

Procedimento Operacional Padrão
Unidade de Reabilitação/21/2016

Avaliação da Prontidão para
Transição de Dieta para Via
Oral em Recém-Nascido Pré-
Termo (RNPT)
Versão 2.0

Hospital de
Clínicas



Procedimento Operacional Padrão

Unidade de Reabilitação/21/2016

**Avaliação da Prontidão para Transição
de Dieta para Via Oral em Recém-
Nascido Pré-Termo (RNPT)**

© 2018, Ebserh. Todos os direitos reservados
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh
www.ebserh.gov.br

Material produzido pela Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Ebserh – Ministério da Educação

POP: Avaliação da prontidão para transição de dieta para via oral em recém-nascido pré-termo (RNPT) – Unidade de Reabilitação, Uberaba, 2018 – Versão 2.0. 32p.

Palavras-chaves: 1 – POP; 2 – Fonoaudiologia; 3 – Recém-nascido; 4 - Transição de dieta

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
ADMINISTRADO PELA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
(EBSERH)**

Avenida Getúlio Guaritá, nº 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG
Telefone: (034) 3318-5200 | Sítio: www.uftm.edu.br

ROSSIELI SOARES DA SILVA
Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS
Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE
Superintendente do HC-UFTM

MARIA CRISTINA STRAMA
Gerente Administrativo do HC-UFTM

DALMO CORREIA FILHO
Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM

GEISA PEREZ MEDINA GOMIDE
Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM

RITA DE CÁSSIA RODRIGUES REIS
Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do HC-UFTM

RENATA DE MELO BATISTA
Chefe da Unidade de Reabilitação do HC-UFTM

EXPEDIENTE

**Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo
Mineiro**

Produção

HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Descrição	Gestor do POP	Autor/responsável por alterações
06/2016	1.0	Trata do procedimento de avaliação da prontidão para transição de dieta para via oral em recém-nascido pré-termo (RNPT)	Renata Melo Batista	Vanessa Pimenta Rocha Luciana Cristina Vieira Pinto Oliveira
06/2018	2.0	Trata do procedimento de avaliação da prontidão para transição de dieta para via oral em RNPT	Renata Melo Batista	Vanessa Pimenta Rocha Luciana Cristina Vieira Pinto Oliveira Validação: Unidade de Planejamento Aprovação: Colegiado Executivo

SUMÁRIO

OBJETIVO.....	7
GLOSSÁRIO.....	7
DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	8
APLICAÇÃO.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADES.....	13
2.1 Pedido de avaliação do RNPT.....	13
2.2 Procedimento de avaliação.....	14
2.3 Registro do atendimento	15
3. MAPEAMENTO.....	17
REFENCIAL TEÓRICO.....	18
ANEXO I Protocolo de avaliação da prontidão para transição de dieta para VO em RNPT.....	20
ANEXO II Guia instrucional do protocolo de avaliação.....	21

OBJETIVO

Padronizar entre a equipe de fonoaudiólogos o processo e o procedimento de avaliação da prontidão para transição de dieta para via oral em recém-nascidos pré-termo (RNPT) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

GLOSSÁRIO

BEG – Bom Estado Geral
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
HC-UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IG – Idade Gestacional
IGC – Idade Gestacional Corrigida
IPM - Incursões por minuto
LF/FI – Leite Fórmula/ Fórmula Infantil
LHBL – Leite Humano do Banco de Leite
LMO – Leite Materno Ordenhado
OFAS's – Órgãos Fonoarticulatórios
OMS – Organização Mundial da Saúde
POP- Procedimento Operacional Padrão
PSI – Pronto Socorro Infantil
RN- Recém-Nascido
RNBP - Recém-Nascido Baixo Peso
RNMBP – Recém-Nascido Muito Baixo Peso
RNPIG – Recém-Nascido Pequeno para Idade Gestacional
RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo
RNT - Recém-Nascido Termo

S/D/R – Sucção/ Deglutição/ Respiração
SatO² - Saturação Periférica de Oxigênio
SN – Sucção Nutritiva
SNE – Sonda Nasoenteral
SNG – Sonda Nasogátrica
SNN – Sucção Não-Nutritiva
SOE – Sonda Oroenteral
SOG – Sonda Orogátrica
SSMO – Sistema Sensório-Motor-Oral
UCI – Unidade de Cuidados Intermediários
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VO – Via Oral

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Pedido de interconsulta
Protocolo de avaliação da prontidão para transição de dieta para via oral em RNPT
Fluxograma

APLICAÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal/Pediátrica
Unidade de Cuidados Intermediários - Berçário (UCI)
Enfermaria de Pediatria
Pronto Socorro Infantil (PSI)

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Recém-nascido pré-termo (RNPT) é todo aquele que nasce com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas. Nas últimas décadas, os avanços na tecnologia médica e hospitalar, principalmente no que diz respeito aos cuidados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), contribuíram para um consistente declínio nos índices de mortalidade neonatal. Assim sendo, os RNPT e os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) começaram a se tornar viáveis, conseqüentemente com IG reduzida e peso muitas vezes inferior a 1000g, passando por período de internação prolongada, onde acabam por ter que se desenvolver em condições adversas, sofrendo inúmeras intercorrências, entre elas ventilação mecânica prolongada e uso de sonda para alimentação.

A atuação fonoaudiológica em berçários normais, berçários de risco e em UTIs Neonatais, corresponde a um importante e novo campo da Fonoaudiologia, em que a atuação está voltada para os recém-nascidos de termo (RNT) e RNPT, também conhecido como RN de risco, bem como para o recém-nascido de baixo peso (RNBP), recém-nascido pequeno para idade gestacional (RNPIG) e portadores de patologias específicas com comprometimento do sistema sensório-motor-oral (SSMO), sendo que uma das possibilidades de atuação está voltada à alimentação dos RNs, uma vez que, nos primeiros anos de vida, o RN obtém o alimento através da sucção. (NEIVA, 2000).

