

Terapeuta da Fala Tânia Dias

ULSCB, EPE – Serviço de Pediatria; Conselheira de Aleitamento Materno; Consultora de Alimentação Infantil Natural
Docente na EPAP; Coordenadora da Especialização em Dificuldades Alimentares Neopediátricas
Formação Avançada em Dificuldades Alimentares Neopediátricas
tanita.dias@gmail.com

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE



Neonatologia

do latim: *ne(o)* - novo; *nat(o)* - nascimento; e *logia* - estudo) é o ramo da Pediatria que ocupa-se dos bebês desde o nascimento até 28 dias de idade, altura em que deixam de ser nomeadas recém-nascidos e passam a ser lactentes:

IDADE GESTACIONAL: A DURAÇÃO À PARTIR DO PRIMEIRO DIA DO ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL NORMAL. É EXPRESSO EM DIAS COMPLETOS OU SEMANAS.

IDADE CORRIGIDA: É A IDADE CALCULADA À PARTIR DA DATA DE NASCIMENTO DO RN.

IDADE CRONOLÓGICA: IDADE CALCULADA À PARTIR DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS EXTERNAS E E AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA AO NASCIMENTO DO RN. EX.: MÉTODO CAPURRO.

PERÍODO NEONATAL: INTERVALO DO NASCIMENTO ATÉ OS 28 DIAS DE VIDA DO RN.

PRÉ-TERMO (RNPT): ANTES DAS 38 SEMANAS DE GESTAÇÃO.

A TERMO (RNT): DE 38 SEMANAS A 41 SEMANAS E 6 DIAS DE GESTAÇÃO.

PÓS-TERMO (RNPOT): APÓS 42 SEMANAS DE GESTAÇÃO.

GRANDE PARA A IDADE GESTACIONAL (GIG): RN ACIMA DO PERCENTIL 90 DA CURVA DE CRESCIMENTO.

ADEQUADO PARA A IDADE GESTACIONAL (AIG): RN ENTRE OS PERCENTIS 10 E 90 DA CURVA DE CRESCIMENTO.

PEQUENO PARA A IDADE GESTACIONAL (PIG): RN ABAIXO DO PERCENTIL 10 DA CURVA DE CRESCIMENTO.



Neonato de alto risco: bebês com condições patológicas associadas à mãe ou à própria criança, podendo por em risco a sua sobrevivência, necessitando de vigilância especializada, desde o nascimento até o 28º dia de vida.

- Recém-Nascido de Pré-termo

Classification of prematurity categorized by birth weight or gestational age

	Birth weight
Low birth weight (LBW)	<2500 g
Very low birth weight (VLBW)	<1500 g
Extremely low birth weight (ELBW)	<1000 g
	Gestational age
Term	≥37 weeks
Late preterm	34 weeks to <37 weeks
Moderate preterm	32 weeks to <34 weeks
Very preterm	<32 weeks
Extremely preterm	<28 weeks

Short term complications of the preterm infant, UpToDate 2021



- Recém-Nascido de termo com e sem intercorrências clínicas

- Recém-Nascido de termo com Patologias do Neurodesenvolvimento

- Recém-Nascido com Patologias Orgânicas associadas



Hemorragia intracraniana

Anoxia e Encefalopatia hipóxico-isquêmica

Síndrome do Desconforto Respiratório

Displasia Bronco-Pulmonar

Cardiopatias Congênitas

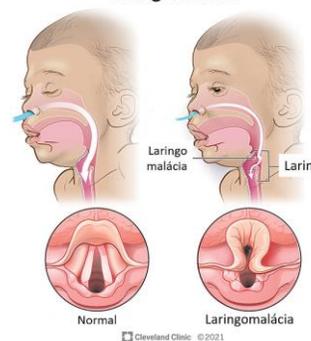
Malformações Craniofaciais

Laringomalácia e traqueomalácia

Doença do Refluxo Gastro-Esofágico

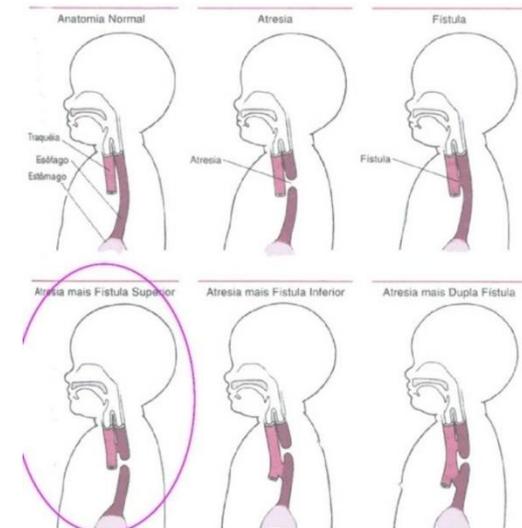


Laringomalácia



Malformações Gastrointestinais

- **Enterocolite necrosante:** inflamação intestinal em que há necrose de partes do intestino;
- **Onfalocele:** defeito no centro da parede abdominal através do qual sobressaem os órgãos abdominais;
- **Atrésia Anal:** desenvolvimento incompleto do ânus;
- **Doença de Hirschsprung:** falta de movimentos peristálticos do canal gastrointestinal, causado pela falta congênita de componentes do sistema nervoso (gânglios).
- **Hérnia Diafragmática:** defeito do diafragma que faz com que alguns dos órgãos abdominais se prolonguem para o interior do tórax;
- **Atrésia esofágica:** desenvolvimento incompleto é comum ser concomitante com **fístula traqueoesofágica**, uma ligação anormal entre o esôfago e a traqueia.



CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO DO TERMO



RN: 37a e 42a semanas
 Peso: 2,5 - 4 kg, (\approx 3,5 kg - ♂; 3, 250 kg - ♀);
 Altura: 48 - 52 cm (\approx 50 cm - ♂ e 49 cm - ♀);
 Perímetro cefálico \approx 34 cm;

FC: 120-160 batimentos/ minuto.
 FR: 30 a 50 respirações/ min
 TC: 36,5° C - 37,5C.
 PA: 60-90 mmHg (máxima); 30- 60 mmHg (mínima).



Estados de Consciência: Sono profundo

Sono activo

Estado de Sonolência

Estado de Alerta

Estado de Irritação

Choro

INDICADORES DE MATURAÇÃO NO PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO DO NEONATO

Desenvolvimento das estruturas orais

- quando a anatomia modifica-se sem estar associada a uma coordenação adequada aumentam os riscos de aspiração;

Padrão funcional de S/D/R

- aumento do índice de sucção e percentagem de sequências \geq a 3 sucções antecedendo uma deglutição;
- aumento da eficiência na alimentação medida por volume de nutriente por sucção e deglutição ao longo do 1º mês de vida;
- ritmo de sucção estabiliza-se até ao 30º dia de vida, demonstrando habilidade do lactente em ajustar os seus padrões de deglutição para melhorar a sua eficiência.

Tempo de apneia induzida pela alimentação

- a apneia provocada por múltiplas deglutições ocorre também no RNT, demonstrando que a maturação deste aspeto ainda não está completa no final da gestação;
- os episódios de deglutição prolongada $>$ 4 seg. são mais frequentes no RNPT, mesmo após atingir a idade de termo.



CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Diferem em cada estágio de desenvolvimento, consoante o seu grau de prematuridade e peso ao nascer (grau de maturidade)

(Andrade, 1996; Rio, 2003; Hernandez, 2003)



Características do recém-nascido de pré-termo: alimentação

- Pequena tolerância do trato alimentar;
- Reflexos de sucção e deglutição fracos ou ausentes;
- Elevadas necessidades calóricas;
- Pequena capacidade gástrica;
- Grande probabilidade de aspiração;



DIFICULDADES ALIMENTARES NO RNPT



NUTRIÇÃO PARENTÉRICA

NUTRIÇÃO ENTÉRICA

NUTRIÇÃO MISTA

NUTRIÇÃO ORAL COM DIFICULDADES

Nutrição parentérica



vía periférica



vía central

Nutrição entérica



Sonda nasogástrica



Sonda Orogástrica



Bomba de infusão



PEG



Botão Gástrico

Nutrição mista



Nutrição oral com dificuldades

Suporte ventilatório



Ventilação mecânica



CPAP nasal (máscara)



CPAP nasal



Óculos nasal



Capacete ou campânula



AVALIAÇÃO CLÍNICA DO TERAPEUTA DA FALA EM NEONATOLOGIA – protocolos traduzidos, adaptados e validados para português

Protocolos de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral - PROFAS (Fujinaga, 2013)

Early Feeding Skills (EFS) (Thoyre, 2002) - Observação das competências precoces na alimentação oral (Curado et al, 2017)

Protocolo de avaliação do freio da língua com pontuações para bebês (Martinelli, 2013)

Protocolo de observação e avaliação da mamada (UNICEF, 1993)



Cristina Maria da Eim Trigo

Tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral”

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, na Área de Motricidade Orofacial e Deglutição

Orientador: Professora Doutora Sílvia Fernandes Hitos

Coorientadora: Mestre Ana Isabel Branco Marques

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral

Validation of the Early Feeding Skills Assessment Scale for the Portuguese population
Validación para la población portuguesa de la Escala de Observación de las Habilidades Tempranas en la Alimentación Oral

Maria Alice dos Santos Casado¹, João P. Marques², Theresia Vitorino³, Lígia Margarit Garcia⁴, Susana Thoyre⁵

