



SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Cristina Maria da Eira Trigo

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

Dossier I

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

Orientador: Professora Doutora Sílvia Fernandes Hitos

Coorientadora: Mestre Ana Isabel Branco Marques

Janeiro, 2015

Nota: *Todo o artigo se encontra escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.*

Índice

	Págs.
1.Introdução.....	4
2.Anexo I.....	5
Versão original do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral” e o Manual de Instruções	
3.Anexo II.....	9
Artigos da autora da validação de conteúdo e clínica do instrumento “ Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral”	
4.Apêndice I	25
Autorização da autora do instrumento	
5.Apêndice II	27
Autorizações das Administrações Hospitalares	
6.Apêndice III.....	36
Qualidade da tradução – Relatórios Clínicos de revisão e Relatório de consenso	
7.Apêndice IV	41
Questionário Online – Análise de peritos para validação de conteúdo do instrumento e do manual de instruções (1ª e 2ª Análise)	
8.Apêndice V	51
Versão portuguesa do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral” e o do Manual de Instruções	

1. Introdução

O presente dossier denominado “Dossier I” encontra-se associado ao artigo de dissertação “Tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral”.

Este encontra-se organizado de acordo com o processo evolutivo da tradução, adaptação e a validação do instrumento. Iniciando-se com o instrumento original, os artigos da autora que deram origem ao instrumento e a sua autorização para realizar a versão do instrumento em português europeu. Seguidamente, estão as autorizações dos hospitais, onde exercem os peritos terapeutas da fala, a permitirem a validação do conteúdo do instrumento e do manual de instruções. Posteriormente apresentam-se dois relatórios clínicos de revisão e também o relatório de consenso correspondente. Depois, está o teste de compreensão (questionário online) utilizado para a validação de conteúdo pelos peritos, e por fim a versão final do instrumento e do manual de instruções em português europeu.

2. Anexo I

**Versão original do Instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o
Início da Alimentação Oral” e o Manual de Instruções**

Anexo 1

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Identificação

Nome: _____ N° Pront: _____
 Data: ____/____/____ DN: ____/____/____ Horário: _____
 Idade pós-natal: _____ Idade corrigida: _____ Idade gestacional: _____
 Alimentação: () S.N.G. () S.O.G. Vol: _____
 SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

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

Estado de organização comportamental

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

Postura oral

Postura de lábios	(2) vedados	(1) entreabertos	(0) abertos	
Postura de língua	(2) plana	(0) elevada	(0) retraída	(0) protruída

Reflexos orais

Reflexo de procura	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de sucção	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de mordida	(2) presente	(1) presente exacerbado	(0) ausente
Reflexo de vômito	(2) presente	(1) presente anteriorizado	(0) ausente

Sucção não-nutritiva*

Movimentação da língua	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Canolamento de língua	(2) presente	(0) ausente	
Movimentação de mandíbula	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Força de sucção	(2) forte	(1) fraca	(0) ausente
Sucções por pausa	(2) 5a8s/p	(1) >8/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arritmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de estresse	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Varição de tonsus	() ausente	() presente	
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 ou mandíbula	() ausente	() presente	
Soluço	() ausente	() presente	
Choro	() ausente	() presente	

*A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Escore: _____ Escore máximo: 36

Anexo 2

Guia Instrucional: instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Idade corrigida*

Menor ou igual a 32 semanas.**

Entre 32 a 34 semanas.**

Maior que 34 semanas.**

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

** Parâmetros definidos tendo por base os autores Lemons, Lemons⁶ e Palmer.¹⁶

Estado de organização comportamental

Estado de consciência

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

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

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

Postura global

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

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

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

Tônus global

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

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

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

Postura oral

Postura de lábios

Vedados: lábio superior e inferior justapostos.

Entreabertos: lábio superior e inferior parcialmente separados.

Abertos: lábio inferior e superior totalmente separados.

Postura de língua

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

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

Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.

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

Reflexos orais

Reflexo de procura

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

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

Ausente: ausência da resposta.

Reflexo de sucção

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

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

Ausente: ausência da resposta.

Reflexo de mordida

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

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

Ausente: ausência de respostas.

Reflexo de vômito

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

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

Ausente: ausência de resposta.

continua

Anexo 2

conclusão

Guia Instrucional: instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Sucção não-nutritivaMovimentação da língua

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

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

Ausente: ausência de movimentação.

Canolamento da língua

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

Ausente: ausência de resposta.

Movimentação de mandíbula

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

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

Ausente: ausência de movimentação.

Força de sucção

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

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

Ausente: ausência de resposta.

Sucções por pausa***

De cinco a oito sucções por pausa respiratória.

Acima de oito sucções por pausa respiratória.

Menos de cinco sucções por pausa respiratória.

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

Manutenção do ritmo de sucção por pausa****

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

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

Ausente: ausência de sucção.

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

Manutenção do estado alerta

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

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

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

Sinais de estresse

Ausente: ausência de sinais de estresse.

Até três sinais de estresse.

Mais de três sinais de estresse.

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

Variação de tônus

Variação de postura

Variação da coloração da pele

Batimento de asa nasal

Tiragem

Dispneia

Acúmulo de saliva

Tremores de língua e ou mandíbula

Soluço

Choro

3. Anexo II

Artigos da autora da validação de conteúdo e Clínica do Instrumento “ Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral”

Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

Content validation as a tool for evaluating oral feeding readiness in preterm babies

Cristina I. Fujinaga ¹
Carmen G. S. Scochi ²
Claudia B. Santos ³
Nelma E. Zamberlan ⁴
Adriana M. Leite ⁵

¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste. UNICENTRO. PR 153 Km 7. Irati, PR, Brasil. CEP: 84500-000.

E-mail: cifuji@unicentro.br

²⁻⁵ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Abstract

Objectives: to produce and validate the content and appearance of a tool for evaluating the readiness of preterm infants to begin the transition from gastric to oral feeding.

Methods: for the validation of the tool and accompanying instructions, the authors established a minimum percentage agreement of 85% among the 15 peers who participated in the study, all of them speech therapists with broad experience in the area of neonatology.

Results: the validated tool and accompanying instructions contained the following items: corrected gestational age, state of behavioral organization (state of consciousness, overall posture and overall muscle tone), oral posture (lips and tongue), oral reflexes (rooting, sucking, biting and gagging) and non-nutritive sucking (tongue movements, cupped tongue configuration, jaw movements, sucking force, sucking pause, maintaining the rhythm sucking and pause, maintaining an alert state and signs of stress).

Conclusions: the tool and accompanying instructions aim to systematize the evaluation of preterm infants, beginning with the transition from gastric to oral feeding. Clinical validation is necessary before they can be used in neonatal wards.

Key words Infant, Premature, Behavior, Sucking

Resumo

Objetivos: elaborar e validar o conteúdo e a aparência de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro em iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral.

Métodos: para validação do conteúdo do instrumento e seu respectivo guia instrucional, estabeleceu-se um percentual mínimo de concordância de 85% entre os "juízes", fonoaudiólogos com experiência na área de neonatologia.

Resultados: obteve-se concordância acima de 85% nos itens avaliados. O instrumento e guia instrucional validados ficaram constituídos dos seguintes itens: idade corrigida, estado de organização comportamental (estado de consciência, postura e tônus global), postura oral (lábios e língua), reflexos orais (procura, sucção, mordida e vômito) e sucção não-nutritiva (movimentação e canolamento de língua, movimentação da mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa e do estado alerta e sinais de estresse).

Conclusões: o instrumento e guia instrucional objetivam e sistematizam a avaliação do bebê prematuro iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral. Para o uso em unidades neonatais, há necessidade de sua validação clínica.

Palavras-chave Prematuro, Comportamento, Sucção

Introdução

Nos últimos anos, vem crescendo no Brasil, o número de unidades de cuidado intensivo neonatais, permitindo um atendimento mais adequado aos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso ao nascer.¹

A incorporação de tecnologia sofisticada e de alta complexidade tem contribuído para a diminuição da mortalidade neonatal, mas ainda existe um longo caminho em direção à redução da morbidade e qualidade de vida dessas crianças. O enfoque da assistência vem se transformando e direcionando o cuidar não somente para a sobrevivência dos bebês, mas tem-se dirigido para a assistência integral, humanizada e preventiva, dentro de uma perspectiva global, visando à qualidade de vida dessas crianças.¹

Nessa assistência, observa-se uma tendência em oferecer o leite materno o mais precocemente possível, no sentido de atender às necessidades nutricionais e melhorar as relações mãe-bebê.²

Na última década, a atuação clínica e preventiva junto aos recém-nascidos em berçário de risco e unidade de terapia intensiva neonatal evoluiu, não só pelo desenvolvimento da tecnologia de cuidado a esses bebês, como também pelo reconhecimento de profissionais médicos, de enfermagem e do auxílio efetivo de profissionais da área de fonoaudiologia.³

Com relação à idade corrigida, idade pós-natal e peso, há uma grande variação individual que interfere na habilidade da criança prematura se alimentar por via oral. Pesquisadores relatam que 32 semanas de gestação é o período mais curto que se pode esperar de um bebê para desenvolver a habilidade de sugar e deglutir, a qual é precedida pela habilidade de engasgar, que reflexivamente evita a aspiração.³⁻⁶

A avaliação da sucção não-nutritiva pode ser utilizada como um indicativo de maturidade para iniciar a transição para alimentação oral, em conjunto com outros aspectos do comportamento global do bebê, como idade gestacional, postura e tônus global e estado comportamental.⁷

No entanto, percebe-se na prática clínica que os critérios para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral são o peso e a idade gestacional. Nesse processo os profissionais de saúde têm considerado tais parâmetros de forma isolada, sem realizar uma avaliação das condições gerais do bebê, de seu desenvolvimento neuropsicomotor e de sua habilidade motora oral. Além disso, essa transição geralmente é realizada através do uso de "chucas" ou mamadeira.⁸⁻¹³ O sucesso da alimentação oral depende de muitas variáveis: idade gestacional,

peso, estabilidade fisiológica e clínica, tônus muscular, ganho ponderal, experiência de sucção prévia, organização comportamental do bebê, controle do ambiente e da postura.¹⁴

As escalas de avaliação da alimentação em prematuros estão baseadas na observação descritiva, tendo como referência a "Neonatal Oral-Motor Assessment Scale" (NOMAS).¹⁵⁻¹⁷ Trata-se de um instrumento constituído por 13 características de movimentos de mandíbula e de língua, divididos em categorias: normal, desorganizado e disfuncional. A avaliação da sucção não-nutritiva é realizada durante dois minutos e a nutritiva em cinco minutos.¹⁶

A NOMAS foi aplicada em 40 bebês com idades de 35 a 40 semanas, com o objetivo de estabelecer a confiabilidade do instrumento, revisar a escala de acordo com o grau de confiança alcançado e melhorar a qualidade e descrição dos padrões de desorganização e disfunção da sucção no período neonatal. O instrumento alcançou um nível de concordância de 80% entre os observadores, mas outras características como a consistência interna, reprodutibilidade e aplicação clínica do instrumento necessitavam ser avaliadas.¹⁶

Observa-se uma dificuldade por parte da fonoaudiologia em sistematizar uma avaliação objetiva do comportamento de sucção do bebê e seu desempenho na transição para a via oral. Os serviços têm se apoiado numa avaliação na qual se descreve o comportamento de sucção, baseado na observação da sucção não-nutritiva, o que não é um indicador preciso para o início dessa transição.¹⁷⁻¹⁹

Estão descritos na literatura nacional alguns protocolos de avaliação da sucção do bebê prematuro.¹⁷⁻¹⁹ No entanto, nenhum desses protocolos foi validado, e nem se dispõe de um guia instrucional para sua aplicação.

