



Especialização em
DIFICULDADES ALIMENTARES NEOPEDIÁTRICAS

2023/2024

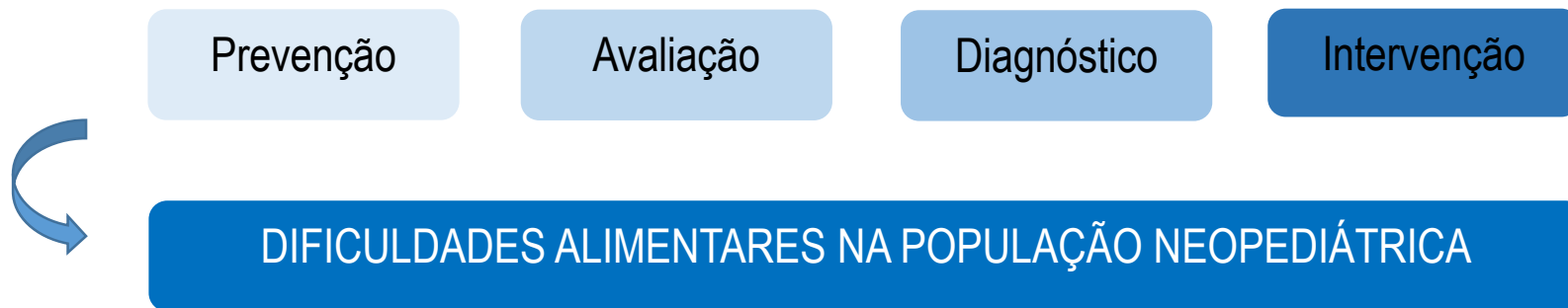
**UC 4 – INTERVENÇÃO NAS DIFICULDADES ALIMENTARES
NEOPEDIÁTRICAS**

Módulo 12: Princípios básicos na atuação do Terapeuta da Fala

Docente: Terapeuta da Fala Dr.ª Tânia Dias

tanita.dias@gmail.com

O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico da comunicação humana, das perturbações relacionadas com a fala e a linguagem (oral e escrita) das alterações relacionadas com as funções oro-muscular, respiração, deglutição e voz das alterações das funções auditiva, visual, cognitiva (incluindo a aprendizagem), ao longo da vida do indivíduo.



Atuação do Terapeuta da Fala em neonatologia



powered by
EFGONI



pequenas ações, **GRANDE IMPACTO**

contato pele a pele imediato para todos os bebês, em todos os lugares

15 years

Dia Mundial da Prematuridade
17 de novembro

#WorldPrematurityDay2023

1 em cada 10 bebês nasce prematuro. Em todo o mundo.

powered by
global alliance for newborn care

supported by
EFGONI european foundation for the care of newborn infants

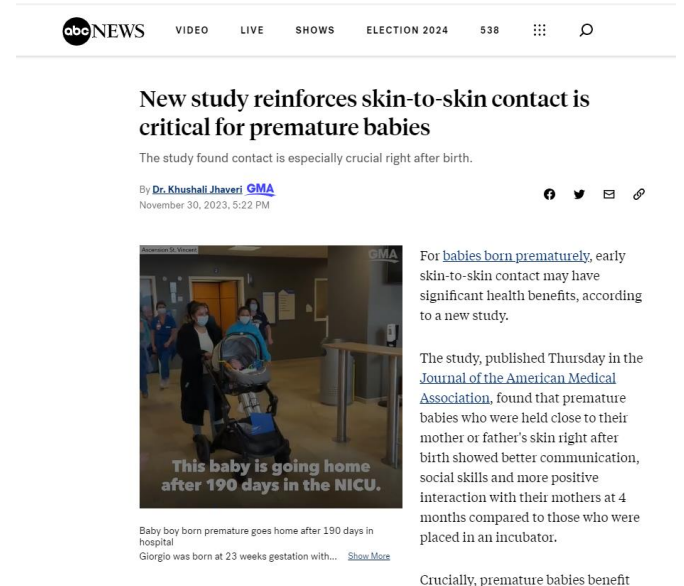
supported by
XXS

Atuação do Terapeuta da Fala em neonatologia

Novo relatório do grupo Nidcap da Suécia de pesquisa:

“Bebés muito prematuros foram randomizados para cuidados em uma incubadora ou cuidados pele a pele com os pais desde o nascimento e durante as primeiras seis horas de vida. Todos tiveram os mesmos cuidados com CPAP, etc, só que o local era diferente. As primeiras horas de vida são um período sensível e importante.

O contato pele a pele imediato ajudou os bebés a regular as funções fisiológicas e comportamentais.”



The screenshot shows a news article from ABC News. The headline is "New study reinforces skin-to-skin contact is critical for premature babies". Below the headline is a sub-headline: "The study found contact is especially crucial right after birth." The author is listed as "By Dr. Khushali Jhaveri GMA" and the date is "November 30, 2023, 5:22 PM". There are social media sharing icons for Facebook, Twitter, Email, and Print. A video thumbnail is visible with the text "This baby is going home after 190 days in the NICU." and a caption: "Baby boy born premature goes home after 190 days in hospital. Giorgio was born at 23 weeks gestation with... Show More". The main text of the article states: "For babies born prematurely, early skin-to-skin contact may have significant health benefits, according to a new study. The study, published Thursday in the Journal of the American Medical Association, found that premature babies who were held close to their mother or father's skin right after birth showed better communication, social skills and more positive interaction with their mothers at 4 months compared to those who were placed in an incubator. Crucially, premature babies benefit

O Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN foi criado numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro fora do útero materno.



Os elementos chave do NIDCAP são:

- coordenação;
- avaliação;
- meio ambiente tranquilo;
- consistência no cuidar/cuidados colaborativos;
- agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas;
- posicionamento adequado;
- oportunidades para contacto pele -a-pele;
- suporte individualizado para a alimentação;
- conforto para a família.

INTERVENÇÃO EM NEONATOLOGIA SEGUNDO A TEORIA SINATIVA (ALS, 2002)

Subsistemas

- 1 – Fisiológico (sinais de stress);
- 2 – Desenvolvimento Motor (tonús, postura e movimento);
- 3 – Estado de Alerta (fase de sono desorganizadas, tipo de olhar,...);
- 4 – Atenção e Interação (Qualidade do estado de alerta e da interação);
- 5 – Auto-regulação (capacidade de alcançar e manter com sucesso o equilíbrio entre os sistemas).

