

Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral¹

Cristina Ide Fujinaga²

Suzana Alves de Moraes³

Nelma Ellen Zamberlan-Amorim⁴

Thaila Corrêa Castral⁵

Andrearra de Almeida e Silva⁶

Carmen Gracinda Silvan Scochi⁷

Introdução: profissionais de saúde têm grande dificuldade para estabelecer o momento adequado e seguro para iniciar a amamentação em prematuros. Há necessidade de desenvolver um instrumento padronizado para auxiliar esses profissionais, na transição da alimentação gástrica para via oral do prematuro, incentivando a prática da amamentação nas unidades neonatais. **Objetivo:** avaliar a acurácia do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Método:** participaram do estudo 60 prematuros clinicamente estáveis e que não haviam recebido alimentação oral. A acurácia global, sensibilidade e especificidade do instrumento, em comparação à ingestão de leite por meio da translactação, foram estimadas através de curvas ROC (Receiver Operating Characteristic Curves). **Resultados:** a acurácia global do instrumento foi de 74,38%. A maior sensibilidade e especificidade foram obtidas para três pontos de corte: 28, 29 e 30. Como o ponto de corte=30 do instrumento apresentou maior especificidade (75,68%), sugere-se, aqui, que deverá ser usado para selecionar os prematuros com prontidão para início da alimentação oral. **Conclusão:** o Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral está validado para assistir os profissionais de saúde a iniciar a alimentação do prematuro, com vistas ao aleitamento materno, de forma segura e objetiva.

Descritores: Prematuro; Comportamento Alimentar; Aleitamento Materno; Curva ROC.

¹ Artigo extraído de Tese de Doutorado "Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação" apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil. Apoio financeiro da CAPES e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 303519/2010-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2011/04236-3.

² PhD, Professor Adjunto, Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁴ PhD, Audiologista.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Universidade de Goiás, Brasil.

⁶ Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁷ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

Endereço para correspondência:

Cristina Ide Fujinaga
Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná
Rodovia PR153, s/n
Bairro Riozinho
CEP: 84500-000, Irati, PR, Brasil
E-mail: cifujinaga@gmail.com

Clinical validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale

Introduction: Health professionals have great difficulties to establish the adequate and safe time to start breast feeding in preterm infants. There is a need to develop a standardized tool to help health professionals to comprehensively evaluate preterm infant readiness to transition preterm infants' feeding from gastric to oral, and encourage breast feeding practice in neonatal units. **Aims:** To clinical validate the accuracy of a Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale with 60 clinically stable preterm infants. **Methods:** Global accuracy, sensitivity and specificity of Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale cut-offs, compared to milk intake through translactation, were estimated through ROC curves (Receiver Operating Characteristic Curves). **Results:** The global accuracy of Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale was 74.38%. The highest sensitivity and specificity were obtained for three cut-offs: 28, 29 and 30. Since higher specificity (75.68%) for the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale was found at a score cut-off=of 30 showed higher specificity (75.68%), it should be used as a cut-off score to select initiate breastfeeding the preterm newborns' oral feeding readiness. **Conclusion:** The Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale is considered valid to assist health professionals to initiate preterm feeding in view of promoting safe and objective breastfeeding.

Descriptors: Infant, Premature; Feeding Behavior; Breast Feeding; ROC Curve.

La validación clínica del Instrumento de Evaluación de la Prontitud de los Prematuros para Iniciación de la Alimentación por Vía Oral

Introducción: Profesionales de la salud tienen grandes dificultades para establecer el momento adecuado y seguro para iniciar la lactancia en prematuros. Hay una necesidad de se desarrollar un instrumento para ayudar a estos profesionales en la transición de la alimentación gástrica para oral en prematuros mediante el fomento de la lactancia en las unidades neonatales. **Objetivo:** Evaluar la precisión de el Instrumento de Evaluación de la Prontitud de los Prematuros para Iniciación de la Alimentación por Vía Oral. **Método:** Participaron 60 prematuros clínicamente estables y que no recibieron alimentación oral. La precisión global, la sensibilidad y la especificidad del instrumento, en comparación con la ingestión de leche por translactancia se estimaron mediante curvas ROC. **Resultados:** La precisión global del instrumento fue del 74,38%. La mayor sensibilidad y especificidad se obtuvieron para tres puntos de corte: 28, 29 y 30. Como el punto de corte=30 del instrumento mostró mayor especificidad (75,68%), sugerimos que debe utilizarse para seleccionar los prematuros con prontitud para la alimentación oral. **Conclusión:** El Instrumento se valida para ayudar a los profesionales de la salud en la iniciación de la alimentación en los prematuros, con vistas a la lactancia de manera segura y objetiva.