Resumo
Enquadramento: A introdução da alimentação oral (amação) nos recém-nascidos (RN) por parte das mães depende, além da genitoral, da habilidade linguística e do estado de saúde. É evidente que a avaliação através destes parâmetros tem sido uma mais-valia, porém não sempre impede de necessitar de avaliação de RN. Estudos instrumentais que permitam avaliar o momento adequado para o início da alimentação foram como o desenvolvimento da criança durante o processo.
Objetivos: Avaliar a adaptação cultural e a validação do questionário parâmetro da Early Feeding Skills Assessment Scale, versão em português (EFS-VG).
Metodologia: Estudo quantitativo, com amostra de 100 RN, idade gestacional 22 a <37. A validade interna do modelo e a fiabilidade foi avaliada com uma análise fatorial confirmatória e teste de Cronbach.
Resultados: A EFS-VG apresentou uma adequação válida: internal, (Cronbach's) = 0,91, 0,90, p < 0,001, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$.
Conclusões: EFS-VG é um instrumento válido, sólido e fiável para observar as competências precoces do RN durante o processo de alimentação, de forma ajustada ao plano de cuidados e permite desenvolver intervenções em parceria com as famílias.
Palavras-chave: estudos de validação, recém-nascidos, aleitamento materno, alimentação artificial

Abstract
Background: The decision to introduce oral feeding (amação) to newborns (RN) depends, besides parental, on the infant's linguistic ability and health status. Although the assessment based on these parameters has been a plus, it does not always prevent the need for RN evaluation. Instrumental studies that allow assessing the appropriate moment for the start of oral feeding are valuable.
Objectives: To evaluate the cultural adaptation and psychometric validation of the Early Feeding Skills Assessment Scale, Portuguese version (EFS-VG).
Methodology: Quantitative study with a sample of 100 newborns with gestational age between 22 and <37. Confirmatory factor analysis and Cronbach's alpha were used to assess the model's internal validity and reliability (Cronbach's).
Results: The EFS-VG presented a valid adequacy: internal, (Cronbach's) = 0,91, 0,90, p < 0,001, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$.
Conclusions: EFS-VG is a valid, solid and reliable instrument to observe the precocious skills of the RN during the feeding process, adjusted to the care plan, and allows developing interventions in partnership with families.
Keywords: validation studies, newborns, breastfeeding, artificial feeding

Resumen
Contexto: La introducción de la alimentación oral (amação) en los recién nacidos (RN) depende, además de la genitoral, de la habilidad lingüística y el estado de salud. Es evidente que la evaluación a través de estos parámetros ha sido una más-valía, pero no siempre impide de necesitar de evaluación de RN. Estudios instrumentales que permitan evaluar el momento adecuado para el inicio de la alimentación oral son valiosos.
Objetivos: Evaluar la adaptación cultural y validación del cuestionario parámetro de la Early Feeding Skills Assessment Scale, versión en portugués (EFS-VG).
Metodología: Estudio cuantitativo con una muestra de 100 RN, edad gestacional 22 a <37. La validez interna del modelo y la fiabilidad se evaluó con un análisis factorial confirmatorio y el test de Cronbach.
Resultados: La EFS-VG presentó una adecuada validez interna: (Cronbach's) = 0,91, 0,90, p < 0,001, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,91$, $\alpha = 0,90$.
Conclusiones: La EFS-VG es un instrumento válido, sólido y fiable para observar las competencias precoces del RN durante la alimentación oral, de forma ajustada al plan de cuidados y permite desarrollar intervenciones en colaboración con las familias.
Palabras clave: estudios de validación, recién nacidos, lactancia materna, alimentación artificial



Inês Monteiro Pimentel

Adaptação cultural, linguística e psicométrica do Protocolo de avaliação do frênilo da língua com escores para bebês

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, área de Motricidade Orofacial e Deglutição

Orientador: Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Coorientador: Mestre Ana Isabel Branco Marques

ARTIGO DE PESQUISA

Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada

Good practices about breastfeeding: Application of the form of observation and assessment of suckling

Buenas prácticas de lactancia materna: Aplicación del formulario de observación y evaluación de la mamada

Ana Cláudia Vieira¹, Amanda Riboriski Costa², Paloma Gomes de Gomes³

Resumo

Objetivo: Avaliar a mamada nas primeiras 24 horas após o parto, mediante aplicação do Formulário de Observação e Avaliação da Mamada preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em puérperas e seus respectivos bebês internados na maternidade de um Hospital de Ensino do sul do Brasil. Método: trata-se de um estudo descritivo observacional de caráter transversal, realizado no período entre abril, maio e junho de 2014, com 20 duplas mães/recém-nascido. Resultados: Por meio do estudo, constatou-se que 40% das puérperas apresentaram dificuldades relacionadas às mamas, 20% delas eram primíparas e 10% dos bebês apresentaram dificuldades relacionadas à pega no início da amamentação. Conclusão: A aplicação do Formulário de Observação e Avaliação da Mamada permitiu uma abordagem focada nos aspectos que necessitam intervenção, mostrando-se factível como prática de cuidado.

Descritores
Aleitamento materno; Avaliação; Empoderamento

Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral (Fujinaga, 2013)

Prontidão para Via Oral – O que avaliar?

Condições Clínicas Gerais

Estados de Organização Comportamental

Avaliação Estrutural

Reflexos Oraís

Avaliação Funcional

Identificação

Nome: _____ Nº Processo: _____
 Data: ____/____/____ DN: ____/____/____ Horário: _____
 Idade pós-natal: _____ Idade corrigida: _____ Idade gestacional: _____
 Alimentação: () S. N. G. () S. O. G. Vol: _____
 SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

- (2) maior ou igual a 34 semanas
- (1) entre 32 a 34 semanas
- (0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

Estado de consciência	(2) alerta	(1) sono leve	(0) sono profundo
Postura global	(2) flexão	(1) semiflexão	(0) extensão
Tônus global	(2) normotonia	(0) hipertonia	(0) hipotonia

Postura oral

Postura de lábios	(2) fechados	(1) entreabertos	(0) abertos
Postura de língua	(2) baixa	(0) elevada	(0) retraída (0) protruída

Reflexos orais

Reflexo de procura	(2) forte	(1) Fraco	(0) ausente
Reflexo de sucção	(2) forte	(1) Fraco	(0) ausente
Reflexo de mordêr	(2) presente	(1) presente exacerbado	(0) ausente
Reflexo de vômito	(2) presente	(1) presente anteriorizado	(0) ausente

Sucção não-nutritiva *

Movimento de língua	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Canolamento de língua	(2) presente	(0) ausente	
Movimento de mandíbula	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Força de sucção	(2) forte	(1) fraca	(0) ausente
Sucções por pausa	(2) 5a8s/p	(1) >8s/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arritmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de stress	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Varição de tônus	() ausente	() presente	
Varição de postura	() ausente	() presente	
Varição de coloração da pele	() ausente	() presente	
Batimento de asa nasal	() ausente	() presente	
Tiragem	() ausente	() presente	
Apneia	() ausente	() presente	
Acumulação de saliva	() ausente	() presente	
Tremores de língua ou mandíbula	() ausente	() presente	
Soluço	() ausente	() presente	
Choro	() ausente	() presente	

* A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Pontuação: _____ Pontuação máxima: 36



Recomenda-se a pontuação 28 para iniciar a alimentação por via oral

Idade corrigida *

Menor ou igual a 32 semanas. **

Entre 32 a 34 semanas. **

Maior que 34 semanas. **

* Idade corrigida: é a idade gestacional (Ballard) somada à idade pós-natal.

** Parâmetros definidos tendo por base os autores Lemons, Lemons e Palmer.

Estado de organização comportamental

Estado de consciência

Alerta: olhos abertos e brilhantes, responsivo à estimulação, com alguma atividade espontânea.

Sono leve: olhos abrem e fecham, olhar confuso e sem brilho, demora a responder à estimulação, com atividade espontânea variada.

Sono profundo: olhos fechados, não-responsivo à estimulação; a atividade motora é nula.

Postura global

Flexão: flexão de membros superiores e inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.

Semi-flexão: flexão de membros inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.

Extensão: extensão de membros superiores e inferiores e do pescoço em relação ao tronco.

Tônus global

Normotonia: leve resistência à movimentação passiva de flexão e extensão, sendo ligeiramente maior nesta última.

Hipertonia: resistência aumentada à movimentação passiva de flexão e extensão.

Hipotonia: resistência diminuída à movimentação passiva de flexão e extensão.

Postura oral

Postura de lábios

Fechados: lábios superior e inferior justapostos.

Entreabertos: lábios superior e inferior parcialmente separados.

Abertos: lábios inferior e superior totalmente separados.

Postura de língua

Baixa: língua plana, posicionada dentro da cavidade oral, com ponta arredondada.

Elevada: ponta da língua em posição elevada, pressionando o palato.

Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.

Protraída: língua em posição de protrusão na cavidade oral, estando sobreposta aos lábios.

Reflexos orais

Reflexo de procura

Presente: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral, procura imediatamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou abrindo a boca.

Fraco: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral procura lentamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou com abertura parcial da boca.

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de sucção

Fortes: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.

Fraco: leva algum tempo para iniciar a sucção da própria mão ou o dedo do avaliador.

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de morder

Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento da mandíbula, seguido de relaxamento.

Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, mantendo o trancamento de mandíbula.

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de vômito

Presente: responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.

Presente anteriorizado: responde com náuseas ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região anterior da língua.

Ausente: ausência de resposta.

Sucção não-nutritiva

Movimento de língua

Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.

Alterada: movimento pósterio-anterior ou incoordenado diante do estímulo intraoral.

Ausente: ausência de movimentação.

Canolamento da língua

Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.

Ausente: ausência de resposta.

Movimento de mandíbula

Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com amplitude mandibular rítmica e suave.

Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com amplitude mandibular arritmica e/ou trancamento da mesma.

Ausente: ausência de movimentação.

Força de sucção

Fortes: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.

Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.

Ausente: ausência de resposta.

Sucções por pausa***

De cinco a oito sucções por pausa respiratória.

Acima de oito sucções por pausa respiratória.

Menos de cinco sucções por pausa respiratória.

*** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se a média obtida em três grupos de sucção/pausa.

Manutenção do ritmo de sucção por pausa****

Rítmico: mantém o número de sucções por pausa previsto num mesmo intervalo (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa).

Arritmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa).

Ausente: ausência de sucção.

**** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se o número de sucções/pausa obtido em três grupos de sucção/pausa e verificar se ocorreu variação deste número entre os intervalos previstos

Manutenção do estado alerta

Sim: mantém-se alerta o tempo todo do teste da sucção não-nutritiva.

Parcial: mantém-se alerta apenas no início ou no final do teste da sucção não-nutritiva.

Não: não se mantém alerta durante o teste da sucção não-nutritiva.

Sinais de stresse

Ausente: ausência de sinais de stresse.

Até três sinais de stresse.

Mais de três sinais de stresse.

Os sinais de stresse a serem observados durante a avaliação são:

Varição de tônus

Varição de postura

Varição de coloração da pele

Batimento de asa nasal

Tiragem

Dispneia

Acumulação de saliva

Tremores de língua ou mandíbula

Soluço

Choro



Observação das competências precoces na alimentação oral. EFS – Versão modificada, Thoyre. 2002

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)			
Consegue manter o corpo numa postura flectida c/ mãos/braços à linha média.	Sim	Não	
Estádio de alerta.	Sim	Não	
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura flectida durante a observação.	Sim	Não	
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a tetina ou abre a boca prontamente.	Sim	Não	
Linha basal de saturação de O ₂ > 93%	Sim	Não	
Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a tetina toca os lábios no início da mamada	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a tetina do biberão no início da alimentação	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de uma sucção – pausa; Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	Algumas vezes a sucção está organizada	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer longos surtos de sucção (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorespiratória adversa ou negativa. (sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.)	Faz sempre surtos longos de sucção sem sinais de stress	Alguns surtos longos de sucção sem sinais de stress	Sem surtos longos de sucção ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a tetina – não desliza da tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de um clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique

Observação das competências precoces na alimentação oral. EFS – Versão modificada, Thoyre.

Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o “bólus” da sucção – múltiplas deglutições não são necessárias para esvaziar os fluidos para a garganta.	Deglutições únicas para o mesmo bólus	Algumas múltiplas deglutições para o mesmo bólus	Frequentes múltiplas deglutições para o mesmo bólus
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a mamada a saturação de O ₂ estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe na maioria das vezes	Não interrompe por si para respirar
15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádicos	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal	Adejo nasal esporádico	Adejo nasal frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (elevação do queixo, cabeça para trás, retracção e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequente
21. Alteração da cor durante a alimentação (palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O ₂ abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Observação das competências precoces na alimentação oral. EFS – Versão modificada, Thoyre. 2002

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tônus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a alimentação)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Descritores da Mamada:

% de O₂ antes da refeição _____ durante a refeição _____

Habilidade alimentar: mantida ao longo da refeição melhorou durante a refeição piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada _____ Duração da refeição (minutos) _____ Volume administrado _____ ml

Posição: Deitado Decúbito lateral Semi-levantado, frente

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar
<input type="checkbox"/> Colocar a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:





PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FREIO DA LÍNGUA COM PONTUAÇÕES PARA BEBÊS

HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: _____
 Data do Exame: ___/___/___ DN.: ___/___/___ Idade: ___ Gênero: M () F ()
 Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____
 Endereço: _____ nº: _____
 Código Postal: _____
 Telefones: casa: () _____ trabalho: () _____ telemóvel: () _____
 Endereço eletrónico: _____

Antecedentes Familiares

(investigar se existem casos na família com alteração do frênulo da língua)

() não (0) () sim (1) Quem e qual é/ foi o problema: _____

Problemas de saúde

() não () sim Quais: _____

Amamentação:

- tempo entre as mamadas: () 2h ou mais (0) () 1h ou menos (2)
 - cansaço para mamar? () não (0) () sim (1)
 - mama um pouco e dorme? () não (0) () sim (1)
 - vai soltando o mamilo? () não (0) () sim (1)
 - morde o mamilo? () não (0) () sim (1)

Total da história clínica : Melhor resultado= 0 Pior resultado= 8

Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do freio nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FREIO DA LÍNGUA COM PONTUAÇÕES PARA BEBÊS

EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL
1. Postura de lábios em repouso


() lábios fechados (0)



() lábios entreabertos (1)



() lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro


() língua na linha média (0)



() língua elevada (0)



() língua na linha média com elevação dos bordos laterais (2)



() língua baixa (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro


() arredondada (0)



() ligeira fenda no ápice (2)



() formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do freio nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FREIO DA LÍNGUA COM PONTUAÇÕES PARA BEBÊS
4. Freio da língua


() é possível visualizar



() não é possível visualizar



() visualizado com manobra*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

4.1. Espessura do freio


() fino (0)



() espesso (2)

4.2. Fixação do freio na face sublingual (ventral) da língua


() no terço médio (0)



() entre o terço médio e o ápice (2)



() no ápice (3)

4.3. Fixação do freio no pavimento da boca


() visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



() visível a partir da crista alveolar inferior (1)

* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma do item 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do freio nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12

Quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do freio nos movimentos da língua.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FREIO DA LÍNGUA COM PONTUAÇÕES PARA BEBÊS
PARTE II-AVALIAÇÃO DA SUCCÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA
1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)
1.1. Movimento da língua

() adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)

() inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos descoordenados e atraso no início da sucção (1)

2. Sucção Nutritiva na Amamentação

(na hora da mamada, observar o bebê a mamar durante 5 minutos)

2.1. Ritmo da sucção (observar as sequências de sucção e pausas)

() várias sucções seguidas com pausas curtas (0)

() poucas sucções com pausas longas (1)

2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração

() adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de stresse)

() inadequada (1) (tosse, engasgas, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

2.3. "Morde" o mamilo

() não (0)

() sim (1)

2.4. Estalos de língua durante a sucção

() não (0)

() sim (1)

Total da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 5

Quando a soma da avaliação da Sucção Não Nutritiva e Nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do freio nos movimentos da língua.

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do freio nos movimentos da língua.

TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Protocolo de observação e avaliação da mamada (UNICEF, 1993)

Nome da Mãe:	Nome do bebê:
Situação Marital:	Idade gestacional:
Número de consultas de Pré Natal:	Peso ao nascer:
Data do parto:	Apgar 1º e 5º min de vida:
Tipo de parto:	Data da observação:
Sinais favoráveis à amamentação	Sinais de possível dificuldade
Observação geral da Mãe	
<input type="checkbox"/> Mãe parece saudável	<input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável
<input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis	<input type="checkbox"/> Mamas avermelhadas, inchadas e/ou doloridas
<input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com dedos fora do mamilo	<input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
Posição do bebê	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	<input type="checkbox"/> Pescoço/ cabeça do bebê girados ao mamar
<input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe	<input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo ao corpo da mãe
<input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo	<input type="checkbox"/> Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo
<input type="checkbox"/> Bebê apoiado	<input type="checkbox"/> Bebê sem estar apoiado
Pega	
<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior do bebê
<input type="checkbox"/> A boca do bebê esta bem aberta	<input type="checkbox"/> A boca do bebê não esta bem aberta
<input type="checkbox"/> O lábio inferior esta virado para fora	<input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro
<input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama	<input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama
Sucção	
<input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas	<input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais
<input type="checkbox"/> Bebê solta mama quando termina	<input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama
<input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	<input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos
<input type="checkbox"/> Mamas parecem mais leves após a mamada	<input type="checkbox"/> Mamas parecem duras e brilhantes

Avaliação da mamada em bebês a termo e pré-termo, após alta hospitalar: aplicação de formulário de observação

Assessment of breastfeeding in term and preterm babies after hospital discharge: application of an observation form

Evaluación de la lactancia materna en recién nacidos a término y prematuros después del alta hospitalaria: aplicación de un formulario de observación

Recebido: 12/02/2022 | Revisado: 19/02/2022 | Aceito: 25/02/2022 | Publicado: 08/03/2022

Teresinha Soares Pereira Lopes
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4617-0481>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: teresinhassp@uol.com.br

Cacilda Castelo Branco Lima
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2977-6035>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: cacildacb@hotmail.com

Marina de Deus Moura Lima
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7641-6331>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: mdmlima@gmail.com

Italo Santiago Dias Barbosa Lima
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6500-8335>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: santiago6453@gmail.com

Rafaela Monice Mota Costa
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5164-9641>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: rafaelamonice15@gmail.com

Lucas Daniel Pereira Lopes
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3043-7364>
Centro Universitário UNINOVAFAPL, Brasil
lucasdplopes@hotmail.com

Renara Natália Cerqueira Silva
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9119-7045>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: renaracerqueira@hotmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o aleitamento materno no primeiro mês de vida em bebês a termo e pré-termo após a alta hospitalar, atendidos por um programa odontológico de assistência materno-infantil, através dos parâmetros do protocolo de Tavares (2008). Trata-se de um estudo observacional transversal, cuja amostra é composta por bebês atendidos em projeto de extensão da Universidade Federal do Piauí. O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí UFPI (parecer 1381135). A coleta de dados foi realizada por uma única autora, aluna estudante de graduação em Odontologia. Para a aplicação do questionário e observação da mamada houve um treinamento prévio que configura um estudo piloto empregando o questionário com 10 duplas. Foram avaliados recém-nascidos que se dirigiram até o programa de atenção materno-infantil, no período de agosto de 2015 a maio de 2016, de acordo com os parâmetros presentes no questionário proposto por Tavares 2008. Foram atendidos um total de 103 bebês, pré-termo (PT) a termo (AT), destes, participaram do estudo 96 bebês de ambos os sexos. Sete bebês foram excluídos por não permanecerem acordados e responsivos durante a observação. Os Bebês prematuros e de baixo peso ao nascer apresentam maiores dificuldades e mais sinais indicativos de problema no momento do aleitamento materno, quando comparado aos bebês a termo, mesmo após alta hospitalar, daí verifica-se a necessidade de um melhor acompanhamento pela equipe de saúde, após a alta hospitalar.