Modificação Ambiental

Redução do manuseio

Posicionamento

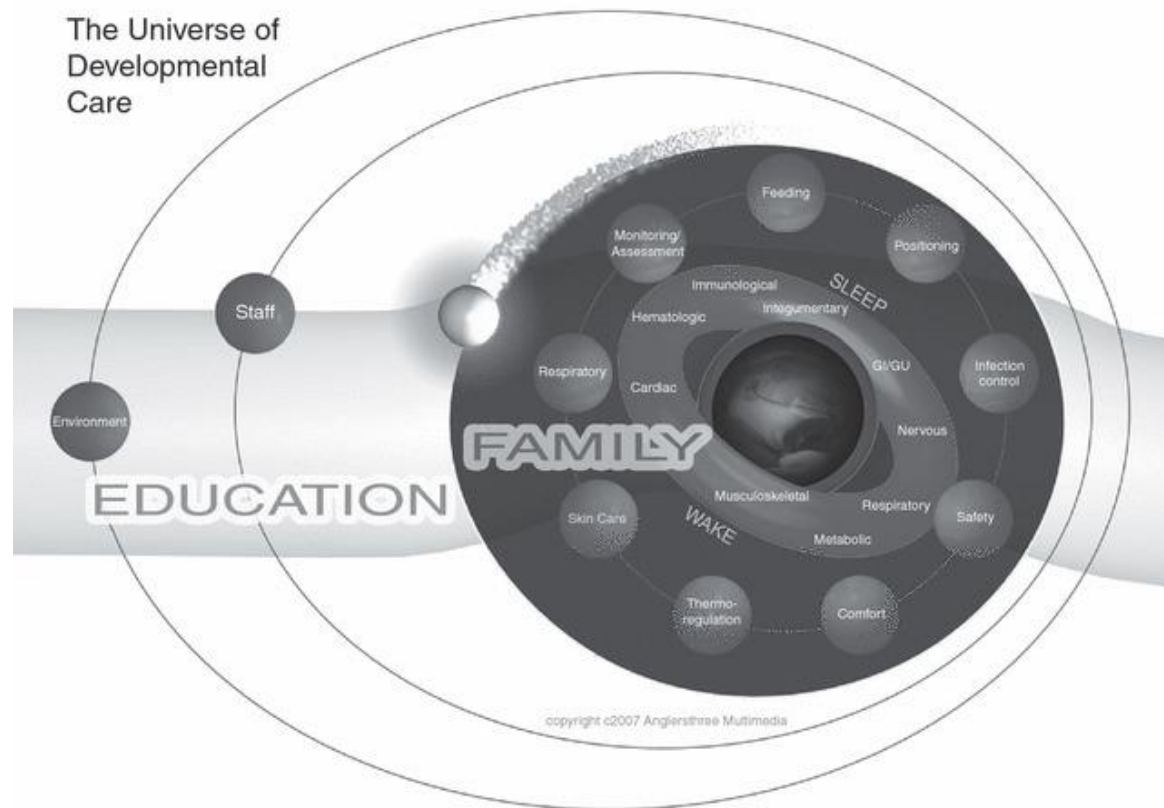
Adequação do estado de alerta



Atuação do Terapeuta da Fala em neonatologia

Modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais alicerçado na Teoria Sistêmica do Desenvolvimento de Als

(Gibbins et al. 2008 e 2010)



Medidas centrais, em que cada uma representa um núcleo organizado de cuidados que reconhecem as necessidades holísticas da díade RN-Família em interação com o ambiente:

1. Ambiente terapêutico
2. Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress
3. Proteção do sono
4. Atividades de vida diária adequadas à idade
5. Cuidados centrados na família

INTERVIR COMO?

Escolhendo a dieta



FASES DO LEITE MATERNO

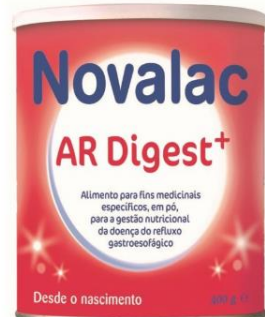
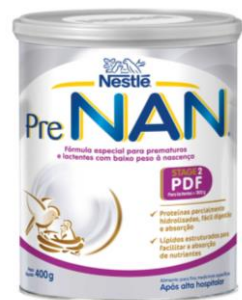
O leite materno passa por três fases. Todas elas são importantes e têm características próprias.

COLOSTRO	LEITE DE TRANSIÇÃO	LEITE MADURO
Primeiros 5 dias	6º ao 15º dia	A partir do 15º dia
Aparência: Transparente ou amarelado	Aparência: Mais volumoso	Aparência: Consistente e esbranquiçada
Composição: Proteínas, imunoglobulinas	Composição: Menos proteínas, mais gorduras e carboidratos	Composição: Gorduras e nutrientes

VAMOS ACABAR COM ESTE MITO?

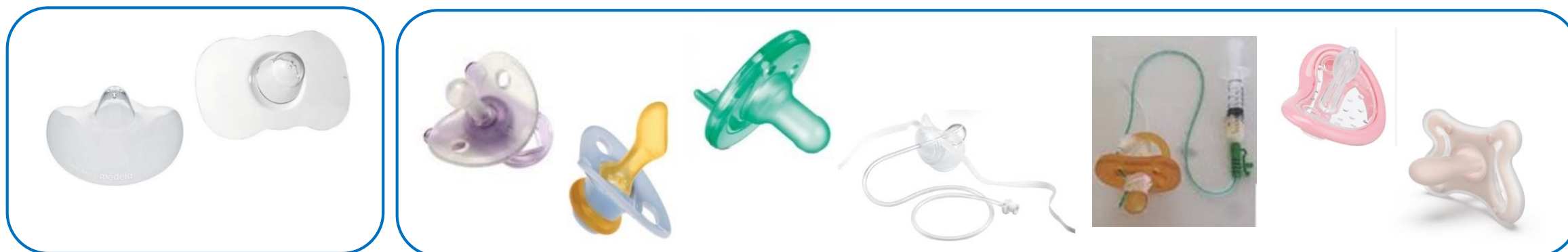
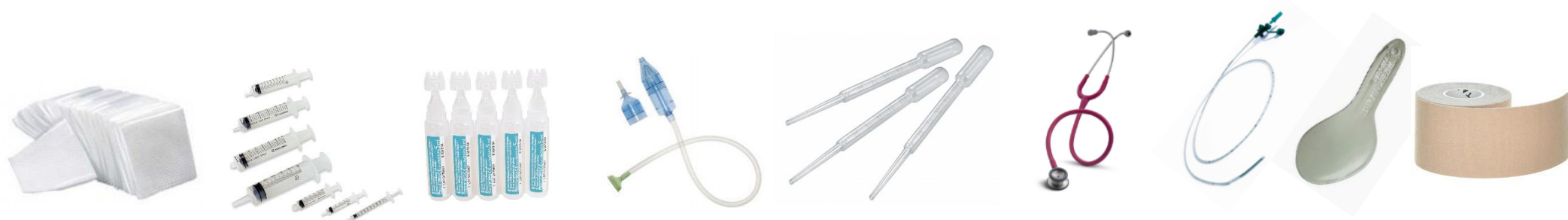
www.amamentaporto.com

LEITE ANTERIOR ou de INÍCIO DE MAMADA	LEITE POSTERIOR ou de FINAL DE MAMADA
Leite rico em ÁGUA . É o leite que HIDRATA o bebé! (por isso não precisa de água e nem chá!)	Leite rico em GORDURA . É o leite que ENGORDA e SACIA o bebé!



Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Intervenção

INTERVIR COMO? Escolhendo material...



INTERVIR COMO? Escolhendo material...

Látex vs Silicóne



Base larga vs Base Estreita



Ortodônticas vs Fisiológicas



Tetinas especiais



Fluxo das tetinas



Donna Dowling, PhD, RN, and Shelley Thibeau, PhD, RNC-NIC | Section Editors
Oral Feeding Strategies: Special Series

Know the Flow

Milk Flow Rates From Bottle Nipples Used in the Hospital and After Discharge

Britt Frisk Pados, PhD, RN, NNP-BC; Jinhee Park, PhD, RN; Pamela Dodrill, PhD, CCC-SLP

ABSTRACT
Background: Milk flow rate may play an important role in an infant's ability to safely and efficiently coordinate sucking, swallowing, and breathing during feeding.
Purpose: To test milk flow rates from bottle nipples used in the hospital and after discharge.
Methods: Bottle nipples used in hospitals (10 unique types) and available nationwide at major retailers (15 unique types) were identified. For each of the 25 nipple types, 15 nipples of that type were tested by measuring the amount of infant formula extracted in 1 minute by a breast pump. Mean milk flow rate (mL/min) and coefficient of variation (CV) were calculated for each nipple type. Comparisons between nipple types were made within brand and within category (eg, Slow, Standard). A cluster analysis was conducted to identify nipples of comparable flow.
Results: A total of 375 individual nipples were tested. Milk flow rates varied widely, from 0.86 to 37.61 mL/min. There was also a wide range of CVs, from 0.03 to 0.35. Packing information did not accurately reflect the flow rates of bottle nipples. The cluster analysis revealed 5 clusters of nipples, with flow rates from Extra Slow to Very Fast.
Implications for Practice: These data can be used to guide decisions regarding nipples to use for feeding infants with medical complexity in the hospital and after discharge.
Implications for Research: Research on infant feeding should consider the flow rate and variability of nipples used, as these factors may impact findings.
Key Words: bottle feeding, feeding behavior, feeding methods, infant, milk flow, newborn, premature

