



**Especialização em  
DIFICULDADES ALIMENTARES  
NEOPEDIÁTRICAS**





## **FONOAUDIÓLOGA**

ESPECIALISTA EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO (RIS-GHC)

MESTRE EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (FAMED-UFRGS)

TERAPEUTA DO CONCEITO NEUROEVOLUTIVO BOBATH

PRECEPTORA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA: VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE (HMIPV/UFRGS)

# conteúdo programático



Aleitamento materno



Disfunções orais



Tópicos em disfagia pediátrica



# ALEITAMENTO MATERNO

# aleitamento materno

## TIPOS

- **Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno:** quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

# aleitamento materno

## TIPOS

- **Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- **Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

# FASES DO LEITE MATERNO

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



## COLOSTRO

Primeiros cinco dias

**APARÊNCIA:**  
Transparente ou amarelado

**COMPOSIÇÃO**  
Proteínas e imunoglobinas



## LEITE DE TRANSIÇÃO

6º ao 15º dia

**APARÊNCIA:**  
Mais volumoso

**COMPOSIÇÃO**  
Menos proteínas, mais gorduras e carboidratos



## LEITE MADURO

A partir do 15º dia

**APARÊNCIA:**  
Consistente e esbranquiçada

**COMPOSIÇÃO**  
Gorduras e nutrientes

# aleitamento materno

## DURAÇÃO

A OMS recomenda O aleitamento materno por **dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses**. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança. No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes.



# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Evita mortes infantis:** estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (doenças diarreicas e infecções do trato respiratório inferior). nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos.
- **Evita diarreia:** há fortes evidências de que o leite materno protege contra diarreia, principalmente em crianças mais pobres. é importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. oferecer à criança amamentada água ou chás, prática considerada inofensiva até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses.

# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Evita infecção respiratória:** assim como ocorre com a diarreia, a proteção é maior quando a amamentação é exclusiva nos primeiros seis meses. além disso, a amamentação diminui a gravidade dos episódios de infecção respiratória. o aleitamento materno também previne otites.
- **Diminui o risco de alergias:** estudos mostram que a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes.

# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes:** revisão concluiu que os indivíduos amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas, níveis menores de colesterol total e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2. Não só o indivíduo que é amamentado adquire proteção contra diabetes, mas também a mulher que amamenta (redução de 15% na incidência a cada ano de lactação).
- **Reduz a chance de obesidade:** na revisão da OMS sobre evidências do efeito do aleitamento materno em longo prazo, os indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso/obesidade (Dewey, 2003). É possível também que haja uma relação dose/resposta com a duração do aleitamento materno, ou seja, quanto maior o tempo em que o indivíduo foi amamentado, menor será a chance de ele vir a apresentar sobrepeso/ obesidade.

# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Melhor nutrição:** por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies.
- **Efeito positivo em testes de inteligência:** estima-se que as crianças amamentadas possuam quociente de inteligência 3,4 pontos maior na infância e adolescência do que o de crianças não amamentadas, vantagem que perdura em adultos.

# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Melhor desenvolvimento do complexo craniofacial:** contribui ativamente para a promoção do adequado desenvolvimento craniofacial infantil em função da intensa atividade muscular proporcionada por essa prática.
- **Proteção contra câncer de mama, ovário e útero:** estima-se que para cada mês de amamentação haja uma redução de 2% no risco de contrair CA de ovário. estima-se redução de 11% na chance de desenvolver a doença em mulheres que amamentaram, sendo que a duração média mais longa do AM por criança também pareceu exercer efeito na redução do risco do CA de endométrio. Quanto ao CA de mama, estima-se que o risco de contrair a doença diminua 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação.

# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Evita nova gravidez:** A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), desde que a mãe esteja amamentando exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado (Gray, 1990). Estudos comprovam que a ovulação nos primeiros seis meses após o parto está relacionada com o número de mamadas; assim, as mulheres que ovulam antes do sexto mês após o parto em geral amamentam menos vezes por dia que as demais.
- **Maior proteção contra outras doenças para a mulher que amamenta:** hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana; obesidade; doença metabólica; osteoporose e fratura de quadril; artrite reumatoide; depressão pós-parto; e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto.

# aleitamento materno

## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Menores custos financeiros:** dependendo do tipo de fórmula infantil consumida pela criança, o gasto pode representar uma parte considerável dos rendimentos da família. A esse gasto devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.
- **Promoção do vínculo entre a díade mãe-bebê:** uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher. Amamentação é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança.

# aleitamento materno

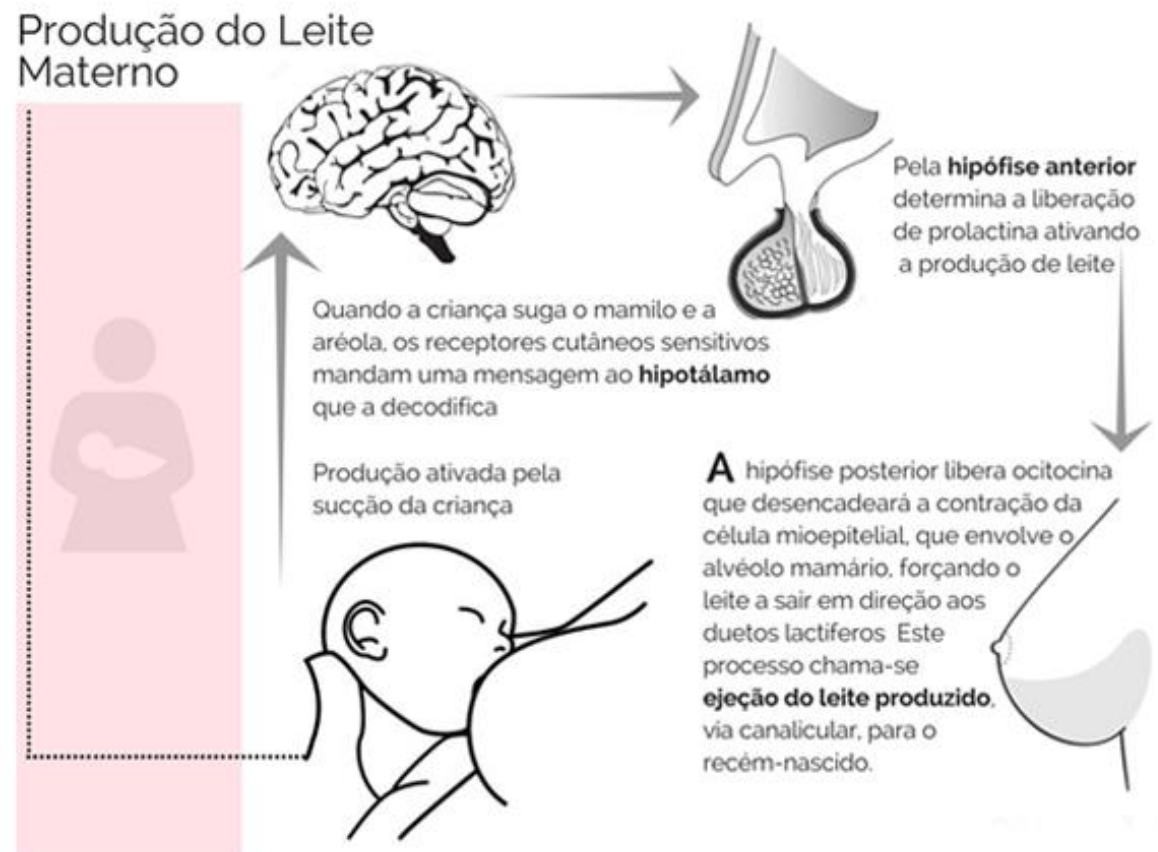
## IMPORTÂNCIA DO AM

- **Melhor qualidade de vida:** O aleitamento materno pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes.



# aleitamento materno

## PRODUÇÃO DO LEITE MATERNO



# Técnica de amamentação

*A técnica de amamentação, ou seja, a maneira como a dupla mãe/bebê se posiciona para amamentar/mamar e a pega/sucção do bebê são muito importantes para que o bebê consiga retirar, de maneira eficiente, o leite da mama e também para não machucar os mamilos.*



# Técnica de amamentação



*Abertura oral ampla*



*Canolamento de  
língua*



*Ativação do reflexo de  
deglutição*



*Ciclo de movimentos  
mandibulares*

# pega correta



BOCA ABERTA COMO "BOQUINHA DE PEIXE"  
BARRIGA E TRONCO DO BEBÊ VOLTADOS PARA A MÃE

- 1 Grande parte da aréola na boca do bebê
- 2 Nariz não encosta no seio e respira livremente
- 3 Bochecha enche quando suga o leite
- 4 Lábios virados para fora
- 5 Queixo encostado no seio

# posicionamento da mãe





# pega e posicionamento



# pega e posicionamento



# tipos de mamilos



## PROTRUSO

Com o bico saliente



## PLANO

Com o bico achatado



## INVERTIDO

Com o bico virado para dentro



# posições



POSIÇÃO DEITADA



POSIÇÃO INVERTIDA

# posições



POSIÇÃO TRADICIONAL



POSIÇÃO CAVALEIRO

# posições

# posições

POSIÇÃO INVERTIDA DUPLA

POSIÇÃO COMBINADA

# tempo de mamada

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama.

# nº de mamadas/dia

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a doze vezes ao dia.



# Formação Profissional de Especialização em Perturbações Alimentares Infantis

1ª Edição  
2021/2022

UC 5: DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Módulo 12: Avaliação e intervenção nas disfunções orais na amamentação

Docente: Fga Ms. Vanessa Felipe de Deus  
[vanessafelipededeus@hotmail.com](mailto:vanessafelipededeus@hotmail.com)



# Prevenção e manejo das principais dificuldades no AM





# lactente que não suga/sucção fraca

Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e com frequência não se descobre a causa dessa resistência inicial. Algumas vezes ela pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar ou pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado. O manejo desses casos se restringe a acalmar a mãe e o bebê, suspender o uso de bicos e chupetas quando presentes e insistir nas mamadas por alguns minutos cada vez.

*Confusão de bicos?*

*Confusão de fluxos?*

*Diferenças entre mamas e mamilos?*

# atraso na apojadura

Nesses casos, o profissional de saúde deve desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha. É muito útil o uso de um sistema de nutrição suplementar (**translactação**), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda.

# *translactação*

A **translactação** (leite da própria mãe) e/ou **relactação** (fórmula/leite animal/leite humano pasteurizado) é o procedimento utilizado para alimentar o recém-nascido e estimular a lactação.

A indicação pode ser por causas relacionadas ao recém-nascido ou às mães. Para o recém-nascido, a indicação é decorrente da sucção pouco eficiente de prematuros ou condição que o impeça de fazer muito esforço (determinadas doenças neurológicas ou cardíacas, hipotonia muscular. Para as mães, essa indicação ocorre nas seguintes situações: descida tardia do leite; pós-parto imediato; uso de medicamento que dificulte a produção do leite; retomada da amamentação; em casos de recém-nascido adotados ou uma mama menor que a outra.