Descriptores: Prematuro; Conducta Alimentaria; Lactancia Materna; Curva ROC.

Introdução

Bebês prematuros não têm desenvolvida a coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração. A transição da alimentação gástrica para via oral é importante para que o prematuro obtenha adequada ingestão nutricional que possibilite seu crescimento, estabilidade fisiológica e progresso na função de alimentação⁽¹⁾. O aleitamento materno é o método de alimentação mais recomendado para os prematuros devido aos benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e emocionais, favorecendo o vínculo mãe/filho⁽²⁾.

Na prática clínica, profissionais da saúde (como médicos, enfermeiros e fonoaudiólogos) têm dificuldade para estabelecer o momento adequado para iniciar a alimentação no seio materno, em prematuros. A idade gestacional e o peso são indicadores comumente utilizados por esses profissionais para avaliar a prontidão do prematuro para iniciar a alimentação oral. A idade gestacional é critério que indica a maturidade do prematuro. Por outro lado, o peso não indica a maturidade ou mesmo as habilidades motoras orais do prematuro, especialmente em casos de bebês de muito baixo peso ao nascimento

ou prematuros extremos. Tais bebês demoram a atingir o peso adequado, mas nem por isso apresentam atraso no neurodesenvolvimento e na maturidade motora oral⁽¹⁾. Assim, o peso não é um critério adequado para indicar o aleitamento materno para os prematuros. Além da maturidade, deve-se considerar também outras variáveis como a estabilidade clínica, estado de consciência, habilidades motoras orais e coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração⁽³⁾.

As escalas de avaliação da prontidão para início da alimentação oral em prematuros foram desenvolvidas para a transição para mamadeira^(1,3-7). A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica o aleitamento materno como a melhor prática de alimentação, no entanto, decidir quando iniciá-lo em prematuros representa um desafio para os profissionais de saúde. Devido à falta de padronização com base em evidências para avaliar a prontidão do prematuro, com vistas ao aleitamento materno, foi desenvolvido o Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral⁽⁸⁻⁹⁾, para ajudar os profissionais de saúde a estabelecer sistematicamente o momento adequado para iniciar, com segurança, o aleitamento materno em prematuros e incentivar a prática da amamentação em unidades neonatais. O presente estudo teve como objetivo avaliar a acurácia do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral.

Métodos

A amostra do estudo foi de 60 bebês prematuros, com idade gestacional corrigida ≤ 36 semanas e 6 dias; sem deformidades faciais; ausência de alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais e neurológicas ou síndromes e não ter ingerido alimentação por via oral.

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Nessa unidade, os profissionais desenvolvem trabalho baseado no cuidado canguru, sendo que o aleitamento materno é incentivado e os profissionais do banco de leite humano auxiliam as mães na manutenção da lactação⁽¹⁰⁾. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo n.6225/2003) da instituição e todas as mães assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral é constituído por cinco categorias, com o total de 18 itens: 1) idade corrigida (≤ 32 semanas; 32-34 semanas e ≥ 34 semanas); 2) estado de organização comportamental (estado de consciência, postura e tônus global); 3) postura oral

(postura de lábios e língua); 4) reflexos orais (reflexo de procura, sucção, mordida e vômito) e 5) sucção não nutritiva (movimentação da língua, canolamento da língua, movimentação de mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado alerta e sinais de estresse). O desempenho do prematuro em cada item varia numa escala de 0 (zero) a 2 (dois), com escore total que varia de 0 a 36 pontos⁽⁸⁻⁹⁾. O instrumento foi validado previamente em seu conteúdo e aparência por 15 juízes, com nível de concordância interavaliadores maior ou igual a 0,85⁽⁸⁾. Em outro estudo, os itens cujos valores atingiram confiabilidade excelente entre observadores foram: estado de consciência, postura e tônus global, postura de lábios e língua, reflexo de vômito e manutenção do estado de alerta ($K \geq 0,75$); os itens que atingiram concordância satisfatória foram: reflexo de procura, sucção e mordida e movimentação de mandíbula, força de sucção e sucções por pausa (K entre 0,40 e 0,75); apenas os itens canolamento da língua, manutenção do ritmo de sucção por pausa e sinais de estresse atingiram concordância insatisfatória ($K \leq 0,40$)⁽⁹⁾.