Palavras-chave: Aleitamento; Prematuridade; Avaliação.

Abstract

The objective of this study was to evaluate breastfeeding in the first month of life in term and preterm babies after hospital discharge, assisted by a maternal and child dental care program, through the parameters of the Tavares

Quadro 1: questionário para avaliar os SF e os SIP para o referida diade bebe / mãe.

Parâmetros do RNTP	Sinais favoráveis	Sinais indicativos de problema
Verificação da pega (Rebaixando o lábio inferior e visualizando a posição correta da língua)	<input type="checkbox"/> Língua anteriorizada e posicionada abaixo do seio <input type="checkbox"/> Boca bem aberta, com lábios evertidos. <input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas, sem ruído durante a sucção <input type="checkbox"/> Mantém pega durante a mamada	<input type="checkbox"/> Língua posteriorizada (observar o frênulo lingual) ou com ponta elevada, não visualizada sob o seio, indicando ordenha ineficaz. <input type="checkbox"/> Boca com abertura reduzida, lábios invertidos. <input type="checkbox"/> Bochechas contraídas, com ruído durante a sucção. <input type="checkbox"/> Não consegue manter a pega durante a mamada. Abocanha e solta
Frequência respiratória	<input type="checkbox"/> Mantém-se dentro dos limites da normalidade durante toda a mamada <input type="checkbox"/> Grupos de sucções com pausas adequadas, coordena sucção, deglutição e respiração.	<input type="checkbox"/> RN apresenta alteração da frequência, tornando-se taquipneico, dispneico durante a mamada. <input type="checkbox"/> Pequenos grupos de sucção com pausas longas para respirar. <input type="checkbox"/> Não coordena sucção, deglutição e respiração
Coloração da pele	<input type="checkbox"/> Não há alteração de coloração da pele durante a mamada	<input type="checkbox"/> Durante a mamada a pele torna-se marmorata (moteada) ou cianótica com seguimento da mamada
Regurgitação	<input type="checkbox"/> Ausência de regurgitação durante a mamada	<input type="checkbox"/> Apresenta regurgitação (nasal ou oral) durante as mamadas.
Estado de vigília	<input type="checkbox"/> Alerta durante toda a mamada	<input type="checkbox"/> Sonolento logo após o início da mamada.
Padrão de sucção	<input type="checkbox"/> Firme, vigorosa, com sugadas profundas e lentas, pausas adequadas, ritmo de 1:1 (1 sucção por segundo)	<input type="checkbox"/> Débil, lenta, com sugadas rápidas com ritmo 2:1, pausas longas ou muito longas (duas sucções por segundo)
Reflexo de busca	<input type="checkbox"/> Completo, com rotação da cabeça, abertura de boca e anteriorização da língua.	<input type="checkbox"/> Incompleto, com rotação insuficiente da cabeça, abertura incompleta da boca ou anteriorização reduzida ou ausente da língua.
Duração da mamada	<input type="checkbox"/> Acima de 20-30 minutos (para retirar o leite posterior) e sem alterações fisiológicas nesse período. <input type="checkbox"/> Após a mamada as mamas encontram-se flácidas e o bebê dá sinais de saciedade.	<input type="checkbox"/> De curta duração e/ou duração excessivamente longa, com alterações fisiológicas nesse período (necessitando para isso ser interrompida), apresentação de sinais de retraimento, adormece no início da mamada. <input type="checkbox"/> Após as mamadas as mamas encontram-se cheias e tensas. O bebê não mostra sinais de saciedade, mas de stress.
Deglutição	<input type="checkbox"/> Pode-se ouvir a deglutição do bebê, porém não há aerofagia. <input type="checkbox"/> Não há engasgos ou tosse.	<input type="checkbox"/> Ruidos de deglutição de ar, engasgos, tosse, sianose, alterações respiratórias, letargia ou sonolência após a deglutição.
Postura do bebê	<input type="checkbox"/> Organizado com apoio, posição barriga com barriga, mantém-se em flexão, podendo levar as mãos a face a apresentar preensão palmar.	<input type="checkbox"/> Desorganizado, postura e extensão, instável, posicionado com a barriga para cima, abocanha e solta a pega da mama.
Postura da mãe	<input type="checkbox"/> Mãe confortável, levado o bebê a mama, segura com cuidado, olha nos olhos conversa com o bebê. <input type="checkbox"/> Oferece a mama com os dedos em forma de C.	<input type="checkbox"/> Mãe desconfortável, inclina-se para colocar o bebê na mama, segura sem cuidado, sem olhar ou conversar com o bebê. <input type="checkbox"/> Oferece a mama em forma de tesoura.

Observações: Proposta de formulário de observação de mamada para RN pré-termo, complementar aos modelos adotados pela UNICEF (1993/2004).

Este formulário deverá ser aplicado na observação de mamada de RNTP de qualquer peso e IG.

A mamada deverá ser administrada em RN acordado e responsivo, após verificação da presença do reflexo de procura, sucção, deglutição e a coordenação entre eles.

O bebê necessariamente necessita apresentar-se eupneico e sem alterações da coloração da pele, e ainda calmo, em ambiente tranquilo e sem a presença de luz ou som intensos.

Luis Alberto Mussa Tavares, pediatra, Campos-RJ Revisado por Cristiane Faccio Gomes, fonoaudióloga, Maringá-Pr. Setembro/2008

Fonte: Tavares (2008).



AVALIAÇÃO CLÍNICA DO TERAPEUTA DA FALA EM NEONATOLOGIA – outros protocolos não traduzidos e validados

Neonatal Oral Motor Assessment Scale (NOMAS) – (Palmer, 1993)

Instrumento de avaliação do aleitamento materno LATCH (Conceição et al, 2017)

> J Perinatol. 1993 Jan-Feb;13(1):28-35.

Neonatal Oral-Motor Assessment scale: a reliability study

M M Palmer ¹, K Crawley, I A Blanco

Affiliations + expand

PMID: 8445444

Abstract

Feeding problems are frequently encountered in the neonatal intensive care unit as a result of the survival of greater numbers of preterm, medically fragile, and chronically ill infants. Such feeding problems have not, however, been well described. In an attempt to categorize the oral-motor patterns that underlie poor feeding in the neonatal period, a clinical assessment tool was devised that describes jaw and tongue function during nutritive sucking. The Neonatal Oral-Motor Assessment Scale separates 13 characteristics of jaw movement and 13 characteristics of tongue movement into categories of normal, disorganized, and dysfunctional. This scale was administered to 40 infants to establish interrater reliability, revise the scale as necessary based on the reliability, and attempt to further qualify and describe patterns of disorganized and dysfunctional sucking in the neonatal period.

PubMed Disclaimer

Artigo Original

Validação para língua portuguesa do instrumento de avaliação do aleitamento materno LATCH

Validation of the LATCH breastfeeding assessment instrument for the Portuguese language

Cristiane Maria da Conceição¹
Kelly Pereira Coca²
Maria dos Remédios da Silva Alves³
Fabiane de Amorim Almeida⁴

Descritores
Aleitamento materno; Enfermagem materno-infantil; Avaliação; Estudos de validação

Keywords
Breastfeeding; Maternal-child nursing; Evaluation; Validation studies

Submetido
5 de Março de 2017

Aceito
23 de Março de 2017

Autor correspondente
Kelly Pereira Coca
Rua Heplaido de Barros, 754, 04024-002, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo
Objetivo: Traduzir para a língua portuguesa e validar a escala de avaliação da amamentação LATCH.
Métodos: Trata-se de um estudo do tipo metodológico, por meio da tradução e validação de instrumento. Seguiu-se as etapas estabelecidas: tradução, back-translation, comitê de juízes, pré-teste e validação. O processo de validação incluiu a análise de 160 mamadas de mulheres nos primeiros dias pós-parto, durante a internação hospitalar.
Resultados: Os resultados obtidos indicam que o instrumento LATCH traduzido para o português pode ser utilizado na avaliação do aleitamento materno pelo profissional enfermeiro, possibilitando a detecção precoce de possíveis problemas apresentados pelo binômio mãe-bebê durante a amamentação.
Conclusão: O estudo cumpriu o objetivo de adaptar para a língua portuguesa e verificar as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação do aleitamento materno LATCH. A validade do instrumento LATCH mãe e que foi concebido para medir, sendo ele aplicável na prática clínica.

Abstract
Objective: To translate into Portuguese and validate the LATCH breastfeeding assessment scale.
Methods: This was a methodological study through translation and validation of the instrument. The following steps were followed: translation, back-translation, committee of judges, pre-test and validation. The validation process included the analysis of 160 women in breastfeeding in the first postpartum days during hospitalization.
Results: The results indicate that the LATCH instrument translated into Portuguese can be used by nurses for breastfeeding assessment, enabling the early detection of possible problems presented by the mother-baby binomial during breastfeeding.
Conclusion: The study fulfilled the objective of adapting the LATCH breastfeeding assessment instrument to the Portuguese language and verifying its psychometric properties. The LATCH instrument validity measures what it was designed to do and is applicable in clinical practice.