Autores referem que as condições favoráveis para a alimentação são essenciais à sobrevivência de um RN, assim como para seu crescimento e seu desenvolvimento (RABELLO et al., 1989 citado por CARNETTI, 2005). O RN de risco, mais especificamente o pré-termo, a depender da condição clínica e maturidade, apresenta limitações, muitas vezes ligadas à instabilidade de suas funções respiratória, circulatória, termorreguladora, sistema gastrointestinal, bem como imaturidade dos reflexos de sucção e deglutição, impedindo a alimentação por via oral, logo após o nascimento.

Os reflexos orais estão entre os primeiros a se desenvolverem na vida fetal. A deglutição é uma das primeiras respostas motoras da faringe e inicia-se por volta da 10^a, 11^a semana de vida fetal. A resposta de sucção pode ser eliciada nesta fase, sendo observada mais precisamente por volta da 18^a a 24^a semana. No entanto, é apenas por volta da 34^a semana gestacional que a sucção, deglutição e respiração acontecem de forma coordenada. (BU'LOCK e cols., 1990; ALS, 1986 citados por XAVIER, 1998). A prática profissional demonstra que os bebês prematuros não iniciam uma sucção eficiente de forma abrupta, havendo necessidade de um período de preparo e de treinamento para que os movimentos de sucção/deglutição/respiração (S/D/R) sejam coordenados, sendo necessário também, estabilidade clínica e maturidade individual.

NEIVA (2000) em seus relatos menciona que, além da função de sucção ser a responsável pela nutrição do RN, que se alimenta por via oral, do ponto de vista fonoaudiológico, é através dessa função que ocorre o desenvolvimento do SSMO, ou seja, dos órgãos fonoarticulatórios (OFA's): lábios, língua, bochechas, mandíbula, palatos mole e duro, arcadas dentárias, dentes e musculatura oral e das funções de sucção, mastigação, deglutição e respiração.

Na literatura, a IG ou a Idade Gestacional Corrigida (IGC) na qual o RN pode iniciar alimentação por via oral (VO) é muito discutida. Alguns estudos apontam a idade de 34 semanas como marco para o início da alimentação VO, afirmando que a partir desta fase, os neonatos passam a apresentar condições motoras e de coordenação para realizar essa função (LEONE, 1989; PROENÇA, 1994; HERNANDEZ, 1996, McCAIN et al. 2001 citados por NEIVA, 2004). Outros relatam que tais habilidades podem ser observadas em IG mais precoces, podendo ser iniciada por volta de 32 a 33 semanas (LANG et al., 1994; LAU et al. 2000; SIMPSON et al., 2002 citados por NEIVA, 2004). Pesquisadores relatam ainda que 32 semanas de gestação é o período mais curto que se pode esperar para desenvolver a habilidade de sugar e deglutir, a qual é precedida pela habilidade de engasgar, que reflexivamente evita a aspiração.

GUILLEMINAULT e COONS (1984), SMITH et al. (1985) e LAU et al. (2000), citados por NEIVA (2004), referem que, em função da imaturidade do RNPT e da falta de coordenação das funções de S/D/R, os RNs menores que 34 semanas de gestação normalmente não recebem o alimento por via oral, sendo necessária, num primeiro momento, a utilização de outras formas de oferecer o alimento como: via parenteral (intravenosa) e via enteral, por gavagem, ou seja, por sonda nasogástrica (SNG) ou por sonda orogástrica (SOG).

PRADE (2006) em sua pesquisa, analisou os critérios médicos para a liberação da alimentação por VO em RNPT e os resultados obtidos pela autora indicam que os parâmetros utilizados são: IGC 34 semanas, peso em torno de 1700 gramas e estabilidade clínica do RN.

Em estudos, alguns autores acrescentam que, para iniciar alimentação VO no RNPT com segurança, além da IG, deve-se levar em conta a presença de outros fatores, dentre eles: saturação de oxigênio (SatO²) e frequência cardíaca (FC) durante a alimentação, o processo de maturação e o desempenho do RN na sucção não-nutritiva (SNN).

HERNANDEZ (1996) e JACINTO (1998) também consideram que são necessárias algumas condições prévias à alimentação por VO, dentre elas: bom estado geral (BEG), peso adequado e IG ou IGC por volta de 34 semanas e condições clínicas estáveis. Assim sendo, baseado nas autoras já citadas, bem como nos seguintes artigos: Efeitos da estimulação da SNN na idade de início da alimentação via oral em RNPT (NEIVA, FCB e LEONE, CR, 2007); Aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: Estudo Descritivo (FUJINAGA, CI et al. 2007); Sucção nutritiva (SN) e SNN em RNPT: Ritmo e taxa de sucção (RODRIGUES, G; SOARES, MK e W, ARM, 2007); associado à experiência profissional no HC-UFTM, definiu-se a IGC (> ou igual a 34 semanas) como um dos critérios para o início do treino de SN e conseqüentemente transição da dieta para VO.

De acordo com MEYERHOF (1994), antes de 34 semanas de gestação, raramente a coordenação entre S/D/R se desenvolve. Comenta-se ainda que, alguns sinais de estresse podem ser indicativos de uma incoordenação, entre eles tem-se: regurgitação, náuseas, soluço, “caretas” faciais, retração labial, arqueamento de tronco, dedos espalhados, extensão dos membros, espirro, bocejo, tosse, suspiro, choro e engasgo.

Em seu estudo, NEIVA (2000) menciona que o RN pode apresentar diferenciações na coordenação entre S/D/R, muitas vezes relacionadas à presença de algum problema no mecanismo de sucção, mais especificamente no ritmo, entre eles: RN não faz intervalo apropriado entre as eclosões, eliminando as pausas ou permanecendo em pausa por um período insuficiente, diminuindo a eficiência alimentar e o volume ingerido, bem como pausas muito longas quando o RN pode adormecer, causando desorganização na duração das pausas e das eclosões relacionadas com o estado comportamental.