# *translactação*

Utilizando a seringa esta deve ser de 10 ou 20ml, sem o embolo, acoplada a uma sonda gástrica nº 4, com a outra extremidade ao nível do mamilo, fixada com fita adesiva na roupa da mãe, a altura do ombro e o leite colocado na seringa. O recém-nascido ficará no peito, abocanhando a aréola e a sonda e retirando leite que flui da seringa e ao mesmo tempo sugará o mamilo.

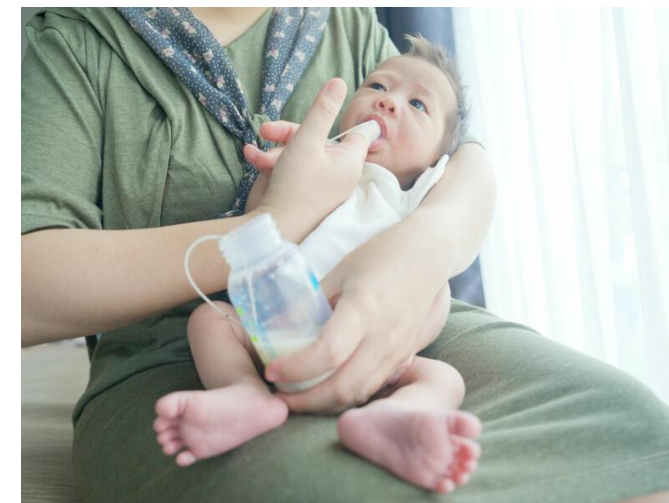


Fotografia: Geisy Lima

Instituição: IMIP

## *técnica sonda-dedo*

“ (...) questiona-se se a técnica “sonda-dedo” deve ser indicada somente nos casos em que seja caracterizada disfunção oral em recém nascido a termo. Sugere-se que, no pré-termo, a finalidade deve ser de treino de sucção quando a mãe está ausente ou como complemento com a mãe presente, desde que o prematuro já tenha sido aleitado. Sempre que possível, **deve ser dada preferência para técnicas de complementação que envolvem diretamente o seio materno.**”





# **Técnica sonda-dedo não deve ser considerada como técnica de alimentação**

É uma técnica de estimulação oral utilizada pelo(a) fonoaudiólogo(a) em casos de disfunção oral ou prematuridade.

# mamilos planos ou invertidos

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê, que consiste em:

- **Promover a confiança e empoderar a mãe:** deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;
- **Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê:** a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia.

# mamilos planos ou invertidos

- **Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;**
- **Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas:** o simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou elétrica. Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.



# ingurgitamento mamário

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos:

- (1) congestão/aumento da vascularização da mama;
- (2) retenção de leite nos alvéolos;
- (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático.

Como resultado, há compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite represado. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso; daí a origem do termo *“leite empedrado”*.

# ingurgitamento mamário

**INGURGITAMENTO FISIOLÓGICO:** é discreto e apresenta um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção.

**INGURGITAMENTO PATOLÓGICO:** a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade. Ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento.

# ingurgitamento mamário: **manejo**

- **Ordenha manual da aréola**, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê;
- Mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (**livre demanda**);
- **Massagens delicadas das mamas**, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite, pois promovem a síntese de ocitocina;
- **Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios** (cf. prescrição médica);
- **Suporte para as mamas**, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;

# ingurgitamento mamário: **manejo**

- **Crioterapia em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas:** em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com consequente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devida à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite;
- **Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção:** O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

# dor mamilar/mamilos machucados

É comum, nos primeiros dias após o parto, a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção. Dentre as causas mais comuns, tem-se:

- Posicionamento e pega inadequados
- Mamilos curtos, planos ou invertidos
- Disfunções orais
- Frênulo lingual alterado
- SNN prolongada

# dor mamilar/mamilos machucados

- Uso impróprio de bombas de extração de leite
- Não interrupção adequada da sucção da criança do seio quando necessário
- Alergias causadas pelo uso de cremes ou óleos nos mamilos
- Uso de mamilos intermediários de silicone
- Exposição prolongada a forros úmidos/ absorventes de seios

# dor mamilar/mamilos machucados

**Lesão mamilar** é qualquer alteração visível na região do mamilo e da aréola, além de lesões vasculares que originam mudanças da cor, textura e forma, modificando a aparência normal e saudável do mamilo.



## **HIPEREMIA**

Rubor da pele do mamilo ou da mama, ocasionado por vasodilatação capilar.



## **ESCORIAÇÃO**

O tecido mamilar apresenta a epiderme levantada, deixando parte da derme descoberta e esfolada.



## **FISSURA**

Comprometimento da epiderme ou da derme (forma de fenda) localizando-se na junção mamilo-areolar e/ou na superfície do mamilo.

# dor mamilar/mamilos machucados

**Lesão mamilar** é qualquer alteração visível na região do mamilo e da aréola, além de lesões vasculares que originam mudanças da cor, textura e forma, modificando a aparência normal e saudável do mamilo.



## **EROSÃO**

Apresenta desgastes do relevo ou remoção de toda sua epiderme ou derme, deixando o mamilo em forma de cratera (buraco).



## **VESÍCULA**

Apresenta-se superficialmente no mamilo, em forma de vesículas arredondadas, íntegras ou rompidas, pode ter secreção transparente, clara ou aguada.



## **DILACERACÃO**

Apresenta ruptura em região areolar e/ou mamilar. Deixando o mamilo com aparência de rasgado.



# dor mamilar/mamilos machucados: **manejo**

Uso de **medidas de conforto** que visam minimizar o estímulo aos receptores da dor:

- Início da mamada pela mama menos afetada;
- Ordenha de um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, fazendo com que o lactente sugue mais suavemente;
- Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas;
- Uso de “conchas protetoras” (alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esses dispositivos devem possuir buracos de ventilação;
- Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante.

# dor mamilar/mamilos machucados: **manejo**

- Não utilizar pomadas, cremes ou óleos: não há comprovação científica para fins de cicatrização.
- **Educação sobre o posicionamento adequado e pega correta é a melhor intervenção para dor nos mamilos;**
- Se os mamilos estão com escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa após cada mamada, para evitar infecção;
- Havendo suspeita de infecção, antibiótico tópico (ou sistêmico, em casos mais graves) está indicado;
- Se a lesão mamilar é muito extensa ou a mãe não está conseguindo amamentar por causa da dor, pode ser necessário interromper temporariamente a amamentação na mama afetada; no entanto, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual ou com bomba de extração de leite.

# candidíase

A infecção pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides. Na maioria das vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente. Os principais sintomas são:

- Coceira;
- Sensação de queimadura;
- Dor em agulhada nos mamilos que persiste após as mamadas;
- Pele de mamilo e aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação. Raramente observam-se placas esbranquiçadas
- Presença de crostas brancas orais na criança.

# candidíase: **manejo**

Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase. O tratamento inicialmente é local, com Nistatina, Clotrimazol, Miconazol ou Cetoconazol tópicos por duas semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada e ele não precisa ser removido antes da próxima mamada.

Além do tratamento específico contra o fungo, algumas medidas gerais são úteis durante o tratamento, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. As chupetas e bicos de mamadeira são fontes importantes de reinfecção, por isso, caso não seja possível eliminá-los, eles devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia.

**candidíase**

# fenômeno de raynaud

Isquemia intermitente causada por vasoespasma, que usualmente ocorre nos dedos das mãos e dos pés, também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre é possível encontrar a causa. Tem como sinais mais comuns:

- Palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea), seguida de cianose + avermelhado;
- Dor antes, durante ou depois das mamadas;
- Dor em fisgadas ou sensação de queimação enquanto o mamilo está pálido.

# fenômeno de raynaud: **manejo**

Deve-se buscar identificar e tratar a causa básica que está contribuindo para a isquemia do mamilo e melhorar a técnica de amamentação (pega), quando esta for inadequada. Compressas mornas ajudam a aliviar a dor na maioria das vezes. Analgésico e anti-inflamatório, tipo ibuprofeno, podem ser prescritos, se necessário.



White nipple  
Pallor (vasoconstriction)



Purple nipple  
Cyanosis (deoxygenation of blood)



Red nipple  
Rubor (vasodilatation)

# bloqueio de ductos lactíferos

Ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. Com frequência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infrequente ou quando a criança não está conseguindo remover o leite da mama de maneira eficiente. Pode ser causado também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite. Tem como principais sinais:

- nódulos localizados, sensíveis e dolorosos;
- dor, vermelhidão e calor na área envolvida.





# bloqueio de ductos lactíferos: **manejo**

Qualquer medida que favoreça o esvaziamento completo da mama irá atuar na prevenção do bloqueio de ductos lactíferos. Assim, técnica correta de amamentação e mamadas frequentes reduzem a chance dessa complicação, como também o uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite e a restrição ao uso de cremes nos mamilos. A remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada, além da amamentação em diferentes posições também são medidas eficazes.



# mastite

É um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto, mas pode ocorrer em qualquer período da amamentação. O leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, sendo as lesões mamilares, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria.

A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante o quadro clínico, bem como nos dias subsequentes. Isso se deve à diminuição de sucção da criança na mama afetada (acentuação do sabor salgado), diminuição das concentrações de lactose ou dano do tecido alveolar.

# mastite

Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, entre eles:

- mamadas com horários regulares
- redução súbita no número de mamadas
- longo período de sono do bebê à noite
- uso de chupetas ou mamadeiras
- não esvaziamento completo das mamas
- frênulo de língua alterado
- criança com sucção fraca
- produção excessiva de leite
- separação entre mãe e bebê
- desmame abrupto.



Fonte: BRASIL (2009b).

# mastite: **manejo**

O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível, pois sem o tratamento adequado e em tempo oportuno a mastite pode evoluir para abscesso mamário, uma complicação grave. O tratamento inclui os seguintes componentes:

- Identificação e tratamento da causa que provocou a estagnação do leite;
- Esvaziamento adequado da mama: preferencialmente, a mama deve ser esvaziada pelo próprio lactente, pois, apesar da presença de bactérias no leite materno, quando há mastite, a manutenção está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio. A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver esvaziamento adequado;
- Antibioticoterapia: indicada quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado.

# mastite: **manejo**

- Suporte emocional: esse componente do tratamento da mastite é muitas vezes negligenciado, apesar de ser muito importante, pois essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral;
- Outras medidas de suporte: repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou anti-inflamatórios não-esteroides; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

*Se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a **possibilidade de abscesso mamário** e de encaminhamento para unidade de referência, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia.*

# abcesso mamário

O abcesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. O diagnóstico é clínico e tem como principais sintomas:

- dor intensa
- Febre
- mal-estar
- calafrios
- presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado.