Para avaliar a prontidão do prematuro para alimentação oral, o instrumento foi aplicado nos bebês 15 minutos antes do início da alimentação por sonda.

Inicialmente, posicionou-se o prematuro em decúbito lateral dentro da incubadora e realizou-se estimulação para que o bebê acordasse, com estímulos auditivos (chamar o bebê pelo nome), visuais (manutenção do contato olho no olho) e táteis (toques na face e corpo). Depois, observou-se o estado de organização comportamental e postura oral. A seguir, verificaram-se os reflexos orais e a sucção não nutritiva, com o dedo mínimo enluvado.

Após aplicação do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral, posicionou-se o bebê no seio materno para mamar. Para quantificar objetivamente a ingestão do leite pelo prematuro, utilizou-se a técnica da translactação. A translactação é uma adaptação da técnica da relactação⁽¹¹⁾, sendo considerada como um método alternativo de alimentação para prematuros⁽¹²⁻¹³⁾. Ofereceu-se 5ml de leite ordenhado da mãe, por meio de uma sonda, conectada a uma seringa, fixada entre os seios da mãe, e a outra extremidade da sonda fixada próxima ao mamilo da mãe. O fluxo do leite contido na seringa foi controlado pela sucção do prematuro, com pausas para respiração enquanto se alimentava no seio⁽¹²⁾. Assim, o leite só fluía para a cavidade oral do prematuro mediante a sua sucção.

O critério para interrupção da sessão de aleitamento materno foi ausência de sucção por mais de 5 minutos

e/ou presença de sinais clínicos que interferissem na estabilidade do bebê (como, por exemplo, apneia ou tosse).

Poucos estudos avaliaram o desempenho do prematuro no seio materno⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No presente estudo, considerou-se como padrão-ouro a ingestão de 5ml de leite pelo bebê. Essa decisão foi baseada em estudos prévios que consideraram sucção eficiente a ingestão de 5ml de leite com presença de movimentos de sucção no contato inicial do prematuro com sua mãe⁽¹⁶⁾, ou presença da ingestão de leite, independente da forma de alimentação (mamadeira, copo ou chupa)⁽⁷⁾.

A acurácia global, sensibilidade e especificidade do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral, comparado com o padrão-ouro (ingestão de 5ml de leite pelo prematuro), foram estimadas pela construção da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic Curves*), utilizando o programa Stata, versão 8.2.

Resultados

A média do peso ao nascimento dos prematuros foi de 1.418g (± 326 g), a idade gestacional média foi de 32 semanas e 3 dias, determinada pelo método Ballard, a média do Apgar no 1º minuto foi 6 e no 5º minuto foi 9. No dia da coleta de dados, a idade pós-natal dos bebês foi, em média, de 13 dias, a média da idade gestacional corrigida foi de 34 semanas e 3 dias e o peso médio foi de 1.484g.

A distribuição dos escores totais do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro, para início da alimentação oral, foi normal. O escore mínimo foi de 14 pontos e o máximo foi de 36, com média de 27 ($\pm 4,58$).

A área da curva ROC (acurácia global) foi de 74,38% (Figura 1).

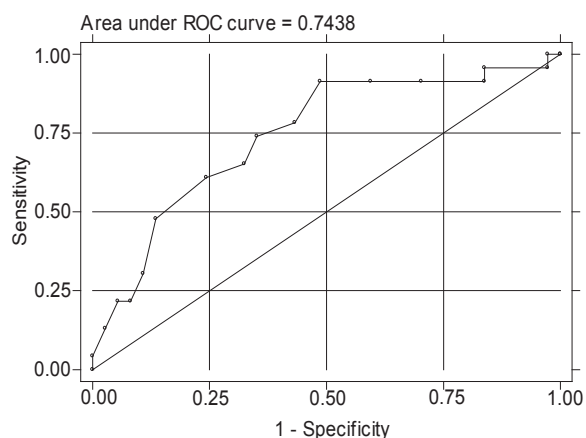


Figura 1 – Curva ROC, obtida a partir dos escores de cada prematuro, para os itens do instrumento de avaliação versus padrão-ouro. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005