TABLE 3. Results of Cluster Analysis

Flow Category	Nipple Brand and Type	Mean Flow Rate (Range)
Extra Slow	Philips Avent Natural First Flow	0.86 (0.15-1.19)
	Philips Avent Natural Omos+	2.25 (1.49-2.74)
	Infant Labs Extra Slow	3.30 (2.6-3.77)
	Dr. Brown's UltraPreemie	4.92 (4.09-5.73)
Slow	Infant Labs Slow	5.99 (5.10-6.62)
	Dr. Brown's Preemie	7.22 (4.35-8.37)
	Playtex Ventaire Full Sized	7.35 (5.65-10.29)
	Playtex Ventaire Breastlike	7.37 (6.10-9.86)
	Similac single-use Slow Flow	8.04 (6.59-13.28)
	Playtex Baby Naturalatch 0-3m	9.47 (7.66-12.88)
	Comotomo Slow Flow (0-3 mos)	9.76 (6.05-12.49)
Infant Labs Standard	10.32 (9.12-11.79)	
Medium	Enfamil single-use Slow Flow	13.24 (9.93-17.39)
	Gerber First Essentials	13.26 (9.85-20.17)
	Dr. Brown's Level 1	13.31 (11.51-14.59)
	Evenflo Classic Slow Flow 0m+	13.63 (10.66-20.64)
	MAM Anti-colic Omos+	13.63 (13.04-15.68)
	Tommee Tippee Closer to Nature 0m+	15.90 (14.05-17.08)
	Tommee Tippee Anti-colic 0m+	16.23 (11.28-20.30)
Fast	Philips Avent Anti-colic Omos+	17.44 (16.31-18.5)
	Similac single-use Standard Flow	18.49 (10.55-26.61)
	Enfamil single-use Standard Flow	19.14 (14.09-21.78)
	Similac single-use Premature	19.17 (13.53-26.82)
	Medela Wide-Base Slow Flow	22.03 (17.97-25.61)
Very Fast	Medela Calma	37.61 (35.54-39.96)



INTERVIR COMO? Escolhendo técnicas

Sucção Não Nutritiva



Sucção Nutritiva Controlada

Técnica Sonda-dedo



Finger-feeder
Seringa



Sistema de Relactação/translactação ou
Sistema de Nutrição Complementar



Sucção Nutritiva

Seio Materno



Biberão



Copinho







INTERVIR QUANDO?

Pré-requisitos para a realização da Estimulação Sensório-Motora Oral (ESMO)

- RN com mais de 24 horas e recebendo aporte calórico mínimo 90cal/kg/dia;
- Quadro clínico estável;
- Presença de reflexos protetivos;
- Ausência ou resíduo gástrico abaixo de 2 ml;
- Permanência no estado de alerta durante mais tempo.

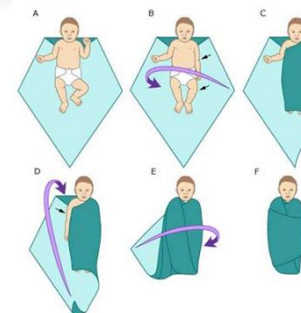
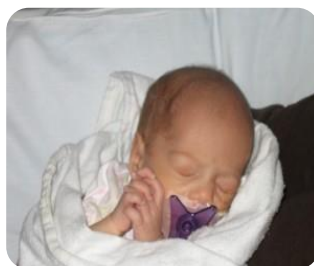


- A ESMO não deve ultrapassar os 10 minutos;
- Optar por apresentar o estímulo por períodos curtos;
- Realizar a ESMO associada à forma de alimentação do bebé (sonda, copinho, peito...);
- Iniciar e terminar a ESMO com o fornecimento por sonda, associando assim estímulo- resposta (saciedade).

INTERVIR COMO?

- Promovendo o toque nutritivo para....
 - melhorias fisiológicas;
 - menor excitabilidade;
 - menos comportamentos de stress e maior actividade organizada;

1. Containment/Holding
2. Touch Relaxation
3. Still touch/ Resting Hands
4. Técnica de Canguru



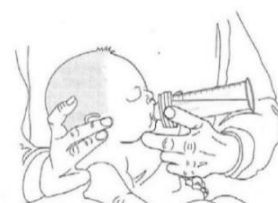
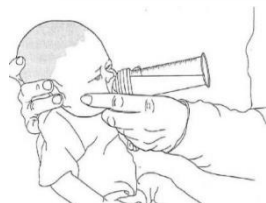
Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Intervenção

INTERVIR COMO?

- Adequar o padrão postural (organização neurológica, organização dos estados de consciência);



Apóio externos a nível cervical, da base da língua, mandíbula e bochechas



Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Intervenção



Systematic Review: What Is the Evidence for the Side-Lying Position for Feeding Preterm Infants?

Jinhee Park, PhD, RN; Britt Frisk Pados, PhD, RN, NNP-BC; Suzanne M. Thoyre, PhD, RN, FAAN

- ❑ Suporte para a respiração durante a alimentação;
- ❑ Reduz o trabalho respiratório reduzindo os efeitos gravitacionais na expansão pulmonar e os tecidos moles à volta da via aérea
- ❑ Ângulo do biberão fica mais baixo o qual permitindo a redução do fluxo de da pressão gravitacional
- ❑ Quanto menor o fluxo mais tempo para controlar o volume para uma deglutição mais segura e mais eficiente,



INTERVIR COMO?

- Adequar a sensibilidade, percepção e motricidade orofaciais começando pelo corpo, das zonas mais distais para as mais proximais.
- Com recurso a estímulos proprioceptivos, gustativos, térmicos e estimular os reflexos orais.



- Dar controle oral;
- Lavar a sonda com 2 a 3 mL de água;
- Manter o bebé em decúbito lateral para propiciar o esvaziamento gástrico.

(Moris & Klein, 1987; Bonifácio, 1999; Wolf & Glass, 1992; Hernandez, 2003; Almeida & Modes, 2004)

Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Intervenção



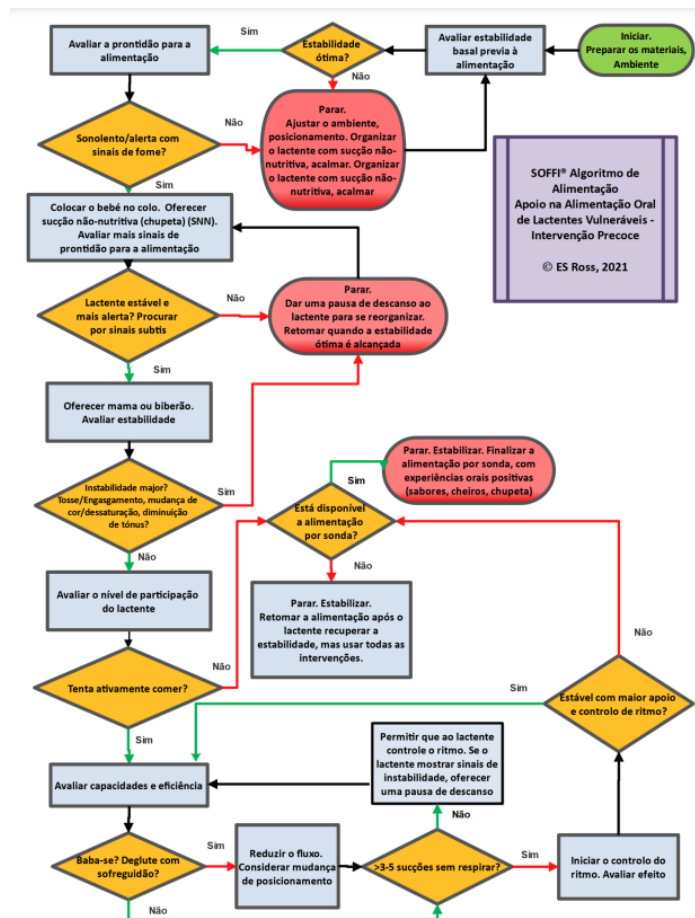
Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Intervenção

PIOMI-
Premature infant oral motor intervention
(Lessen, 2011)