ABORDAJE DE LA DISFAGIA PEDIÁTRICO-NEONATAL

Raquel García Ezquerro
Jaime Planáguia Moriyol
Paula Giménez Barriga
Patricia Murciego Rubio
Mariana De Almeida Simão

ELSEVIER

Escala de avaliação oromotora neonatal

Escala de avaliação oromotora neonatal (NOMAS)

Mandíbula

Padrão normal

- Grau constante de abaixamento
- Excursões rítmicas
- Movimentos espontâneos de excursões mandibulares ocorrem após o estímulo tátil do bico e permanecem durante 30 minutos
- Movimentos Mandibulares ocorrem na média aproximada de 1 por segundo (metade da média da SNN)
- Fecho eficiente ao redor do bico durante a fase de “expressão” para favorecer a retirada do líquido

Padrão desorganizado

- Grau inconsistente de abaixamento
- Movimento arrítmicos
- Dificuldade para iniciar movimentos:
 - Inabilidade para o “destrave”
 - “Destrave” tímido e com tremores
 - Não responde ao toque inicial do bico até que este comece a mover-se
 - Persistência do padrão imaturo de sucção para além da idade esperada

Padrão disfuncional

- Excursão extremamente ampla capaz de interromper o selamento intra-oral do bico
- Excursão mínima, trancamento
- Assimetria, desvio lateral
- Assimetria de movimento
- Falta de correlação entre as médias de SNN e SN:
 - (SNN = 2/s; SN = 1/s)

Língua

Padrão normal

- Mantém canolamento durante a sucção
- Movimentos de extensão-elevação e retração ocorrem em direcção ântero posterior
- Movimentos rítmicos
- Movimentos ocorrem na média de 1 por segundo
- O líquido é sugado com eficiência para a orofaringe para que ocorra a deglutição

Padrão desorganizado

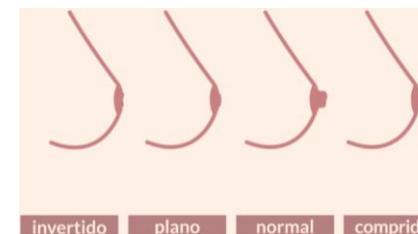
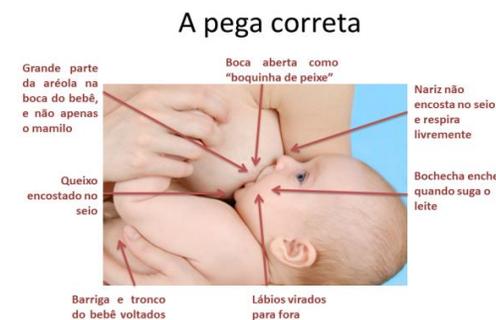
- Protusão excessiva ultrapassando a borda labial durante a fase extensiva da sucção sem interromper o ritmo da sucção
- Movimento arrítmicos
- Inabilidade para manter o padrão da sucção por 2 minutos devido à:
 - Habituação
 - Falha respiratória
 - Fadiga
 - Incoordenação no padrão de S/D/R, resultando em batimento da asa de nariz, mudança de posição de cabeça, movimentos associados

Padrão disfuncional

- Flácida, plana, com ausência de canolamento
- Retraída, curvada e caída em direcção a orofaringe
- Assimetria, desvio lateral de língua
- Protusão excessiva ultrapassando a borda labial antes/depois da inserção do bico com movimentos direccionados para baixo e para fora
- Ausência de movimento

Instrumento de avaliação do aleitamento materno LATCH (Conceição et al, 2017)

	0	1	2	Totais
L Pega	Muito sonolento ou relutante Não consegue sustentar a pega ou sucção	Tentativas repetidas para sustentar a pega ou sucção Segura o mamilo na boca Estimular para sugar	Agarra a mama Língua abaixada Lábios curvados para fora Sucção rítmica	
A Deglutição audível	Nenhuma	Um pouco, com estímulo	Espontânea e intermitente (<24 horas de vida) Espontânea e frequente (>24 horas de vida)	
T Tipo de mamilo	Invertido	Plano	Protruso (Após estimulação)	
C Conforto (Mama/mamilo)	Ingurgitada Com fissura, sangrando, grandes vesículas ou equimoses Desconforto Severo	Cheia Avermelhado/ pequenas vesículas ou equimoses Desconforto suave/moderado	Macias Não dolorosas	
H Colo (Posicionamento)	Ajuda completa (Equipe segura o bebê à mama)	Ajuda mínima (por exemplo, elevar a cabeça na cabeceira da cama, colocar travesseiros para apoio) Ensinar a mãe em uma mama, depois ela faz no outro lado Equipe segura o bebê, depois a mãe assume	Sem ajuda da equipe Mãe capaz de posicionar e segurar o bebê	



1. Tradicional, Clássica, barriga com barriga
2. Invertida, bola de rugby
3. Cruzada
4. Cavaleira
5. Deitada inclinada tradicional
6. Deitada de costas ou laid-back
7. Deitada lateral
8. Deitada lateral invertida



Cotação

0 a 3 – grave (grande risco para desmame precoce, necessitando de total intervenção e de orientação;

4 a 7 – moderado (moderado risco para desmame precoce, necessitando de algumas orientações e intervenções)

8 a 10 – ótima (amamentação adequada, necessitando apenas orientações)





AVALIAÇÃO CLÍNICA DO NEONATO DE ALTO RISCO

- Recolha da informação clínica e preenchimento da anamnese
- Apresentação à família
- Avaliação Clínica

Observação:

- do contexto no geral e no específico;
- do bebé antes, durante e após a atuação do TF;

Identificação;
 Historial da gravidez e do parto;
 Condições médicas pré, peri e pós-natais;
 Evolução e situação clínica actuais;
 Historial da alimentação.

RNPT
 FC:140-160 batimentos/ min.
 FR: 40 a 60 respirações/ min
 O2: 84-92%
 TC: 32° C (incubadora)
 PA: 16/36 mmHg -39/59mmHg.

RNT
 FC:120-160 batimentos/ minuto.
 FR: 30 a 50 respirações/ min
 O2: 95-100%
 TC: 36,5° C - 37,5C.
 PA: 30/50mmHg-50/75mmHg

Estados de consciência



Sono profundo



Sono activo/leve



Sonolência



Estado de Alerta tranquilo



Estado de Alerta irritado



Choro

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO NEONATO DE ALTO RISCO

Sinais de fome do bebê

Sinais precoces - “Estou com fome”



Mexendo-se Abre a boca Vira a cabeça
Procurando/buscando

Sinais moderados - “Estou realmente com fome”



Esticando-se Aumentando o movimento do corpo Mão na boca

Sinais tardios - “Acalme-me primeiro, então me alimente”



Choro Movimentos corporais agitados Coloração vermelha da pele

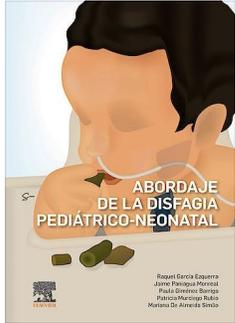
Momento de acalmar o bebê que chora

- Fazendo cufunê
- Pele a pele no peito
- Conversando
- Dando carinho



Para mais informações acesse o site: <http://www.health.qld.gov.au/breastfeeding/>





- AVALIAÇÃO CLÍNICA DO NEONATO DE ALTO RISCO

- Estado de organização comportamental (sinais de alerta);
- Postura, tônus e mobilidade globais;
- Morfologia da cabeça, pescoço e cara;
- Manipulação: toque bilateral com pressão na orientação caudocefal;
- Reflexos globais;
- Musculatura orofacial;
- Órgãos Fonoarticulatórios;
- Sensibilidade orofacial;
- Reflexos orais;
- Funções orofaciais
 - SNN
 - SN
 - Deglutição
 - Respiração
 - Coordenação S/D/R





Avaliação Clínica	
Postura, tonús e mobilidade globais	<p>As alterações de tónus influenciam a postura global e a dissociação dos órgãos fonoarticulatórios. A posição recomendada é entre 30 a 45º de inclinação em decúbito lateral ou dorsal para diminuir o risco de aspiração e favorecer a respiração.</p> <p>A postura em extensão e desorganizada dificulta a alimentação.</p> <p>A postura da cabeça na linha média, a flexão dos membros superiores e inferiores, a capacidade de levar as mãos à linha média e à boca favorecem as posturas e movimentos orofaciais adequados para a sucção.</p>
Morfologia da cabeça, pescoço e face	<p>Equilíbrio entre os terços da face e a configuração anatómica de olhos, nariz, orelhas e boca importante para identificar síndromes com compromisso na função alimentar.</p> <p>Avaliar: expressões faciais, coloração da pele, tremores e assimetrias da face, presença de automatismos orais</p>
Reflexos Globais	<p>A ausência, diminuição e a presença para além da idade esperada podem ser indicativos de lesão neurológica.</p> <p>Avaliar: Reflexo de Moro, RTCS, RTCA, Reflexo de Marcha Automática, Reflexo de Preensão Palmar, Reflexo de Preensão Plantar.</p>
Musculatura Orofacial	<p>Apalpação da musculatura orofacial, em repouso e em função.</p> <p>Normotonia, Hipotonia, Hipertonia.</p>
Orgãos Fonoarticulatórios	<p>Observar a configuração anatómica, a simetria, o tamanho e a postura de nariz, lábios, língua, gengivas, palato duro e palato mole.</p> <p>É importante descartar a existência de obstrução nasal e alterações na língua.</p>
Sensibilidade Orofacial	<p>Avaliar a sensibilidade global antes da orofacial.</p> <p>Sensibilidade normal, Hipo-sensibilidade, Hiper-sensibilidade.</p>
Reflexos orais	<p>Adequado: obtém-se a resposta adequada e dentro da faixa etária esperada;</p> <p>Exacerbado: a resposta é aumentada e/ou com manifestação diferente do esperado – localização e faixa etária;</p> <p>Fraca/Débil: resposta desencadeada na zona esperada mas necessita de mais estímulo para ocorrer.</p>

Recém-Nascido - Reflexos

Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA)



Reflexo Tônico Cervical Simétrico (RTCS)



Reflexo Tônico Labiríntico (RTL)



Reflexo de Marcha Automática



Reflexo de Moro







Reflexos orais adaptativos

Reflexo de procura ou reflexo dos quatros pontos cardeais (rooting reflex)

- presente ao nascimento e começa a desaparecer ao 3/6º mês;

- avaliação: toque na região perioral;

- resposta: o bebé abre a boca, vira a cabeça e move a língua na direção em que ocorreu o estímulo.