HERNANDEZ (1996) e MORRIS (1987), citados em NEIVA (2000), concordam entre si e relatam que a atuação fonoaudiológica nos berçários de riscos, nestes casos, visa à estimulação da SNN, concomitante à alimentação por sonda, minimizando a privação sensorial e capacitando o RN a alimentar-se por VO o mais precocemente possível. XAVIER (1995) refere que com o aumento da IGC, a SN e a SNN se tornam mais rítmicas e com maior estabilidade sobre a duração dos grupos de sucções e pausas.

Ao realizar a avaliação da prontidão para o RNPT iniciar a alimentação láctea por via oral, não se deve considerar a sucção como função isolada e sim, como parte de um complexo desenvolvimento. Deve-se estar atento não só à avaliação do controle oral, mas também à uma observação multissensorial, incluindo: estado de consciência e comportamento, respostas táteis, controle motor, função motora-oral, controle fisiológico e coordenação S/D/R. (FUJINAGA et al, 2007).

A elaboração do procedimento operacional padrão (POP) para o norteamento da atuação fonoaudiológica com o paciente, visa aumentar a qualidade do atendimento e permitir controle, pela equipe, dos dados coletados para análise e definição de condutas. Considerando-se que este POP é de fácil aplicação na prática clínica, a conclusão é que o mesmo auxiliará os fonoaudiólogos na precisão quanto ao momento ideal para o início da transição da dieta para VO, bem como os demais profissionais da saúde quanto à indicação para início do estímulo ao aleitamento materno, sem riscos para o prematuro.

2. DESCRIÇÃO DAS TAREFAS

2.1 Pedido de avaliação do RNPT

A avaliação fonoaudiológica do RNPT deverá ser solicitada pelo médico responsável pelo paciente, via pedido de consultoria e / ou prescrição, através do aplicativo de gestão para hospitais universitários (AGHU). Em caso de não funcionamento ou manutenção do aplicativo AGHU, o pedido de interconsulta poderá ser entregue ao fonoaudiólogo responsável pelo setor e, na ausência do profissional, entregue na Unidade de Reabilitação (ramal 5278) para conhecimento do profissional que fará o atendimento.

Sempre que solicitada a avaliação do RNPT pelo médico responsável, com o objetivo de iniciar ou progredir a transição da dieta para VO, deve-se acrescentar à prescrição, no campo das observações, a seguinte frase: “Dieta via oral, em horário supervisionado, conforme orientação do fonoaudiólogo”, a fim de possibilitar a atuação e evolução gradativa do volume ofertado pelo profissional e/ou equipe, estando o médico ciente.

Cabe ao fonoaudiólogo analisar o pedido de avaliação, juntamente com o prontuário e a inspeção do paciente, e optar ou não pela sua realização, deixando registrado por escrito as razões do adiamento ou impossibilidade de realização do procedimento, no prontuário do paciente ou no pedido de interconsulta a este anexado: óbito, alta hospitalar, paciente em intubação orotraqueal, paciente febril ou em instabilidade clínica, entre outros.

2.2 Procedimento de avaliação

A avaliação fonoaudiológica da prontidão para transição de dieta para VO em RNPT será um procedimento padronizado entre os fonoaudiólogos da Unidade de Reabilitação. Para tanto, o Protocolo de Avaliação (anexo I) será sempre utilizado pela equipe de Fonoaudiologia na primeira avaliação, independentemente do setor em que se dê o processo (Berçário/UCI, UTI neonatal, Enfermaria de Pediatria, PSI), a fim de facilitar a comunicação entre os membros da equipe.

A avaliação do RNPT está dividida em categorias como:

- Condições clínicas gerais (estabilidade clínica, idade corrigida, peso atual, sinais vitais observados em monitor por oxímetro)
- Avaliação comportamental (estado de consciência, postura global);
- Avaliação estrutural (OFAS's – postura oral, mobilidade e tônus);
- Avaliação de reflexos orais (busca, sucção, mordida, GAG);
- Avaliação funcional (avaliação da SNN - movimentação da língua, movimentação da mandíbula, força e ritmo da sucção, manutenção do ritmo de sucção e estado de alerta, sinais de estresse e avaliação da SN – força e ritmo de sucção, bem como coordenação S/D/R, sinais de estresse, sinais de risco para broncoaspiração e aceitação do volume ofertado), que poderão ser realizadas juntas ou em momentos diferentes, conforme decisão do fonoaudiólogo que conduz o procedimento.

A avaliação funcional da SN será realizada preferencialmente quando o paciente tiver condições clínicas para a oferta de alimentos por via oral, nível de consciência preservado e desempenho satisfatório na avaliação estrutural e avaliação funcional da SNN.

Para a avaliação funcional será utilizado 05ml de Leite Fórmula/Fórmula Infantil (LF/FI) ou Leite Materno Ordenhado (LMO) ou Leite Humano do Banco de Leite (LHBL), seguindo a prescrição médica e disponibilidade do serviço de nutrição do hospital/lactário, ofertado por meio da técnica “sonda-dedo” para melhor avaliação do padrão de sucção e coordenação S/D/R.

FUJINAGA et al., 2013, baseado em pesquisa para Validação Clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral, considerou como padrão-ouro a ingestão de 05ml de leite pelo bebê. Decisão baseada em estudos prévios que consideraram sucção eficiente, à ingestão de 05ml de leite com presença de movimentos de sucção efetiva, independente da forma de alimentação.

Ao final da avaliação deverá ser registrada a conclusão e a conduta a ser tomada quanto ao processo de início da estimulação para transição de dieta para VO em RNPT. Todos os protocolos de avaliação devem conter a assinatura e o carimbo ou número do registro profissional do fonoaudiólogo que conduziu o procedimento.