O objetivo deste estudo foi a elaboração e validação, do conteúdo e aparência, de um instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro iniciar a alimentação por via oral.

Métodos

Trata-se de um estudo de validação que tem seu foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas.²⁰

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O instrumento para avaliar a prontidão do prematuro para início da alimentação oral foi elaborado para bebês clinicamente estáveis, não contem-

plando aqueles com deformidades faciais, distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrintestinais e neurológicos ou portadores de síndromes que impeçam ou dificultem a alimentação oral. Caso o prematuro apresente-se chorando, o mesmo não deverá ser avaliado, uma vez que o choro influencia negativamente o seu desempenho.

O processo de validação de um teste inicia-se com a formulação de definições detalhadas dos itens, derivadas da teoria ou literatura, de pesquisa anterior ou da observação sistemática e análise de um comportamento.²⁰ Assim, tendo por base uma revisão bibliográfica,³⁻¹⁹ foram considerados os comportamentos relevantes do prematuro para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral referentes a aspectos globais e motor-oral, resultando na elaboração de 17 itens a serem considerados na construção de um instrumento de avaliação. Tais itens se referiram aos sinais clínicos do estado de organização comportamental do prematuro (estado de consciência, postura e tônus global, postura de lábios e língua, reflexo de procura, sucção, mordida e vômito) e do seu desempenho no teste da sucção não-nutritiva (movimentação e canolamento da língua, movimentação da mandíbula, força e ritmo de sucção, manutenção do ritmo, manutenção do estado alerta e sinais de estresse). Para cada item do instrumento foram previstas três opções de manifestação clínica e desempenho do prematuro, às quais se atribuíram escores de 0 a 2, sendo o maior escore observado naquelas respostas consideradas adequadas para se iniciar a transição da alimentação.

Participaram da validação do conteúdo e aparência do protocolo 15 "juizes", ou seja, fonoaudiólogos que atuam em neonatologia na assistência à alimentação de prematuros. Tal grupo deveria julgar a abrangência dos itens selecionados, assim como, a representatividade e pertinência de cada um deles em relação às características a serem avaliadas, além do conteúdo das definições operacionais. A amostra foi obtida por conveniência e os dados foram coletados no segundo semestre de 2001, por meio de envio de correspondência. O critério de inclusão foi que os "juizes" possuíssem pelo menos três anos de experiência em neonatologia. Todos os "juizes" eram do sexo feminino e possuíam tempo de atuação profissional de 3 a 16 anos, com média de 8,6 anos. Os "juizes" validaram também o guia instrucional, com as características definidoras de cada item, bem como a relevância e os escores atribuídos aos mesmos, sendo considerado um percentual de concordância maior ou igual a 85%. Considerou-se validado cada item do instrumento, e

suas respectivas definições operacionais, quando a concordância entre os "juizes" foi maior ou igual a 85%, percentual este superior aos utilizados em estudos de validação.²¹⁻²²

Para tanto foi elaborado um questionário²¹⁻²² dividido em duas partes: a primeira parte continha informações sobre os fonoaudiólogos, objetivando caracterizá-los quanto ao local de trabalho e tempo de atuação em neonatologia; a segunda abrangeu a avaliação desses profissionais quanto à forma e conteúdo do instrumento (validação de aparência e de conteúdo), bem como as sugestões para aprimorá-lo.

O questionário continha cinco questões fechadas. Três questões referiram-se à validação de aparência (agrupamento correto e claro dos itens e coerência teórico-prática) e outras duas para julgamento de conteúdo do instrumento (adequação dos escores e atendimento à finalidade do instrumento). No final de cada questão reservou-se um espaço para que os "juizes" justificassem suas respostas ou emitissem sugestões.

Com relação ao guia instrucional, esse continha os conceitos e descrição de cada descritor, itens que compunham o instrumento. A porcentagem de concordância entre os "juizes" refere-se ao conteúdo da descrição de cada item do instrumento, assim como das possíveis respostas do bebê.

Resultados

A validação foi realizada em duas etapas, visto que na primeira avaliação alguns itens não atingiram a concordância de 85%, sendo necessário um segundo processo de validação.

Após a devolução dos questionários, analisaram-se as respostas dos "juizes" de forma quantitativa, anotando suas sugestões.

Na primeira etapa de validação, cinco itens do instrumento e suas respectivas definições operacionais não atingiram a meta proposta de 85% de concordância entre os "juizes" (postura de língua, reflexo de procura e de mordida, movimentação de mandíbula e manutenção do ritmo de sucção por pausa). Tais itens foram reformulados, conforme as sugestões enviadas pelos "juizes". Itens como postura global, reflexo de vômito, movimentação da língua e força de sucção, apesar de terem atingido índice de concordância superior a 85%, também sofreram reformulações, pois foram consideradas pertinentes algumas observações dos "juizes". Além disso, decidiu-se alterar o termo "ritmo de sucção" para "sucções por pausa".

Tabela 1

Índices de concordância obtidos entre os "juízes" na primeira e segunda etapas de validação da aparência e conteúdo de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar alimentação oral e guia instrucional.

Itens avaliados	Primeira etapa (%) n=15	Segunda etapa (%) n=14
Instrumento		
Agrupamento claro e correto dos itens	87,0	-
Coerência entre teoria e prática	93,0	-
Adequação dos escores atribuídos a cada item	87,0	-
Atendimento à finalidade proposta	100,0	-
Guia instrucional		
Idade corrigida	-	93,0
Estado de organização comportamental		
Estado de consciência	87,0	-
Postura global	93,0*	100,0
Tônus global	93,0	-
Postura oral		
Postura de lábios	93,0	-
Postura de língua	74,0	86,0
Reflexos orais		
Reflexo de procura	80,0	100,0
Reflexo de sucção	100,0	-
Reflexo de mordida	74,0	93,0
Reflexo de vômito	87,0*	93,0
Sucção não-nutritiva		
Movimentação da língua	87,0*	93,0
Canolamento da língua	100,0	-
Movimentação da mandíbula	74,0	93,0
Força de sucção	97,0*	93,0
Sucções por pausa	97,0	-
Manutenção do ritmo sucções por pausa	80,0	100,0
Manutenção do estado de alerta	100,0	-
Sinais de estresse	100,0	-

* Itens reformulados, apesar do índice de concordância maior que 85% na primeira etapa.

Quando questionados se os itens da avaliação estavam agrupados de forma clara e correta, 87% dos "juízes" aprovaram o instrumento, entretanto, foram acatadas as sugestões daqueles que não concordaram, considerando a pertinência das mesmas.

Dois "juízes" sugeriram que o protocolo fosse reformulado, no sentido de torná-lo mais didático. Dessa forma, o instrumento foi dividido em uma primeira parte, contendo dados de identificação (nome, data de nascimento, idade, tipo de alimentação), e a segunda, com as seguintes categorias: idade corrigida, estado de organização comportamental (estado de consciência, postura e tônus global), postura oral (lábios e língua), reflexos orais (procura, sucção, mordida e vômito) e sucção não-nutritiva (movimentação e canolamento de língua,

movimentação de mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo sucções por pausa e do estado de alerta e sinais de estresse).

Em relação à coerência entre teoria e prática, obteve-se 93% de concordância entre os "juízes". A atribuição dos escores nas respostas do bebê apresentou concordância de 87%, e, neste caso, as sugestões enviadas não foram acatadas. Dois "juízes" argumentaram que deveria se atribuir maior escore (2) ao estado comportamental "sono profundo", pois acreditavam que o bebê necessita permanecer nesse estado para desenvolver sua maturação. No entanto, durante a alimentação, o sono profundo dificulta a sucção eficiente;^{4,8,15} sendo assim não se reformulou a definição.

Ao serem questionados se o instrumento serviria de indicador para o início da transição da alimen-

tação gástrica para a via oral, houve concordância de todos os "juízes", porém três deles sugeriram que se considerasse a maturidade do bebê, verificada através da idade gestacional corrigida, pois quanto mais maduro, melhor será seu desempenho na alimentação por via oral. Atendendo à sugestão, criou-se uma nova categoria, idade corrigida, e atribuiu-se escores que variaram de 0 a 2, tendo por base parâmetros estabelecidos na literatura.^{4,6}

Para segunda etapa da validação, foi enviado aos "juízes" o instrumento de avaliação reformulado e o guia instrucional contendo somente as definições operacionais que sofreram reformulações.

Nessa fase, foram enviados 15 questionários e apenas um juiz não o devolveu. Ao se analisar as respostas, percebeu-se que todos os itens obtiveram o índice de concordância acima de 85%.

A Tabela 1 indica os índices de concordância obtidos entre os "juízes" na primeira e segunda etapas de validação da aparência e conteúdo de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar alimentação oral.

Como resultado desse processo de validação, o instrumento e o respectivo guia instrucional, adquiriram a forma que se segue (Anexos 1 e 2).

Discussão

Atualmente os serviços neonatais se apoiam no peso do prematuro e numa avaliação na qual se descreve o comportamento de sucção, baseado na observação da sucção não-nutritiva, os quais não se constituem em indicadores precisos e suficientes para a equipe

iniciar essa transição.¹⁸⁻²⁰ Embora existam na literatura alguns protocolos de avaliação, nenhum desses foi validado, nem apresentam guia instrucional para sua aplicação.^{3,17-19}

A maioria dos "juízes" enfatizou a importância da iniciativa para sistematizar e padronizar a assistência aos bebês, procurando suprimir a subjetividade da avaliação e auxiliar a equipe através da apresentação de um indicador mais preciso para início da transição da alimentação.

Considerando que validade é o grau em que um instrumento realmente mede aquilo que foi concebido para medir,²⁰ esse instrumento só estará totalmente validado ao ser aplicado na prática clínica, mostrando que realmente possui indicadores precisos acerca da prontidão do bebê prematuro para iniciar a alimentação oral (nota de corte, confiabilidade, sensibilidade, especificidade e valores preditivos). Acredita-se na necessidade de pesquisas futuras para continuidade desse estudo, visando sua validação clínica, etapa que as pesquisadoras já estão desenvolvendo.

Espera-se ainda, ampliar as evidências dessa validação clínica a partir do uso do presente instrumento e guia instrucional nas unidades neonatais, acompanhado de estudos analíticos.

O instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral foi validado em seu conteúdo e aparência, por um grupo de 15 juízes que apresentaram um percentual de concordância igual ou maior do que 85%. A validação clínica, próxima etapa do processo de validação do instrumento, já está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras.

Referências

1. Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2001; 1: 9-16.
2. Rocha NMN, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *J Hum Lact.* 2002; 18: 132-8.
3. Hernandez, AM. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disléxicos. In: Hernandez AM, Marchesan, I., editores. *Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar.* São Paulo: Revinter; 2001. p. 1-37.
4. Bu'lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of coordination of suckling, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 1990; 32: 669-78.
5. Glass RP, Wolf LS. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther.* 1994; 48: 514-26.
6. Lemons K, Lemons JA. Transition to breast/bottle feedings the premature infant. *J Am Coll Nutr.* 1996; 15: 126-35.
7. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11: 232-6.
8. Siddell EP, Froman RD. A national survey of neonatal intensive-care units: criteria used to determine readiness for oral feedings. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994; 23: 783-9.
9. Lau C, Alagurusamy R, Schanler RJ, Smith EO, Shulman RJ. Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. *Acta Paediatr.* 2000; 89: 846-52.
10. Gewolb IH, Vice FL, Schweitzer-Kenney EL, Taciak VL, Bosma JF. Developmental patterns of rhythmic suck and swallow in preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 2001; 43: 22-7.

11. Lau C, Kusnierczyk I. Quantitative evaluation of infant's nonnutritive and nutritive sucking. *Dysphagia*. 2001; 16: 58-67.
12. Howard CR, Lanphear BP, DeBlieck EA, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003; 111: 511-8.
13. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2003; 92: 721-7.
14. Creger PJ, Browne JV. Developmental interventions for preterm and high-risk infants. Denver: Therapy Skill Builders; s.d.
15. Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding assessment and development. San Diego: Singular; 1993.
16. Palmer MM. Identification and management of the transitional suck pattern in premature infants. *J Perinat Neonat Nur*. 1993; 7: 66-75.
17. Xavier C. Avaliação de alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização: escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Pró-Fono*. 1995; 7: 69-74.
18. Bernardis KC, Marchi SON. Sucção não-nutritiva em recém-nascidos a termo e pré-termo: um estudo descritivo comparativo. *Pró-Fono*. 1998; 10: 8-15.
19. Quintella T, Silva AA, Botelho MIMR. Distúrbios da deglutição (e aspiração) na infância. In: Furkin AM, Santini CS, editores. *Disfagias orofaríngeas*. Carapicuíba: Pró-fono; 1999. p. 61-96.
20. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. 5. ed. Philadelphia: JB. Lippincot; 1995.
21. Riccio GMG, Sampaio LABN, Faria MFG, Caracciolo LT, Ribeiro FG, Cruz DM. Validação de instrumento de levantamento dados para formulação dos diagnósticos em enfermagem. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 1995; 5 (3 Supl. A): 1-16.
22. Perroca MG. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.

Recebido em 22 de dezembro de 2006
 Versão final apresentada em 7 de abril de 2008
 Aprovado em 30 de junho de 2008

**APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA PRONTIDÃO DO PREMATURO PARA INÍCIO DA
ALIMENTAÇÃO ORAL: ESTUDO DESCRITIVO**
*An assessment of premature baby readiness for oral feeding: a
descriptive study*

Cristina Ide Fujinaga¹
Milena Domingos de Oliveira Rodarte²
Nelma Ellen Zamberlan Amorim³
Tatiane Cristina Gonçalves⁴
Carmen Gracinda Silvan Scochi⁵

Resumo

Descrever o comportamento do prematuro mediante aplicação de um instrumento de avaliação da prontidão do bebê para iniciar sua alimentação por via oral, é o objetivo desse trabalho, desenvolvido por meio de estudo descritivo exploratório. O instrumento de avaliação foi aplicado em 60 bebês prematuros. Pode-se verificar que a maioria dos bebês estudados possuía idade gestacional corrigida maior ou igual a 34 semanas, apresentou estado comportamental sono leve, adequação quanto à postura e tônus global, adequação da postura de lábios, presença dos reflexos de mordida e vômito, movimento adequado de língua, presença do canolamento de língua e adequação dos movimentos de mandíbula. Todos os bebês avaliados apresentaram postura de língua plana. Ao analisar a presença do reflexo de procura, a maioria dos bebês não o apresentou. Quanto ao reflexo de sucção, todos os bebês apresentaram este reflexo, sendo metade de forma débil. A força de sucção mostrou-se adequada em 51,7% dos casos e fraca em 45,6%. O ritmo de sucção por pausa mais comum foi o número de sucções menor do que 5, seguido do grupo entre 5 a 8 sucções. Percebeu-se, neste estudo, que a maioria dos bebês não manteve o ritmo de sucção por pausa e a maior parte dos bebês manteve parcialmente o estado comportamental alerta após avaliação da sucção não-nutritiva.

Palavras-chave: prematuro; fonoaudiologia; conduta na alimentação; comportamento de sucção.

Abstract

Prematurity and low weight are risk factors associated with birth and are indicators that a baby's growth and development may be at risk. Both prematurity and low weight are risk factors for the development of communication changes, with implications for speech therapy, both at preventive and rehabilitation stages. The research objective has been to verify the prevalence of low weight and prematurity at births at a hospital in Irati, Parana, from January 1 to May 31, 2006 and referrals for speech therapy monitoring. The descriptive exploratory study indicated that the prevalence of low weight at birth was 9.20% per occurrence and 7.34% per maternal residence. The prevalence of premature birth was 6.19% per occurrence and 4.55% per residence. None of the infants was forwarded

¹ Doutora, fonoaudióloga, professora adjunto A do curso de graduação em Fonoaudiologia da UNICENTRO. E-mail: crisfuji@eerp.usp.br.

² Doutoranda, fonoaudióloga, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

³ Mestre, fonoaudióloga, auxiliar técnica da EERP/USP.

⁴ Especialista, fonoaudióloga clínica da maternidade Sinhá Junqueira de Ribeirão Preto – São Paulo.

⁵ Doutora, enfermeira, professora titular do curso de graduação em Enfermagem EERP/USP.

Recebido em 30/08/2006 - Aprovado em 10/05/2007

Revista Salus-Guarapuava-PR. jul./dez. 2007; 1(2): 129-137

ISSN 1980-2404

to speech therapy monitoring. The results indicate the occurrence of premature births and low-weight in Irati city, though none of these infants has been forwarded to speech therapy monitoring.

Key words: prevalence; premature birth; low birth weight.

Introdução

A inserção do fonoaudiólogo na equipe neonatal, atuando na assistência multiprofissional dos recém-nascidos pré-termo, é uma prática bastante recente no Brasil. Sua atuação abrange, principalmente, aspectos relacionados à prevenção e reabilitação precoce de distúrbios da comunicação, ou seja, na prática promove a adequação da alimentação oral e a detecção precoce da deficiência auditiva.

Ao longo da última década, a atuação clínica e preventiva junto aos recém-nascidos em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica evoluiu rapidamente, não só pelo desenvolvimento da tecnologia de cuidado voltada a esses bebês, como também pelo reconhecimento de profissionais médicos e de enfermagem do auxílio efetivo da Fonoaudiologia⁽¹⁾. A importância desse profissional na área de Neonatologia vem aumentando gradativamente, em especial, naqueles serviços que atendem à clientela de médio e alto riscos e de referências secundária e terciária.

O fonoaudiólogo pode intervir com vistas a estimular a alimentação oral e estabelecer métodos de avaliação clínica do padrão de sucção, como também desenvolver o trabalho de transição da alimentação gástrica para a via oral, com destaque à estimulação sensorio-motora-oral através de estímulos tátil, auditivo e da sucção não-nutritiva.

A avaliação da prontidão para o recém-nascido pré-termo iniciar a alimentação láctea, por via oral, não deve considerar a sucção como função isolada e, sim, como parte de um complexo desenvolvimento. Para compreender a assistência à alimentação de bebês em unidade de cuidado intensivo neonatal, como no caso de muitos prematuros, deve-se estar atento não apenas à avaliação do controle motor oral e de respostas sensoriais, uma vez que é imprescindível a realização de uma observação multissensorial, a fim de se obter uma perspectiva global de sua alimentação. Esta avaliação deve incluir: estado de consciência e comportamento, respostas táteis, controle motor, função motora-

oral, controle fisiológico e coordenação da sucção/deglutição/respiração⁽²⁾.

A maioria das escalas de avaliação da alimentação em prematuros está baseada na observação descritiva, apontando como referência para essa observação a Neonatal Oral-Motor Assessment Scale – NOMAS⁽³⁻⁴⁾.