8 passos	Técnica	Objetivo	Frequência	Duração
Estiramento em C da bochecha	Um dedo dentro da bochecha e outro por fora. Deslizar o dedo e esticar o tecido da mente para trás em direção à orelha, para baixo e de trás para frente (padrão C). Repetir do outro lado.	melhorar a amplitude de movimento e força das bochechas; melhorar o vedamento labial	2x cada bochecha	30 seg
Movimento circular nos lábios	Fazer movimento circular com os lábios entre os dedos (como rolar uma ervilha). Fazer no lado esquerdo do lábio, em seguida, repetir no lado direito.	melhorar a amplitude de movimento dos lábios e o vedamento labial	1x cada lado	30 seg
Ondulação nos lábios	Colocar um dedo por dentro e outro por fora do lábio. Comprimir suavemente o lábio e esticar para baixo em direção à linha média. Repetir no lado inferior, esticando-o para cima. Ou (se os lábios forem muito pequenos para se fazer movimento ondulatório, pode-se substituir por estiramento labial). Dedo sobre o lábio superior, ligeiramente comprimindo levemente. Mover o tecido horizontalmente, esticando para um lado e depois para o outro. Repetir com o lábio inferior.	melhorar a força dos lábios, a amplitude de movimento e o vedamento labial	1x em cada lábio	30 seg
Massagem na gengiva	Colocar o dedo na gengiva superior e com pressão firme e sustentada mover o dedo pelo lado de fora da gengiva contornando-a. Repetir na gengiva inferior.	melhorar a amplitude de movimento da língua, estimular a sucção e melhorar a deglutição	2x	30 seg
Bordas laterais da língua / bochecha	Colocar o dedo no nível dos molares entre a lâmina da língua e a gengiva superior. Mover o dedo em direção à linha média empurrando a língua em direção à linha média. Mover o dedo para trás em direção à bochecha e estirá-la.	melhorar a amplitude de movimento e força da língua	1x cada lado	15 seg
Lâmina central da língua	Colocar o dedo no centro da boca, dando pressão sustentada no palato duro por três segundos. Mover o dedo para baixo para que entre em contato com a lâmina central da língua. Deslocar a língua para baixo com uma pressão firme. Mover o dedo para cima, para o centro do palato duro.	melhorar o alcance de movimento da língua e sua força, estimular a deglutição e melhorar a sucção	2x	30 seg
Elicitar uma sucção	Colocar o dedo na boca, na linha média, gentilmente acariciar o palato para estimular uma sucção.	Melhorar a sucção e aliviar o palato mole	n/a	15 seg
Suporte de sucção não-nutritiva	Mantém o dedo (ou uma chupeta) na boca do RN para que ele sugue.	Melhorar a sucção e aliviar o palato mole	n/a	2 min

© Dr. Brenda Lessen Knoll 2013 For copies/training contact jlessen@duke.edu PIOMI.com. Translation via Geovana de Paula Bolzan, 2014

SOFFI – Supporting oral feeding in fragile infants (Ross, 2011)



Oral Stimulation Program (Fucile et al, 2011)

Peri-oral stimulation (Rationale – to improve muscle intractability, strength and orientation reflexes)

- Cheeks x 4 (2 minutes)
- Upper lip x 4 (1 minute)
- Lower lip x 4 (1 minute)
- Upper and lower lip curl x 2 each lip (1 minute)
- Upper gum x 2 (1 minute) (rationale = to stimulate swallow & improve suck)
- Lower gum x 2 (1 minute) (rationale = to stimulate swallow & improve suck)
- Internal cheek x 2 each cheek (2 minutes)
- Lateral borders of the tongue x 2 each side (1 minute)
- Mid-blade of the tongue x 4 (1 minute) (rationale = to stimulate swallow & improve suck)
- Elicit a suck with finger (no frequency specified) (1 minute) (rationale = improve suck and soft palate activation)
- Elicit a suck with pacifier (no frequency specified) (3 minutes) (rationale = improve suck and soft palate activation)
- **TOTAL TIME = 15 minutes**

As suas aplicações exigem formação específica.

INTERVIR COMO?

- Seleccionando materiais e técnicas de acordo com as especificidades das patologias e as competências oromotoras da criança.

ex. Cardiopatia congénita;
Refluxo Gastroesofágico;
Síndrome de Desconforto Respiratório
Malformações Craniofaciais
Atraso no Reflexo de Deglutição





Tempo de transi o alimentar na técnica sonda-peito em recém-nascidos baixo peso do Método Canguru

Intervention time until discharge for newborns on transition from gavage to exclusive oral feeding

Conclusão: RNs com intercorrências clínicas, que fizeram a transi o da gavagem exclusivamente no peito, tiveram tempo de transi o menor que aqueles que utilizaram complementa o por copo/biberão. A transi o alimentar pela técnica sonda-peito   importante para ser preconizada na atua o do TF em Neonatologia.

INDICA OES E USO DA TÉCNICA "SONDA-DEDO"

Indications and use of "finger feeding"

Cristina Ide Fujinaga (1), Ana Paula Duca (2), Raquel Aparecida Cardozo de Lima Petroni (3), Claudia Helena Rosa (3)

RESUMO

A recomenda o da Organiza o Mundial da Saúde   que todo recém nascido deva ser alimentado exclusivamente no seio materno até o sexto mês e, de forma complementar, até o segundo ano de vida. Assim, algumas técnicas são realizadas para facilitar a alimenta o ao seio, dentre elas o uso do copo e, recentemente, a utiliza o da técnica "sonda-dedo". Tal prática   bastante controversa e há escassez de estudos na literatura sobre a descri o da técnica, sua indica o e uso. O objetivo do presente trabalho   relatar a experiência clínica para indica o e uso da técnica "sonda-dedo". A técnica "sonda-dedo" consiste no oferecimento do leite, de preferência humano, utilizando sonda gástrica conectada a uma seringa com êmbolo e fixada em dedo mínimo enluvado com fita adesiva. A sonda   posicionada na cavidade oral do recém nascido e deve servir como uma técnica de auxílio para adequa o do padrão de suc o. Desta forma, sugere-se que sua indica o deve ser apenas nos casos em que seja caracterizada uma disfun o oral, seja em recém nascidos a termo ou pré-termo. Diante da avalia o específica, realizada pelo fonoaudiólogo, indica-se a técnica "sonda-dedo" com objetivo de adequar as altera es obtidas na avalia o da suc o não nutritiva ou em seio materno. Acredita-se que, para que a técnica "sonda-dedo" seja indicada como complemento do aleitamento materno, devam ser realizados novos estudos para esclarecer quais as repercussões da técnica "sonda-dedo" na prevalência do aleitamento materno e no desenvolvimento motor oral de recém nascidos.

DESCRITORES: Recém Nascido; Alimenta o; Aleitamento Materno

ORIGINAL ARTICLES

www.jpeds.com • THE JOURNAL OF PEDIATRICS



Validation of Test Weighing Protocol to Estimate Enteral Feeding Volumes in Preterm Infants

Michael W. Rankin, MD¹, Elizabeth Yakes Jimenez, PhD, RD^{2,3}, Marina Caraco, BSN, RN, IBCLC¹, Marie Collinson, BNurs, RN, IBCLC¹, Lisa Lostetter, BSN, RN, IBCLC¹, and Tara L. DuPont, MD¹

Conclusão: o teste de pesagem pode ser uma ferramenta valiosa para dar suporte ao aleitamento materno na unidade de terapia intensiva neonatal.

A Técnica Sonda-dedo   uma técnica usada em casos de disfun o oral .
Não   uma forma de alimenta o.