2.3 Registro do atendimento

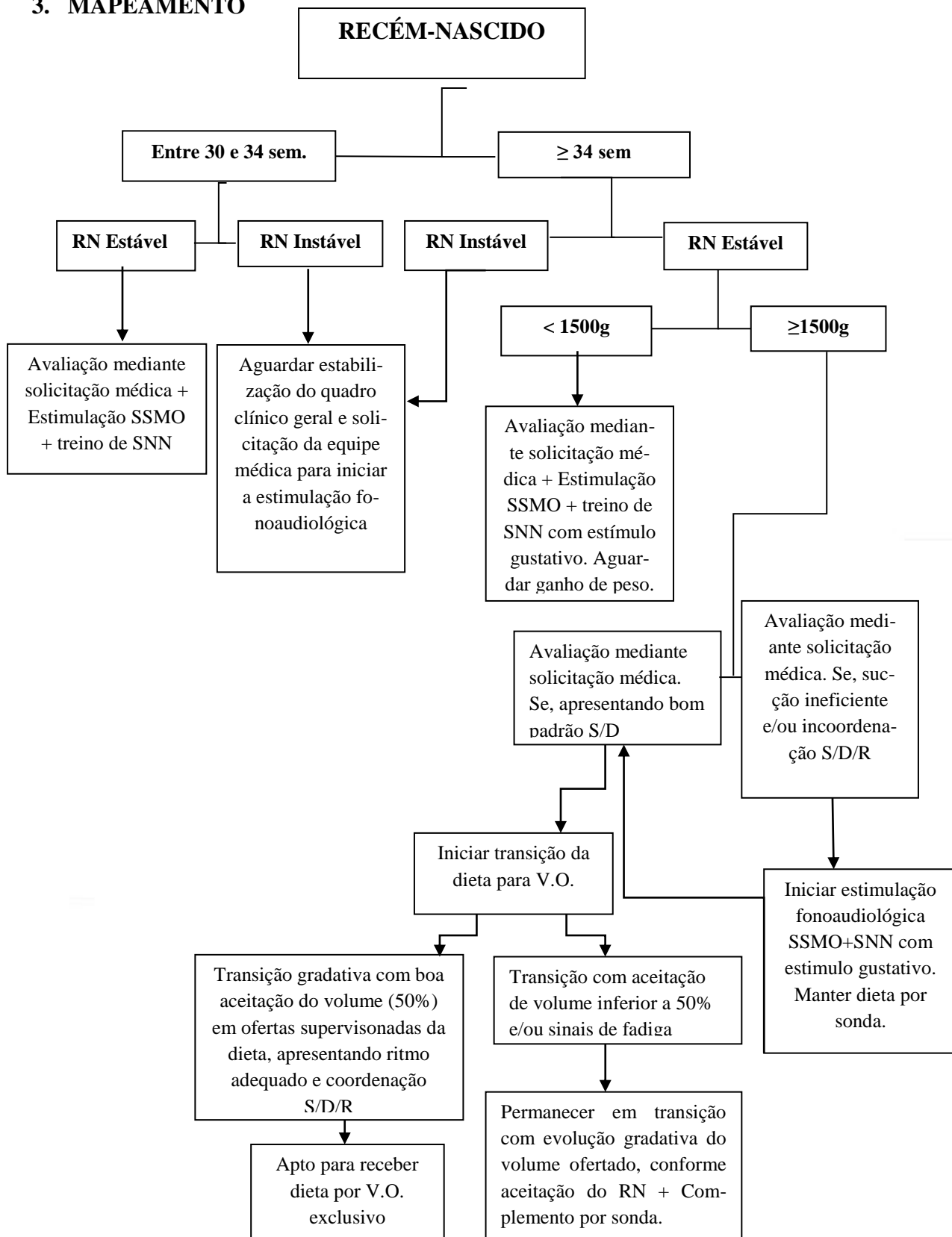
O registro da avaliação será realizado no protocolo de Avaliação (Anexo I) e anexado junto à folha de evolução ou pedido de interconsulta no prontuário do paciente, da seguinte forma:

- Cada protocolo deve ser preenchido em duas vias de igual conteúdo a cada avaliação realizada, conforme o guia instrucional (Anexo II).
- Uma das vias deverá ser anexada ao prontuário do paciente, juntamente com o relato na folha de evolução diária ou no pedido de interconsulta, de que foi realizada avaliação da prontidão para transição de dieta para via oral em RNPT. Esta versão seguirá juntamente com o prontuário do paciente enquanto este permanecer internado, sendo entregue para arquivamento, juntamente com o conteúdo do prontuário, na alta hospitalar ou óbito.
- A segunda via do protocolo deverá ser mantida pela equipe de fonoaudiologia e arquivada em local específico na Unidade de Reabilitação para posterior realização de estatística própria e análise das demandas e características específicas da população atendida.

Em caso de reavaliações durante uma mesma internação, podem ser registradas diretamente na evolução diária ou aplicando um novo protocolo, a critério do fonoaudiólogo responsável.

As condutas subsequentes à avaliação deverão ser registradas no AGHU, ao final de cada procedimento, com data e horário (início e término) do atendimento realizado ao paciente e / ou família.

3. MAPEAMENTO



REFERENCIAL TEÓRICO

CAETANO, LC; FUJINAGA, CI; SCOCHI,CGS. Sucção Não-Nutritiva em Bebês Prematuros: Estudo Bibliográfico. Rev. Latino-am Enfermagem, 2003.

CARNETTI, MG. Os efeitos da intervenção fonoaudiológica sensório motora oral sobre a sucção não nutritiva em recém-nascido pré-termo. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Rio grande do Sul, 2005.

FUJINAGA, CI; RODARTE, MDO; AMORIM, NEZ; GONÇALVES, TC; SCOCHI, CGS. Aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: Estudo Descritivo. Revista Salus-Guarapuava-PR, jul/dez, 2007.