Reflexo de sucção

- presente na vida intra-uterina;
- torna-se voluntário a partir do 4º mês;

- avaliação: introdução do estímulo (dedo, chucha, peito ou biberão) dentro da cavidade oral, tocando o 1/3 anterior da língua, bochechas e as papilas incisivas

- resposta: desencadeia-se um movimento rítmico e coordenados de lábios, língua, faringe e laringe intercalados com períodos de pausa.



Padrão de Suckling e Padrão de Sucking.

Reflexo de deglutição

- presente na vida intra-uterina (12ª semana),
- torna-se voluntário a partir do 4º mês com o aperfeiçoamento da coordenação com a sucção e respiração;

- avaliação: observação e apalpação na zona laríngea durante a ingestão de um líquido/saliva ;

- resposta: observação do movimento ascendente do osso hioide e das cartilagens laríngeas.



Protrusão da língua:

- observa-se ao nascimento e vai desaparecendo por volta dos 4/6º meses;
- permite a introdução dos semi-sólidos;

- avaliação: toque na parte anterior da língua;

- resposta: protusão lingual perante o estímulo.





	<p>Resposta Transversa da Língua</p> <ul style="list-style-type: none"> - observa-se desde o nascimento até aos 6/9 meses; - permite a introdução da alimentação sólida mole; - <u>avaliação</u>: toca-se nas laterais da língua; - <u>resposta</u>: movimento de lateralização da língua quando estimulada. 	
<p>Reflexos orais protetivos</p>	<p>Reflexo de Gag/Vômito</p> <ul style="list-style-type: none"> - presente desde as 32/33 semanas de gestação, diminui por volta do 6º mês e vai-se posteriorizando; - <u>avaliação</u>: toque no segundo terço da língua; - <u>resposta</u>: abertura da boca, extensão da cabeça, elevação da laringe e do diafragma e careta. 	
	<p>Reflexo de Mordida</p> <ul style="list-style-type: none"> - presente ao nascimento e é integrado na mastigação, por volta do 7º/9º mês; - <u>avaliação</u>: desencadeado pela pressão exercida no rebordo gengival; - <u>resposta</u>: movimento rítmico de fechar e abrir a mandíbula; <p>Reflexo de Tosse</p> <ul style="list-style-type: none"> - está presente durante toda a vida; - <u>avaliação</u>: fazer uma ligeira pressão digital sobre a cricoide. - <u>resposta</u>: contração espasmódica repentina que resulta da libertação violenta de ar dos pulmões, desencadeado pela presença de uma substância estranha em vias áreas superiores ou pela secreção brônquica excessiva. 	



Reflexos orais





Funções orofaciais

SNN: avaliar 2 minutos

- Aceitação do estímulo;
- Chupeta: material, tamanho e forma;
- Movimento mandibular – adequado, alterado;
- Movimento lingual – adequado, alterado, ausente;
- Canolamento lingual – presente, ausente;
- Força de sucção - forte, fraca, ausente;
- Números de sucção/pausa: adequado, inadequado, inferior;
- Ritmo de sucção: adequado, inadequado, ausente;
- Frequência de sucções por segundo;
- Frequência da deglutição da saliva;
- Sinais de stress;
- Estado de consciência ao longo e no final da avaliação da SNN;
- Apto para a avaliação da SN: S/N.

SN: avaliar 5 minutos

- Tipo e volume de leite ofertado;
- Modo de alimentação;
- Posição do bebê e do cuidador;
- Movimento mandibular: adequado, alterado, ausente;
- Movimento lingual: adequado, alterado, ausente;
- Canolamento lingual: presente, ausente.
- Força de sucção: forte, fraca, ausente;
- Tipo de padrão de sucção: normal, transitório, imaturo, desorganizado, disfuncional;
- Sinais de stress;
- Volume ingerido;
- Estado de consciência no final da avaliação.

Deglutição: eficiente - tempo de deglutição entre 1.0 e 1.5seg e ritmo adequado; ineficiente – tempo > 2seg. e/ou não deglute e/ou expulsa e/ou se observam alterações de coloração de pele e/ou saturação de O2.

Respiração: duração de pausas entre cada sucção 0,5 seg.

Coordenação da S/D/R: adequada, inadequada

Avaliação Clínica do neonato - SNN



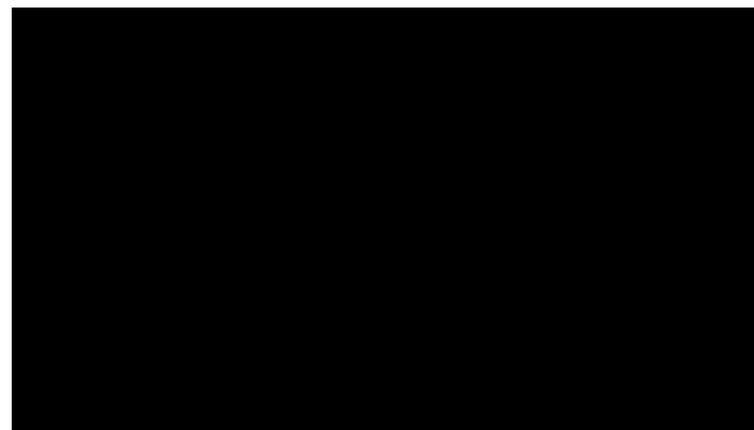
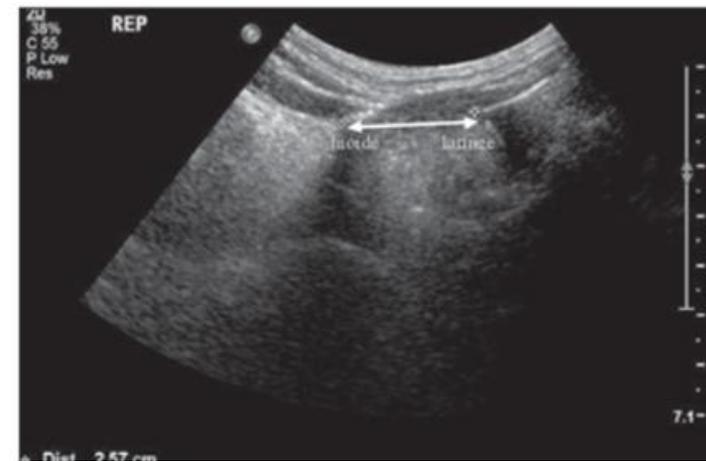
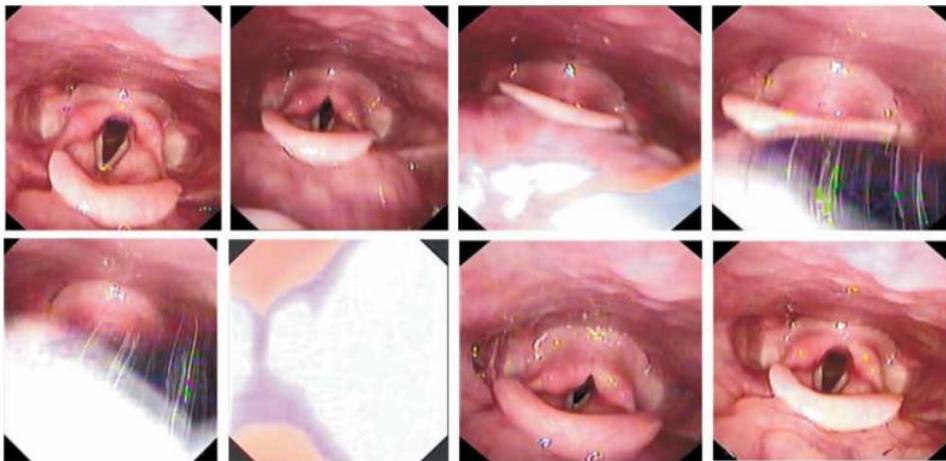
Avaliação Clínica do neonato - SN



Avaliação Clínica do neonato - SN



AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL





Sucção – dificuldades na pega, perda de leite pelas comissuras labiais, excessiva protusão lingual, sucção ineficaz.

Deglutição – engasgos, náusea, estridor laríngeo, regurgitação nasal, defensividade oral, irritabilidade global

Outros – pneumonias, infecções respiratórias recorrentes, períodos de apneia, arritmia cardíacas, cianose,...