Quality Improvement Study of
Effectiveness of Cue-Based Feeding
in Infants With Bronchopulmonary
Dysplasia in the Neonatal Intensive
Care Unit

Elizabeth Davidson, Diana Hinton, Nancy Ryan-Wenger, and Sudarshan Jalcheria

- Protocolo de alimentação individualizado baseado nas pistas do RN
- “Cue-based feeding” x cultura do volume ingerido
- Sem forçar a alimentação
- Sinais do RN antes, durante e depois da alimentação
- Coordenação S/D/R
- Promover experiências positivas
- Diminui a ocorrência de recusa alimentar



Observar constantemente:

- stress x estabilidade
- deglutição / respiração
- estabilidade fisiológica
- controle postural
- estado comportamental



Atenção aos sinais de fadiga:

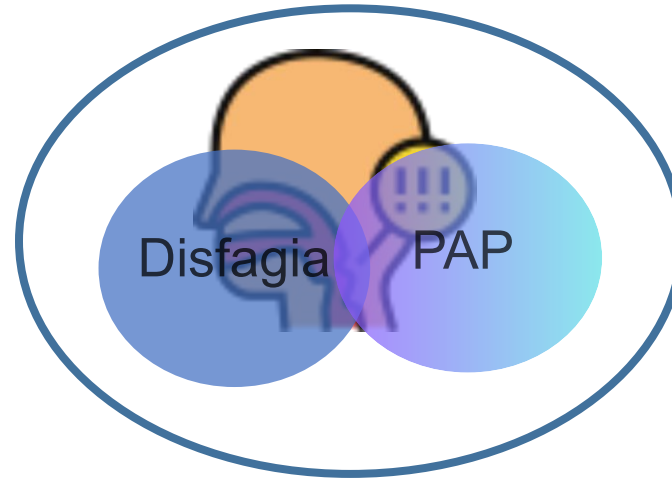
- Diminuição do tónus global
- Mudança abrupta do estado comportamental
- Aumento das pausas entre sucções
- Tempo de alimentação superior a 30min
- Aumento do derramamento de leite
- Aumento da FR/ desconforto respiratório
- Dessaturação de oxigénio, apnéia e bradicardia
- Apnéia / tosse / engasgos
- Deglutições múltiplas

Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia

“A atuação do TF no RN de Risco, visando a adequação da função alimentar, pode-se comparar à navegação num mar turbulento cheio de icebergs cujas pontas estão frequentemente submersas, exigindo do Terapeuta extrema habilidade para conduzir o barco e grande dose de humildade para reconhecer o que desconhece e recorrer à ajuda da tripulação”.

(Hernandéz, 2004)





A Perturbação Alimentar Pediátrica (PAP) não causa disfagia, no entanto, a disfagia pode ser um fator de risco para a PAP em função da privação alimentar, das experiências orais traumáticas e das abordagens iatrogénicas.

Nos casos de co-existência de disfagia e dificuldade alimentar, o mais comum, é a disfagia surgir primeiro e, em muitos casos, é possível prevenir a perturbação alimentar, começando pela orientação aos pais/cuidadores e equipa.

Disfagia

Refere-se a um sintoma comum de diversas doenças congênitas ou adquiridas, permanentes ou transitórias, relacionadas com **qualquer alteração no ato de engolir**, que dificulta ou impede a ingestão oral **segura, eficiente** e confortável.

A prevalência da disfagia orofaríngea é maior em crianças prematuras, com alterações do trato aerodigestivo superior, malformações do SNC, Patologias do Neurodesenvolvimento e Síndromes Genéticas com Malformações Craniofaciais.



Disfagia

Sinais de alteração de eficácia	Sinais de alteração de segurança
Refeições prolongadas;	Apneias;
Perda progressiva de peso;	Frequentes infecções respiratórias;
Soluços após as refeições;	Tosse;
Sudação, náuseas e fadiga durante as refeições;	Incoordenação na S/D/R;
Regurgitação nasal;	Engasgo frequente;
Presença de resíduos orais;	Febre;
Deglutições múltiplas;	Alterações na qualidade vocal;
Encerramento labial ineficaz;	Diminuição da saturação de O ₂ .
Suspeita de resíduos faríngeos.	

Avaliação Clínica:

- Subjetiva;
- Foco na fase oral;
- Importância da anamnese;
- Baixa eficácia constatar aspiração



Avaliação Instrumental:

- Objetiva;
- Justifica-se realizar após avaliação clínica;
- Permite confirmar diagnóstico.



O tempo prolongado é um dos primeiros sinais de dificuldades na deglutição.

Perturbações alimentares pediátricas

A. Distúrbio na ingestão oral de nutrientes, inadequados para a idade, com duração pelo menos de duas semanas com ou uma mais das condições presentes:

Disfunção médica:

- Compromisso cardio-respiratório durante a alimentação por via oral;
- Aspiração ou pneumonias de aspiração recorrentes;

Disfunção nutricional:

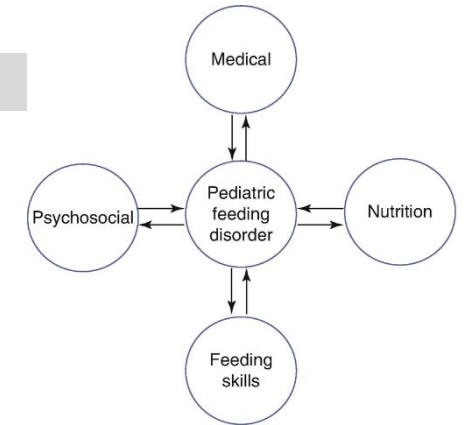
- Desnutrição;
- Défice nutricional específico ou ingestão significativamente restrita de um ou mais nutrientes resultantes da diminuição da diversidade alimentar;
- Dependência de alimentação enteral ou suplementação oral para manter o estado nutricional e/ou hidratação;

Disfunção nas competências alimentares:

- Necessidade de modificar a textura de líquidos ou alimentos;
- Adequação de posicionamento ou equipamento durante a alimentação;
- Uso de estratégias de alimentação modificadas.

Disfunção Psico-social:

- Comportamento de recusa passiva ou ativa da criança ao se alimentar ou ser alimentada;
- Gestão inadequada do cuidador das necessidades de alimentação e/ou nutrição da criança;
- Perturbação do funcionamento social dentro de um contexto alimentar.
- Perturbação da relação cuidador-criança associada à alimentação.



Proposed diagnostic criteria for pediatric feeding disorder

A. A disturbance in oral intake of nutrients, inappropriate for age, lasting at least 2 weeks and associated with 1 or more of the following:

- Medical dysfunction, as evidenced by any of the following^{*}:
 - Cardiorespiratory compromise during oral feeding
 - Aspiration or recurrent aspiration pneumonitis
- Nutritional dysfunction, as evidenced by any of the following[†]:
 - Malnutrition
 - Specific nutrient deficiency or significantly restricted intake of one or more nutrients resulting from decreased dietary diversity
 - Reliance on enteral feeds or oral supplements to sustain nutrition and/or hydration
- Feeding skill dysfunction, as evidenced by any of the following[‡]:
 - Need for texture modification of liquid or food
 - Use of modified feeding position or equipment
 - Use of modified feeding strategies
- Psychosocial dysfunction, as evidenced by any of the following[§]:
 - Active or passive avoidance behaviors by child when feeding or being fed
 - Inappropriate caregiver management of child's feeding and/or nutrition needs
 - Disruption of social functioning within a feeding context
 - Disruption of caregiver-child relationship associated with feeding

B. Absence of the cognitive processes consistent with eating disorders and pattern of oral intake is not due to a lack of food or congruent with cultural norms.

B. Ausência dos processos cognitivos compatíveis com transtornos alimentares e padrões de ingestão oral não é devido à falta de alimentos ou congruente com as normas culturais.

Sinais e sintomas

MEDICAL

- labored breathing with and without feeding
- color changes in lips or face when eating or drinking
- sweating when eating or drinking
- gurgle or squeaking sounds with and without feeding
- reoccurring upper respiratory infections
- crying, arching, coughing, grimacing when eating or drinking
- suspected food allergies
- multiple formula changes
- vomiting
- never seems hungry
- physical discomfort when eating or drinking

NUTRITION

- unable to eat or drink enough to grow or stay hydrated
- insufficient or too rapid of a change in weight or height
- lack of a certain nutrient, i.e., iron, calcium
- need for nutritional supplements
- reliance on a particular food for nutrition
- need for enteral feeds for nutrition-NG, GT, TPN
- constipation
- limited dietary diversity for age
 - too few fruits and/or vegetables
 - limited or no protein source
 - too few foods eaten on a regular basis

FEEDING SKILL

Feeding Skill specific to ANY age

- labored, noisy breathing or gasping
- coughing, choking, gagging or retching
- gurgles or wet breaths
- loud and/or hard swallows or gulping
- unable to eat or drink enough for optimal growth
- excessively short mealtimes (< 5 minutes)
- excessively long mealtimes (> 30 minutes)
- need for thickened liquids
- need for special food or modified food texture
- need for special strategies, positioning or equipment

Feeding Skill specific to an INFANT (12 months of age or younger)

- unable to latch to breast or bottle without help
- weak suck
- need for pacing, flow management or rest breaks
- need for special equipment to breast or bottle feed
- often too tired to eat or quickly falls asleep when eating
- breast or bottle feeds best when asleep, i.e., dream feeds
- unable to transition to solids
- unable to wean from breast or bottle