FUJINAGA, CI; SCOCHI, CGS; SANTOS, CB; ZAMBERLAN, NE; LEITE, AM. Validação do Conteúdo de um Instrumento para Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. Artigo publicado. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, out./dez., 2008.

FUJINAGA, CI; MORAES, AS; AMORIM, NEZ; CASTRAL, TC; SILVA, AA; SCOCHI, CGS. Validação Clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. Artigo publicado. Revista Latino-AM Enfermagem, jan/fev, 2013.

HERNANDEZ, AM. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma proposta de intervenção. In: ANDRADE, CRF (org.). Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. Editora Lovise, São Paulo, 1996.

HERNANDEZ, AM. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: HERNANDEZ, AM; MARCHESAN, I et al. Atuação Fonoaudiológica em Ambiente Hospitalar. São Paulo: Revinter; 2001. p.1-37.

JACINTO, I. Estimulação de sucção para recém-nascidos de alto risco. In: MARCHESAN, IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspectos clínicos da motricidade oral. RJ. Guanabara Koogan, 1998.

MEYERHOF, PG. O neonato de risco – Proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In: KUDO, AM., coord. Fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional em pediatria, 2, ed. São Paulo. Ed. Sarvier. 1994.

NARAYANAN, I; MEHTA, R.; CHOUDHURY, DK; JAIN, BK. Sucking on the ‘emptied’ breast: non-nutritive sucking with a difference. Arch. Dis. Child., 66: 241-4, 1991.

NEIVA, FCB. Neonatologia: papel do fonoaudiólogo no berçário. In: Motricidade Orofacial: como atuam os especialistas. Comitê de Motricidade Orofacial - SBFa. São José dos Campos: Pulso, 2004.

NEIVA, FCB. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. Artigos da equipe multiprofissional de saúde da criança. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, 2000.

NEIVA, FCB; CATTONI,DM; RAMOS,JLA; ISSLER,H. Desmame Precoce: Implicações para o desenvolvimento motor-oral. Jornal de Pediatria – vol.79, nº1, 2003.

NEIVA, FCB; LEONE, CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. Artigo publicado. Rev. Paul Pediatria, 2007.

PRADE, LS. Recém-Nascido Pré-Termo: Critérios para Introdução da Alimentação por Via Oral. 131f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

QUINTELLA, TSAA; BOTELHO, MIMR. Distúrbios da deglutição (e aspiração) na infância. In: KURKIN, AM; SANTINI, CS, editores. Disfagias Orofaríngeas. Carapicuíba: Pró-fono; 1999. P.61-96.



RODRIGUES, G; SOARES, MK, WEINMANN, ARM. Sucção Nutritiva e Não-nutritiva em Recém-Nascidos Pré-Termo: Ritmo e Taxa de Sucção. Monografia (Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007. P.12-43.

SEHGAL,S. K.; PRAKASH,O.; GUPTA, A.; MOHAN,M.; ANAND,N.K. Evaluation of beneficial effects of nonnutritive sucking in preterm infants. Indian. Pediatr.,27: 263-6, 1990.

XAVIER,C. Avaliação da alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). Pró-Fono, V7, Nº2, 1995.

XAVIER,C. Assistência à Alimentação de Bebês Hospitalizados. In: BASSETTO, MCA; BROCK, R; WAJNSZTEJN, R. Neonatologia: Um convite à atuação fonoaudiológica. São Paulo, Ed. LOVISE; 1998. P. 255-275.

ANEXO I – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA TRANSIÇÃO DE DIETA PARA VO EM RNPT

	AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA TRANSIÇÃO DE DIETA PARA VIA ORAL EM RNPT	HOSPITAL DE CLÍNICAS SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA	
---	---	---	---

Nome: _____	Leito: _____	
RIG: _____	Setor: _____	
Idade Cronológica: _____	Idade Corrigida: _____	Peso atual: _____
Alimentação: () Parenteral () Enteral: () SOG () SNG () SOE () SNE		
Diagnóstico: _____		
Data de avaliação: _____		

AVALIAÇÃO:

Quadro Clínico Geral

Estabilidade Clínica: () Clinicamente Estável () Clinicamente Instável

Idade Corrigida: () < 32 semanas () Entre 32 e 34 semanas () >34 semanas

Peso Atual: () <1500 gramas () entre 1500g e 2500g () >2500gramas

Sinais vitais: Monitorado () sim () não FC: _____ Sat. O2: _____ FR: _____

Estado de Organização Comportamental

Estado de Consciência: () Sono profundo () Sono leve () Alerta () Choro

Postura global: () Flexão () Semiflexão () Extensão

Orgãos Fonoarticulatórios:

Postura Oral

Lábios: () vedados () entreabertos () abertos

Língua: () plana () elevada () retraída () protruída

Frenulo lingual: () normal () alterado

Mobilidade: () adequada () alterada () ausente

Tônus: () normotonia () hipertonia () hipotonia

Reflexos Oraís

Busca: () presente () ausente

Sucção: () presente () ausente

Mordida: () presente () presente exacerbado () ausente

GAG: () presente () presente anteriorizado () ausente

Sucção Não-nutritiva

Movimentação da língua: () adequado () inadequado () ausente

Movimentação de mandíbula: () adequado () inadequado () sinais de instabilidade () ausente

Força da sucção: () pressão intraoral adequada () pressão intraoral moderada () pressão intraoral fraca () ausente

Ritmo da sucção: () < 3 s/p () 3 a 8 s/p () > 8 s/p

Manutenção do ritmo de sucção: () rítmico () arritmico

Manutenção do estado de alerta: () Sim () Não () Parcial

Sinais de Estresse: () presente () ausente

Prontidão para avaliação da sucção nutritiva: () sim () não



**AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA TRANSIÇÃO DE
DIETA PARA VIA ORAL EM RNPT**

HOSPITAL DE CLÍNICAS
SERVIÇO DE
FONOAUDIOLOGIA



Sucção Nutritiva (05 ml)