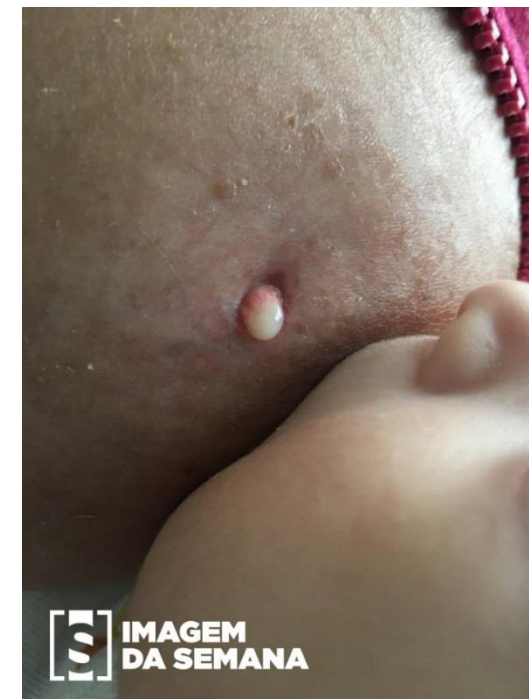


Fonte: BRASIL (2009b).

# abcesso mamário: **manejo**

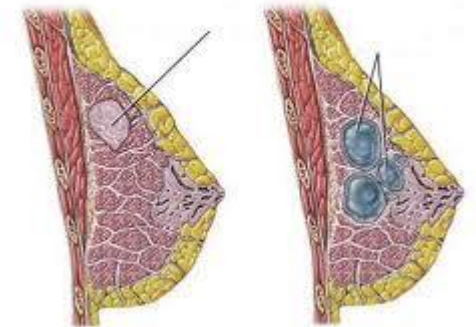
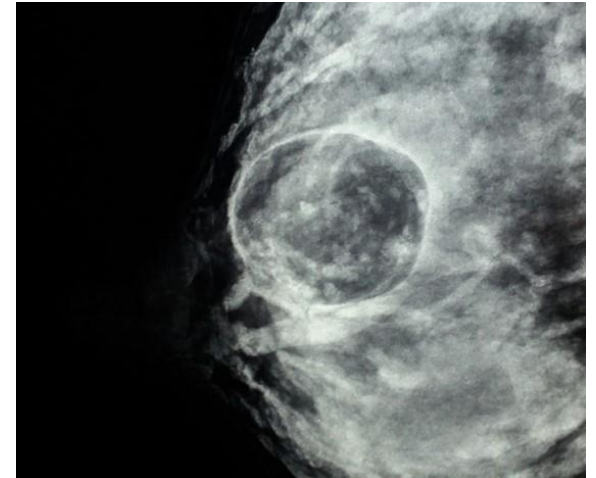
O abscesso mamário exige intervenção rápida e compreende as seguintes medidas:

- **Drenagem cirúrgica**, de preferência sob anestesia local, com coleta de secreção purulenta para cultura e teste de sensibilidade a antibióticos;
- Demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa, sobretudo a **antibioticoterapia** e o **esvaziamento regular da mama afetada**;
- **Manutenção da amamentação**: a mãe pode continuar a amamentar a criança na mama comprometida. Porém, se a sucção for muito dolorosa, a mãe pode interromper temporariamente a amamentação na mama afetada até a dor melhorar. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.



# galactocele

É uma formação cística nos ductos mamários contendo líquido leitoso, que no início é fluido, adquirindo posteriormente aspecto viscoso, que pode ser exteriorizado por meio do mamilo. Acredita-se que a galactocele seja causada por um bloqueio de ducto lactífero. Ela pode ser palpada como uma massa lisa e redonda, mas o diagnóstico é feito por aspiração ou ultrassonografia. O tratamento é feito com aspiração. No entanto, com frequência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a aspiração.





# reflexo anormal de ejeção do leite

Algumas mulheres têm o reflexo de ejeção do leite exacerbado, o que pode provocar engasgos na criança. Ordenhar um pouco de leite antes da mamada até que o fluxo diminua geralmente é suficiente no manejo do problema.

**POSIÇÃO LAID BACK**



# pouco leite

Muitas vezes, essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome. A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro. A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como consequência, vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação. Por isso, a queixa de “pouco leite” ou “leite fraco” deve ser valorizada e adequadamente manejada.

# pouco leite

- Após a apojadura, **a produção do leite depende basicamente do esvaziamento da mama**, ou seja, é o número de vezes que a criança mama ao dia e a sua capacidade de esvaziar com eficiência a mama que vão determinar o quanto de leite materno é produzido.
- **Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na produção do leite**: má pega, mamadas infrequentes e/ou curtas, amamentação com horários pré-estabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e/ou mamilos intermediários de silicone.
- **Outras situações menos frequentes associadas com sucção ineficiente do bebê**: fissura labial/palatina, anquiloglossia, micrognatia, macroglossia, uso de medicamentos na mãe ou na criança que deixe a criança sonolenta ou que reduza a produção de leite, asfixia neonatal, prematuridade, Síndrome de Down, hipotireoidismo, disfunção neuromuscular, doenças do sistema nervoso central, padrão de sucção anormal, problemas anatômicos da mama, doenças maternas, fadiga materna, redução cirúrgica das mamas, distúrbios emocionais, fumo, etc.

# pouco leite

O bebê dá sinais quando há insuficiência de leite, tais como:

- não ficar saciado após as mamadas;
- chorar muito;
- querer mamar com frequência;
- ficar muito tempo no peito nas mamadas;
- número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a oito);
- evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras;
- baixo ganho ponderal.

# pouco leite: **manejo**

- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados;
- Aumentar a frequência das mamadas;
- Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- Massagear a mama durante as mamadas ou ordenha;
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- Trocar de mama várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente;
- Após a mamada, ordenhar o leite residual;
- Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos;
- Consumir dieta balanceada;
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la);
- Repousar, sempre que possível.

# Formação Profissional de Especialização em Perturbações Alimentares Infantis

1ª Edição  
2021/2022

UC 5: DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Módulo 12: Avaliação e intervenção nas disfunções orais na amamentação

Docente: Fga Ms. Vanessa Felipe de Deus  
[vanessafelipededeus@hotmail.com](mailto:vanessafelipededeus@hotmail.com)

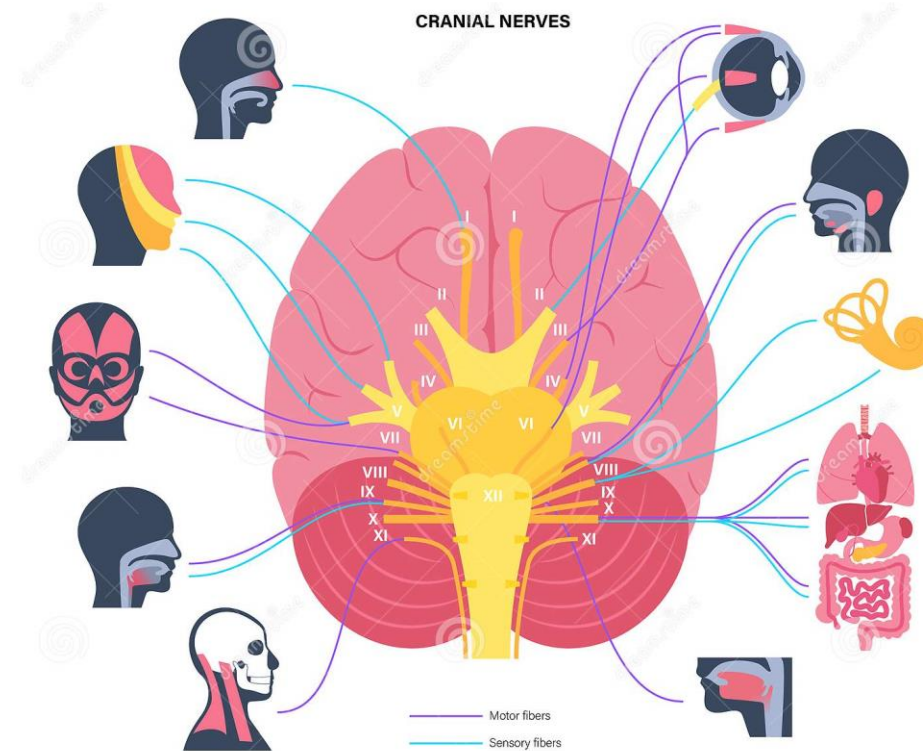


# DISFUNÇÕES ORAIS

# disfunções orais

## FISIOLOGIA DA SUCÇÃO NO AM

As estruturas anatômicas importantes para o funcionamento oral do RN incluem cavidade oral, lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato duro e mole, osso hióide, cartilagem tireóide, epiglote, musculaturas facial e perioral e músculos constritores da faringe, além de outros 40 músculos que envolvem a movimentação de todo o sistema oral. Os pares dos nervos cranianos responsáveis pela inervação dessa musculatura são: I - olfativo; V - trigêmeo; VII - facial; IX - glossofaríngeo; X - vago; e XII - hipoglosso<sup>6,10</sup>.





# disfunções orais

## FISIOLOGIA DA SUCÇÃO NO AM

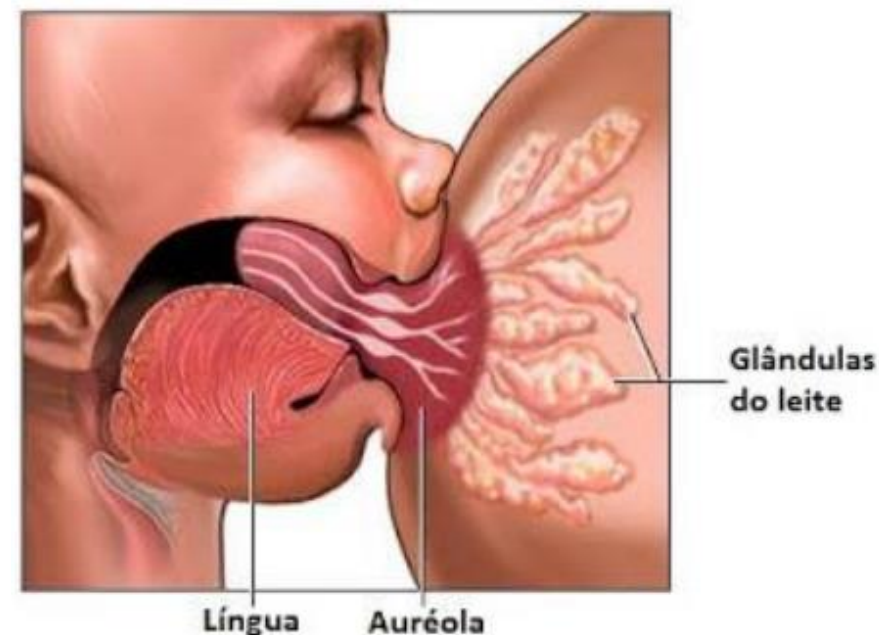
Na pega correta, o bebê realiza uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola, e formando um lacre perfeito entre as estruturas orais e a mama. Para a formação desse lacre, na parte anterior os lábios estão virados para fora, (sendo que o lábio superior e a língua são os principais responsáveis por um vedamento adequado), e a língua se apóia na gengiva inferior, curvando-se para cima (canolamento), em contato com a mama. A finalidade do lacre consiste na formação do vácuo intra-oral (com a presença de pressão negativa), formado por movimentos da mandíbula associados a movimentos dos lábios, bochechas e coxins de gordura. Os coxins de gordura ou *sucking pads* são bolsões de gordura localizados entre a pele e a musculatura das bochechas, com a finalidade de auxiliar na sustentação das estruturas orais para o acoplamento perfeito ao peito.