A NOMAS é um instrumento constituído por 13 características de movimentos de mandíbula e de língua, divididos nas seguintes categorias: normal, desorganizado e disfuncional. A sucção normal é avaliada pelos comportamentos da mandíbula (abertura e ritmo de excursão) e língua (canolamento, movimento ântero posterior, ritmo de movimento, presença da deglutição mediante movimento de sucção). A sucção desorganizada refere-se à falta ou ausência de ritmo da atividade de sucção e a disfuncional, à interrupção no processo de alimentação por movimentos anormais da língua ou da mandíbula⁽⁴⁾.

O objetivo da NOMAS é identificar e qualificar o padrão motor-oral dos neonatos e seus desvios, uma vez que esta escala traz informações quantitativas das respostas esperadas e daquelas não esperadas da movimentação da língua e mandíbula, durante a sucção não-nutritiva e nutritiva. A avaliação da sucção não-nutritiva dura 2 minutos e a nutritiva, 5 minutos⁽⁴⁾.

Observa-se, no entanto, que a Fonoaudiologia tem encontrado dificuldade para sistematizar uma avaliação objetiva do comportamento de sucção do bebê e do seu desempenho na transição para a via oral, nos serviços, que, atualmente, têm-se apoiado numa avaliação que descreve o comportamento de sucção, com base na observação da sucção não-nutritiva. Essa avaliação não tem se constituído num indicador preciso para a equipe, no sentido de orientá-la quanto ao início dessa transição.

Existem na literatura nacional alguns protocolos de avaliação da sucção do bebê prematuro^(1,5-8). No entanto, percebe-se que tais protocolos apresentam a avaliação da sucção

nutritiva utilizando a mamadeira como forma dessa transição, ou seja, avaliação da sucção no momento de transição da alimentação gástrica para oral. Três protocolos iniciam sua avaliação com a sucção não-nutritiva, utilizando o dedo enluvado, porém visando à sucção à mamadeira^(1, 7-8). Somente um deles apresenta um guia instrucional para sua aplicação⁽⁸⁾, porém vale ressaltar que nenhum destes protocolos foram validados, nem dispõem de um guia instrucional para sua aplicação.

O instrumento de avaliação utilizado neste estudo foi desenvolvido e validado em seu conteúdo e aparência⁽⁹⁾. Teve por base uma vasta revisão da literatura e experiência clínica das pesquisadoras. Este protocolo de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral teve avaliado seu conteúdo e aparência por 15 juízes, ou seja, por fonoaudiólogos que atuam em Neonatologia na assistência à alimentação de prematuros. Construiu-se, ainda, um guia instrucional com as características definidoras de cada item do instrumento, conceituando o que se pretende avaliar e o que se espera como resposta do comportamento do bebê. Os juízes avaliaram também o guia instrucional, com as características definidoras de cada item, bem como a relevância e os escores atribuídos aos mesmos. Cada item contou com um grau de concordância entre os juízes maior ou igual a 85%. Foram realizados ainda os testes de confiabilidade e validade (sensibilidade e especificidade); os dados apresentados no presente trabalho referem-se aos coletados durante tais testes⁽¹⁰⁾.

A aplicação do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar a alimentação oral foi utilizada para caracterizar tanto o comportamento global quanto o específico (sucção não-nutritiva) no momento em que os bebês iniciaram a primeira alimentação oral, além de trazer indicativos objetivos para iniciar a alimentação oral.

Desta forma o objetivo do presente trabalho foi descrever o comportamento do prematuro mediante aplicação do instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral.

Método

Foi realizado estudo quantitativo, observacional descritivo.

A população de estudo foi constituída de recém-nascidos pré-termo assistidos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Os critérios de inclusão para o estudo foram:

- idade gestacional corrigida*⁽⁶⁾ igual ou superior a 30 semanas e menor ou igual a 36 semanas e 6 dias, avaliada e registrada pela equipe médica;
- estabilidade clínica e com capacidade de manter-se fora da incubadora, por pelo menos 10 minutos;
- balanço calórico de, no mínimo, 80 calorias/kg/dia, calculado pela equipe médica;
- ausência de deformidades faciais, de distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais e neurológicos ou síndromes que impedissem ou dificultassem a alimentação oral;
- não ter recebido alimentação láctea por via oral.

No que se refere às condições maternas, consideram-se os seguintes aspectos:

- aceitação e desejo em amamentar;
- ausência de problemas patológicos e sociais que interferissem na amamentação;
- ausência de intercorrências severas da lactação;
- ausência de doenças ou procedimentos terapêuticos que contra-indicassem o aleitamento materno.

A amostra foi selecionada pelo método de amostragem não-probabilístico por conveniência, sendo constituída de 60 bebês prematuros nascidos entre março de 2004 a julho de 2005. Nesta unidade os profissionais desenvolvem um trabalho baseado no cuidado humanizado, no qual o aleitamento materno é estimulado e favorecido e incentivam a presença constante da mãe na unidade neonatal, em contato direto com seu bebê, e no banco de leite humano, recebendo auxílio para manutenção da lactação⁽¹¹⁾. Além da

* Idade corrigida: é a idade gestacional somada a idade pós-natal.

estimulação e manutenção da produção láctea, há incentivo ao contato pele-a-pele precoce, e auxílios para transporte e alimentação destinados às mães que amamentam. Portanto, ao iniciar o aleitamento materno, todas as mães inseridas nesta pesquisa já tinham recebido as orientações acerca da importância do aleitamento materno, estavam com produção láctea adequada e já haviam realizado o contato pele-a-pele com seu bebê.

Num primeiro momento, realizou-se a coleta no prontuário do bebê para obtenção dos dados de identificação, como nome, data de nascimento, idade pós-natal, idade corrigida, peso, tipo de alimentação. A idade gestacional do bebê baseou-se no método de avaliação Ballard, realizada e registrada no prontuário pelos pediatras da UCIN. Além destes, coletaram-se dados sobre a mãe, como nome, idade, intercorrências clínicas, número de filhos, escolaridade e experiência prévia com aleitamento materno.

O instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral é dividido em categorias, a saber: idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não-nutritiva. Cada categoria é constituída por itens com variações de desempenho, que receberam escores de 0 (zero) a 2 (dois), perfazendo uma somatória que pode variar de 0 a 36. Os itens, com as suas respectivas variações de desempenho, estão definidos em um guia instrucional⁽⁹⁾.

Durante a avaliação, posicionou-se o bebê em decúbito lateral, dentro da incubadora, em posição de flexão, para verificar se o mesmo era capaz de se auto-regular, mantendo-se nessa posição. Manteve-se o bebê em posição de decúbito dorsal nos casos em que ele tivesse um membro superior imobilizado por venopunção e soroterapia. Na ocasião, realizou-se estimulação para que o bebê acordasse, apresentando estímulos auditivos (chamar o bebê pelo nome), visuais (manutenção do contato olho-a-olho) e táteis (toques na face e corpo), e posteriormente se observou o estado de organização comportamental e postura oral. Cabe ressaltar que a pesquisadora não manipulou o bebê para verificação destes itens, com exceção da observação da postura de língua, já que era necessário abaixar o lábio

inferior e, se necessário, a mandíbula para visualizar a postura da língua.

Num terceiro momento, realizou-se a observação dos reflexos orais e do comportamento do prematuro, durante o estímulo da sucção não-nutritiva, utilizando-se o dedo mínimo enluvado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, com o intuito de garantir a proteção dos direitos humanos, conforme resolução 196/96.

Solicitou-se, ainda, à mãe do prematuro a assinatura do termo de consentimento pós-informado; em caso de mãe adolescente, buscou-se também o consentimento do responsável pela mãe.

Resultados

Participaram desta pesquisa 60 bebês prematuros, sendo 28 do sexo feminino, 31 do sexo masculino e 1 bebê com sexo indefinido, que tinham em média 13 dias de vida e 1484 gramas de peso. A idade gestacional média dos prematuros foi de 32 semanas e 3 dias, segundo método de avaliação Ballard, e a corrigida de 34 semanas e 3 dias, com peso médio de nascimento de 1418 gramas. O Apgar atingiu em média 6 no 1º minuto e 9, no 5º minuto. Quanto ao tipo de parto, foi normal em 45% dos casos e cesárea em 55%.

O desconforto respiratório ao nascer foi a intercorrência clínica mais comum, acometendo 55% dos prematuros, seguido de 11% de bebês que apresentaram apnéia, 4% hipoglicemia e 2% bradicardia. No entanto, cerca de 28% dos bebês não apresentaram intercorrência ao nascimento. Quanto às mães, a idade média foi de 26 anos, variando de 14 a 39 anos, e o grau de escolaridade mais frequente foi o 1º grau incompleto. Cerca de 47% delas eram primigestas e o número de filhos variou de 1 a 3. Dentre as intercorrências obstétricas apresentadas, a diabetes mellitus e a bolsa rota precoce foram as mais comuns.

Em relação à experiência com aleitamento materno, desconsiderando-se as mães primigestas (28), verificou-se que 81% referiram possuir experiência anterior, pois amamentaram os outros filhos.

Para apresentação das variáveis do instrumento, utilizou-se a estatística descritiva, pois devido ao tamanho reduzido da amostra e ao não-pareamento das variáveis, não foi possível realizar testes estatísticos para se mensurar diferenças entre os grupos e fazer associação entre as variáveis.

Tabela 1 – Distribuição dos prematuros segundo itens de avaliação do instrumento

Itens do instrumento	Frequência
Idade corrigida	≤ 32 semanas
	Entre 32 a 34 semanas
	≥ 34 semanas
Estado comportamental	Sono profundo
	Sono leve
	Alerta
Postura global	Flexão
	Semiflexão
	Extensão
Tônus global	Hipotonia
	Normotonia
	Hipertonia
Postura de lábios	Vedados
	Entreabertos
	Abertos
Reflexo de procura	Presente
	Débil
	Ausente
Reflexo de sucção	Presente
	Débil
	Ausente
Reflexo de mordida	Presente
	Débil
	Ausente
Reflexo de vômito	Presente
	Débil
	Ausente
Movimento de língua	Adequada
	Alterada
	Ausente

Continua

Canolamento de língua	Presente	47
	Ausente	13
Movimento de mandíbula	Adequada	40
	Alterada	20
	Ausente	0
Força de sucção	Forte	31
	Fraca	27
	Ausente	2
Sucções por pausa	< 5s/p	36
	5 a 8s/p	21
	> 8s/p	3
Manutenção sucções por pausa	Rítmico	19
	Arrítmico	39
	Ausente	2
Manutenção do estado de alerta	Sim	15
	Parcial	35
	Não	10

Discussão

Pode-se verificar na tabela 1 que a maior parte dos bebês estudados possuía idade gestacional corrigida maior ou igual a 34 semanas (58,3%), ou seja, tinha maturidade para se alimentar por via oral, pois quanto maior a idade gestacional maior a maturidade do bebê e melhor sua performance na alimentação oral^(1,12-13). Destaca-se a necessidade da aplicação do instrumento numa nova amostra com número maior de bebês, pareada para as diferentes faixas etárias, a fim de se verificar a associação da maturidade do prematuro e seu desempenho no teste e na transição para alimentação oral.