Padrões de Sucção (Palmer, 1998)

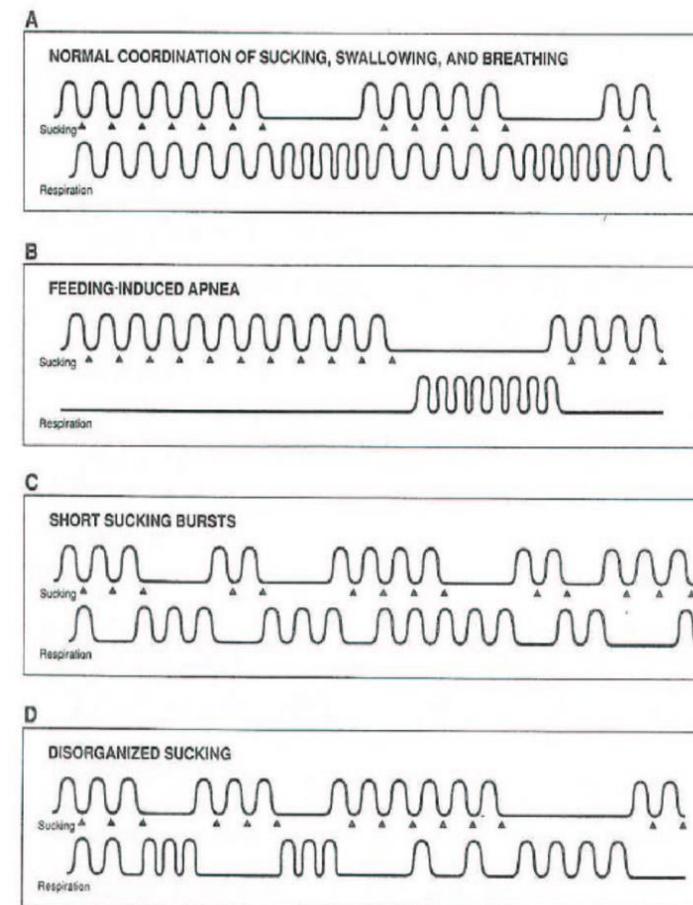
- **Sucção normal** – padrão eficiente e normal, com ciclos de 10 a 30 sucções, seguidas de uma pausa respiratória; adequada SDR;

- **Sucção transitório** – ciclos de sucção de 6 a 10 surtos de sucção, com possibilidade de ocorrência de episódios de apneia e pausas longas entre sucção/deglutição;

- **Sucção imaturo** – de 3 a 5 surtos de sucção, pausas longas que indicam descoordenação;

- **Sucção disfuncional** – associado a aumento ou diminuição do tônus muscular orofacial de origem neurológica que provoca assimetrias, alteração ou ausência de movimentos.

- **Sucção desorganizado** – descoordenação da deglutição/respiração; ciclos de sucção é menor e as pausas são maiores. A deglutição pode interromper a respiração em qualquer momento e causar apneia, braquicardia, dessaturação, engasgo, regurgitação.



PERTURBAÇÃO TRANSITÓRIA DA DEGLUTIÇÃO E DISFAGIA OROFARÍNGEA NEONATAL



Nutrição parentérica

Nutrição entérica

Nutrição Mista (entérica e oral)

Nutrição exclusivamente oral mas com dificuldades



Encaminhamento:

- Terapeuta Ocupacional;
- Dietista;
- Gastroenterologista;
- ORL;
- Neuropediatra;
- (...)+

Terapia Sensório-Motora Oral Indirecta



Terapia Sensório-Motora Oral Directa





IIINTERVIR PARA?

Minimizar experiências negativas e promover experiências organizadas e prazenteiras;

Garantir a nutrição necessária para o desenvolvimento de forma segura, facilitando a digestão e o aumento de peso;

Adequar o funcionamento, percepção e sensibilidade da musculatura orofacial aos padrões oromotores da alimentação e da fala;

Promover a alta hospitalar o mais precocemente possível.

INTERVIR QUANDO?

Bebé/criança clinicamente estável (cardíaco, respiratório, gástrico);

Permanência mais prolongada em estado de alerta;

Exibe presença dos reflexos de tosse e vômito (proteção das vias áreas);



INTERVIR COMO?

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

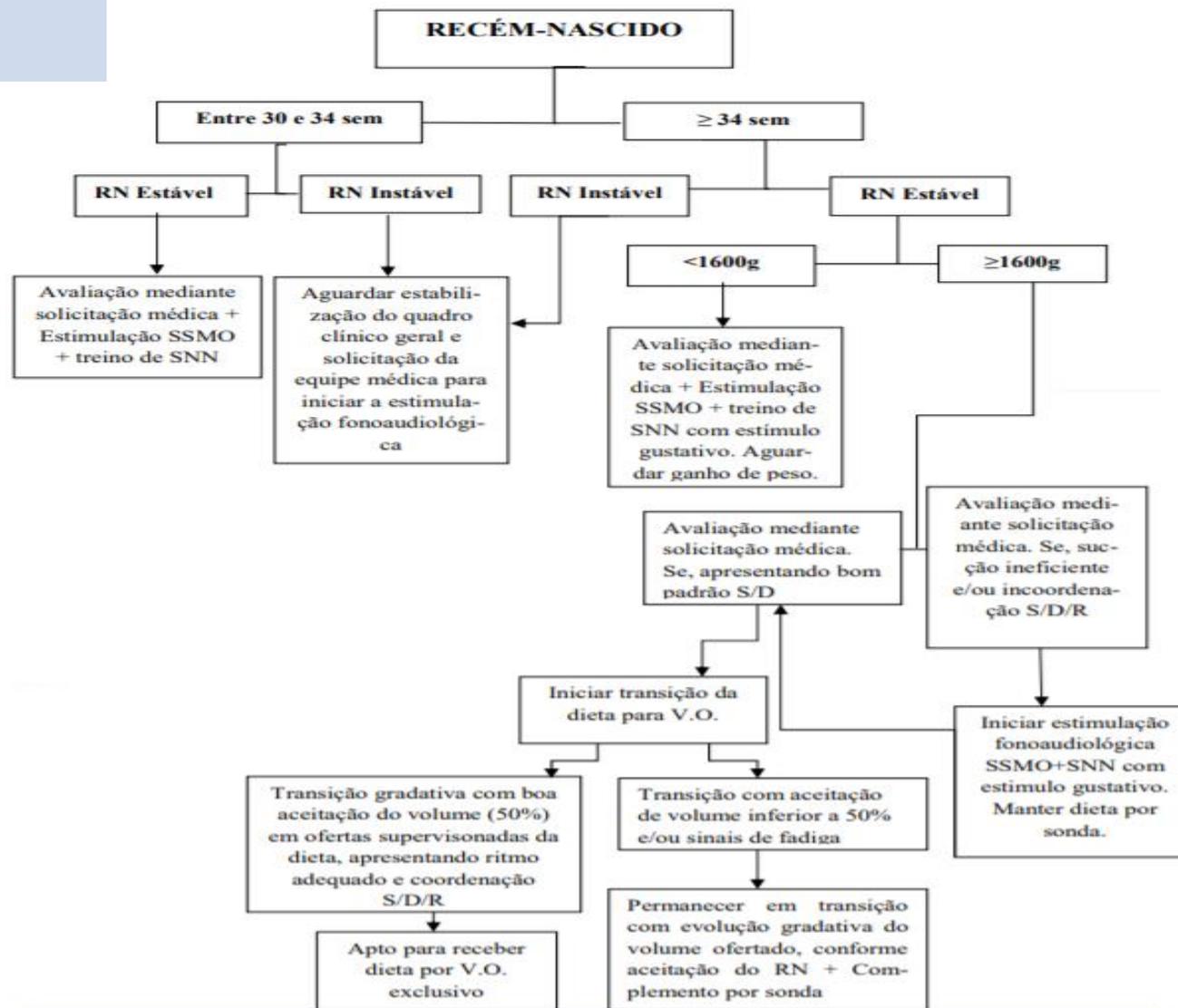
Redução do manuseio

Posicionamento

Adequação do estado de alerta



INTERVIR QUANDO?



INTERVIR COMO?

Escolhendo a forma de alimentar:

Alimentação via oral vs meio alternativo à via oral vs misto

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

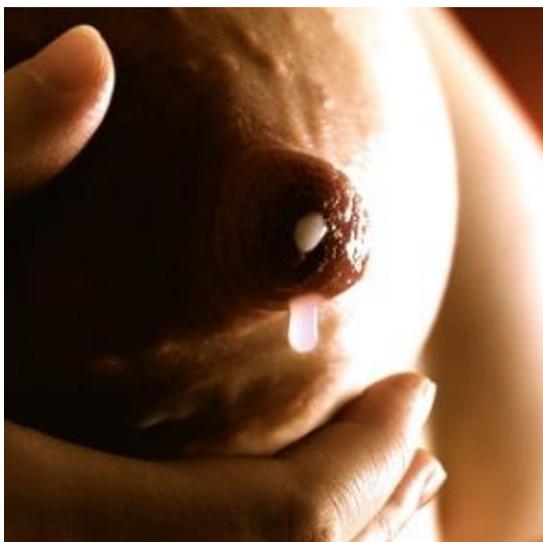


Copinho



INTERVIR 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?

LEITE ANTERIOR ou de INÍCIO DE MAMADA
Leite rico em **ÁGUA**. É o leite que **HIDRATA** o bebê!
(por isso não precisa de água e nem chá!)

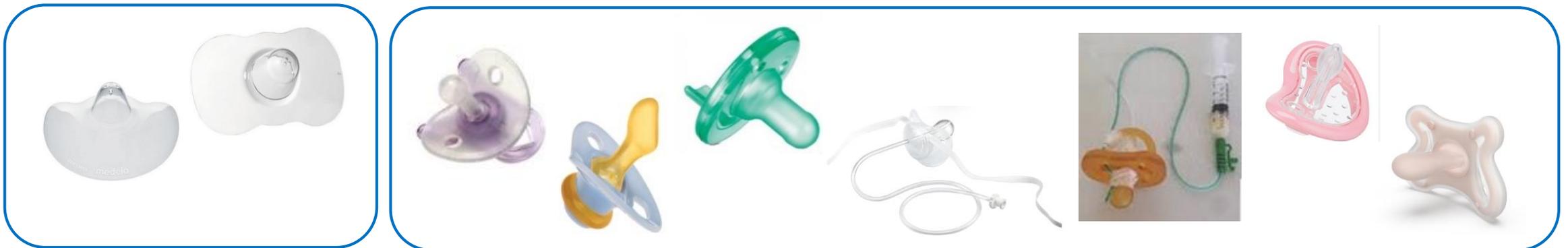
LEITE POSTERIOR ou de FINAL DE MAMADA
Leite rico em **GORDURA**. É o leite que **ENGORDA** e **SACIA** o bebê!

www.amamentaporto.com



INTERVIR COMO?