Força da sucção: () pressão intraoral adequada () pressão intraoral moderada () pressão intraoral fraca () ausente
Ritmo da sucção: () < 3 s/p () 3 a 8 s/p () > 8 s/p () pausa espontânea () necessário oferecer pausas () pausas curtas
() pausas longas
Coordenação entre S/D/R: () adequada () incoordenação () coordenação apenas entre S/D
Sínis de risco para broncoaspiração laringotraqueal: () Sim () Não

Sínis de Estresse:

Varição de postura: () ausente () presente
Varição de coloração da pele: () ausente () presente
Batimento de asa nasal: () ausente () presente
Tiragem: () ausente () presente
Apnéia: () ausente () presente
Acúmulo de saliva: () ausente () presente
Tremores de língua e mandíbula: () ausente () presente
Solugo: () ausente () presente
Choro: () ausente () presente

Aceitação do volume ofertado durante a avaliação (3 ml):

() < 3ml () volume total (3ml)

CONCLUSÃO

() apto para iniciar transição da dieta para VO
() não está apto para iniciar transição da dieta para VO

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

() Estimulação SSMO + treino de sucção não-nutritiva
() Estimulação SSMO + treino de sucção não-nutritiva com estímulo gustativo
() Estimulação SSMO + treino de sucção nutritiva com evolução gradativa do volume
() Técnica sonda-dedo
() Relectação ou Translactação / Incentivo ao aleitamento materno
() Copinho
() Mamadeira

Observações: _____

Fonoaudiólogo

ANEXO II – GUIA INSTRUCIONAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO PARA TRANSIÇÃO DE DIETA PARA VO EM RNPT

Segue a descrição dos campos do protocolo de avaliação da deglutição e orientações sobre o seu preenchimento.

Dados do Paciente

Nome: Nome completo do paciente

Leito: Número do leito, descrito por três números e uma letra (ex. 104-B) ou apenas uma letra (ex. A), em que o paciente está internado no momento da avaliação;

RG: Registro geral do HC-UFTM

Setor: Setor do hospital em que o paciente está internado no momento da avaliação. São consideradas as seguintes siglas:

- PSI: Pronto Socorro Infantil
- UTIN/Pediátrica: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica
- UCI: Unidade de Cuidados Intermediário

Idade Cronológica: Tempo de vida depois do nascimento

Idade Corrigida: Ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade

Peso atual: Peso apresentado pelo paciente na data da avaliação

Alimentação: Via pela qual o paciente está alimentando.

- Parenteral: Via alternativa de alimentação infundida por acesso venoso.
- Enteral: Via alternativa de alimentação por sonda – SOG: sonda orogástrica, SNG: sonda nasogástrica, SOE: sonda oroenteral, SNE: sonda nasoenteral

Diagnóstico: Diagnóstico clínico do paciente até o momento da avaliação, conforme descritos no prontuário médico.

Data da avaliação: Data em que o paciente foi avaliado.

Quadro Clínico Geral

Situação em que o paciente encontra-se no momento da avaliação.

- Clinicamente estável: Espera-se encontrar o paciente em bom estado geral, afebril, com padrões de saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca e frequência respiratória dentro dos padrões de normalidade.
- Clinicamente instável: Paciente sem condições clínicas favoráveis para a avaliação fonoaudiológica. (Ex: febre, dessaturação, taquicardia, bradicardia, taquipneia, vômitos, entre outros).

Idade Corrigida:

- < 32 semanas: paciente apresenta idade corrigida menor que 32 semanas.
- Entre 32 e 34 semanas: paciente apresenta idade corrigida entre 32 e 34 semanas.
- >34 semanas: paciente apresenta idade corrigida maior que 34 semanas.

Obs: RN apto neurofisiologicamente a partir de 34/35 semanas de gestação. Capaz de coordenar S/D/R.

Peso atual: Peso apresentado pelo paciente na data da avaliação

- <1500 gramas: paciente apresenta peso atual menor que 1500 gramas.
- Entre 1500g e 2500g: paciente apresenta peso atual entre 1500 e 2500 gramas.
- >2500g: paciente apresenta peso atual maior que 2500 gramas.

Obs: A transição para VO deverá iniciar quando o RN apresentar peso > 1500g

Sinais Vitais:

- Monitoração: Ato de acompanhar os sinais vitais (FC, Sat., FR) através de um monitor com oxímetro.

FC: frequência cardíaca (em batimentos por minuto - bpm), parâmetro de normalidade em RN: 100-160 bpm. (média normal = 140bpm)

PAS: Pressão arterial sistêmica

SatO₂: saturação periférica de oxigênio (em percentual): mensurada por oxímetro de pulso, parâmetro de normalidade em RN: >90%.

FR: frequência respiratória (em incursões por minuto – ipm), parâmetro de normalidade no RN: 30-60 rpm.

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.
- Choro: Olhos abrem e fecham contraíndo-se, concomitante a abertura de boca e emissão sonora como um sinal de irritabilidade e/ou desconforto.

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, inferiores e do pescoço em relação ao tronco

Orgãos Fonoarticulatórios (OFAs)

Postura Oral:

Lábios:

- vedados: lábios superior e inferior justapostos
- entreabertos: lábios superior e inferior parcialmente separados
- abertos: lábios totalmente separados

Língua:

- plana: língua plana, posicionada na cavidade oral, com borda arredondada
- elevada: ponta da língua elevada, pressionando o palato
- retraída: língua em posição posteriorizada na cavidade oral
- protruída: língua em posição de protrusão na cavidade oral, sobreposta aos lábio

Frenulo lingual:

Prega de tecido localizado embaixo da língua, com fixação em face sublingual e assoalho da boca, conectando duas estruturas, uma das quais móveis.