Os pontos de corte 28, 29 e 30 mostraram os maiores valores de sensibilidade e especificidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Pontos de corte do instrumento e resultados de sensibilidade e especificidade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005

Pontos de corte $\geq$	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
14	100	0,00
20	100	2,70
21	95,65	2,70
22	95,65	16,22
23	91,30	16,22
24	91,30	29,73
25	91,30	40,54
26	91,30	51,35
27	78,26	56,76
28	73,91	64,86
29	65,22	67,57
30	60,87	75,68
31	47,83	86,49
32	30,43	89,19
33	21,74	91,89
34	21,74	94,59
35	13,04	97,30
36	4,35	100
>36	0,00	100

Discussão

O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral é a primeira escala que oferece critérios objetivos para indicar a prontidão do prematuro para iniciar alimentação no seio materno. Poucos estudos descrevem o comportamento do prematuro no seio materno. Um protocolo de avaliação do comportamento do prematuro no seio materno está no início de sua validação⁽¹⁷⁾.

Embora existam outras escalas de avaliação, essas foram desenvolvidas para alimentação na mamadeira^(4,18) e apenas uma foi validada. Dois estudos testaram a validade e confiabilidade da *Neonatal Oral-Motor Assessment Scale* (Nomas) em bebês a termo e pré-termo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Duas das três categorias do Nomas, normal e desorganizado, têm propriedades psicométricas comprovadas e têm demonstrado ser úteis no contexto clínico. Entretanto, a categoria disfunção necessita de outros estudos de validação⁽¹⁹⁾. A escala Nomas deve ser reajustada, a fim de melhorar a concordância entre observadores e, ao mesmo tempo, as percepções atuais para a evolução da sucção e deglutição devem ser incorporadas ao instrumento⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, três pontos de corte apresentaram sensibilidade e especificidade com valores

>60%. Entretanto, recomenda-se, aqui, 30 como o melhor ponto de corte para iniciar a transição da alimentação pelo prematuro, uma vez que a especificidade correspondente (75,68%) mostrou menor proporção de falso-positivos.

A técnica da translactação foi o método escolhido para mensurar objetivamente a quantidade de leite ingerido pelo prematuro. Nessa técnica, o prematuro realiza movimentos muito similares aos que ocorrem durante a alimentação no seio materno⁽¹²⁻¹³⁾. Estudos têm utilizado a diferença do peso antes e depois da alimentação no seio materno para verificar o volume de leite ingerido pelo prematuro^(3,16-17). No entanto, essa diferença é questionável⁽²⁰⁻²¹⁾, principalmente quando se considera a pequena quantidade de leite ingerida e o baixo peso dessas crianças⁽²²⁾. Especialistas consideram a videofluoroscopia como o padrão-ouro para avaliar a sucção e a deglutição. Contudo, esse exame requer a ingestão de líquido com bário, envolvendo risco para a saúde do bebê. Além do mais, é uma avaliação dispendiosa e que poucos hospitais oferecem. Outra desvantagem é que nesse exame não há possibilidade de se verificar a sucção no seio materno.

Considera-se, aqui, que o Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral é de fácil aplicação na prática clínica e que auxiliará os profissionais de saúde a iniciar precocemente o aleitamento materno e incentivá-lo nas unidades neonatais. O início precoce da amamentação tem vários efeitos benéficos para o pré-termo, como fisiológicos, afetivos, vantagens sociais e de desenvolvimento e melhora a sua qualidade de vida^(2-3,23). Além disso, o início precoce aumenta a produção de leite da mãe, reduzindo a hipogalactia e desmame precoce em prematuros⁽²⁴⁾.

Por um longo tempo, a amamentação era considerada mais dispendiosa para prematuros, devido à crença de que a amamentação levaria ao maior consumo de energia e, conseqüentemente, maior perda de peso. Estudos demonstram, no entanto, que a alimentação no seio materno, em comparação com a mamadeira, resulta em menor variação na saturação de oxigênio e possibilita menor risco de efeitos adversos⁽²⁵⁾ à criança. O copinho é outro método utilizado na transição da alimentação gástrica para oral, mas, nesse método, os bebês realizam um padrão motor oral diferente do que é utilizado para a alimentação no peito ou mamadeira⁽²⁾. Outras técnicas alternativas que auxiliam os prematuros na transição da alimentação no seio materno são a translactação, relactação e sonda-peito. Essas técnicas contribuem para a transição alimentar mais fisiológica e alta hospitalar mais cedo em aleitamento materno exclusivo, além de a mãe desempenhar papel mais ativo no processo⁽¹³⁾.