Feeding Skill specific to a CHILD (12 months of age or older)

- grazing between scheduled mealtimes
- refusal to eat, drink or swallow certain food textures
- needs distraction to eat such as screen time
- needs excessive praise/threats/bribes to eat
- difficulty chewing age-appropriate foods
- unable to eat in new or unfamiliar situations

PSYCHOSOCIAL

- unable to come to or stay with the family at meals
- refusal to eat what is offered or to eat at all
- disruptive mealtime behaviors
- unable to eat with others present at mealtimes
- child exhibits stress, worry or fear during meals
- caregiver stress, worry or fear when feeding child
- presence of bribes, threats, yelling at mealtimes
- need for distraction and/or rewards for eating
- unpleasant mealtime interactions between caregiver and child

https://cdn-links.lww.com/permalink/mpg/c/mpg_1_1_2022_06_08_sharp_jpgn-22-041_sdc1.pdf

Intervenção na Disfagia Orofaríngea Pediátrica

- **ADEQUAR O POSICIONAMENTO PARA FACILITAR A BIOMECÂNICA DA DEGLUTIÇÃO;**
 - POSTURA GLOBAL, FLEXÃO DA CABEÇA, CAPITAL FLEXION.
- **OTIMIZAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR;**
- **TRABALHO COM FISIOTERAPIA PARA MELHORAR A CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA E A MECÂNICA DA DEGLUTIÇÃO;**
- **FAVORECER A RESPOSTA SENSORIAL;**
- **ESCOLHER FORMA DE ALIMENTAR: Via oral vs via alternativa**

Aspetos a ter em consideração: via oral vs via alternativa

Estado nutricional da criança;

Tempo das refeições;

Intercorrências Clínicas;

Risco de penetração/aspiração:

Necessidades de adaptações;

Tomada de decisão em equipa (família);

Reavaliação em cada refeição e reajustes sempre que necessário;



A via oral não pode ser sinónimo de sofrimento, desconforto e experiências aversivas.

- ESCOLHER FORMA DE ALIMENTAR: Via oral vs via alternativa

Alimentação da criança por via alternativa à oral



Preparação das refeições: inclusão de atividades que aumentem o conforto da criança (ex. conforto facial e oral; melhorar o controle postural, aumentar a coordenação respiratória; facilitar a deglutição)



Momento da alimentação por via alternativa:

- promover diferentes posicionamentos para melhorar a comunicação e interação;
- interpretar as mensagens da criança e procedendo a mudança para aumentar o seu conforto (ajustar saída do fluxo, fazer pausas,...)
- Adequação da dieta com a nutricionista de modo a criar uma rotina de refeições, possibilitando a criança de participar nas refeições em família.

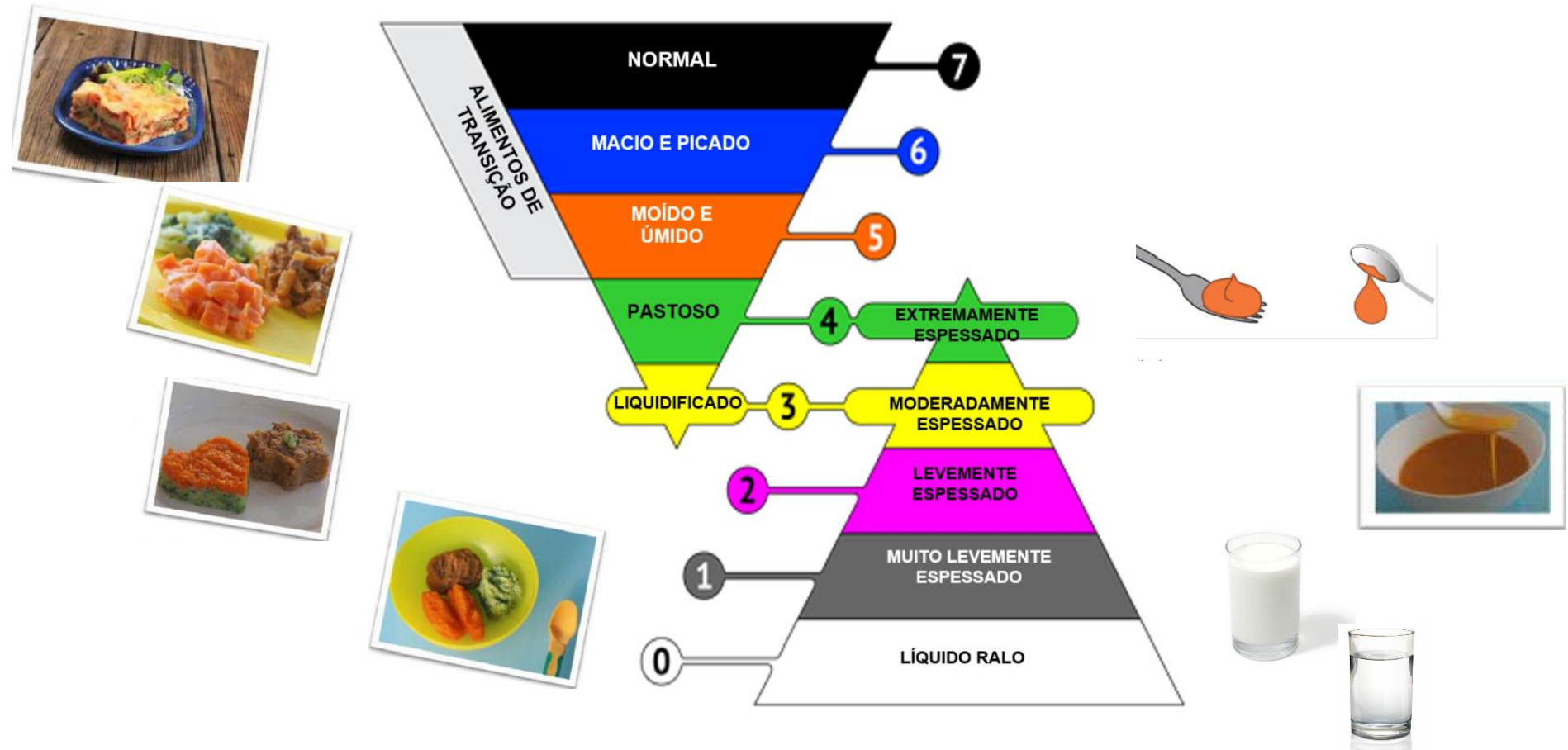


Refeição em família: brincadeiras com os utensílios/brinquedos/livros sobre a alimentação e gradual introdução dos alimentos para aprender as características físicas e sensoriais dos alimentos sem a pressão para comer.

DIVISÃO DAS RESPONSABILIDADES

Intervenção na Disfagia Orofaríngea Pediátrica

- **SELECIONAR DIETA** – modificação de textura e consistência, adequação do volume e tamanho;
Iniciativa Internacional de Padronização de Dieta para Disfagia (IDDSI) para a população pediátrica



Intervenção na Disfagia Orofaríngea Pediátrica

- SELECIONAR OS MATERIAIS DE APOIO À ALIMENTAÇÃO

- (in) dependência na alimentação;
- presença de reflexos patológicos;
- tamanho das estruturas orais e dos utensílios;
- consistência e volume dos alimentos escolhidos;
- competências sensório motora-orais
 - capacidade funcional de captação do utensílio;
 - eficiência do controle oral;
 - funcionalidade da deglutição;
 - eficiência na alimentação (TTO e escape);
 - segurança na alimentação (Proteção da VAI).