Escolhendo o material



INTERVIR COMO?

Látex vs Silicone



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

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)
	Tommeee Tippee Closer to Nature 0m+	15.90 (14.05-17.08)
Tommeee 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 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 bebê (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

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



Estratégias para organizar o bebé para a alimentação



Contacto pele a pele



Swinging



Baby Sling



Swaddling



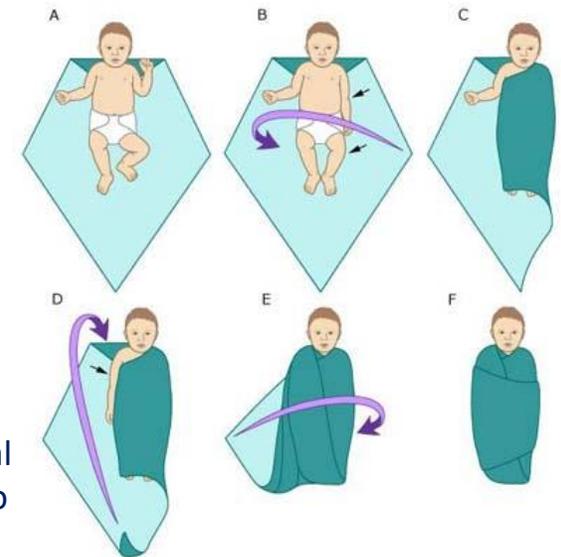
Posicionar o bebé em decúbito lateral antes de o levantar reduz as reações associadas



Colic hold



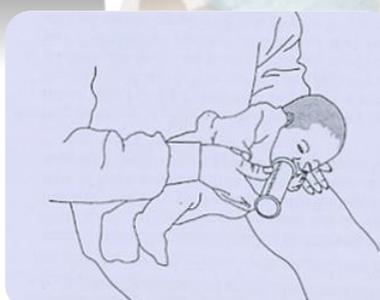
Promover SNN em decúbito lateral com mãos na linha média e padrão global de flexão



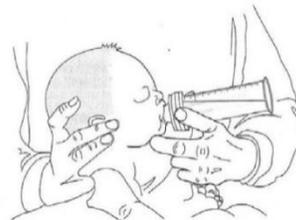
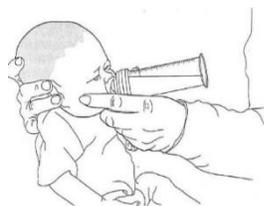


INTERVIR COMO?

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



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



INTERVIR COMO?

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



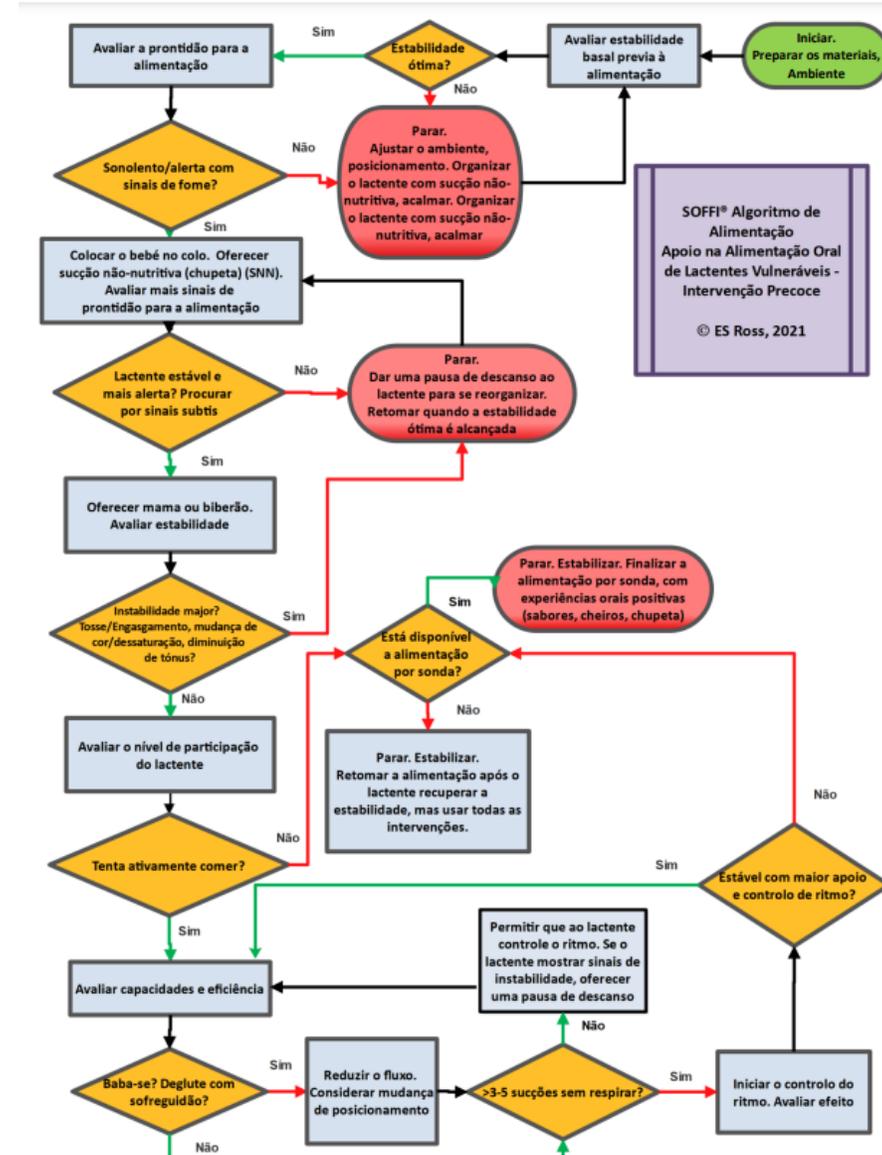
- Dar controle oral;
- Lavar a sonda com 2 a 3 mL de água;
- Manter o bebê em decúbito lateral para propiciar o esvaziamento gástrico.



PREMATURE INFANT ORAL MOTOR INTERVENTION

8 Steps	Technique	
Cheek C - Stretch (2X each cheek)	1. Place a finger inside the cheek, and one on the outer cheek. Slide and stretch front to back (toward the ear), then down, then back to front (C pattern). 2. Repeat for other side.	
Lip Roll (1X each lip)	1. Place a finger on the inside and thumb on outside of upper lip. 2. Move finger in horizontal direction while moving thumb in opposite direction (rolling lip between fingers). 3. Do on the left side of lip, then repeat on right side (2 placements). 4. Repeat on lower lip.	
Lip Curl or Lip Stretch (1X each lip)	1. Place a finger on outside of upper lip, and one on the inside. 2. Gently compress lip, and stretch downward towards midline, moving across lips. 3. Repeat on lower lip, stretching upward. Or (if lips are too small to grab for Lip Curl, replace with this Lip Stretch): 1. Lay finger across upper lip, slightly compressing tissue. 2. Move tissue horizontally, stretching to one side, then the other. 3. Repeat for bottom lip.	
Gum Massage (2X)	1. Place finger on left side of the upper gum, with firm sustained pressure slowly move across the gum to the other side. 2. Move down the lower gum (to continue a circle), with firm sustained pressure slowly move across to other side.	
Lateral Borders of Tongue/ Cheek (1X each side)	1. Place finger at the level of the molar between the side blade of the tongue and the lower gum. 2. Move the finger toward midline, pushing the tongue towards the midline. 3. Then move the finger back and all the way into the cheek, stretching it.	
Midblade of Tongue/ Palate (2X)	1. Place finger at center of the mouth, give sustained pressure into the hard palate for 3 seconds. 2. Move the finger down to contact center blade of the tongue. 3. Displace the tongue downward with a firm pressure. 4. Move the finger back up to the center of the hard palate.	
Elicit a Suck	1. Place finger at the midline, center of the pallet, gently stroke the palate to elicit a suck.	
Support for Non-Nutritive Sucking	1. Leave finger/pacifier in mouth (or place pacifier in mouth) and allow sucking.	

Lessen, B.S. (2011). Effect of the Premature Infant Oral Motor Intervention (PIOMI) on Feeding Progression and Length of Stay in Preterm Infants. *Advances in Neonatal Care*, 11(2), pp129-139. Modified (08/2007) from Fischman, D.A. (1986, Rev 2005). *Oral Motor Assessment and Intervention*. Beckman and Associates, Inc. 1211 Palmetto Avenue, Winter Park, FL 32789. [update] www.beckmanoralmotor.com.



Sucção Não Nutritiva



Sucção Nutritiva Controlada



Técnica Sonda dedo é uma técnica de estimulação oral e não uma forma de alimentação.

Da translactação ao seio materno em exclusivo



Sucção Nutritiva



Sucção Nutritiva Controlada



Sucção Nutritiva Controlada



Sucção Nutritiva



Sucção Nutritiva



Sucção Nutritiva





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



Proeficiência e Eficiência





“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)



BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

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: Ribeiro 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.

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.