Conclusão

O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral demonstrou ser preciso e uma tecnologia para ajudar os profissionais da saúde (como médicos, enfermeiros e fonoaudiólogos) a indicar o início da transição da alimentação oral no seio materno, sem riscos para os prematuros. Uma vantagem do instrumento consiste no fato de o mesmo ser uma avaliação ampla, englobando diversos fatores, incluindo maturidade e estado de consciência, habilidades motoras orais e aspectos da sucção do prematuro.

A limitação do estudo foi o pequeno número da amostra. Novas pesquisas estão sendo realizadas para validação da versão simplificada do instrumento, com aumento do número de prematuros.

Referencias

1. Thoyre SM. Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant. *Annu Rev Nurs Res.* 2003;21:61-92.
2. Nascimento MB, Isller H. Breast feeding in premature infant in hospital clinical management. *J Pediatr.* 2004;80:S163-72.
3. Lemons PK, Lemons JA. Transition to breast/bottle feedings the premature infant. *J Am Coll Nutr.* 1996;15:126-35.
4. Palmer MM, Crawley K, Blanco IA. Neonatal Oral-Motor Assessment Scale: a reliability study. *J Perinatol.* 1993;13:28-35.
5. Xavier C. Avaliação de alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). *Pro Fono.* 1995;7:69-74.
6. Neiva FCB. Proposta de um formulário de avaliação da sucção de recém-nascidos. *Pro Fono.* 2000;12:113-9.
7. Neiva FN, Leone C, Leone CR. Non-nutritive sucking scoring system for preterm newborns. *Acta Paediatr.* 2008;97:1370-5.
8. Fujinaga CI, Scochi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Leite AL. Validação de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2008;8:391-9.
9. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. *Pro Fono.* 2007;19:143-50.
10. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Encouraging mother-

child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirao Preto Clinical Hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003;11(4):539-43.

11. Rogers IS. Relactation. Early Hum Dev. 1997;49:S75-81.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

13. Aquino RR, Osório MM. Relactation, translactation and breast-oro gastric tube as transition methods in feeding preterm babies. J Hum Lact. 2009;25(4):420-6.

14. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. Neonatal Netw. 2005;24:7-16.

15. Furman L, Minich NM. Evaluation of breastfeeding of very low birth weight infants: can we use the breastfeeding assessment tool? J Human Lact. 2006;22:175-81.

16. Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. Early Hum Dev. 1999;55:247-64.

17. Nyqvist KH, Rubertsson C, Ewald U, Sjöden PO. Development of the preterm infant breastfeeding behavior scale: a study of nurse-mother agreement. J Human Lact. 1996;12:207-18.

18. Costa SP, Schans CPVD. The reliability of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale. Acta Paediatr. 2008;97:21-6.

19. Howe TH, Sheu CF, Hsieh YW, Hsieh CL. Psychometric characteristics of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale in healthy preterm infants. Dev Med Child Neurol. 2007;49:915-9.

20. Daley HK, Kennedy CM. Meta analysis: effects of interventions on prematures infants feeding. J Perinat Neonatal Nurs. 2000;14:62-77.

21. Savenije OE, Brand PL. Accuracy and precision of test weighing to assess milk intake in newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2007;92:F155-6.

22. Martinez FE, Araújo R, Tavares RS, Moyses JS. Pesar antes e depois é uma boa medida do volume de leite ingerido? J Pediatr. 1992;68:258-61.

23. Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tanburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. Acta Paediatr. 1998;87:440-5.

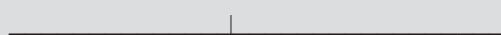
24. Silvestre PK, Carvalhaes MABL, Venâncio SI, Tonete VLP, Parada CMGL. Breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(6):953-60.

25. Meier P, Anderson GC. Responses of small preterm infants to bottle-and breast-feeding. MCN Am J Matern Child Nurs. 1987;12:97-105.

Recebido: 31.7.2012

Aceito: 1.10.2012

Como citar este artigo:

Fujinaga CI, Moraes AS, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: ];21(Spec):[06 telas]. Disponível em:  URL