria indicado para bebês fracos e doentes ^{4,7,9}.

Um estudo apresentando dez anos de experiência com o copo no centro médico da Universidade de Kansas na década de 40, considerou este método particularmente adaptado para prematuros, bebês fracos e com defeitos orais ⁸. A experiência é utilizada como referência por outros autores em seus estudos ^{5,23}. No entanto, deve ser melhor observado o esforço e desgaste realizado por prematuros caso recebam dieta por copo após um longo período de sucção no peito, uma vez que estes bebês muitas vezes têm uma sucção demorada devido à menor pressão introral e dificuldade em manter um ritmo contínuo de sucção ¹⁶⁻¹⁷. Também já foi comprovado que o tempo gasto por prematuros no copo é superior ao da mamadeira ^{16,22-23}, possivelmente por estabelecer no copo um ritmo próprio e muito semelhante ao utilizado no peito ²³. Assim, é comum em bebês prematuros, que após um período de treino da sucção ao peito, estejam fadigados e atinjam o estado de sono, não sendo mais adequado o oferecimento do copo. Baseado nestes fatos o uso de monitor cardio-respiratório é referido como indispensável durante o período de transição da sonda para a via oral em prematuros ¹⁹.

Quanto à contra-indicação do copinho, os motivos ainda são descritos de maneiras muito diferentes e pouco claras, talvez pela possível escassez de protocolos específicos que norteiem a equipe quanto a esse aspecto. De uma maneira geral, os motivos mais citados nessa pesquisa foram os que representam

risco para a criança de aspiração laringo-traqueal. A idade gestacional corrigida, que é o critério mais seguido e respeitado pelos profissionais de outras áreas, não foi considerada a mais importante na opinião dos fonoaudiólogos¹⁹. Nesta pesquisa os aspectos mais citados quanto à segurança no copo relacionaram-se às habilidades orais e comportamentais do bebê (sucção eficiente, reflexos de proteção presentes, coordenação sucção/respiração/deglutição e manutenção do estado de vigília)^{9,19,23}.

Um estudo, ao mesmo tempo em que contra-indica o copo em recém-nascidos que aspiram⁵, indica o para bebês com problemas neurológicos que tenham capacidade de lamber ou sorver o leite, em bebês com incoordenação S/R/D^{4-5,9} e nos casos de fissuras labial e palatina indistintamente⁸ ou até a reparação cirúrgica⁴, porém sem nenhuma pesquisa controlada que fundamente esta prática.

Em estudos controlados e randomizados sempre são excluídos da casuística bebês com risco de aspiração^{16-17,19-20,23}, o que nos remete a uma reflexão sobre os riscos de oferta do leite no copinho em bebês disfágicos em potencial¹⁶. No entanto, ainda hoje em dia é possível ver prescrições de dieta oral através do copo, inclusive para crianças com neuropatias ou sindrômicas, sem uma avaliação prévia fonoaudiológica ou de outro profissional capaz de perceber sinais clínicos sugestivos de disfagia. A disfagia já foi descrita, por exemplo, na malformação de Arnold Chiari como um sintoma comum e importante, apesar de nem sempre sintomática²⁴. A contra-indicação da técnica do copinho para recém-nascidos disfágicos refere-se ao fato de que a fase oral é de extrema importância para o bom desempenho da fase faríngea e conseqüentemente para a proteção das vias aéreas e para a abertura da transição faringo-esofágica, principalmente para bebês que já possuem limitações sensoriais e motoras. O mesmo pensamento poderia ser aplicado a bebês com fissuras labiais e/ou palatinas. Como no copo não é possível o vedamento labial, já haveria um prejuízo do primeiro mecanismo de manutenção do jogo pressórico importante para a deglutição. Além disso, o bebê também não teria a informação proprioceptiva do bico na cavidade oral e a energia resultante da propulsão do leite para a faringe seria menor¹⁶. Estes aspectos podem ser potencializadores de penetrações laringeas e aspirações laringotraqueais nessas crianças.

Quanto à dificuldade de coordenação da sucção/respiração/deglutição, dificuldade comum em crianças com broncodisplasia ou cardiopatias, a contra-indicação do copo não seria tão evidente uma vez que o maior problema desses bebês é a fadiga e o esforço respiratório provocado pela alimentação. Comparando o copo com a mamadeira, nesta última observa-se em valores absolutos uma maior frequência

cardíaca e menor saturação de oxigênio²³. O copo dispenderia menor esforço físico⁴ e melhor estabilidade respiratória devido ao pequeno volume ingerido por sorvida ou lambida^{17,23} e, neste aspecto, seria um importante aliado na transição alimentar destes bebês⁸. No entanto, a dificuldade de manutenção de um ritmo de sorvidas próprio, acarretando em maior tempo de alimentação, necessitaria de maior paciência e concentração do cuidador¹⁶⁻¹⁷. Além disso, a predisposição à incoordenação sucção/respiração/deglutição que poderia levar a desajustes no tempo da pausa apneica, poderiam acarretar em micro-aspirações constantes e piora do quadro pulmonar¹⁶. O ritmo é um fator importante apontado na literatura para evitar que o cuidador jogue o leite na boca do bebê, uma das mais comuns inadequações da técnica do copinho e responsável pelas principais críticas à este método^{16,19}. O RN é capaz de defender as vias aéreas efetivamente, mas ao custo de alterar o ritmo respiratório e reduzir a ventilação^{19,25}. Essa redução da ventilação pode levar a diminuição da oxigenação e ao aumento da concentração de CO₂. Dependendo da quantidade diminuída pode ocorrer apnéia e bradicardia²⁵.

A incoordenação sucção/respiração/deglutição para muitos profissionais da área de saúde que atuam com o bebê, pode ser uma dificuldade muito subjetiva e de difícil identificação para os menos experientes na dinâmica da alimentação, sendo esta comum em bebês com comprometimento respiratório e neurológico importantes¹⁶. Mencionar a doença de base, e não a dificuldade específica, pode facilitar a comunicação entre os profissionais de diversas especialidades, inclusive com respeito à elaboração de protocolos quanto ao uso da técnica do copinho nas maternidades. No entanto, não somente os bebês com neuropatias, broncodisplasia ou portadores de síndromes e malformações craniofaciais podem ter disfagia e/ou dificuldade de coordenação S/R/D.

Nessa pesquisa ficou evidente que as inadequações na técnica do copinho são comuns e preocupantes, principalmente em prematuros que não demonstrem amadurecimento suficiente para auto defesa¹⁹ ou bebês com reflexos de proteção diminuídos. Esse achado reforça a necessidade de treinamento constante da equipe que assiste ao RN e da mãe, contrapondo-se ao argumento de que a técnica do copo seria fácil e prática⁴.

Em estudo com 54 recém-nascidos²⁴, 100% dos bebês estavam usando sonda nasogástrica (SNG). Na atual pesquisa percebemos que o uso da sonda orogástrica não inviabiliza a dinâmica oral do bebê no copinho e não precisa ser removida ou substituída pela nasogástrica, principalmente nos casos em que há histórico de dificuldades respiratórias¹⁹. A via orogástrica é bem tolerada por prematuros menos vi-

gorosos, não aumenta a frequência de vômitos, possibilita a alimentação enteral em crianças em suporte ventilatório, especificamente em CPAP ou mesmo em entubação traqueal¹⁹. No entanto, é importante que a sonda não fique presa pela borda do copinho, para não dificultar a movimentação da língua.

Ao longo desses aproximados dez anos de uso do copinho nas maternidades, já foram utilizados variados modelos adaptados como a partir de vários materiais na busca por um modelo de mais fácil e segura administração, higienização e aceitação por parte do bebê. De acordo com esta pesquisa, o copo de remédio seria o modelo mais apropriado, pois atenderia aos quesitos de transparência, leveza, tamanho (diâmetro da boca e espessura da borda) e marcação de volume, apenas não atendendo ao critério da manipulação (Figura 7). A transparência auxilia, inclusive, na visualização da dinâmica oral do bebê, ou seja, se este está sorvendo ou lambendo o leite. Modelo com as mesmas descrições já foi utilizado e testado com 364 recém-nascidos na Universidade de Cincinnati, Ohio²²; com 54 bebês em Connecticut Children's Medical Center²³; com 40 recém-nascidos na Universidade de São Paulo¹⁹ e com 20 bebês na Universidade Federal de São Paulo¹⁶. Um bico na ponta semelhante ao de um bule, também se mostrou eficiente em 100 bebês para evitar o desperdício de leite⁹.

Vários aspectos ainda precisam ser melhor esclarecidos baseados em novas pesquisas científicas, tais como: o ganho de peso ponderal em prematuros comparando o copo com outros métodos; o método

de alimentação mais eficaz para bebês com broncodisplasia, cardiopatias e/ou malformações orais; e principalmente a comprovação se o copinho isoladamente contribui para o sucesso da amamentação exclusiva.

■ CONCLUSÃO

Pode-se observar uniformidade nas respostas que refletem a observação clínica dos fonoaudiólogos e as rotinas hospitalares em relação ao uso do copinho nos seguintes aspectos:

- indicação no caso de mães ausentes;
- contra-indicações quando há risco de aspiração laringo-traqueal;
- orientação quanto ao uso mamadeira no caso de impossibilidade de amamentação natural;
- a sonda orogástrica não demonstra representar empecilho à alimentação por copo;
- o modelo de copo mais eficiente, até o momento, parece ser o de remédio;
- atenção ao estado de consciência do bebê e à postura do mesmo durante o oferecimento do leite no copo.

Dentre os participantes da pesquisa não houve consenso com relação ao uso do copo para oferecer complemento após o peito no caso dos prematuros e quanto aos parâmetros orais possíveis de serem observados no copo que são importantes na sucção propriamente dita (semelhanças entre as duas formas de alimentação).

ABSTRACT

Purpose: to describe cup-feeding practices in Maternity Hospitals in Rio de Janeiro and São Paulo States – Brazil, identifying if there are common techniques when professionals deals with newborns' feeding. **Methods:** the study was carried out based on a questionnaire with eight questions about cup-feeding method, which was sent to speech therapists (swallow therapists) responsible for attending in Newborns' Units (Children Friendly Hospitals) in Rio de Janeiro State (10) and São Paulo State (8). The questionnaire had qualitative questions about cup-feeding, such as: indications and counter-indications, oral behavior on cup-feeding, material and technical procedures, probe transition for oral feeding and type of the probe.cup-feeding. **Results:** thirteen institutions used cup-feeding when mothers were absent or when the newborn needed supplemental milk after breastfeeding, and the same number of professionals do not agree in using this method with dysphasic babies (13); 11 professionals were favorable to the use of cup-feeding to accelerate the transition to oral feeding in premature babies and 6 were unfavorable. the oral probe was used for 12 maternities and there were several models of cup-feeding. **Conclusion:** the answers given by the specialists related to indication or non-indication of cup-feeding, probe used, type of desired cup and stage of baby's alertness and posture during the procedures were all similar.

KEYWORDS: Feeding; Infant, Newborn; Feeding Methods; Bottle Feeding

■ REFERÊNCIAS

1. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Apostila do curso de manejo e promoção do aleitamento materno para profissionais de saúde da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro; 2002.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. [on line] Disponível em: URL: <http://www.unicef.org.br> Acesso em: 13 abr. 2004.
3. National Association of Neonatal Nurses. Cup and finger feeding of breast milk. 2003. [on line] Disponível em: URL: <http://www.nann.org/files/public/3017.doc> Acesso em: 13 jan. 04.
4. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994; 71(4):356-9.
5. Wight NE. Cup-feeding: policy and procedure. San Diego County Breastfeeding Coalition. 1995. [on line] Disponível em: URL: <http://www.breastfeeding.org/articles/cup.htm> Acesso em: 16 nov. 04.
6. López CP, Chiari BM, Guedes ZCF, Goulart AL, Kopelman BI. A utilização do copo na complementação do aleitamento materno: considerações fonoaudiológicas. In: Hernandez AM, organizadora. *Conhecimentos gerais para atender bem o neonato*. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 107-11. Coleção CEFAC.
7. Gupta A, Khanna K, Chattree S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. *J Trop Pediatr* 1999; 45 (2):108-10.
8. Fredeen RC. Cupfeeding of newborn infants. *Pediatrncs* 1948; 544-8.
9. Gamburgó L, Munhoz SRM, Amstalden LG. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. *Fono Atual* 2002; 5(20):39-47.
10. Fraga L. Quando o aleitamento materno não é viável, qual a melhor maneira de se alimentar um bebê hospitalizado? [monografia]. São Paulo (SP): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1998.
11. Mascarenhas CF, Moraes LMP, Furtado Filho JM. O conhecimento das mães acerca do uso de chupetas e mamadeiras e suas possíveis conseqüências para a saúde das crianças. *Pediatria atual* 2002; 15(7):34-42.
12. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995; 126(6):125-9.
13. Lawrence R. The clinician's role in teaching proper infant feeding techniques. *J Pediatr* 1995; 126(6):112 -7.
14. Nassar E. Atendimento fonoaudiológico de bebês portadores de anomalias orofaciais com disfagia orofaríngea. In: Hernandez, AM, organizadora. *Conhecimentos gerais para atender bem o neonato*. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 79-92. Coleção CEFAC.
15. Bagé A. A conquista de habilidades de alimentação do recém-nascido prematuro. [monografia]. Botucatu (SP): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999.
16. López CP. Avaliação da dinâmica da deglutição em recém-nascidos pré-termo com o uso do copo e mamadeira. [mestrado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2001.
17. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact* 2002; 18(1):13-20.
18. Loureiro A, Marins A, Mattara C. Incentivando a amamentação: o uso do copinho como auxiliar na alimentação do recém-nascido. *Revista ciência médica da Casa de Saúde São José* 2004; 1(4):24-5.
19. Bühler KECB. Introdução da alimentação oral com o uso do copinho em recém-nascidos pré-termo: critérios fonoaudiológicos. [mestrado] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2003.
20. Mosley C, Whittle C, Hicks C. A pilot study to assess the viability of a randomised controlled trial of methods of supplementary feeding of breast-fed pre-term babies. *Midwifery* 2001; 17(2):150-7.
21. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5):409-14.
22. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3):511-8.
23. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001; 21(6):350-5.
24. Salomão JF, Bellas AR, Leibinger RD, et al. Malformação de Chiari do tipo II sintomática. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1998; 56(1):98-106.
25. Shivpuri CR, Martin RJ, Carlo WA, Fanaroff AA. Decreased ventilation in preterm infants during oral feeding. *J Pediatr* 1983; 103(2):285-9.

RECEBIDO EM: 15/09/05

ACEITO EM: 30/11/05

Endereço para correspondência:

Rua Álvares de Azevedo, 40 /404

Niterói - RJ

CEP: 24220-021

Tel: (21)25876838

E-mail: daiana.evangelista@gmail.com