# disfunções orais

## FISIOLOGIA DA SUCÇÃO NO AM

A mandíbula se apóia sobre os seios lactíferos (onde o leite fica armazenado), e o bebê abocanha o mamilo e aproximadamente 2 a 3 cm de aréola. Na parte posterior da boca, a língua se eleva e funciona como um mecanismo oclusivo contra o palato mole, estabelecendo, assim, a pressão intra-oral negativa (juntamente com o vedamento anterior). Essa pressão mantém a mama (mamilo + aréola) dentro da boca do bebê, apesar de sua natureza retrátil. Desta forma, o mamilo e parte da aréola são deslocados para o interior da boca, sendo que o bico do peito toca a região de transição entre o palato duro e o palato mole, facilitando a extração do leite e a deglutição.



# disfunções orais

## FISIOLOGIA DA SUCÇÃO NO AM

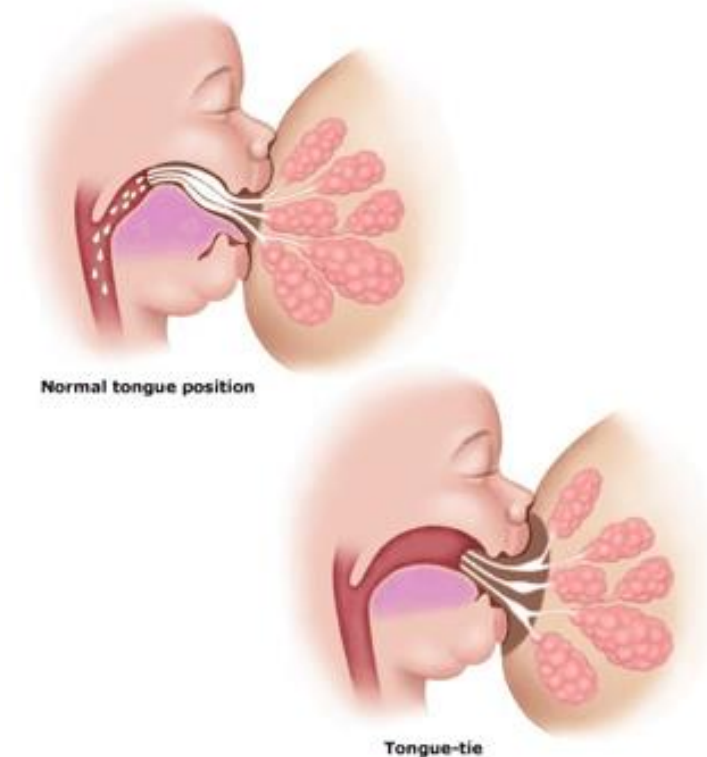
A mandíbula realiza um ciclo de movimentos, iniciando com o abaixamento para a abertura da boca (com a participação dos músculos abaixadores da mandíbula, supra- e infra-hióideos, miloióideo, genióideo e digástrico). Posteriormente, ocorre a protrusão (anteriorização) mandibular, que tem por objetivo alcançar a mama, principalmente os seios lactíferos (com ação dos músculos pterigóideos mediais, masseter e pterigóideos laterais). Prosseguindo, a mandíbula realiza uma elevação para imprimir o fechamento da boca e a compressão dos seios lactíferos (músculos masseter, pterigóideo medial e temporal) e, em seguida, o movimento de retrusão (posteriorização) para a extração efetiva do leite (ação das fibras oblíquas e horizontais dos músculos temporal e digástrico e das fibras superiores do músculo pterigóideo lateral). Esses movimentos mandibulares trazem estímulos importantes para o crescimento da articulação têmporo-mandibular e, conseqüentemente, para o crescimento harmônico da face do bebê<sup>8,14-17</sup>.



# disfunções orais

## FISIOLOGIA DA SUCÇÃO NO AM

Durante a amamentação, a língua eleva suas bordas lateralmente (musculaturas transversal e vertical), juntamente com a ponta, formando uma concha, que levará o leite para ser deglutido na orofaringe<sup>14-16</sup>. Quando o leite se deposita sobre a língua, na região posterior da boca, entra em ação um movimento peristáltico rítmico, direcionando-se da ponta da língua para a orofaringe, que comprime suavemente o mamilo por inteiro e termina o processo de extração de leite para início da deglutição. A ponta da língua se mantém na região anterior durante todo o processo, garantindo o vedamento da boca. Desta forma, o leite é extraído suavemente, sem a utilização de mecanismos de força, o que poderia causar atrito e esfolamento dos mamilos<sup>14-17</sup>.



# Disfunções orais

## CONCEITO

São movimentos orais atípicos (disfunções orais) durante a mamada de recém-nascidos e lactentes saudáveis, os quais podem causar dificuldades na amamentação decorrentes de alterações transitórias do próprio funcionamento oral, ou mesmo de algumas características individuais anatômicas que dificultam o encaixe adequado entre a boca do lactente e a mama de sua mãe, ou, ainda, de fatores iatrogênicos. Podem gerar:

- Traumas mamilares
- Baixo ganho ponderal
- Desmame precoce

# Disfunções orais

## ETIOLOGIA: LACTENTES COM COMORBIDADES

Diversos fatores podem causar alterações na sucção do lactente na mamada, tais como: intercorrências clínicas, baixo peso ao nascer (em especial prematuridade), distúrbios metabólicos, alterações neurológicas, síndromes e anomalias congênitas (fissuras labiopalatais, fissuras submucosas, anquiloglossia e laringomalácia).

Algumas práticas clínicas relacionadas ao tratamento de **bebês prematuros**, como, por exemplo, intubação prolongada e uso sondas oro ou nasogástricas também podem interferir no desenvolvimento normal da coordenação sucção/deglutição/respiração, bem como ocasionar problemas respiratórios, devido ao refluxo gastresofágico e aspiração.



# Disfunções orais

**ETIOLOGIA:** LACTENTES SAUDÁVEIS E/OU NASCIDOS A TERMO

Já no caso de lactentes nascidos a termo e saudáveis, as disfunções orais podem ser consequência de imaturidade neurológica do RN, dor facial (como a decorrente do uso de fórceps), características anatômicas individuais e fatores iatrogênicos, como o uso de bicos artificiais.

**Estima-se que 5 a 6% dos bebês a termo, eutróficos e sem intercorrências clínicas apresentam disfunções orais e necessitam de manobras especiais para obter sucesso na amamentação.**

# Disfunções orais

## ETIOLOGIA

Podem ocorrer, ainda, **alterações de natureza anatômica** no funcionamento oral tanto **do bebê** (palato mais alto, mandíbula mais retraída ou freio lingual encurtado ou totalmente fixo –anquiloglossia-, apresentando, assim, maior dificuldade de pega) **como da mãe** (mamilos pouco elásticos, planos, invertidos ou excessivamente longos). Nesses casos, torna-se necessário intervir para auxiliar os bebês a realizarem adequadamente a pega e a extração de leite da mama de suas mães.



# Disfunções orais

## ETIOLOGIA

Outro fator que pode gerar disfunção oral é o fenômeno denominado ***confusão de bicos***, devido ao contato precoce do neonato com bicos artificiais, sejam de mamadeira, chupeta ou protetores de mamilos em geral. Devido à habilidade limitada do neonato de adaptar-se a diversas configurações orais, pode surgir essa alteração, que, se persistente, poderá acarretar desmame precoce.

Logo após o nascimento, alguns RN apresentam incoordenação dos reflexos orais, necessitando de alguns dias para desenvolver um padrão mais maduro, o que pode ocorrer simultaneamente ao processo de amadurecimento, no terceiro ou quarto dia pós-parto.

## **AVALIAÇÃO INDIVIDUALIZADA CONSIDERANDO O AMADURECIMENTO FISIOLÓGICO FUNCIONAL**

# disfunções orais

## IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Embora as disfunções orais sejam passíveis de serem revertidas precocemente, as ações entre mãe/bebê nas primeiras mamadas rapidamente se tornam hábitos bem estabelecidos, difíceis de mudar, principalmente em relação ao padrão de sucção do RN. Por esse motivo, a avaliação detalhada da mamada e ações específicas para a correção de alterações são muito importantes logo no início da amamentação.

# Disfunções orais: avaliação



# disfunções orais

## AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

1

AVALIAÇÃO  
DA NUTRIZ

2

AVALIAÇÃO  
DO  
LACTENTE

3

AVALIAÇÃO  
DA  
MAMADA

# disfunções orais

## AVALIAÇÃO DA NUTRIZ

É importante também que os profissionais de saúde estejam atentos para as condições gerais das mamas e mamilos, observando ingurgitamento e traumas mamilares, situações que dificultam sobremaneira a amamentação. Também é importante observar vínculo entre mãe e filho pela forma de segurar o bebê, toques físicos durante a mamada e contato visual. Numa avaliação efetiva da mamada, deve-se observar a dupla antes, durante e depois da mamada, com o objetivo de conferir o grau de satisfação do bebê e de conforto (ausência de dor) da mãe.

# disfunções orais

## AVALIAÇÃO DA NUTRIZ

### ANAMNESE

- Histórico da nutriz
- Gravidez
- Dados do parto
- Condições de nascimento
- Condições de lactação e da amamentação atual e prévias.

# disfunções orais

## AVALIAÇÃO DA NUTRIZ

### EXAME CLÍNICO

Mamas: flácidas? Volumosas? Ingurgitadas? Cheias? Presença de nódulos e/ou outras alterações?

Complexo aréolo-mamilar: flexível ou rígido?

Mamilos: protrusos? Curtos? Invertidos? Planos? Umbilicados?

Íntegros ou lesionados?

Com fissura? Escoriação? Hiperemia? Erosão? Dilaceração? Com vesícula?

Produção láctea: ausente? baixa? Adequada? Alta? Hipergalactia?



# disfunções orais



## AVALIAÇÃO DO LACTENTE

### EXAME CLÍNICO

Postura global

Estado de alerta

Padrão respiratório: eupnéico? Taquipnéico? Sinais de esforço respiratório?

Avaliação dos reflexos orais: procura/busca, sucção, deglutição, **mordida, vômito e tosse.**

SNN: Força: diminuída, adequada, aumentada

Ritmo: adequado/inadequado

Mobilidade de língua: adequada? Restrita? Com padrão de amassamento? Canolamento?

**Força:** manutenção do padrão de SNN mediante contra resistência do avaliador.

**Ritmo:** manutenção do nº de sucções/grupo ao longo do estímulo.

**Mobilidade:** capacidade de elevação, protrusão e canolamento lingual adequadas.

# disfunções orais



## AVALIAÇÃO DO LACTENTE

### EXAME CLÍNICO

Número de sucções por pausa

Avaliação clínica do frênulo lingual

Avaliação clínica dos órgãos fonoarticulatórios

- Aspecto
- Tônus
- Postura
- Mobilidade

# disfunções orais



**AVALIAÇÃO DO LACTENTE**

***NÃO SE INDICA FRENOTOMIA LABIAL EM BEBÊS  
COM A JUSTIFICATIVA DE MELHORA NO  
ALEITAMENTO MATERNO***

***Não há plausibilidade biológica ou clínica***

# disfunções orais



## AVALIAÇÃO DO LACTENTE

Para a **avaliação da sucção não-nutritiva**, o examinador deve introduzir o dedo mínimo enluvado na boca do RN, para facilitar a percepção dos movimentos da língua. Pressiona-se o palato duro contra com a polpa do dedo (unha para baixo), de forma a estimular o reflexo de sucção. Em resposta, na sucção vigorosa e adequada, a língua deve envolver o dedo, ultrapassando a gengiva inferior, executando um movimento ondulatório, da ponta para a base, sendo que a ponta permanece projetada na parte anterior da boca. Os lábios devem estar relaxados e permanecer abertos, sem tensão.

# disfunções orais



## AVALIAÇÃO DO LACTENTE

Em relação à **pega** e à **ordenha do bebê**, é importante observar como se desencadeiam os reflexos orais, se o bebê demonstra sinais de fome e procura e se está alerta e organizado para a mamada. Quanto à pega, é importante verificar se o queixo toca a mama, se os lábios estão voltados para fora, realizando um correto selamento labial, e se uma área maior de aréola é visível acima, e não abaixo, da boca do bebê. Deve-se observar também se a língua envolve inferiormente o complexo aréolo-mamilar durante a sucção. Os movimentos de ordenha da mandíbula devem ser suaves, coordenados com o ritmo de deglutição e respiração, sem a participação do músculo bucinador (ausência de covinhas), e as sucções devem ser lentas e profundas, com pausas.

# disfunções orais



## AVALIAÇÃO DO LACTENTE

O **comportamento dos bebês na alimentação** foi descrito inicialmente por Barnes et al.<sup>31</sup>, em 1953, que apontou tipos diferentes:

**Barracudas:** mostra grande interesse na sucção e, assim, que colocado no peito, suga vigorosamente.

**Excitados inefetivos:** são bebês muito excitados e hiperativos que não conseguem, no início, estabelecer um ritmo constante para a sucção.

**Procrastinadores:** adiam a sucção por até 4-5 dias após o parto e geralmente esperam a apojadura (descida do leite). Ao contrário dos barracudas, não mostram interesse particular nem habilidade na sucção nos primeiros dias.

**Gulosos:** insistem em degustar, saboreando um pouco de leite antes de mamar, cheirando e aproveitando o contato com o peito, tudo em ritmo lento.

# disfunções orais



## AVALIAÇÃO DO LACTENTE

O comportamento dos bebês deve ser considerado na avaliação da mamada, pois pode interferir no seu desempenho. Orientações específicas devem ser oferecidas para que cada mãe compreenda a singularidade de seu filho, facilitando o processo.

- *Exemplificando, bebês mais agitados, como os "excitados inefetivos", precisam ser acolhidos e acalmados antes de serem colocados ao peito. Outros bebês, como os "gulosos", precisam de um período de tempo maior, antes de começarem a sugar, pois precisam estimular todos os sentidos. Isso traduz um início de interação importante, que exige intimidade entre mãe e filho.*

Necessidade de se respeitar a organização global, oral e o comportamento do bebê para que este responda adequadamente, utilizando da melhor maneira os reflexos de procura e sucção na amamentação.

A avaliação da técnica de amamentação na primeira semana de vida, demonstrou que a **técnica correta de sucção tem forte influência sobre a duração do aleitamento materno.**



- 67,7% das crianças mamaram na 1ª hora de vida;
- 41% das crianças menores de 6m estavam em AM exclusivo;

**Md AME: 54,1 dias (1,8 meses)**

**Md AM: 341,6 dias (11,2 meses)**

- Uso frequente de mamadeira (58,4%) e chupeta (42,6%):

**PORTO ALEGRE É A CAPITAL DO USO DE CHUPETA (59,5%)**

- Introdução precoce de água (13,8%) e chás (15,3) e outros leites (17,8%) já no 1º mês de vida;
- Introdução precoce de alimentos entre 3-6 meses: comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%);
- Introdução precoce de alimentos não saudáveis entre 9-12 meses: café (8,7%), refrigerante (11,6%) e bolachas e/ou salgadinhos (71,7%);

# disfunções orais

## 3

### AVALIAÇÃO DA MAMADA

Na avaliação da mamada, é importante observar dois pontos-chave: **posicionamento e pega**. A posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação dificulta o posicionamento correto da boca do bebê em relação ao complexoaréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez, interfere na dinâmica de sucção e extração de leite, podendo gerar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida.

# disfunções orais

## 3

### AVALIAÇÃO DA MAMADA

#### Protocolo de Observação e Avaliação da Mamada

Proposto pelo UNICEF

Adaptado por Carvalhaes & Corrêa (2003)

Carvalhaes, M.A.B.L.; Corrêa, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr. 2003; 79(1):13-20.

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
<b>Posição</b> <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas <input type="checkbox"/> Escore posição 1	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito <input type="checkbox"/> Só ombros/cabeça apoiados <input type="checkbox"/> Escore posição 2
<b>Respostas</b> <input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, físgadas) <input type="checkbox"/> Escore resposta 1	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite <input type="checkbox"/> Escore resposta 2
<b>Estabelecimento de laços afetivos</b> <input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho <input type="checkbox"/> Escore afetivo 1	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam <input type="checkbox"/> Escore afetivo 2
<b>Anatomia</b> <input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada <input type="checkbox"/> Escore anatomia 1	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas <input type="checkbox"/> Escore anatomia 2
<b>Sucção</b> <input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção 1	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição <input type="checkbox"/> Escore sucção

Adaptado do UNICEF por Carvalhaes.<sup>12</sup>

Figura 1 – Formulário de observação e avaliação de mamada

# disfunções orais

## 3

### AValiação DA MAMADA

#### Protocolo LATCH

**Quadro 1.** Descrição da versão final do LATCH na língua portuguesa

	0	1	2	Totais
<b>L</b>				
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	
<b>A</b>				
Deglutição audível	Nenhuma	Um pouco, com estímulo	Espontânea e intermitente (<24 horas de vida) Espontânea e frequente (>24 horas de vida)	
<b>T</b>				
Tipo de mamilo	Invertido	Plano	Protruso (Após estimulação)	
<b>C</b>				
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	
<b>H</b>				
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	

# disfunções orais

## 3

### AVALIAÇÃO DA MAMADA

#### Protocolo LATCH

Cada uma dos cinco componentes de avaliação do aleitamento materno recebe um escore numérico de 0 a 2, representando a mesma forma do Boletim de Apgar para uma pontuação máxima de 10 pontos.

- L** *latch*: refere-se à qualidade da pega da criança
- A** *audible swallowing*: refere-se à possibilidade de se ouvir a deglutição do bebê enquanto está mamando
- T** *type of nipple*: avalia o tipo de mamilo
- C** *comfort*: refere-se ao nível de conforto da mãe em relação à mama e ao mamilo
- H** *hold*: refere-se ao fato de a mãe precisar ou não de ajuda para posicionar a criança

# Disfunções orais: intervenção



# disfunções orais

## MANEJO CLÍNICO DA AMAMENTAÇÃO NA VIGÊNCIA DE DISFUNÇÕES ORAIS



São poucos os trabalhos científicos que referem condutas específicas para o acerto das disfunções orais na amamentação. A maioria se refere a **problemas de manejo clínico do aleitamento materno** como um todo, com correções do posicionamento e pega, já que, em geral, os casos de bebês a termo, saudáveis, com pega inadequada estão relacionados a erro de posição mãe/bebê e, desta forma, obtém-se melhora com o manejo clínico básico da amamentação.

# disfunções orais

## MANEJO CLÍNICO DA AMAMENTAÇÃO NA VIGÊNCIA DE DISFUNÇÕES ORAIS

#2

Recorre-se com frequência ao **treino oral da sucção**, que consiste na estimulação do reflexo de sucção, repetidamente, de modo sincrônico com o ritmo do bebê, conforme descrito na técnica de sucção não-nutritiva. Todos os exercícios que envolvem estimulação oral devem ser realizados sempre antes da mamada, aproveitando-se a prontidão e a fome do bebê. Cuidados na aplicação dos exercícios orofaciais referem-se ao tipo e grau de gravidade das alterações orais, estado de consciência e comportamento global do bebê, relação e vínculo com os pais, tempo e uso dos exercícios e condições para retorno e seguimento, se necessário. Deve-se atuar com o bebê em estado de alerta, de forma organizada, e sugere-se utilizar aproximadamente 2 a 5 minutos para estimulação, não ultrapassando esse tempo para não correr o risco de gerar estresse no bebê.



# disfunções orais

## MANEJO CLÍNICO DA AMAMENTAÇÃO NA VIGÊNCIA DE DISFUNÇÕES ORAIS

**Tabela 1** - Manejo clínico das disfunções orais

Tipo de disfunção oral	Descrição do padrão oral inadequado	Intervenção para mãe/bebê
Reflexo de procura e sucção débeis	Antes da mamada, os reflexos mostram-se pouco ativos, irregulares, com força diminuída.	Inicialmente, estimular suavemente o reflexo de procura, tocando os lábios do bebê, principalmente o inferior, e as bochechas. Mediante a resposta de procura do bebê, estimular o reflexo de sucção, três a quatro vezes, antes da mamada. Em paralelo, esvaziar um pouco a mama e colocar o bebê no peito quando o reflexo de ejeção do leite já estiver ativado. Repetir a operação várias vezes, até que a sucção se fortaleça.
Lábios invertidos	Os lábios, principalmente o inferior, permanecem voltados para dentro, mesmo após a resposta do reflexo de procura, quando o bebê abocanha o peito.	Manobra de facilitação labial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- se a pega ocorrer no local correto, puxar delicadamente os lábios para fora. Se o bebê estiver mamando apenas no mamilo, é preciso reposicioná-lo e, então, acertar os lábios;</li> <li>- se o padrão inadequado persistir, manter a manobra labial durante toda a mamada, até que o bebê consiga fazê-lo sozinho.</li> </ul>

# disfunções orais

## MANEJO CLÍNICO DA AMAMENTAÇÃO NA VIGÊNCIA DE DISFUNÇÕES ORAIS

**Tabela 1** - Manejo clínico das disfunções orais

Tipo de disfunção oral	Descrição do padrão oral inadequado	Intervenção para mãe/bebê
Padrão mordedor	Ocorre quando a mandíbula realiza movimentos repetitivos de cima para baixo, causando abertura e fechamento da boca, podendo levar ao contato traumático das gengivas contra o mamilo.	Manobra de facilitação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- inicialmente, estimular o reflexo de procura do bebê várias vezes e facilitar o encaixe adequado ao peito;</li> <li>- durante a mamada, dar contenção à mandíbula, apoiando-a delicadamente, com o dedo indicador ou médio, reforçando a abertura da boca do bebê, de modo que este projete a língua na sucção.</li> </ul>
Tensão oral excessiva	A musculatura perioral apresenta um aumento do tônus, dificultando a abertura correta da boca, bem como a manutenção dessa abertura.	Estimular várias vezes o reflexo de procura do bebê antes de colocá-lo no peito, até observar que este realiza uma abertura ampla da boca e a musculatura perioral ceder à tensão excessiva. Só então permitir que o bebê faça a pega corretamente. Se o padrão inadequado persistir, realizar a manobra citada no padrão mordedor.

# disfunções orais

## MANEJO CLÍNICO DA AMAMENTAÇÃO NA VIGÊNCIA DE DISFUNÇÕES ORAIS

**Tabela 1** - Manejo clínico das disfunções orais

<b>Tipo de disfunção oral</b>	<b>Descrição do padrão oral inadequado</b>	<b>Intervenção para mãe/bebê</b>
Língua posteriorizada	Língua permanece na porção posterior da cavidade oral durante a sucção.	Utilizar a técnica do treino oral da sucção, puxando gentilmente a língua para a frente.
Língua hipertônica, em posição alta na cavidade oral	A língua permanece alta na cavidade oral quando o peito é introduzido, formando uma barreira contra o peito.	Delicadamente, introduzir o dedo mínimo enluvado na boca do bebê e abaixar a língua algumas vezes. Em seguida, utilizar a técnica do treino da sucção.

# disfunções orais

## PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO ORAL

Realização de um programa de estimulação motora orofacial como um meio facilitador da transição mais rápida da alimentação por gavagem para via oral, principalmente em casos de RNPT. Além da SNN com dedo enluvado ou por meio de chupeta\*, indicada nos últimos minutos do programa de estimulação oral, diversas manobras e massagens são descritas na literatura com objetivo de adequar a mobilidade, tônus e amplitude dos movimentos das estruturas motoras orofaciais extra e intraorais. Esta estimulação também favorece o vedamento labial no mamilo ou bico de mamadeira e maior força e amplitude de língua durante a sucção.

\* Utilizada somente em instituições que não têm o título Hospital Amigo da Criança.

# disfunções orais

## PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO ORAL

Estrutura	Estimulação	Nº de repetições
Bochechas (parte externa)	Deslizar o dedo indicador da base do nariz em direção à orelha e retornar com mesmo movimento	4x para cada lado
Lábios	Deslizar o dedo indicador da base do nariz em direção às bordas do lábio superior e do centro do queixo em direção às bordas do lábio inferior.	4x para cada lábio
	Comprimir e deslizar o centro do lábio superior em direção à comissura labial direita e depois do centro em direção à comissura labial esquerda. O mesmo deve ser feito do meio da base do queixo em direção às comissuras labiais do lábio inferior.	4x para cada lábio

# disfunções orais

## PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO ORAL

Estrutura	Estimulação	Nº de repetições
Gengivas	Deslizar o dedo mínimo do centro da gengiva superior D em direção ao fundo da cavidade oral e retornar ao centro. Repetir com a gengiva superior E e com a gengiva inferior em ambos os lados.	2x para cada seguimento da gengiva
Bochechas (parte interna)	Deslizar o dedo mínimo na parte interna da bochecha D, delicadamente em forma de meia lua. Repetir na bochecha E.	2x cada bochecha
Língua	Com o dedo mínimo no centro da língua realizar compressão e deslizamento póstero-anterior. Retomar a posição do dedo no centro da língua e repetir.	4x
Palato duro	Realizar pressão com dedo mínimo no centro do palato duro e, se necessário, movimentar gentilmente o dedo. Ocorrerá a eliciação da sucção. Manter dedo na cavidade oral favorecendo SNN.	1 a 2 minutos

# disfunções orais

## PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO ORAL – PROGRESSÃO TERAPIA DIRETA

**Treino de deglutição na progressão da VO no RNPT:** sugere a introdução de volume alimentar para estímulo da função de deglutição. Na descrição da técnica, era ofertado um volume de 0,05-0,2ml do tipo de leite prescrito pela equipe médica através de uma seringa de 1ml diretamente na parte posterior-medial da língua aproximadamente ao nível da junção do palato duro e mole, até o reflexo de deglutição ser observado sem eventos adversos.

**Técnica sonda-dedo:** também preconiza o oferecimento do leite utilizando sonda gástrica conectada a uma seringa com êmbolo e ficada em dedo mínimo enluvado com fita adesiva. Deve servir como uma técnica de auxílio para adequação do padrão de sucção e integração com a deglutição. Sugere-se sua indicação apenas em casos de disfunção oral, seja em RNPT ou RNT.

# Formação Profissional de Especialização em Perturbações Alimentares Infantis

1ª Edição  
2021/2022

UC 5: DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Módulo 12: Avaliação e intervenção nas disfunções orais na amamentação

Docente: Fga Ms. Vanessa Felipe de Deus  
[vanessafelipededeus@hotmail.com](mailto:vanessafelipededeus@hotmail.com)





# TÓPICOS EM DISFAGIA PEDIÁTRICA



# disfagia e amamentação

Lactentes em aleitamento materno podem apresentar quadro clínico de disfagia orofaríngea e/ou maior risco de broncoaspiração em decorrência de diversos fatores ao longo do seu desenvolvimento. Qualquer comorbidade que possua implicações na coordenação SxDxR acaba por afetar diretamente o padrão de alimentação e deglutição da criança:

- Alterações neurológicas (imaturidade, atrasos ou déficits)
- Anormalidades anatômicas envolvendo o trato aerodigestivo
- Alterações genéticas
- Condições que podem afetar a coordenação SxDxR

# disfagia e amamentação



ELSEVIER

REVISTA PAULISTA  
DE PEDIATRIA

www.spsp.org.br



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

ARTIGO ORIGINAL

## Sinais clínicos de disfagia em lactentes com bronquiolite viral aguda<sup>☆</sup>

Lisiane De Rosa Barbosa<sup>a,\*</sup>, Erissandra Gomes<sup>b</sup>, Gilberto Bueno Fischer<sup>b</sup><sup>a</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brasil<sup>b</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido 2 de dezembro de 2013; aceito em 24 de março de 2014

### PALAVRAS-CHAVE

Bronquiolite;  
Deglutição;  
Disfagia;  
Lactente

### Resumo

**Objetivo:** Determinar a ocorrência de sinais clínicos de disfagia em lactentes com bronquiolite viral aguda e comparar os parâmetros respiratórios entre as fases da deglutição, assim como realizar a concordância intra e interexaminadores da avaliação clínica da deglutição.

**Métodos:** Estudo transversal, com 42 lactentes, entre zero e 12 meses. A avaliação clínica

# disfagia e amamentação

ARTICLE IN PRESS

THE JOURNAL OF PEDIATRICS • www.jpeds.com

ORIGINAL  
ARTICLES

## Postextubation Dysphagia in Pediatric Populations: Incidence, Risk Factors, and Outcomes

Jesse Hoffmeister, MS<sup>1,2</sup>, Nicholas Zaborek, MS<sup>3</sup>, and Susan L. Thibeault, PhD<sup>1,2</sup>

**Objective** To assess incidence, risk factors for, and impact on outcomes of postextubation dysphagia. We hypothesized that the incidence of postextubation dysphagia in pediatric patients would approximate or exceed that in adults, that age and duration of intubation would increase odds for postextubation dysphagia, and that the presence of postextubation dysphagia would negatively impact patient outcomes.

**Study design** We performed a retrospective, observational cohort study of patients aged 0-16 years admitted between 2011 and 2017. Patients were included if they were extubated in the intensive care unit and fed orally within 72 hours. Records were reviewed to determine dysphagia status and assess the impact of patient factors on odds of postextubation dysphagia. The impact of postextubation dysphagia on patient outcomes was then assessed.

**Results** Following application of inclusion and exclusion criteria, the sample size was 372 patients. Postextubation dysphagia was observed in 29% of patients. For every hour of intubation, odds of postextubation dysphagia increased by 1.7% ( $P < .0001$ ). Age of  $<25$  months increased odds of postextubation dysphagia more than 2-fold ( $P < .05$ ). When we controlled for age, diagnosis, number of complex chronic conditions, and dysphagia status, patients with dysphagia had an increase in total length of stay of 10.95 days ( $P < .0001$ ). Postextubation dysphagia increased odds of gastrostomy or nasogastric tube at time of discharge (aOR 22.22,  $P < .0001$ ).

**Conclusions** This study found that postextubation dysphagia is associated with increased time between extubation and discharge and with odds of gastrostomy or nasogastric tube at time of discharge. (*J Pediatr* 2019; ■:1-8).

# disfagia e amamentação



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ijporl](http://www.elsevier.com/locate/ijporl)



## Postoperative dysphagia immediately following pediatric endoscopic laryngeal cleft repair

Patrick Kiessling<sup>a,1</sup>, Alyssa Smith<sup>b,1</sup>, Cassandra Puccinelli<sup>b</sup>, Karthik Balakrishnan<sup>c,d,\*</sup>

<sup>a</sup> Mayo Clinic Alix School of Medicine, USA

<sup>b</sup> Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

<sup>c</sup> Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Stanford University, Palo Alto, CA, USA

<sup>d</sup> Lucile Packard Children's Hospital Stanford, Palo Alto, CA, USA

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Pediatric laryngology  
Pediatric swallowing  
Outcome surgery  
Pediatric dysphagia  
Pediatric airway  
Pediatric feeding

### ABSTRACT

**Objectives:** In pediatric patients undergoing endoscopic laryngeal cleft repair, immediate postoperative dysphagia is not well-characterized. This study examined whether worsened dysphagia is present in the immediate postoperative period as detected by clinical swallow evaluation, and evaluated how this relates to postoperative change in presenting symptoms and findings on swallow studies.

**Methods:** A retrospective cohort was conducted at a tertiary academic medical center, evaluating all pediatric patients who underwent endoscopic laryngeal cleft repair by a single surgeon from October 2014 through December 2018. All patients underwent instrumental swallow evaluation preoperatively and clinical swallow evaluation within 24 h following surgery.

**Results:** Thirty-nine patients met inclusion criteria. Based on clinical swallow evaluation performed within 24 h after surgery, 4 patients (10%) were recommended to thicken their diet from preoperative baseline; all others were unchanged. All patients were admitted to the PICU for observation; 34 (87%) discharged on postoperative

# disfagia e amamentação

Pediatric Pulmonology

## Accuracy of Clinical Swallowing Evaluation for Diagnosis of Dysphagia in Children With Laryngomalacia or Glossoptosis

Marisa Gasparin,<sup>1\*</sup> Cláudia Schweiger, MD, PhD,<sup>2</sup> Denise Manica, MD,<sup>2</sup>  
Antônio Carlos Maciel, MD, PhD,<sup>3</sup> Gabriel Kuhl, MD,<sup>4</sup> Deborah Salle Levy, PhD,<sup>5</sup>  
and Paulo José Cauduro Marostica, MD, PhD<sup>6</sup>

**Summary.** Objective: To investigate the accuracy of clinical evaluation of swallowing in a sample of children with laryngomalacia or glossoptosis and describe the prevalence of dysphagia in each of these diseases, as well as characterize the swallow response to speech and language therapy interventions. Study Design: Children aged 1 month to 11 years receiving care at the Department of Otolaryngology, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, were evaluated in a cross-sectional design. Evaluation of swallowing was performed at two time points by two blinded speech-language pathologists, one responsible for clinical evaluation and the other for videofluoroscopic study. The protocols employed were based on the instruments proposed by DeMatteo et al. (DeMatteo C, Matovich D, Hjartarson A. Comparison of clinical and videofluoroscopic evaluation of children with feeding and swallowing difficulties. *Dev Med Child Neurol* 2005;47:149–157.). Results: The study sample consisted of 29 patients: 10 patients with laryngomalacia and 19 patients with glossoptosis. The sensitivity of clinical evaluation did not exceed 50% in any of the evaluations, but specificity reached 100% in some cases, using thickened liquids. The prevalence of dysphagia was 100%, and the use of thickened liquids significantly reduced tracheal aspiration. Conclusions: Dysphagia was highly prevalent in this sample. The sensitivity of clinical evaluation to detect laryngeal penetration and tracheal aspiration was low, as the majority of aspiration events were silent. The videofluoroscopic study is important in order to determine a safest method to feed the patient. **Pediatr Pulmonol.**



# disfagia e amamentação

  
 ISSN 2317-1782 (Online version)

Artigo Original  
*Original Article*

Paula Colvara de Souza<sup>1,2</sup>  
 Vanessa Souza Gigoski<sup>1,2</sup>  
 Camila Lúcia Etges<sup>2</sup>  
 Lisiane da Rosa Barbosa<sup>1</sup>

## Descritores

Cardiopatias Congênitas  
 Lactentes  
 Avaliação  
 Deglutição  
 Transtornos de Deglutição  
 Fonoaudiologia

Achados da avaliação clínica da deglutição  
 em lactentes cardiopatas pós-cirúrgicos

*Findings of postoperative clinical assessment  
 of swallowing in infants with congenital  
 heart defect*

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever os achados da avaliação clínica da deglutição em lactentes cardiopatas pós-cirúrgicos de um hospital de referência do sul do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, no qual participaram lactentes com diagnóstico médico de cardiopatia congênita e idade entre 0 e 6 meses, após procedimento cirúrgico. Foram excluídos da amostra aqueles que apresentaram: comprometimento neurológico, malformação craniofacial, alterações estruturais de vias aéreas superiores, comprometimento respiratório, suspeita ou diagnóstico de síndrome genética. A avaliação clínica foi realizada por meio de aplicação parcial do Protocolo de Avaliação da Disfagia Pediátrica. Em relação às análises estatísticas, as variáveis quantitativas foram descritas por mediana e amplitude interquartilica e as variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Testes não paramétricos foram aplicados para avaliar as associações. **Resultados:** Dos 31 lactentes que compuseram a amostra, 23 (74,2%) foram classificados com algum grau de disfagia. Houve diferença significativa na avaliação clínica realizada com a oferta de mamadeira quando comparada à oferta em seio materno, em mamadeira também foi observado maior número de alterações da deglutição. A relação entre o tempo de intubação orotraqueal maior que 24 horas e a presença de disfagia apresentaram associação estatisticamente significativa. **Conclusão:** Por meio da ACD foi possível descrever as alterações de deglutição em lactentes cardiopatas após procedimento cirúrgico, independentemente do modo de oferta. Além de identificar a presença de disfagia em número elevado da amostra e sua associação com o período de IOT maior de 24 horas.

# disfagia e amamentação

## Laryngomalacia

Allison M. Dobbie, MD\*, David R. White, MD

### KEYWORDS

- Stridor • Laryngomalacia • Upper airway obstruction • Supraglottoplasty
- Aryepiglottoplasty

### KEY POINTS

- Laryngomalacia is the most common congenital laryngeal anomaly, accounting for up to 70% of patients who present with stridor. Most cases are mild and self-resolve, but severe symptoms require investigation and treatment.
- Laryngomalacia presents as a spectrum of disease, from mild intermittent stridor to life-threatening airway compromise.
- There is a strong association of laryngomalacia with gastroesophageal reflux disease (GERD), which warrants medical treatment of GERD in many cases.
- In children with severe laryngomalacia, supraglottoplasty is the preferred surgical option, which can achieve improvement in both airway and feeding symptoms.
- Laryngomalacia can play a role in sleep-disordered breathing and obstructive sleep apnea.



# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

*Quais são as condutas possíveis em casos de lactentes em AM com quadro de disfagia orofaríngea?*

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

1. *Manobra de controle de fluxo (esgote mamário prévio parcial ou total)*
2. *Manobra de controle de posicionamento (posição laid back ou cavaleiro)*
3. *Manobra de controle de ritmo (pausas entre os grupos de sucções estabelecidos)*
4. *Suspensão total do aleitamento materno*
5. *Suspensão total da via oral*

# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

## MANOBRA DE CONTROLE DE FLUXO

USO DE ESGOTE MAMÁRIO PRÉVIO: PARCIAL OU TOTAL



Manual



Com bomba

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

**Como guardar o leite da mamãe**




**1** Prenda os cabelos e use uma touca de banho ou pano amarrado.



**2** Escolha um lugar limpo e tranquilo.



**3** Esterilize uma vasilha (de preferência um frasco com tampa plástica) fervendo-a por 15 minutos.




**4** Massageie o peito com a ponta de dois dedos, iniciando na região mais próxima da aréola indo até a mais distante do peito, apoiando-o com a outra mão.




**5** Massageie por mais tempo as áreas mais doloridas.




**6** Apoie a ponta dos dedos (polegar e indicador) acima e abaixo da aréola, comprimindo o peito contra o tórax.



**7** Comprima o peito com movimentos ritmicos, como se tentasse aproximar as pontas dos dedos, sem deslizar na pele.



**8** Despreze os primeiros jatos e guarde o restante no recipiente.



**9** Se não há como guardá-lo em refrigerador, o leite pode ser coletado em vasilha esterilizada e armazenada em local fresco. Para evitar diarreia, o leite só deve ser usado até seis horas após a coleta.



**10** Em geladeira, o leite ordenhado pode ser guardado com segurança por até 24 horas ou congelado por até 30 dias. Antes de alimentar o bebê com o leite guardado, aqueça-o em banho-maria.



**11** Ofereça o leite ao bebê com colher, copo ou xicara e lembre sempre de jogar fora o que sobrar.

# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

**MANOBRA DE CONTROLE DE POSICIONAMENTO**

*POSIÇÃO CAVALINHO OU LAID BACK*



disfagia e amamentação

**CUIDAR!**



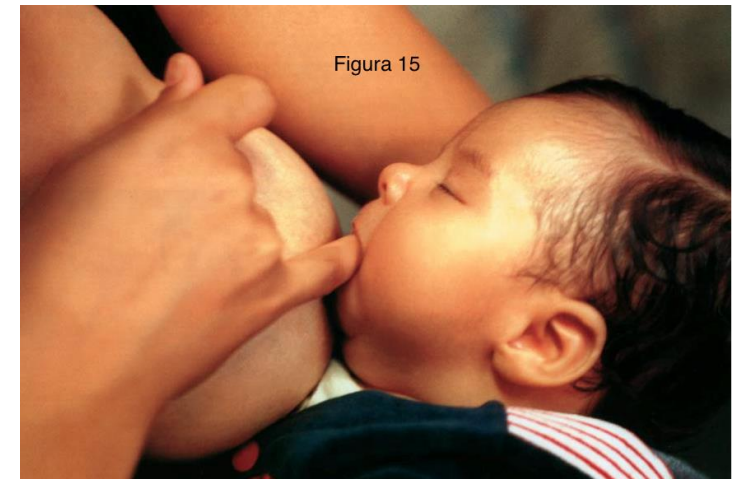


# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

*MANOBRA DE CONTROLE DE RITMO*

*PAUSAS ENTRE OS GRUPOS DE SUCÇÕES ESTABELECIDOS*



# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

*EM CASOS DE SUSPENSÃO TOTAL DO ALEITAMENTO, MANTÉM-SE A ALIMENTAÇÃO POR VIA ORAL COM A OFERTA DE FÓRMULA INFANTIL EM UTENSÍLIOS DE FLUXO REDUZIDO E/OU OPTA-SE PELO AUMENTO DA VISCOSIDADE DO LÍQUIDO OFERTADO*



# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

ADAPTAÇÃO DE FLUXO



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

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

### ADAPTAÇÃO DE FLUXO

TABLE 1. Nipples Tested

Brand	Nipple Type	Manufacturer's Label Information
Comotomo	Natural Feel Bottle	Slow Flow (0-3 mos)
Dr. Brown's	Standard-Neck Standard-Neck Standard-Neck	UltraPremie Premie Level 1
Enfamil	Single-use Single-use	Standard Flow (Royal Blue Collar) Slow Flow (Turquoise Collar)
Evenflo	Classic	Slow Flow 0m+
Gerber	First Essentials	0m+ (Slow)
MAM	Anti-colic	0m+
Medela	Calma Breast Milk Feeding Nipple Wide-Base	All Stage Nipple Slow Flow
Infant Labs		Extra Slow Flow (Gold) Slow Flow (Purple) Standard Flow (White)
Philips Avent	Natural Natural Anti-colic	0mos+ First Flow 0mos+
Playtex Baby	Naturalatch Ventaire Ventaire	0-3 m Full Sized Breastlike
Similac	Single-use Single-use Single-use	Standard Flow (Clear Collar) Slow Flow (Yellow Collar) Premature (Red Nipple)
Tommy Tippee	Anti-colic Closer to Nature	0m+ 0m+

# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

ADAPTAÇÃO DE FLUXO

TABLE 2. Comparisons Among 15 Standard Flow Community-Based Nipple Types<sup>a</sup>

Group	Nipple Type	Flow Rate, mL
1	Philips Avent Natural First Flow	0.86
1	Philips Avent Natural 0mos+	2.25
2	Playtex Ventaire Full Sized	7.35
2	Playtex Ventaire Breastlike	7.37
3	Playtex Baby Naturalatch 0-3m	9.47
3	Comotomo Slow Flow (0-3 mos)	9.76
4	Gerber First Essentials	13.26
4	Dr. Brown's Level 1	13.31
4	Evenflo Classic Slow Flow	13.63
4	MAM Anti-colic 0mos+	13.83
5	Tomme Tippee Closer to Nature 0m+	15.9
5	Tomme Tippee Anti-colic 0m+	16.23
5	Philips Avent Anti-colic 0m+	17.44
6	Medela Wide-Base Slow Flow	22.03
7	Medela Calma	37.61

<sup>a</sup>Nipple types in the same group have comparable flow rates and were statistically different from other groupings in post hoc comparisons ( $P < .003$ ).

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

## ADAPTAÇÃO DE FLUXO

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 0mos+	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 0mos+	13.83 (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 0mos+	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)

# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

ESPESSAMENTO

Current Gastroenterology Reports (2019) 21: 30  
<https://doi.org/10.1007/s11894-019-0697-2>

PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY (S ORENSTEIN AND S KHAN, SECTION EDITORS)



## Clinical Aspects of Thickeners for Pediatric Gastroesophageal Reflux and Oropharyngeal Dysphagia

Daniel R. Duncan<sup>1</sup> · Kara Larson<sup>1</sup> · Rachel L. Rosen<sup>1</sup>

Published online: 16 May 2019

© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2019

### Abstract

**Purpose of Review** The purpose of this review is to discuss current knowledge and recent findings regarding clinical aspects of thickeners for pediatric gastroesophageal reflux and oropharyngeal dysphagia. We review evidence for thickener efficacy, discuss types of thickeners, practical considerations when using various thickeners, and risks and benefits of thickener use in pediatrics.

**Recent Findings** Thickeners are effective in decreasing regurgitation and improving swallowing mechanics and can often be used empirically for the treatment of infants and young children. Adverse effects have been reported, but with careful consideration of appropriate thickener types, desired thickening consistency, and follow-up in collaboration with feeding specialists, most patients have symptomatic improvements.

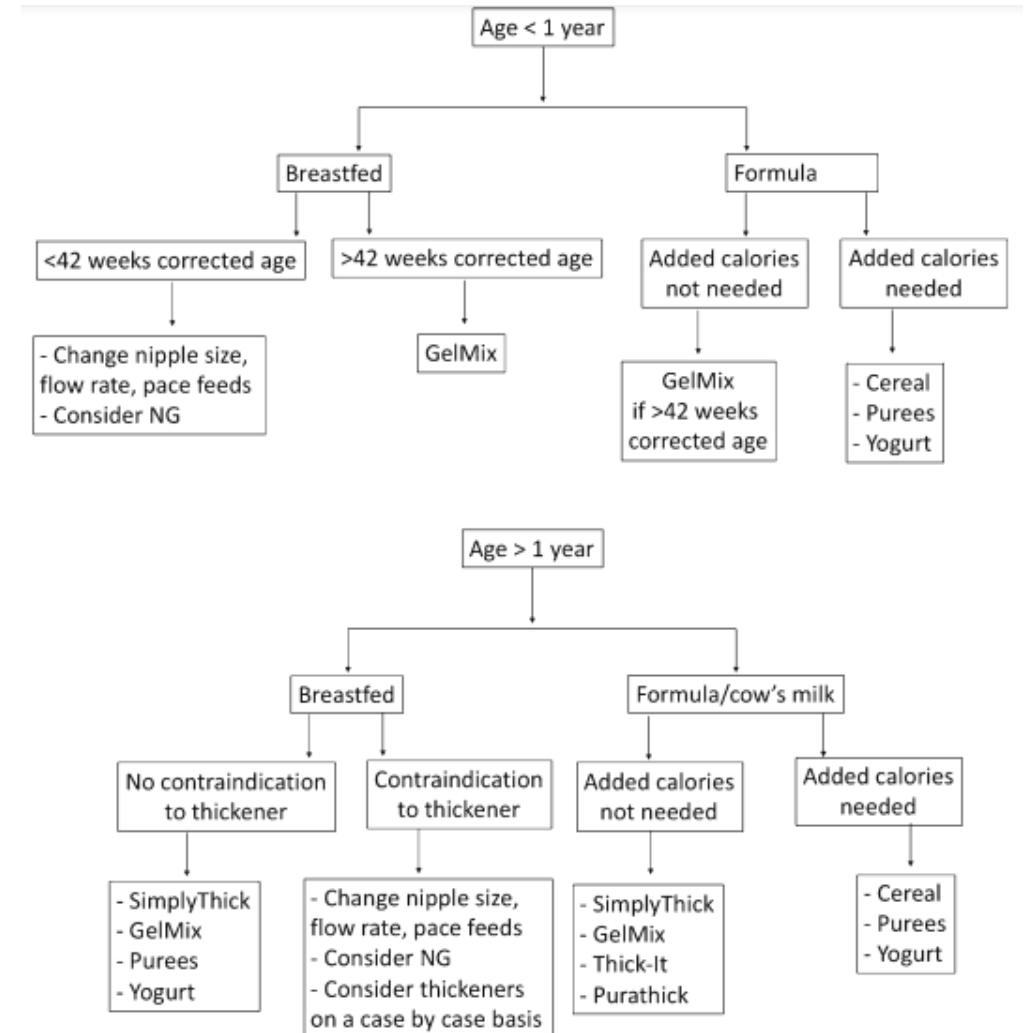
**Summary** Thickeners are typically well tolerated and with few side effects, but close follow-up is needed to make sure patients tolerate thickeners and have adequate symptom improvement.

**Keywords** Thickening · Oropharyngeal dysphagia · Aspiration · Gastroesophageal reflux disease · Regurgitation · Pediatrics

# disfagia e amamentação

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

**ESPESSAMENTO**





# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA



# disfunções orais

## TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM CASOS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

Tem como objetivo favorecer uma alimentação por via oral segura e eficaz, por meio de estratégias que propiciem conforto ao RN e orientações aos pais e/ou responsáveis. Envolve estimulação motora orofacial, de sucção não-nutritiva, modificação da dieta (volume, consistência, textura e temperatura), mudança de bicos de mamadeira com controle de fluxo de leite, assim como o posicionamento corporal e de cabeça, auxiliando na proteção das vias aéreas.

**TERAPIA INDIRETA:** exercícios para adequação da mobilidade, tônus e sensibilidade extra e intraoral, além da coordenação entre a SNNxRxD de saliva.

**TERAPIA DIRETA:** objetivo de favorecer deglutição sistemática de alimento. Trabalha-se também a mobilidade, tônus e sensibilidade, porém envolvendo a preparação do alimento na coordenação SNxRxD.



# disfunções orais

## TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM CASOS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

Técnica sugerida	Objetivo terapêutico
Controle de fluxo por meio da modificação do tipo de bico	Alguns casos podem apresentar melhor segurança na deglutição quando modificado o tamanho do furo do bico. Com esta estratégia o bebê consegue controlar o fluxo do leite, minimizando riscos de penetração/aspiração.
Manobras posturais: Queixo para baixo	Uma das poucas técnicas posturais possíveis de realizar em recém-nascidos. Durante a alimentação, o adulto deve posicionar o queixo do bebê o mais próximo do peito. Com esta manobra favorecemos uma proteção adicional às vias aéreas, pois evita a aspiração antes da deglutição por possibilitar acúmulo de alimento nos espaços valeculares, também evitando entrada prematura de alimento nas vias aéreas.
Manipulação digital: Gengivas	Estimulação sensorial realizada com o dedo mínimo (descrita em quadro anterior). Objetiva o aumento da percepção intraoral e favorece um número maior de deglutições.

# disfunções orais

## TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM CASOS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

Técnica sugerida	Objetivo terapêutico
Organização postural	De um modo geral e principalmente para RN neuropatas, deve-se utilizar postura simétrica e semielevada, realizando organização postural global ao evitar extensão ou flexão exagerada. Esse manuseio global visa à adequação de tônus, postura e mobilidade global, permitindo mobilidade mais adequada do sistema estomatognático.
Sucção não nutritiva	A técnica da SNN poderá ser utilizada durante a alimentação por gavagem, com objetivo de estimular o reflexo de sucção e favorecer o exercício das estruturas orofaciais. A técnica também pode ser utilizada toda vez que ouvimos respiração ruidosa após a deglutição de alimento. Nessa situação, a técnica auxilia a limpeza de resíduos, evitando a aspiração.
Estímulo técnico	Com o objetivo de favorecer um maior número de deglutições e adequar o tempo de disparo da deglutição, a utilização de estímulo gelado intraoral deve ser indicada com critério em RNPT que não estejam em condições clínicas estáveis.

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

É fundamental a integração dos achados de história clínica, exame físico e exames complementares para o tratamento do neonato com disfagia orofaríngea. As condições respiratórias avaliadas por meio da extensão da penetração, aspiração e habilidade para clarear secreções devem ser todas consideradas. A frequência e o grau de penetração laríngea na VFD determinam o tratamento assim como são bons indicadores de risco de aspiração.

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

Em neonatos com disfagia orofaríngea sem etiologia definida, a abordagem inicial visa ajustar consistências alimentares enquanto as habilidades motoras orofaciais ainda não apresentarem adequada coordenação.

### Exemplo:

*Um bebê com penetração laríngea e aspiração na deglutição de líquidos será orientada quanto à ingestão de dieta espessada com objetivo de aumentar o tempo de trânsito oral e favorecer uma deglutição mais coordenada.*

# disfagia e amamentação

## CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

Se anormalidades anatômicas são diagnosticadas (como fenda laríngea, paralisia de pregas vocais, glossoptose ou laringomalácia) procedimentos cirúrgicos podem ser indicados. Entretanto, a melhora da disfunção da deglutição não é imediata porque a coordenação das estruturas reparadas leva tempo para se restabelecer.

*Exemplo: tempo médio de resolução da disfagia:*

*Após cirurgia de fenda laríngea tipo I: em torno de 7 meses*

*Supraglotoplastia e laringomalácia grave: em torno de 3 meses*

# Alternativas à mamadeira

	Copo comum Copo de cachaça	Copos diferenciados sem bicos (360)	Colher comum	Colher dosadora	Copo de treinamento com bico duro, sem válvula	Seringa Conta-gotas
Preço	A partir de R\$3,00	R\$22,90 - R\$79,90	A partir de R\$1,00	R\$15,90 - R\$69,90	A partir de R\$2,50	A partir de R\$1,00
Facilidade de encontrar	Muito acessível	Pouco acessível	Muito acessível	Pouco acessível	Acessível	Acessível
Higienização	Muito simples	Muito difícil	Muito simples	Difícil	Moderado	Depende *
Pode esterelizar?	Sim	Nem todos *	Sim	Não	Nem todos *	Nem todos *
Risco de confusão de bicos	Sem risco	Sem risco	Sem risco	Sem risco	Risco moderado	Risco moderado a alto
Riscos à formação orofacial	Sem risco	Sem risco	Sem risco	Sem risco	Risco moderado	Risco moderado
						

\* Verifique informações do fabricante

# obrigada pela atenção!

E-mail: [vanessafelipededeus@hotmail.com](mailto:vanessafelipededeus@hotmail.com)

Instagram: @fonissima



# Formação Profissional de Especialização em Perturbações Alimentares Infantis

1ª Edição  
2021/2022

UC 5: DISFUNÇÕES ORAIS NA AMAMENTAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Módulo 12: Avaliação e intervenção nas disfunções orais na amamentação

Docente: Fga Ms. Vanessa Felipe de Deus  
[vanessafelipededeus@hotmail.com](mailto:vanessafelipededeus@hotmail.com)