- normal: Prega de tecido localizado embaixo da língua, com fixação em face sublingual e assoalho da boca, de forma que não interfere nos movimentos da língua.
- alterado: Prega de tecido localizado embaixo da língua, com fixação em face sublingual e assoalho da boca, de forma que interfere nos movimentos da língua.

Mobilidade:

Movimentos de retração-protrusão, canolamento e abaixamento-elevação de língua. Protrusão e retração de lábios.

- Adequada: Língua e lábios apresentando boa mobilidade.
- Alterada: Língua e lábios com mobilidade reduzida
- Ausente : Não apresenta mobilidade de língua e/ou de lábios

Tônus:

Estado de tensão elástica (contração ligeira) que apresenta o músculo em repouso, e que lhe permite iniciar a contração rapidamente após o impulso dos centros nervosos.

- Normotonia: Leve resistência à movimentação passiva.
- Hipertonia: Resistência aumentada à movimentação passiva.
- Hipotonia: Resistência diminuída à movimentação passiva.

Reflexos Oraís

Busca

- Presente: Após o toque do dedo enluvado nos quatro pontos cardeais na região perioral, paciente procura região estimulada direcionando cabeça e abrindo a boca.
- Ausente: após o toque do dedo enluvado nos quatro pontos cardeais na região perioral, apresenta ausência de resposta.

Sucção

- Presente: Toque em língua e palato, suga prontamente o dedo do avaliador
- Ausente: Ausência de resposta ao toque em língua e palato

Mordida

- Presente: responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula, seguido de relaxamento.
- Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula
- Ausente: ausência de resposta

GAG

- 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 e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliado já ao atingir a região anterior da língua.
- Ausente: Ausência de resposta.

Obs: Espera-se reflexos orais presentes e eficientes.

Sucção Não-nutritiva

Movimentação da língua

- Adequado: Movimento ântero-posterior e coordenado de língua diante do estímulo intra-oral.
- Inadequado: movimento pósterio-anterior e/ou incoordenado de língua diante do estímulo intra-oral.
- Ausente: ausência de movimentação.

Movimentação de mandíbula

- Adequado : Excursão de mandíbula reduzida, com movimentação rítmica e suave.
- Inadequado: Ampla excursão da mandíbula e/ou com movimentação arritmica e/ou trancamento de mandíbula.
- Sinais de instabilidade: Caracterizado por tremores em mandíbula.
- Ausente: Ausência de movimentação.

Força da sucção

- Pressão intraoral adequada: Forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.
- Pressão intraoral moderada: Moderada compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com discreta resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.
- Pressão intraoral fraca: Fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.

Ritmo da sucção

- < 5 s/p (sucções por pausa): Apresenta menos de cinco sucções por pausa respiratória.
- 5 a 8 s/p (sucções por pausa): Apresenta entre cinco e oito sucções por pausa respiratória.
- > 8 s/p (sucções por pausa): Apresenta mais que oito sucções por pausa respiratória.

Manutenção do ritmo de sucção

- Rítmico: Mantém o número de sucções por pausa previsto em um mesmo intervalo.
- Arritmico: Alterna o número de sucções por pausa entre os intervalos

Manutenção do estado de alerta

- Sim: Mantém-se em alerta durante toda a avaliação da sucção não-nutritiva.
- Parcial: Mantém-se em alerta apenas no início ou no final da avaliação da sucção não nutritiva.
- Não: Não mantém-se em alerta durante a avaliação da sucção não-nutritiva.

Sinais de Estresse

- Presente: Presença de sinais de estresse
- Ausente: Ausência de sinais de estresse

Prontidão para avaliação da sucção nutritiva

- Sim: Paciente apresentando-se apto para avaliação da sucção nutritiva (Movimentação de língua e mandíbula adequados, pressão intra-oral adequada ou moderada, sucção - entre 5 e 8s/p (sucções por pausa) ou >8s/p (sucções por pausa), com manutenção do ritmo e estado de alerta, ausência de sinais de estresse)
- Não: Paciente não está apto para avaliação da sucção nutritiva (Movimentação de língua e/ou mandíbula inadequados, pressão intra-oral fraca, sucção < 5s/p (sucções por pausa), não conseguindo manter ritmo e estado de alerta, bem como apresentando sinais de estresse).

Sucção Nutritiva (05 ml)

Força da sucção

- Pressão intraoral adequada: Forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.
- Pressão intraoral moderada: Moderada compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com discreta resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.
- Pressão intraoral fraca: Fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.
- Ausente: Ausência de resposta.

Ritmo da sucção

- < 5 s/p (sucções por pausa): Menos de cinco sucções por pausa respiratória.
- 5 a 8 s/p (sucções por pausa): Apresenta entre cinco e oito sucções por pausa respiratória.
- > 8 s/p (sucções por pausa): Apresenta mais que oito sucções por pausa respiratória.
- Pausa espontânea: Paciente realiza pausa respiratória entre os grupos de sucção de forma espontânea.
- Necessário oferecer pausas: Paciente não realiza pausas respiratórias entre os grupos de sucção de forma espontânea, sendo necessário auxílio do avaliador.
- Pausas curtas: Apresenta pausa respiratória breve entre os grupos de sucção.
- Pausas longas: Apresenta pausa respiratória extensa entre os grupos de sucção.

Coordenação entre S/D/R

Processo de integração das diferentes atividades desenvolvidas em cada função (sucção, deglutição e respiração)

Adequada: Paciente apresentando coordenação S/D/R.

- Incoordenação: Paciente não consegue coordenar as funções S/D/R.
- Coordenação apenas entre S/D: Paciente coordena apenas as funções de sucção e deglutição, sendo necessário oferecer pausas durante a avaliação da SN, para melhor coordenação com a respiração.