Quanto ao estado comportamental, a maior parte da amostra apresentou sono leve (48,3%), fato que pode indicar um sinal de prontidão para início da alimentação oral⁽¹⁴⁾. Ressalta-se, ainda, no presente estudo, que todos os bebês foram estimulados a acordar no início da avaliação, utilizando-se estímulos auditivos, visuais e táteis, e manipulados para serem posicionados em decúbito lateral, a fim de serem avaliados. Acredita-se que toda esta estimulação pode ter favorecido este estado comportamental.

Os dados obtidos revelam que a grande maioria dos bebês apresentou adequação quanto à postura (91,7% em flexão) e tônus global (98,3% em normotonia), porém é importante destacar que, no início da avaliação, todos os prematuros foram posicionados em decúbito lateral, ficando seus membros alinhados em direção à linha média do corpo, de forma a favorecer a auto-organização. Destaca-se, ainda, que a adequação da postura e do tônus dos bebês deve-se aos cuidados prestados na UCIN do HCFMRP-USP, que presta uma assistência humanizada e individualizada, onde, entre outros aspectos, a equipe possibilita a autorregulação dos bebês com seu posicionamento voltado para a linha média do corpo e contidos em ninhos, simulando a posição fetal⁽¹¹⁾.

Também se deve levar em consideração que a maior parte dos bebês possuía idade gestacional corrigida maior do que 34 semanas, o que favoreceu maior maturidade e ainda relação com a adequação da postura e do tônus global⁽¹⁵⁾.

Quase toda a amostra apresentou adequação da postura de lábios, os quais permaneceram vedados em 91,7% dos prematuros. Todos os bebês avaliados apresentaram postura de língua

plana. As alterações do sistema motor oral foram caracterizadas em 48 bebês prematuros com idade gestacional média de 30 semanas, e média de 47 dias de vida, porém houve relato da idade gestacional corrigida desses prematuros. Verificaram que a postura dos lábios estava adequada em 79,2% dos casos, mas que a postura da língua apresentava alteração na maioria dos casos, tais como: 50% de postura de ponta de língua elevada na papila; 14,6% de postura de língua retraída e 2,1% de postura de língua protruída. Apenas 33,3% dos bebês apresentaram postura de língua adequada⁽¹⁶⁾.

Há necessidade de se desenvolver novo estudo com ampliação da amostra, principalmente com a inclusão de bebês com idade menor que 32 semanas, a fim de observar o comportamento destas variáveis nos mais imaturos.

Ao analisar a presença do reflexo de procura, percebe-se que a maioria dos bebês (55%) não o apresentou. Diferentemente, um outro estudo encontrou a presença do reflexo de procura em prematuros em 89,6% da amostra⁽¹⁶⁾.

Existe uma associação entre o estado comportamental e a presença dos reflexos orais, indicando que o estado de alerta facilita a presença dos reflexos orais⁽¹⁷⁾. No presente estudo, observou-se que a maioria da amostra encontrava-se em estado de sono leve, o que poderia justificar o baixo número de bebês que apresentaram o reflexo de procura.

Quanto ao reflexo de sucção, todos os bebês apresentaram este reflexo, sendo metade de forma débil, de acordo com a tabela 7. Tal resultado diverge do estudo que encontrou o reflexo de sucção adequado em 83,4% da amostra⁽¹⁶⁾.

A grande maioria (96,7%) da amostra apresentou os reflexos de mordida e vômito. A constante presença destes reflexos pode estar relacionada à importância dos mesmos para o mecanismo de defesa dos bebês contra aspiração do alimento⁽²⁾. Outro estudo encontrou presença do reflexo de mordida em 79,2% mas não foi avaliada a presença do reflexo de vômito⁽¹⁶⁾.

De acordo com a tabela, a maior parte da amostra (71,7%) apresentou movimento adequado da língua, valor semelhante aos 75% encontrados em um estudo de bebês com 36

semanas de idade gestacional⁽¹⁸⁾, e inferior aos 100% obtidos em outro estudo⁽¹⁶⁾.

O canolamento também foi uma variável presente na maioria dos bebês da amostra (78,3%), dados que assemelham-se aos resultados do estudo de Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ que encontraram presença do canolamento de língua em 81,3% da amostra. No entanto, observou-se presença do canolamento em 50% dos casos em bebês com idade gestacional corrigida média de 35 semanas⁽¹⁸⁾.

Quanto ao movimento de mandíbula, conforme tabela, mostra que o mesmo esteve presente de forma adequada na maioria da amostra (66,7%), sendo semelhantes aos dados de Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ que encontraram adequação em 79,2%, e alteração em 20,8% dos bebês, citando como alterações o trancamento de mandíbula (12,5%) e a presença de tremores (8,3%). Já o estudo de Neiva⁽¹⁸⁾ apresentou adequação do movimento de mandíbula em 100% da amostra.

A força de sucção mostrou-se adequada em 51,7% dos casos e fraca em 45,6%. Resultados diferentes destes foram encontrados sendo 68,8% de adequação da força e alteração em 31,3% dos casos⁽¹⁶⁾, e ainda força de sucção adequada em 75% de bebês com idade gestacional corrigida de 34 semanas⁽¹⁸⁾.

O ritmo sucção por pausa mais comum foi o número de sucções menor do que 5 (60,0%), seguido do grupo entre 5 a 8 sucções (35,0%). Estudo de Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ encontrou uma média de 6,37 sucções por pausa, com amplitude mínima de 2 e máxima de 15 sucções por pausa.

Percebeu-se, neste estudo, que a maioria dos bebês (65,0%) não manteve o ritmo de sucção por pausa, dados que diferem dos achados de Neiva⁽¹⁸⁾ que obteve ritmo de sucção em 90% de bebês com idade gestacional corrigida de 34 semanas. Já Delgado e Halpern⁽¹⁶⁾ observaram presença de ritmo de sucção em 100% da amostra. Ressalta-se que nenhum desses estudos apresentou como se calculou esta variável.

A maior parte dos bebês (58,3%) manteve parcialmente o estado comportamental alerta, após a avaliação da sucção não-nutritiva.

Considerações finais

Apesar da relevância do presente estudo, aponta-se como limitação o reduzido tamanho amostral, recomendando-se aumentar o número de

bebês num próximo estudo, além do pareamento de acordo com a idade gestacional corrigida, para posterior análise da associação de cada variável do instrumento com o desempenho do bebê na transição da alimentação no seio materno.

Referências

1. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: Hernandez AM, Marchesan I., organizadoras. Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar. São Paulo (SP): Revinter; 2001.
2. Glass RP, Wolf LS. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *American Journal Occupational Therapy* 1994; 48(6): 514-26.
3. Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding assesment and development. San Diego (CA): Singular, 1993.
4. Palmer MM, Crawley K, Blanco IA. Neonatal Oral-Motor Assessment Scale: a reability study. *Journal of Perinatology* 1993; 13(1): 28-35.
5. Xavier C. Avaliação de alimentação de recém nascidos em fase de hospitalização (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1995; 7(2): 69-74.
6. Bernardis KC, Marchi SON. Sucção não-nutritiva em recém-nascidos a termo e pré-termo: um estudo descritivo comparativo. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1998; 10(2): 8-15.
7. Quintella T, Silva AA, Botelho MIMR. Distúrbios da deglutição (e aspiração) na infância. In: Furkin AM, Santini CS., organizadoras. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba (SP): Pró-fono, 1999.
8. Neiva FCB. Proposta de um formulário de avaliação da sucção de recém-nascidos. *Pró-fono Revista de Atualização Científica* 2000; 12(2): 113-9.
9. Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
10. Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [tese doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2005.
11. Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem* 2001; 14(1): 9-16.
12. Bu'lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of suckling, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1990; 32: 669-78, 1990.
13. Lemons PK, Lemons JA. Transition to breast/bottle feedings the premature infant. *Journal American College Nutrition* 1996; 15(2): 126-35.
14. Thoyre SM. Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant. In: Annual review of nursing research. Springer Publishing Company, 2003.
15. Creger PJ, Browne JV. Developmental interventions for preterm and high-risk infants. Denver: Therapy Skill Builders, s.d.
16. Delgado SE, Halpern R. Caracterização das alterações do sistema sensorio motor oral em bebês pré-termo de muito baixo peso. *Revista Digital Fonoaudiologia Neonatal* 2003;(1).

17. Als H, Lester BM, Tronick EZ, Brazelton TB. Manual for the assessment of preterm infant behavior (APIB). In: Fitzgerald HE, Lester BM, Yogman MW, editors. Theory and research in behavioral pediatrics. New York: Plenum Press, 1982.
18. Neiva FCB. Desenvolvimento do padrão de sucção em recém-nascidos pré-termo. Revista Digital Fonoaudiologia Neonatal 2003; (1).

4. Apêndice I

Autorização da autora do instrumento

Declaração

Eu Cristina Ide Fujinaga, autora do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral” e do manual de utilização declaro para os devidos efeitos que autorizo a Cristina Maria da Eira Trigo, mestranda em Terapia da fala na área de Motricidade Orofacial e Deglutição pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão, a utilizar o instrumento e o manual de utilização para desenvolver um trabalho de dissertação intitulado «Tradução, Adaptação Cultural e Validação de Conteúdo do Instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral”»

Data 16-09-2013

Assinatura:



5. Apêndice II

Autorizações das administrações hospitalares

443
28 10 2013
50 10 2013



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Hospital Garcia de Orta, EPE
SECÇÃO DE ESTUDANTE

Cristina Maria da Eira Trigo
Rua Calouste Gulbenkian 231 2º H3
4050-145 Porto
Telemóvel: 936446517
E-mail: trigocristina@hotmail.com

02-01-2013

032879 2013-10-28 11:14

C.G.D. 4.11.2013

ENTRADA: 29.11.2013

SALIDA:

ASSIN:

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital

Garcia de Orta, EPE

CA aut. 2014.01.02

Porto, 18 de Outubro de 2013

Lourdes Barbosa
Vice-Presidente do Conselho de Administração

D. Daniel Fesro
Presidente do Conselho de Administração

Dr. António
Corte
Dr. de
Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração da Terapeuta da Fala Dra. Catarina Araújo Ferreira, do Hospital Garcia de Orta, para participar na validação de conteúdo do instrumento "Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral".

O meu nome é Cristina Trigo, sou Terapeuta da Fala e mestranda em terapia da fala na área de Motricidade Orofacial e Deglutição pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão, orientada pela Prof. Dra. Sílvia Hitos e co. orientada pela mestre Ana Marques, estou a desenvolver um trabalho de investigação para realizar a dissertação intitulada «Tradução, Adaptação Cultural e Validação de Conteúdo do Instrumento "Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral"».

Para a validação de conteúdo do Instrumento necessito da colaboração da colega terapeuta da fala, Dra. Catarina Araújo Ferreira, que tem experiência de 3 anos ou mais em neonatologia.

A opção pela realização deste estudo decorre da necessidade de estandardização na atuação, verificada no terreno pela investigadora, durante o trabalho efetuado num centro hospitalar colaborando com o serviço de UCIN. Acredita-se que o uso de um protocolo de avaliação validado e adaptado à cultura portuguesa com informação

Para: trigocristina@hotmail.com
Cc: leonor.fontes@chlc.min-saude.pt



De: **António Galhardo Carvalho** (antonio.carvalho@chlc.min-saude.pt) Este remetente está na [lista de confiança](#).

Enviada: quinta-feira, 17 de outubro de 2013 16:06:26

Para: trigocristina@hotmail.com

Cc: leonor.fontes@chlc.min-saude.pt

Cara Colega

Boa tarde

Em resposta ao seu pedido de colaboração informo-a de que a Terapeuta Leonor Fontes disponibilizou-se para participar no seu estudo. Informo também que comuniquei ao Conselho de Administração esta disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos

António Galhardo Carvalho
Terapeuta da Fala Coordenador
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
Gabinete HSJ - 21 8841824

Para: trigocristina@hotmail.com
Cc: u20712@hgsa.min-saude.pt, u20973@hgsa.min-saude.pt



De: **Secretaria Geral** (secretaria.geral@hgsa.min-saude.pt) Você moveu esta mensagem para o local atual.

Enviada: quinta-feira, 21 de novembro de 2013 16:44:01

Para: trigocristina@hotmail.com

Cc: u20712@hgsa.min-saude.pt; u20973@hgsa.min-saude.pt

Exma. Senhora

Cristina Trigo

Terapeuta da Fala

Em resposta ao solicitado, informo por incumbência do Sr. Presidente do Conselho de Administração que as Terapeutas Dulce Gouveia e Maria da Paz Cunha estão disponíveis para colaborar no estudo mencionado em assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Conceição Rodrigues

Técnico Superior

Responsável Serviço Secretaria Geral

Centro Hospitalar Porto, E.P.E.

Largo Professor Abel Salazar - 4099-001 Porto

Telef. 22 207 7500 – Extensão: 1237 – VPN: 81450 Fax 22 332 0318/22 207 7595

Exm.^a Senhora
Dra. Cristina Trigo
Escola Superior de Saúde de Alcoitão
Rua Calouste Gulbenkian, 231, 2.º H3
4050-145 Porto

Sua referência

Sua comunicação

Nº/Ofício

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

SAÍDA

S.1407919

2014/04/09

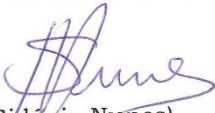
Classificação: 18.89

Assunto: **Pedido/Estudo: “Tradução, Adaptação Cultural e Validação de Conteúdo do Instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o início da Alimentação Oral”**

Relativamente ao V/ pedido sobre o assunto mencionado em epígrafe, datado de 2013.10.18, informo V. Ex.^a que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 2014.04.09, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração


(Sídónia Nunes)

IS

Exma. Senhora
Dra. Cristina Maria da Eira Trigo
Rua Calouste Gulbenkian 231 2º H3
4050-145 Porto

C/C: Exma. Sra. Dra. Tânia Dias – Terapeuta da Fala da ULSCB

Sua Referência	Sua comunicação	Nº/Ofício - Data
	18/10/2013	Administracao HAL HAL 01 6177 2013-11-07

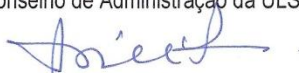
10:08:16 a

Assunto:	Pedido de autorização para a colaboração da Terapeuta da Fala Dra. Tânia Dias, do Hospital de Castelo Branco, para participar na validação de conteúdo do instrumento "Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral"
----------	---

Em resposta ao ofício de V. Exa. supracitado, serve o presente para informar que se autoriza a Dra. Tânia Dias, Terapeuta da Fala da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, a participar na validação de conteúdo do instrumento "Avaliação da prontidão do prematuro para o início da Alimentação Oral, conforme solicitado.

Ao dispor para todas as colaborações, desde que dentro das nossas possibilidades, sou com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE


António Vieira Pires

AVP/SC

009450 13NOV8

Exma. Senhora
Dra. Cristina Maria da Eira Trigo
Rua Calouste Gulbenkian 231 2º H3
4050-145 Porto

Processo

Vossa referência
18-10-2013

Nossa Referência
CA

Data
CHTV, EPE – 08-11-2013

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração das Terapeutas da Fala Dra. Catarina Santos e Dra. Carla Gouveia, para participarem na validação de conteúdo do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o início da Alimentação Oral”.

Na sequência da comunicação de V. Exa., sobre o assunto em título, informamos que em reunião do Conselho de Administração do dia 07 de novembro de 2011, foi deliberado autorizar a colaboração nos termos solicitados.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Dr. Carlos Fernando Ermida Rebelo)

ER/ac

Exma. Senhora
Terapeuta da Fala
Dra. Cristina Maria da Eira Trigo
Rua Calouste Gulbenkian 231 H3
4050-145 Porto

S/ Ref^a N^o
Data: 2013/10/18

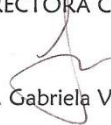
N/ N^o 92/Ptm/DC/ct
Ref^a Data: 2013/10/29

Assunto: Autorização para a colaboração da Terapeuta da Fala, Dra. Catarina Matos Trindade, do Centro Hospitalar do Algarve para participar na validação de conteúdo do instrumento *«Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral»*

Na sequência da carta de V.Exa. datada de 18 de Outubro de 2013 sobre o assunto mencionado em epígrafe, cumre-me informar nada temos a opor ao pretendido.

Com os melhores cumprimentos.

A DIRECTORA CLÍNICA,



Dra. Gabriela Valadas

Ações

Claudia Patricia Guerreiro Silva Maria (cmaria@hdfaro.min-saude.pt)

[Adicionar aos contatos](#)

20/11/2013

Para: trigocristina@hotmail.com
Cc: Maria Fatima Calado Vaz Pinto



De: **Claudia Patricia Guerreiro Silva Maria** (cmaria@hdfaro.min-saude.pt) Você moveu esta mensagem para o local atual.

Enviada: quarta-feira, 20 de novembro de 2013 16:15:31

Para: trigocristina@hotmail.com (trigocristina@hotmail.com)

Cc: Maria Fatima Calado Vaz Pinto (mcrespo@hdfaro.min-saude.pt)

Face ao pedido de colaboração da Terapeuta da Fala Dra Fatima Pinto, para participar na validação de conteúdo do instrumento "Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Inicio da Alimentação Oral."

Cumpre informar que o mesmo foi autorizado por Despacho da Exm^a. Directora Clinica de 18/11/2013.

Claudia Maria

Assistente Técnica

Serviço de Assiduidade

Ext: 11140

Fax: 289001971 Interno: 11266

6. Apêndice III

Qualidade da tradução

Relatórios clínicos de revisão e Relatório de consenso

Relatório Clínico de Revisão do Instrumento e do Manual de instruções

Nome do revisor	Ana Isabel Branco Marques
Especialidade	Terapeuta da fala especialista na área da neonatologia
Data	17 de Dezembro de 2013

Pedimos-lhe que preste particular atenção aos termos técnicos e semi-técnicos que estão incluídos no instrumento e no manual de instruções.

Se considera que está bem traduzido ou se tem melhorias a acrescentar à tradução apresentada, por favor coloque a sua proposta na secção “Sugestão de alteração”. Por favor explique na secção porque considera que tal alteração irá melhorar o instrumento e seu manual de instruções.

Sugestão de alteração:

No item «Movimentação da mandíbula» alterar para «Movimento da mandíbula».

No item «Postura da língua: Baixa..» alterar para “ .. Postura da língua: Plana...”.

No item «tiragem» em Portugal dizemos apenas tiragem ou tiragem respiratória?

Nada mais a acrescentar à tradução. Está bem traduzido.

Relatório Clínico de Revisão do Instrumento e do Manual de instruções

Nome do revisor	José Luís Nunes
Especialidade	Médico pediatra e especialista em neonatologia
Data	17 de Dezembro de 2013

Pedimos-lhe que preste particular atenção aos termos técnicos e semi-técnicos que estão incluídos no instrumento e no manual de instruções.

Se considera que está bem traduzido ou se tem melhorias a acrescentar à tradução apresentada, por favor coloque a sua proposta na secção “Sugestão de alteração”. Por favor explique na secção porque considera que tal alteração irá melhorar o instrumento e seu manual de instruções.

Sugestão de alteração:

Em resposta à pergunta da Dra. Ana Marques: Tiragem significa grosso modo retração. Pode ser global, intercostal, infracostal, supracostal. Por isso, pode ficar só “tiragem”.

Nada mais a acrescentar. Está bem traduzido.

Introdução

O presente relatório pretende descrever a reunião efetuada no Centro Hospitalar do Funchal (Hospital Dr. Nélio Mendonça) a 17 de Dezembro de 2013, com o objetivo de obter a segunda versão de consenso do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral” e do seu manual de instruções, a partir das revisões clínicas obtidas com base na primeira versão de consenso (tradução).

Descrição das Atividades

A 17 de Dezembro de 2013 após envio por e-mail dos relatórios clínicos de revisão, realizados pelo Dr. José Luís Nunes (Médico pediatra e especialista em neonatologia) e pela Dra. Ana Marques (Terapeuta da fala especialista na área da neonatologia), realizou-se um segundo painel com os seguintes objetivos:

- Realização de um segundo painel de equivalência semântica, a partir das revisões clínicas obtidas com base na primeira versão de consenso, para obtenção de uma segunda versão de consenso do instrumento “Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral” e do seu manual de instruções (1).

Estiveram presentes na reunião no Centro Hospitalar do Funchal a Dra. Ana Marques que coordenou, o Dr. José Luís Nunes e, via e-mail a aluna de Mestrado, Cristina Trigo.

1.Fujinaga, C. I., Scochi, C. G. S., Santos, C. B., Zamberlan, N. E., Leite, A. M. (2008). Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral.

O Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral:

Após a análise de equivalência de significado, a partir das revisões clínicas do instrumento e do seu manual de instruções, realizadas por um médico pediatra e especialista em neonatologia e uma terapeuta da fala especialista na área da neonatologia, resultaram os consensos que se descrevem seguidamente.

- ✓ No item «Movimentação da mandíbula» alterar para «Movimento da mandíbula». Ambos os clínicos concordaram com a alteração.
- ✓ No item «Postura da língua: Baixa..» alterar para “ .. Postura da língua: Plana...”. Ambos os clínicos concordaram com a alteração.

Conclusão:

Após a análise dos relatórios dos dois clínicos e obtenção da versão pré-final em Português europeu, ficou estabelecido que a aluna Cristina Trigo administraria essa versão do instrumento e do manual a um painel de 11 peritos para a validação de conteúdo.

7. Apêndice IV

Questionário Online

**Análise de peritos para validação de conteúdo do instrumento e do manual de instruções
(1ª e 2ª Análise)**

Validação de conteúdo do Instrumento "Avaliação da prontidão do

O instrumento "Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral" de [Fujinaga et al \(2008\)](#) tem validação clínica e de conteúdo no Brasil. Foi baseado numa vasta revisão bibliográfica e experiência clínica das autoras.

Para o uso efetivo do instrumento em Portugal, o seu conteúdo (depois de ter sido sujeito a uma tradução e adaptação cultural) tem que ser validado. A validação de conteúdo do instrumento consiste na análise de compreensão e aceitação por um painel de "juizes" ou peritos terapeutas da fala que colaboram com a UCIN ou a UCERN. As terapeutas peritas avaliam o conteúdo do instrumento e respectivo manual, fazendo uma análise individual de cada uma das questões. Analisam se o conteúdo traduzido mantém o mesmo significado da língua original e verificam a facilidade ou dificuldade na compreensão dos termos usados, avaliando se as instruções fornecidas estão adequadas e sugerem alternativas.

Considera-se validado cada item do instrumento quando a concordância entre os "juizes" for maior ou igual a 85% (igual à validação do instrumento original), pelo que este estará apto a ser aplicado clinicamente pelos terapeutas da fala em Portugal.

O questionário está dividido em duas partes. A primeira parte é formada por duas perguntas informativas sobre os terapeutas da fala questionados. A segunda parte é constituída por questões de resposta fechada, às quais se poderão adicionar as vossas sugestões. Os primeiros três grupos de questões referem-se à orgânica do instrumento, as restantes destinam-se a avaliar o conteúdo das perguntas do instrumento e do manual de instruções.

Caso tenham alguma dúvida poderão contactar-me através dos contactos: 919115597/936446517 ou trigocristina@hotmail.com

PARA SER VÁLIDO, O QUESTIONÁRIO DEVE PROCURAR RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES. OBRIGADO PELO SEU CONTRIBUTO E COLABORAÇÃO.
Cristina Trigo

1. Hospital onde trabalha *

2 - Anos de experiência em UCIN ou UCERN *

3. ORGÂNICA DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO*



	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
3.1.1. REGRAS DE APLICAÇÃO	☐	☐	☐

3.1.2. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

3.2. PROPORÇÃO DAS QUESTÕES*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
3.2.1 Distribuição por áreas	☐	☐	☐
3.2.2 Ordem das perguntas	☐	☐	☐

3.2.3. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões *

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

3.3. Possibilidades de resposta aos itens*

Concordância entre a pergunta e a escolha de respostas possíveis

- ☐ Não concordo
☐ Concordo parcialmente
☐ Concordo

3.3.1. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO



4. FIABILIDADE DE TRADUÇÃO*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
4.1. Selecção de palavras	☐	☐	☐
4.2. Adaptações culturais	☐	☐	☐

4.3. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

5. CONTEÚDO DAS PERGUNTAS QUE COMPÕEM O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO*

5.1. IDENTIFICAÇÃO

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
5.1.1. Nome	☐	☐	☐
5.1.2. N° Processo	☐	☐	☐
5.1.3. Data	☐	☐	☐
5.1.4. DN	☐	☐	☐
5.1.5. Horário	☐	☐	☐
5.1.6. Idade pós-natal	☐	☐	☐
5.1.7. Idade corrigida	☐	☐	☐
5.1.8. Idade gestacional	☐	☐	☐
5.1.9. Alimentação:	☐	☐	☐
5.1.10. S. O. G.	☐	☐	☐
5.1.11. S. N. G.	☐	☐	☐
5.1.12. SNG = Sonda nasogástrica SOG = Sonda orogástrica	☐	☐	☐
5.1.13. Vol:	☐	☐	☐

5.1.14. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

6. IDADE CORRIGIDA *

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
6.1. (2) maior ou igual a 34 semanas	☐	☐	☐
6.2. (1) entre 32 a 34 semanas	☐	☐	☐
6.3. (0) menor ou igual a 32 semanas	☐	☐	☐

6.4. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO



7. ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL *

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
7.1. Estado de consciência	☐	☐	☐
(2) alerta (1) sono leve (0) sono profundo	☐	☐	☐
7.2. Postura global	☐	☐	☐
(2) flexão (1) semiflexão (0) extensão	☐	☐	☐
7.3. Tônus global	☐	☐	☐
(2) normotonia (0) hipertonia (0) hipotonia	☐	☐	☐

7.4. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO



8. POSTURA ORAL*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
8.1. Postura de lábios	☐	☐	☐
(2) fechados (1) entreabertos (0) abertos	☐	☐	☐
8.2. Postura de língua	☐	☐	☐
(2) baixa (0) elevada (0) retraída (0) protruída	☐	☐	☐
8.3. Reflexo de procura	☐	☐	☐
(2) forte (1) Fraco (0) ausente	☐	☐	☐
8.4. Reflexo de sucção	☐	☐	☐
(2) forte (1) Fraco (0) ausente	☐	☐	☐
8.5. Reflexo de mordida	☐	☐	☐
(2) presente (1) presente exacerbado (0) ausente	☐	☐	☐
8.6. Reflexo de vômito	☐	☐	☐
(2) presente (1) presente anteriorizado (0) ausente	☐	☐	☐

8.7. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

9. SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA **

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
9.1. Movimento da língua	☐	☐	☐
(2) adequada (1) alterada (0) ausente	☐	☐	☐
9.2. Canolamento de língua	☐	☐	☐
(2) presente (0) ausente	☐	☐	☐
9.3. Movimento de mandíbula	☐	☐	☐
(2) adequada (1) alterada (0) ausente	☐	☐	☐
9.4. Força de sucção	☐	☐	☐
(2) forte (1) fraca (0) ausente	☐	☐	☐
9.5. Sucções por pausa	☐	☐	☐
(2) 5a8s/p (1) >8/p (0) <5s/p	☐	☐	☐
9.6. Manutenção do ritmo	☐	☐	☐
(2) rítmico (1) arritmico (0) ausente	☐	☐	☐
9.7. Manutenção do estado alerta	☐	☐	☐
(2) sim (1) parcial (0) não	☐	☐	☐

9.8. Sinais de stresse	☐	☐	☐
(2) ausente (1) até 3 (0) mais de 3	☐	☐	☐
9.9. Variação de tónus	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.10. Variação de postura	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.11. Variação de coloração da pele	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.12. Batimento de asa nasal	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.13. Tiragem	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.14. Apneia	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.15. Acumulação de saliva	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.16. Tremores de língua ou mandíbula	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐
9.17. Solução	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐

9.18. Choro	☐	☐	☐
() ausente () presente	☐	☐	☐

9.19. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior seleccionou concordo, por favor escreva CONCORDO

*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
10. A duração do teste deverá ser de 1 minuto	☐	☐	☐
11. Pontuação máxima: 36	☐	☐	☐

10.1. e 11.1. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior seleccionou concordo, por favor escreva CONCORDO

12. MANUAL DE INSTRUÇÕES*

12.1. Idade corrigida *

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
12.1.1. Menor ou igual a 32 semanas. **	☐	☐	☐
12.1.2. Entre 32 a 34 semanas. **	☐	☐	☐
12.1.3. Maior que 34 semanas. **	☐	☐	☐
12.1.4. * Idade corrigida: é a idade gestacional (Ballard) somada à idade pós-natal.	☐	☐	☐
12.1.5. ** Parâmetros definidos tendo por base os autores Lemons, Lemons e Palmer.	☐	☐	☐

12.1.6. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

13. ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL*

13.1. ESTADO DE CONSCIÊNCIA

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
13.1.1. Alerta: olhos abertos e brilhantes, responsivo à estimulação, com alguma atividade espontânea.	☐	☐	☐
13.1.2. Sono leve: olhos abrem e fecham, olhar confuso e sem brilho, demora a responder à estimulação, com atividade espontânea variada.	☐	☐	☐
13.1.3. Sono profundo: olhos fechados, não-responsivo à estimulação; a atividade motora é nula.	☐	☐	☐

13.1.4. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

*

13.2. POSTURA GLOBAL

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
13.2.1 Flexão: flexão de membros superiores e inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.	☐	☐	☐
13.2.2 Semi-flexão: flexão de membros inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco.	☐	☐	☐
13.2.3 Extensão: extensão de membros superiores e inferiores e do pescoço em relação ao tronco.	☐	☐	☐

*

13.3. TÔNUS GLOBAL

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
13.3.1 Normotonia: leve resistência à movimentação passiva de flexão e extensão, sendo ligeiramente maior nesta última.	☐	☐	☐
13.3.2 Hipertonía: resistência aumentada à movimentação passiva de flexão e extensão.	☐	☐	☐
13.3.3 Hipotonia: resistência diminuída à movimentação passiva de flexão e extensão.	☐	☐	☐

13.3.4. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

14. POSTURA ORAL*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
14.1. POSTURA DE LÁBIOS	☐	☐	☐
Fechados: lábios superior e inferior justapostos.	☐	☐	☐
Entreabertos: lábios superior e inferior parcialmente separados.	☐	☐	☐
Abertos: lábios inferior e superior totalmente separados.	☐	☐	☐
14.2. POSTURA DE LÍNGUA	☐	☐	☐
Baixa: língua plana, posicionada dentro da cavidade oral, com ponta arredondada.	☐	☐	☐
Elevada: ponta da língua em posição elevada, pressionando o palato.	☐	☐	☐
Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.	☐	☐	☐
Protraída: língua em posição de protração na cavidade oral, estando sobreposta aos lábios.	☐	☐	☐

14.3. REFLEXOS ORAIS	☐	☐	☐
14.3.1. REFLEXO DE PROCURA	☐	☐	☐
Presente: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral, procura imediatamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou abrindo a boca.	☐	☐	☐
Fraco: mediante o estímulo dos quatro pontos cardeais na região perioral procura lentamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e/ou com abertura parcial da boca.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de resposta.	☐	☐	☐
14.3.2. REFLEXO DE SUCÇÃO	☐	☐	☐
Forte: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.	☐	☐	☐
Fraco: leva algum tempo para iniciar a sucção da própria mão ou o dedo do avaliador.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de resposta.	☐	☐	☐
14.3.3. REFLEXO DE MORDIDA	☐	☐	☐
Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento da mandíbula, seguido de relaxamento.	☐	☐	☐
Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do examinador no rolete gengival da cavidade oral, mantendo o trancamento de mandíbula.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de resposta.	☐	☐	☐
14.3.4. REFLEXO DE VÔMITO	☐	☐	☐
Presente: responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.	☐	☐	☐
Presente anteriorizado: responde com náuseas ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região anterior da língua.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de resposta.	☐	☐	☐

14.4. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*

Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

15. SUÇÃO NÃO-NUTRITIVA*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
15.1. MOVIMENTO DE LÍNGUA	☐	☐	☐
Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.	☐	☐	☐
Alterada: movimento pósterio-anterior ou incoordenado diante do estímulo intraoral.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de movimentação.	☐	☐	☐
15.2. CANOTAMENTO DA LÍNGUA	☐	☐	☐
Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de resposta.	☐	☐	☐
15.3. MOVIMENTO DE MANDÍBULA	☐	☐	☐
Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com amplitude mandibular rítmica e suave.	☐	☐	☐
Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com amplitude mandibular arritmica e/ou trancamento da mesma.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de movimento.	☐	☐	☐
15.4. FORÇA DE SUÇÃO	☐	☐	☐
Forte: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.	☐	☐	☐
Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.	☐	☐	☐
Ausente: ausência de resposta.	☐	☐	☐
15.5. SUÇÕES POR PAUSA***	☐	☐	☐
De cinco a oito sucções por pausa respiratória	☐	☐	☐
Acima de oito sucções por pausa respiratória	☐	☐	☐
Menos de cinco sucções por pausa respiratória	☐	☐	☐
*** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se a média obtida em três grupos de sucção/pausa	☐	☐	☐
15.6. MANUTENÇÃO DO RITMO DE SUÇÃO POR PAUSA****	☐	☐	☐
Rítmico: mantém o número de sucções por pausa previsto num mesmo intervalo (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa).	☐	☐	☐
Arritmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que cinco, entre cinco a oito ou maior que oito sucções por pausa).	☐	☐	☐
Ausente: ausência de sucção.	☐	☐	☐
**** Para classificar este parâmetro deve utilizar-se o número de sucções/pausa obtido em três grupos de sucção/pausa e verificar se ocorreu variação deste número entre os intervalos previstos	☐	☐	☐
15.7. MANUTENÇÃO DO ESTADO ALERTA	☐	☐	☐
Sim: mantém-se alerta o tempo todo do teste da sucção não-nutritiva.	☐	☐	☐
Parcial: mantém-se alerta apenas no início ou no final do teste da sucção não-nutritiva.	☐	☐	☐
Não: não se mantém alerta durante o teste da sucção não-nutritiva	☐	☐	☐

15.8. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*
Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

16. SINAIS DE STRESSE*

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
Ausente: ausência de sinais de stresse.	☐	☐	☐
Até três sinais de stresse.	☐	☐	☐
Mais de três sinais de stresse.	☐	☐	☐
16.1. OS SINAIS DE STRESSE A SEREM OBSERVADOS DURANTE A AVALIAÇÃO SÃO:	☐	☐	☐
Variação de tónus	☐	☐	☐
Variação de postura	☐	☐	☐
Variação de coloração da pele	☐	☐	☐
Batimento de asa nasal	☐	☐	☐
Tiragem	☐	☐	☐
Dispneia	☐	☐	☐
Acumulação de saliva	☐	☐	☐
Tremores de língua ou mandíbula	☐	☐	☐
Soluço	☐	☐	☐
Choro	☐	☐	☐

16.2. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*
Se na pergunta anterior selecionou concordo, por favor escreva CONCORDO

Adicionar item ▼

2ª Análise de peritos

Página 1 de 1

Validação de conteúdo do Instrumento "Avaliação da prontidão do

A segunda análise de peritos do instrumento "Avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação oral" tem como objectivo encontrar um consenso utilizando as sugestões que forneceram na primeira análise de peritos.

Relembro que a validação de conteúdo do instrumento consiste na análise de compreensão e aceitação por um painel de "juizes" ou peritos terapeutas da fala que colaboram com a UCIN ou a UCERN. As terapeutas peritas avaliam o conteúdo do instrumento e respectivo manual, fazendo uma análise individual de cada uma das questões. Analisam se o conteúdo traduzido mantém o mesmo significado da língua original e verificam a facilidade ou dificuldade na compreensão dos termos usados, avaliando se as instruções fornecidas estão adequadas e sugerem alternativas.

Caso tenham alguma dúvida poderão contactar-me através dos contactos: 919115597/936446517 ou trigocristina@hotmail.com

PARA SER VÁLIDO, O QUESTIONÁRIO DEVE PROCURAR RESPONDER A TODAS AS QUESTÕES. OBRIGADO PELO SEU CONTRIBUTO E COLABORAÇÃO.
Cristina Trigo

1. Hospital onde trabalha *

8.5. Reflexo de mordida *

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
As peritas deram a sugestão de alterar para REFLEXO DE MORDER	☐	☐	☐

8.7. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*
Se na pergunta anterior seleccionou concordo, por favor escreva CONCORDO

10. A duração do teste deverá ser de 1 minuto*
As Peritas consideram que o teste (Sucção Não-Nutritiva) deveria ter mais tempo de duração.

	Não concordo	Concordo parcialmente	Concordo
A duração do teste deverá ser de 1 minuto	☐	☐	☐
A duração do teste deverá ser de 2 minuto	☐	☐	☐
A duração do teste deverá ser de 3 minuto	☐	☐	☐

10.1. Se colocou Não concordo ou Concordo parcialmente indique sugestões*
Se na pergunta anterior seleccionou concordo, por favor escreva CONCORDO

Adicionar item

Página de Confirmação

Mensagem de confirmação personalizada

☒ Mostrar link para enviar outra resposta

☐ Publicar e mostrar a todos os inquiridos um link para os resultados deste formulário ?

☐ Permitir aos inquiridos editar as respostas após a submissão

Enviar formulário

8. Apêndice V

**Versão portuguesa do Instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o
Início da Alimentação Oral” e do Manual de Instruções**

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

Identificação

Nome: _____ Nº Processo: _____

Data: ____/____/____ DN: ____/____/____ Horário: _____

Idade pós-natal: _____ Idade corrigida: _____ Idade gestacional: _____

Alimentação: () S. N. G. () S. O. G. Vol: _____

SNG = Sonda nasogástrica; SOG = Sonda orogástrica

Idade corrigida

(2) maior ou igual a 34 semanas

(1) entre 32 a 34 semanas

(0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

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

Postura oral

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

Reflexos orais

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

Sucção não-nutritiva *

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

* A duração do teste deverá ser de 1 minuto

Pontuação: _____ Pontuação máxima: 36

Manual de Instruções

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

Idade corrigida *

Menor ou igual a 32 semanas. **

Entre 32 a 34 semanas. **

Maior que 34 semanas. **

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

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

Estado de organização comportamental

Estado de consciência

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

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

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

Postura global

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

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

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

Tónus global

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

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

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

Postura oral

Postura de lábios

Fechados: lábios superior e inferior justapostos.

Entreabertos: lábios superior e inferior parcialmente separados.

Abertos: lábios inferior e superior totalmente separados.

Postura de língua

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

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

Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.

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

Reflexos orais

Reflexo de procura

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

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

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de sucção

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

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

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de morder

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

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

Ausente: ausência de resposta.

Reflexo de vômito

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

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

Ausente: ausência de resposta.

Sucção não-nutritiva

Movimento de língua

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

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

Ausente: ausência de movimentação.

Canolamento da língua

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

Ausente: ausência de resposta.

Movimento de mandíbula

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

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

Ausente: ausência de movimentação.

Força de sucção

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

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

Ausente: ausência de resposta.

Sucções por pausa***

De cinco a oito sucções por pausa respiratória.

Acima de oito sucções por pausa respiratória.

Menos de cinco sucções por pausa respiratória.

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

Manutenção do ritmo de sucção por pausa****

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

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

Ausente: ausência de sucção.

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

Manutenção do estado alerta

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

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

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

Sinais de stresse

Ausente: ausência de sinais de stresse.

Até três sinais de stresse.

Mais de três sinais de stresse.

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

Variação de tónus

Variação de postura

Variação de coloração da pele

Batimento de asa nasal

Tiragem

Dispneia

Acumulação de saliva

Tremores de língua ou mandíbula

Soluço

Choro