- **MODIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO E VELOCIDADE DE APRESENTAÇÃO DO ALIMENTO**
- **SELECIONAR TÉCNICAS**
 - **ESTIMULAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA ORAL**
 - **ESTIMULAÇÃO TÁCTIL TÉRMICA GUSTATIVA**
 - **TERAPIA MIOFUNCIONAL ORAL**
 - **TÉCNICAS ATIVAS – MANOBRAS**
 - Manobra supraglótica**
 - » **Manobra super-supraglótica**
 - » **“Hard swallow”**
 - » **Manobra de deglutições múltiplas**
 - » **Manobra de Mendelssohn.**
 - » **Manobra de Masako**
 - » **“Lip Pursing”**

Intervenção na Disfagia Orofaríngea Pediátrica



- SELECIONAR RECURSOS TERAPÊUTICOS

- KINEOSIO TAPPING

- ELETROESTIMULAÇÃO NEUROMUSCULAR

- LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v16i4a103272

ARTIGO ORIGINAL

O uso da bandagem elástica Kinesio no controle da sialorréia em crianças com paralisia cerebral

The use of the Kinesio taping method in the control of sialorrhea in children with cerebral palsy

Mariana de Oliveira Ribeiro¹, Renata de Oliveira Rahal¹, Andréa Siqueira Kokary², Daniela Pimenta Bittar³

RESUMO

Objetivo: Verificar a eficiência da bandagem elástica Kinesio no controle de deglutição de saliva em crianças com paralisia cerebral. **Materiais e Métodos:** A pesquisa foi realizada no Setor Escolar da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Participaram 42 crianças com idades entre 4 e 15 anos (média = 8 anos e 9 meses), de ambos os sexos, com diagnóstico de paralisia cerebral e queixa de sialorréia. Foi realizado um *checklist* com os pais da criança com perguntas referentes a sialorréia e posteriormente realizadas duas escalas para pontuação da frequência e da gravidade dessa. Foram realizadas oito aplicações da Kinesio Tape na musculatura supra-hióida e, então, o *checklist* e as escalas foram reaplicados.

ABSTRACT

Objective: To verify the effectiveness of the Kinesio taping method in the control of saliva deglutition in children with cerebral palsy (CP). **Material and Methods:** The study was carried out in the School Division of Associação de Assistência a Criança Deficiente (The Disabled Child Assistance Association - AACD). A total of 42 children aged 4 to 15 years (mean 8 years and 9 months), of both sexes, with a diagnosis of cerebral palsy and complaint of sialorrhea were studied. A check list was employed with the children's parents, which included questions on sialorrhea and subsequently, two scales were used to score the frequency and severity of the condition. The

Resultados: Verificou-se que houve redução estatisticamente significativa nos parâmetros utilizados para verificação da sialorréia, sendo eles: número de toalhas utilizadas por dia para secar a boca, pontuação na escala de frequência e pontuação na escala de gravidade da sialorréia. **Conclusão:** Conclui-se que o método Kinesio Taping é eficaz na melhora do controle de deglutição de saliva em crianças com Paralisia Cerebral.

PALAVRAS-CHAVE

Paralisia Cerebral, Deglutição, Sialorréia, Bandages

KEYWORDS

Cerebral Palsy, Deglutition, Sialorrhea, Bandages

Review > J Speech Lang Hear Res. 2019 Aug 15;62(8):2575-2583.

doi: 10.1044/2019_JSLHR-S-18-0502. Epub 2019 Jul 24.

Neuromuscular Development in Neonates and Postnatal Infants: Implications for Neuromuscular Electrical Stimulation Therapy for Dysphagia

Hannah E Epperson¹, Mary J Sandage¹

Affiliations + expand

PMID: 31343903 DOI: 10.1044/2019_JSLHR-S-18-0502

Abstract

Purpose: The aim of the current study was to review neuromuscular development, summarize the current body of evidence describing the use of neuromuscular electrical stimulation (NMES) therapy in infants, and identify possible contraindications for the use of NMES in the neonate and young infant. **Method:** After a review of the literature describing neuromuscular development, we created a timeline of the developmental processes. Key milestones were determined, and a literature search was conducted to identify potential effects of electrical stimulation on this process. **Results:** Current evidence supporting the use of NMES in the pediatric population is limited and of poor quality. **Contraindications:** the use of NMES in the neonate and young infant were identified, including (a) inhibited expression of the neural cell adhesion molecule that is vital for neuromuscular development, (b) alteration of muscle fiber type metabolic profile away from intended muscle fiber type morphology, and (c) interruption of postsynaptic acetylcholine receptor synthesis during neuromuscular junction development. **Conclusion:** The use of NMES for the treatment of dysphagia in the neonate and young infant may influence early neuromuscular development in a manner that is not currently well understood. Future research is needed to further understand the effects of NMES on the developing neuromuscular system.

PubMed Disclaimer



Intervenção na Disfagia Orofaríngea Pediátrica

- SELECIONAR ABORDAGENS

- NEURODESENVOLVIMENTO - Bobath



- MÉTODO PADOVAN – REORGANIZAÇÃO NEUROFUNCIONAL

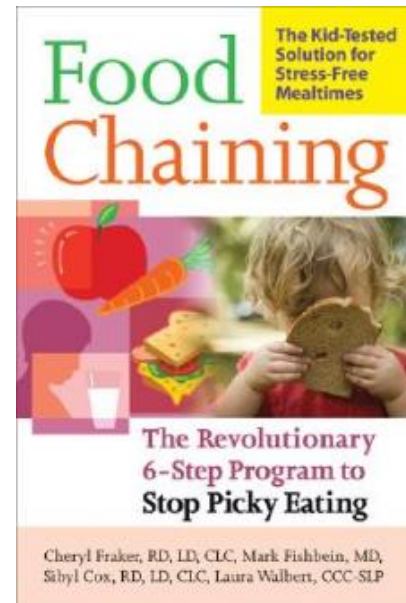


- CONCEITO DE REABILITAÇÃO CORPORAL E OROFACIAL – Castillo Morales



- (...)

Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Abordagem integrativa e ampliada (Junqueira, 2017)

Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Princípios do SOS Approach to Feeding Therapy

- 1º Os mitos da alimentação interferem com a compreensão e intervenção nos problemas de alimentação da criança.
- 2º: Dessensibilização Sistemática aplicada à alimentação.
- 3º Intervenção guiada pelos marcos do desenvolvimento normal da alimentação.
- 4º Seleção dos alimentos a introduzir respeitando competências sensório-motoras orais – *food choices*.



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



REFEIÇÃO

EXPANSÃO DA MASTIGAÇÃO E DA DEGLUTIÇÃO

APRECIAR O SABOR

EXPANSÃO DAS HABILIDADES MOTORAS ORAIS

ACEITAR MUDANÇAS

ABERTURA A NOVAS EXPERIÊNCIAS

RELAÇÃO DE CONFIANÇA COM OS ALIMENTOS

CONFORTO GASTROINTESTINAL, SENSORIAL E EMOCIONAL

As abordagens terapêuticas alimentares que valorizam ampliar as escolhas nutricionais mais do que inserir quantidades nutricionais terão maior sucesso.



Around the Bowl' Feeding Technique

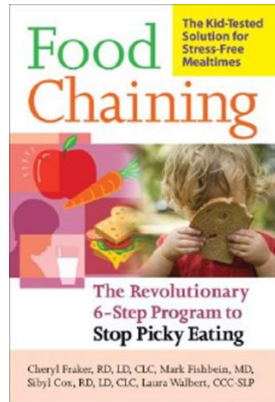
Crumbling Feeding Technique

Dips and Dippers Feeding Technique

Bite Size Discretion Feeding Technique

Mudanças atendendo a aspeto visual, cor, cheiro, textura, recipiente, marca.

Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Food Chaining

Palavras-chave: **dieta-núcleo; mapeamento do sabor; comida de transição; comida-surpresa; sabor disfarce**

Etapas de Food Chaining

1. Avaliação médica;
2. Avaliação nutricional;
3. Avaliação dos aspetos oromotores da alimentação;
4. Avaliação dos aspetos sensoriais da alimentação;
5. Avaliação dos aspetos comportamentais da alimentação do binómio criança-pais;
6. Definição e implementação do programa Food Chaining.

1º. Procede-se ao levantamento dos alimentos/refeições/comidas que a criança gosta e ingere, de forma consistente, nos diferentes contextos;

2º Analisam-se as características dos alimentos que constituem esse reportório alimentar e cria-se uma lista de alimentos/refeições/comidas com as mesmas características (sabor, textura, consistência...)

– Cadeia alimentar (food chain) (escala de 1 a 10).

Chicken Nuggets to Grilled or Baked Fish



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



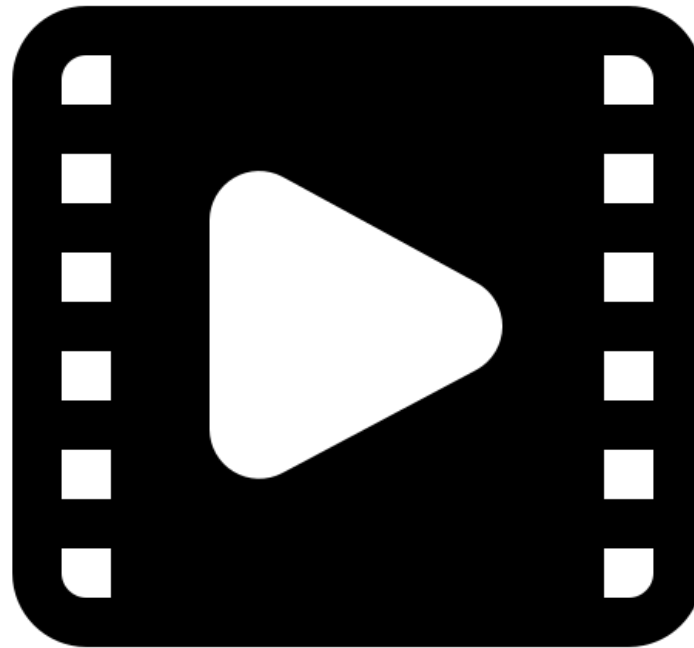
**Abordagem
integrativa e
ampliada
(Junqueira, 2017)**

Assenta nas seguintes premissas:

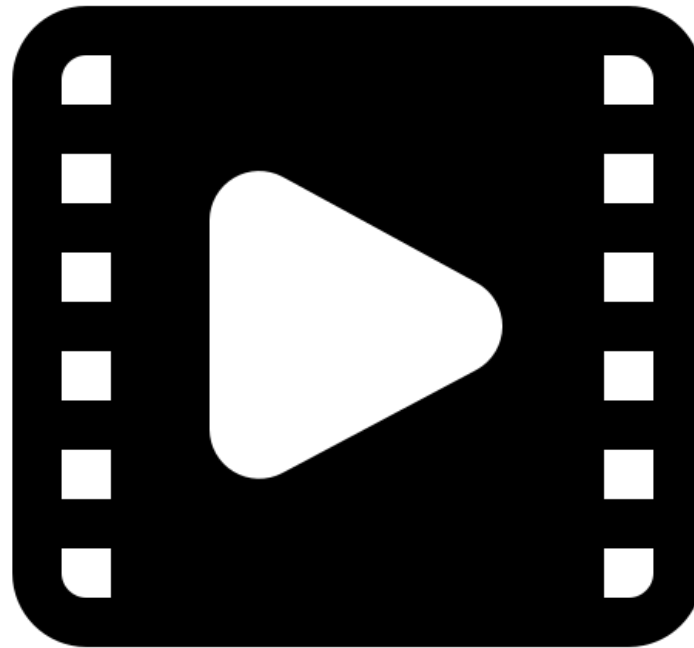
- 1) Identificar e tratar possíveis causas orgânicas;
- 2) Educar os pais;
- 3) Suporte Emocional às mães;
- 4) Desenvolvimento normal da sequência para a aprendizagem alimentar;
- 5) Garantir habilidade e conforto;
- 6) Estratégias lúdicas.



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Alimentação responsiva – Abordagem flexível na alimentação

Comer baseia-se essencialmente em nutrir, amar e numa relação de responsiva, em que cada um dos parceiros contribui para refeições tranquilas e prazenterosas.

A pressão não existe porque a quantidade de alimento consumida não é o objetivo final.



Relacionamento

Competência

Autonomia

1. O cuidador cria uma rotina, uma estrutura, expectativas e um contexto emocional que promove a interação.
2. A criança comunica sinais de fome.
3. O cuidador responde prontamente de forma adequada.
4. A criança experiencia respostas positivas e previsíveis, reforçando a vontade de novas tentativas de comunicação



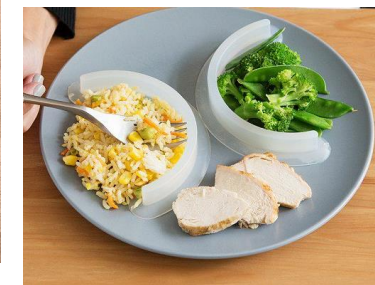
Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica



Intervenção na Perturbação Alimentar Pediátrica

TOP SPOONS FOR FEEDING THERAPY

1. Maroon
2. Textured
3. Vibrating
4. Weighted
5. Animal
6. DuoSpoon
7. E-Z Spoon
8. Construction
9. Garden



Módulo 12. Principios básicos de

– TF Dr.ª Tânia Dias

Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Referências bibliográficas recomendadas

Arvedson, J. & Brodsky, L. (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management. Early Childhood Intervention Series*. 2ª Edição. USA: SingularThomson Learning.

Dias, T. & Rubio, P. (2022). Evaluación logopédica en deglución neonatal in Ezquerro, R. et al. *Abordaje de la disfagia peátrico-neonatal*. Elsevier: Barcelona.

Fujinaga, C.(2002). Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.

Gallardo M. Evaluación de las funciones orales en neonatos. In Bianchini, P. (Ed.) *Motricidade Orofacial II: Evaluación y Diagnóstico*. Santiago do Chile: Editorial Universitaria: 2017.

Hernandez, A. (2003). *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato*. SP: Pulso Editorial. Ltda.

Hernandez A. (1996). Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma Proposta de Intervenção. In: ANDRADE, C. (Org.) *Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco*. São Paulo: Editora Lovise.

Hernandez A. (2003). Actuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. In Hernandez (Coord.) *Conhecimentos essenciais para atender bem o Neonato*. Coleção CEFAC. Brasil: Pulso Editorial.

Hernandez A. (2016). Fundamentos Neurológicos y Fisiológicos de La Succión. In Susanibar et al. (Org.). *Motricidad Orofacial: Fundamentos Basados en Evidencias*. Volumen 2. Madrid: Editorial EOS: 2016.

Hernandez A. (2018). Sucção e Deglutição – Aspetos Neurofisiológicos. In Levy, D. & Almeida, S. *Disfagia Infantil*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda.

Atuação do Terapeuta da Fala em Neonatologia – Referências bibliográficas recomendadas

Hurst N. Clinical Evaluation of Breastfed Infants with Dysphagia: A Lactation Consultant's Perspective. *Pediatric Dysphagia*. 2018; 33-47.

Marcus, S., Breton, S. & Brookes, N. (2013). *Infant and Child Feeding and Swallowing: Occupational Therapy Assessment and Intervention*. USA: AOTA. Press.

Hernandez A. (2018). Sucção e Deglutição – Aspectos Neurofisiológicos. In Levy, D. & Almeida, S. *Disfagia Infantil*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda.

Hurst N. Clinical Evaluation of Breastfed Infants with Dysphagia: A Lactation Consultant's Perspective. *Pediatric Dysphagia*. 2018; 33-47.

Marcus, S., Breton, S. & Brookes, N. (2013). *Infant and Child Feeding and Swallowing: Occupational Therapy Assessment and Intervention*. USA: AOTA. Press.

Morris, S. & Klein, M. (1997). *Pre-Feeding Skills: a comprehensive resource for feeding development*. USA: Therapy Skill Builders.

Morris, S. & Klein, M. (2000). *Pre-Feeding Skills: a comprehensive resource for mealtime development*. 2ª Edition. USA: Pro-ed.

Rios, I. J. (2003). *Conhecimentos essenciais para atender bem em Fonoaudiologia Hospitalar*. SP: Pulso Editorial Ltda.

Winstock, A. (2017). *Eating & Drinking Difficulties in Children: a guide for practitioners*. USA: Speechmark Publishing, Ltd.

Wolf, L & Glass, R. (1992). *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy – Assessment and Management*. USA: Therapy Skill Builders.

Xavier C. Evaluación e Intervención Logopédica el los Neonatos. Enfoque Hospitalario. In Toledo, N. & Sanclemente, M. (Coord.). *Terapia Miofuncional Orofacial: Actualización y nuevos campos de actuación*. Madrid: Editorial EOS: 2017.