Sinais de risco para broncoaspiração laringotraqueal

- Sim: Paciente apresentando sinais de risco para broncoaspiração (Ex: tosse/engasgo, sinais de estresse, dessaturação, entre outros)
- Não: Paciente não apresentou sinais de risco para broncoaspiração

Sinais de Estresse

Os sinais de estresse a serem observados na avaliação são:

- Variação de postura: Mudança de postura durante o processo de avaliação da SN.
- Variação de coloração da pele: Mudança na coloração natural da pele durante ou após avaliação da SN.
- Batimento de asa nasal: Alargamento e abertura das narinas durante a respiração.
- Tiragem: Retração e afundamento supra-esternal, supra clavicular e intercostal.

- Apnéia: Interrupção da comunicação do ar atmosférico com as vias aéreas e pulmões. Ato de “prender a respiração”.
- Acúmulo de saliva: Quantidade excessiva de saliva em cavidade oral.
- Tremores de língua e mandíbula: Contração muscular momentânea e involuntária em língua devido fadiga e movimento involuntário em mandíbula devido instabilidade.
- Soluço: Súbita e involuntária tomada de ar, causada por uma contração espasmódica do diafragma, acompanhada de um ruído característico provocado pela passagem de ar na glote.
- Choro: Olhos abrem e fecham contraindo-se, concomitante a abertura de boca e emissão sonora como um sinal de irritabilidade e/ou desconforto.

Aceitação do volume ofertado durante a avaliação (5 ml)

- <5ml: Paciente aceita volume da dieta ofertada menor que 5ml.
- volume total (5ml): Paciente aceita volume total ofertado (5ml).

CONCLUSÃO

- Apto para iniciar transição da dieta para VO: Paciente em BEG, IGC >34sem, peso >1500g, apresentando bom desempenho durante a avaliação da SNN e SN.
- Não está apto para iniciar transição da dieta para VO: Paciente com IGC <34sem, peso <1500g ou que encontra-se apresentando instabilidade clínica ou ainda não tendo apresentado bom desempenho da avaliação da SNN e/ou SN.

CONDUTA FONOAUDIOLÓGICA

- Estimulação SSMO + treino de sucção não-nutritiva: Estimulação sensório-motora-oral e treino do ato de sugar ao ser colocado dedo enluvado na cavidade oral ou por meio de treino do ato de sugar em mama vazia para incentivo ao aleitamento materno, neste caso, se possível.
- Estimulação SSMO + treino de sucção não-nutritiva com estímulo gustativo: Estimulação sensório-motora-oral e treino do ato de sugar ao ser colocado dedo enluvado, molhado no leite (FI, LHBL ou LMO) na cavidade oral; ou por meio de treino do ato de sugar em mama vazia para incentivo ao aleitamento materno, neste caso, se possível.
- Estimulação SSMO + treino de sucção nutritiva com evolução gradativa do volume: Estimulação sensório-motora-oral e treino do ato de sugar de forma nutritiva, com evolução gradativa do volume, aumentando de 05 a 10ml/dia, conforme aceitação do paciente, até que o mesmo apresente aceitação de 50% do volume total, em pelo ao menos quatro horários de dieta, sem intercorrência (apto a receber dieta por VO exclusivo). Sendo estes, os seguintes métodos para transição da dieta para VO:
 - Técnica sonda-dedo: Treino do ato de sugar, sendo ofertado alimento (FI, LHBL ou LMO) por meio de sonda nº 06 acoplada ao dedo mínimo enluvado, conforme desempenho e aceitação do paciente. Método utilizado para treino de sucção, aprimoramento quanto a coordenação S/D/R, bem como complemento ao aleitamento materno (AM) na ausência da mãe e/ou em casos de dificuldade de aceitação do complemento por copinho.
 - Relactação (FI) ou translactação (LMO) em seio materno: Treino do ato de sugar, sendo ofertado alimento (FI, LHBL ou LMO) por meio de sonda nº04 acoplada ao seio materno, conforme desempenho e aceitação do paciente. Método utilizado com RN em BEG e apresentando adequação miofuncional orofacial, visando aprimoramento quanto a coordenação S/D/R, bem como no processo de amamentação (adequação de pega e ordenha + lactação).
 - Mamadeira: Treino do ato de sugar, sendo ofertado alimento (FI, LHBL ou LMO) por mamadeira com bico ortodôntico fase 1 ou tipo Chuca, conforme desempenho e aceitação do paciente. Método utilizado em RN apresentando bom desempenho na avaliação da SNN e SN, estando a mãe com restrição para amamentar e/ou sem interesse; RN apresentando recusa ao AM ou apresentando inadequação orofacial decorrente de malformação e/ou patologias.

- Copinho: Oferta do alimento (FI, LHBL ou LMO) por copinho como complemento ao AM ou para treino de deglutição.

Para que o RN consiga iniciar e manter em aleitamento materno, é necessário sugar de maneira harmônica, com ritmo, força e sustentação, o que inclui adequação nos seguintes aspectos: reflexo de busca e de sucção, vedamento labial, movimentação de língua e mandíbula, coordenação S/D/R e ritmo de sucção, ou seja, eclosões de sucção alternadas com pausas, permitindo uma variação na pressão intra-oral, fundamentais na extração e condução do leite. NEIVA, FCB; CATTONI, DM; RAMOS, JLA; ISSLER, H (2003).

OBSERVAÇÕES

Campo para anotar informações adicionais quanto à conduta, tais como exames complementares necessários, impossibilidade de finalizar a avaliação ou condutas terapêuticas necessárias.

FONOAUDIÓLOGO

Assinatura e carimbo do fonoaudiólogo responsável pela avaliação, obrigatoriamente com o número do registro profissional.



**HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO (HC-UFTM)**

Avenida Getúlio Guaritá, 130

Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |

Unidade de Reabilitação

Telefone: (34) 3318-5278 | Sítio: www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm