

*Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*

*Prontidão do prematuro para
início da alimentação oral:
proposta de um
instrumento de avaliação*

Cristina Ide Fujinaga

*Ribeirão Preto
2002*

Cristina Ide Fujinaga

*Prontidão do prematuro para
início da alimentação oral:
proposta de um
instrumento de avaliação*

*Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título Mestre em Enfermagem
em Saúde Pública junto ao Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública,
inserida na linha de pesquisa Assistência à
Criança e ao Adolescente.*

Orientadora: Prof^a Dr^a Carmen Gracinda Silvan Scochi

*Ribeirão Preto
2002*



Anne Geddes

Figura capturada na internet

<http://www.anneddeds.com/popupgallery.cfm?gallery=gpc1&image=9>

*“A melhor maneira de ser feliz é acreditar na vida
sem afastar-se dos sonhos, porque sem eles, você
continua vivendo, mas deixa de existir”.*

Daniela Caburro

Dedico este trabalho

A meus pais,

Jorge, por ter me ensinado a valorizar as coisas mais simples da vida, mostrando que é fácil ser feliz.

Kiyoe, pelo exemplo de luta e coragem e por ter me proporcionado todas as chances para chegar até aqui.

É um orgulho ser sua filha!

Minha eterna gratidão!

Aos meus irmãos, Fernando e Adriano, pela amizade ilimitada e por todos os momentos de descontração e alegria, tão importantes no decorrer deste caminho.

Meu eterno carinho!

Agradecimento especial

À Carmen, querida orientadora,

Pela competência e sabedoria com que conduziu este trabalho, de forma tranqüila e harmoniosa.

Pela construção de uma relação de respeito e carinho.

Pela satisfação e orgulho em dividir com você esta conquista.

Minha eterna admiração!

Agradecimentos

A Deus, pela sua infinita bondade e por todas as graças que me tem concedido;

À Claudia Benedita, pelas contribuições ao longo deste trabalho, pela assessoria estatística e por me incentivar com uma palavra doce em todos os momentos;

À Claudia Regina, pelas oportunas sugestões que auxiliaram na construção deste trabalho e por ter dividido comigo seu conhecimento, especialmente como fonoaudióloga, de forma tão generosa;

Aos fonoaudiólogos que participaram como juízes desta pesquisa, pela valiosa colaboração e disposição, auxiliando-me com suas experiências;

À Kátia, amiga sempre presente, por ter me amparado de forma constante na construção deste trabalho, e pelo apoio incondicional ao longo desta trajetória;

À Élia e Laise, pela amizade madura que construímos no dia-a-dia, e por compartilharem comigo de todas as etapas desta caminhada;

À Tatiane e sua família, por terem me recebido de forma tão amável, e por me fazerem sentir o gosto bom de um lar nos momentos em que a saudade apertava o coração;

Aos funcionários do MISB, Olânia, Augusto, Andréia e, especialmente, Adriana, por terem me acolhido com carinho e me auxiliado com prontidão, sempre com uma palavra amiga;

Aos funcionários Lourdes, Deolinda, Aparecida e Mateus, pelo estímulo e sorriso diário;

Ao Setor de Fonoaudiologia e Berçário de Cuidados Intermediários do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pela convivência e pelo carinho que sempre demonstraram;

A Bernardete, Maria José e Carla, pela prontidão e exatidão na correção bibliográfica, de português e traduções português-espanhol e português-inglês;

À CAPES, pela concessão do financiamento desta pesquisa;

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Resumo

Apresentação	i
1 Construindo o objeto de estudo	1
1.1 Aspectos gerais da prematuridade	2
1.2 A inserção da Fonoaudiologia na equipe multiprofissional	9
1.3 Bases teóricas para atuação fonoaudiológica na assistência a alimentação do prematuro	15
1.3.1 Fisiologia da sucção	18
1.3.2 A sucção e sua relação com o desenvolvimento global	22
2 Objetivo	30
3 Metodologia	32
3.1 Elaboração do instrumento de avaliação	33
3.2 Elaboração do guia instrucional	35
3.3 Validação do instrumento	36
3.3.1 A seleção dos juízes	39
3.3.2 O questionário de coleta de dados	40
3.3.3 Definição do índice de concordância	42
4 Resultados	43
4.1 O instrumento de avaliação e o guia instrucional	44
4.2 Análise da 1ª validação	55
4.2.1 Questionário de coleta de dados	56
4.2.2 Guia instrucional	58
4.3 Análise da 2ª validação	68
4.4 Proposta final do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar alimentação por via oral e do guia instrucional	74
5 Conclusão	82
6 Anexos	85
7 Referências Bibliográficas	101
Abstract	
Resumén	

Resumo

Na atuação multiprofissional em unidade neonatal, tem-se observado a dificuldade em sistematizar uma avaliação objetiva do comportamento de sucção do bebê e seu desempenho na transição da alimentação láctea, por sonda, para a via oral. Assim, o presente estudo tem por objetivo elaborar e validar o conteúdo e a aparência de um instrumento de avaliação da prontidão do bebê prematuro em iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral. Trata-se de estudo metodológico, para o qual elaborou-se o referido instrumento e respectivo guia instrucional, tendo por base a revisão de literatura e a experiência profissional da pesquisadora, que atribuiu escores de 0 a 2 para cada sinal clínico e desempenho do prematuro a ser avaliado. Para validação do instrumento e guia instrucional, estabeleceu-se grau de concordância mínimo de 85%, participando como juízes, fonoaudiólogos com ampla experiência na área de Neonatologia. Atuaram 15 fonoaudiólogos na primeira etapa e 14 na segunda, ocasião em que se atingiu a concordância aceitável nos itens do instrumento de avaliação e respectivas definições operacionais contidas no guia instrucional (idade corrigida, estado de consciência, postura global, tônus global, postura dos lábios, postura da língua, reflexo de procura, reflexo de sucção, reflexo de mordida, reflexo de vômito, movimentação da língua, canolamento de língua, movimentação da mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado alerta e sinais de estresse).

Palavras-chave: bebê; prematuro; comportamento; sucção.

A inserção da Fonoaudiologia nos berçários de cuidados intermediários, onde se encontra parcela significativa da população de recém-nascidos prematuros hospitalizados, é uma prática bastante recente no Brasil, especialmente em Ribeirão Preto. Durante o aprimoramento na especialidade de Fonoaudiologia, cursado no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de 1998 a 2000, pude prestar atendimento fonoaudiológico em vários ambulatórios, como por exemplo, Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Neurologia Infantil e Adulto, entre outros. No entanto, o trabalho com o qual mais me identifiquei foi o do berçário, onde prestei cuidados à alimentação dos bebês prematuros, grupo que apresenta alto risco de desenvolver alterações fonoaudiológicas futuras, de modo que a intervenção precoce possibilita a prevenção de tais alterações.

No início do trabalho, percebi que no berçário do referido hospital, o fonoaudiólogo restringia-se a atender casos isolados de crianças que apresentassem alguma alteração no processo alimentar, por via oral, em consequência de uma alteração anátomo-fisiológica ou sindrômica. Não se atendiam ainda os prematuros com vistas ao estímulo e início precoce da alimentação oral, que era administrada tardiamente e muitas vezes de forma ineficaz.

Através da observação da assistência prestada a estes bebês, pude notar que a rotina clínica pouco favorecia para que eles recebessem alimentação via

oral, pois permaneciam longos períodos internados até atingirem peso e maturidade considerados adequados, ou seja, 1.800 gramas ou 36 semanas de idade corrigida, para posteriormente iniciarem a transição da alimentação e não se consideravam outros aspectos relacionados ao seu desenvolvimento global e à sucção. Além disso, percebia que a equipe de saúde tinha dificuldade em precisar o momento ideal para a transição da alimentação gástrica para a via oral de forma segura e funcional. Assim, diante da necessidade da inserção de mais um profissional na equipe interdisciplinar daquela unidade neonatal, para prestar assistência aos bebês prematuros, tiveram início as atividades do fonoaudiólogo.

No desempenho desta função, passei a utilizar a estimulação sensório-motora-oral e a sucção não-nutritiva. Todavia, sentia falta de um instrumental de apoio para avaliação da prontidão dos bebês para que estes iniciassem a alimentação oral de forma mais segura.

A equipe de saúde cada vez mais solicitava ao fonoaudiólogo que apresentasse uma forma de avaliação da sucção desses bebês, passível de ser utilizado no cotidiano, de fácil aplicação e que servisse como um indicador seguro para a transição da alimentação gástrica para via oral.

Esta inquietação motivou-me a buscar subsídios teóricos na literatura e em outros serviços para melhor fundamentar e sistematizar esse trabalho, obtendo assim, resultados que pudessem me auxiliar, de forma objetiva, nessa avaliação. Dessa forma, fui conhecer o serviço da Universidade Federal de

São Paulo (Escola Paulista de Medicina), a convite da professora doutora Zelita Guedes, fonoaudióloga dessa unidade, e constatei que o serviço de Fonoaudiologia do Hospital São Paulo, na área de Neonatologia, também não dispunha de um instrumento de avaliação sistematizado, pois o que era realizado ali se aproximava da minha prática no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto.

A literatura registra protocolos de avaliação da sucção, no momento em que ocorre a transição da alimentação gástrica para via oral, entretanto, acredito que avaliar a sucção não-nutritiva, considerando o desenvolvimento global do bebê, pode trazer indicativos do momento em que devo iniciar esta transição. Além disso, a maioria dos protocolos encontrados baseava-se na observação clínica, sem que estes fossem validados.

Como este trabalho contou com a colaboração de inúmeros profissionais, que me proporcionaram a oportunidade de discutir os temas relacionados à assistência à alimentação de bebês prematuros, seja através de disciplinas cursadas na pós-graduação, seja em grupos de pesquisa, eu o considero um trabalho coletivo. Sendo assim, a partir deste momento, a pronome pessoal passa a ser usado na primeira pessoa do plural e não mais na primeira pessoa do singular.

Diante do exposto, pretendemos, com este estudo, elaborar e validar um protocolo de avaliação da prontidão do bebê prematuro para o início da alimentação por via oral, a fim de servir de indicativo para que a equipe de

saúde inicie o processo de transição da alimentação láctea. A validação proposta, inicialmente, será de aparência e conteúdo.

Apresentamos o estudo em capítulos, iniciando com a construção do objeto de estudo, onde descrevemos os aspectos gerais da prematuridade, a inserção da Fonoaudiologia na equipe multiprofissional e as bases teóricas para atuação fonoaudiológica na assistência à alimentação do prematuro.

Na metodologia, descrevemos o tipo do estudo, o método utilizado tanto para elaboração do instrumento quanto do guia instrucional, a seleção dos juízes, a técnica de coleta de dados e o critério de validação de aparência e de conteúdo utilizados.

No terceiro capítulo, descrevemos as bases teóricas que instrumentalizaram a elaboração do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação por via oral e o respectivo guia instrucional. Em seguida, apresentamos os resultados da validação de conteúdo e aparência, obtidos a partir da análise de juízes.

Finalizando, na conclusão apontamos a necessidade de pesquisas futuras para complementarem a validação deste instrumento, através da sua aplicação e de testes que indiquem sua confiabilidade, especificidade e sensibilidade.

1.1 Aspectos gerais da prematuridade

Historicamente, os conceitos sobre recém-nascido pré-termo sofreram modificações importantes. A princípio, a conceituação desses bebês era unicamente ponderal, porém estudos identificaram que o peso de nascimento, isoladamente, não esclarecia a maturidade do neonato.

O termo prematuridade surgiu como indicador de imaturidade através de uma classificação sugerida por Ylpoö, em estudo datado de 1919, tendo como referência o peso ao nascer de até 2.500 gramas. Assim, utilizando o critério ponderal, definiu-se como recém-nascido pré-termo aquele com peso ao nascer igual ou inferior a 2.500 gramas, o qual foi aceito pela Academia Americana de Pediatria, em 1935 (SILVA & ALVARENGA, 1995).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1961, classificou os recém-nascidos, considerando a idade gestacional isoladamente, em pré-termo, aqueles com tempo de gestação inferior a 37 semanas de gestação; a termo com 37 a 41 semanas e 6 dias de gestação e pós-termo aquele com 42 semanas ou mais de gestação (WHO, 1961).

Devido ao crescente aumento da sobrevivência de crianças prematuras e com pesos menores, houve necessidade de uma subclassificação desses recém-nascidos. No entanto, a implantação e a organização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) possibilitaram a sobrevivência de crianças até então consideradas inviáveis, devido à prematuridade e ao baixo peso ao nascer.

No que se refere ao peso de nascimento, definiu-se como recém-nascido

de baixo peso, aqueles com menos de 2.500 a 1.501 gramas; muito baixo peso, entre 1.500 a 1.001 gramas e extremo baixo peso, aqueles com 1.000 gramas ou menos. Há ainda, a classificação de microprematuros para os sobreviventes nascidos com peso inferior a 500 gramas (SCALON, 1994).

Diante de divergências entre os autores sobre a classificação dos recém-nascidos quanto à idade gestacional, no presente estudo utilizamos a que foi proposta pela Organização Mundial de Saúde, por ser aceita internacionalmente para efeitos de comparações estatísticas e de estudos, e também porque é empregada por grande parte dos serviços de Neonatologia no Brasil.

Face aos riscos diferenciados de morbi-mortalidade a que estão expostos os bebês prematuros, surgiram subclassificações para a prematuridade. LEONE & ALCÂNTARA (1991) categorizaram-na em limítrofe, moderada e extrema, limítrofe considerando aqueles com idade gestacional entre 35 a 36 semanas de gestação; moderada entre 31 a 34 semanas e extrema com 30 semanas ou menos de gestação. Quanto aos problemas mais comuns entre esses prematuros, os autores indicaram: os prematuros limítrofes apresentam freqüentemente o controle irregular da temperatura corporal, da sucção e deglutição; a hiperbilirrubinemia; a síndrome do desconforto respiratório e as infecções neonatais.

Entre os de prematuridade moderada, as alterações mais comuns são: a membrana hialina, asfixia perinatal, acidose metabólica e hiperbilirrubinemia.

A membrana hialina grave é a causa mais freqüente de óbitos entre esses bebês, os quais têm chance de sobrevivência aumentada quando atendidos logo após o nascimento, em uma unidade de cuidados especiais.

Os prematuros extremos apresentam intercorrências mais freqüentes e graves, necessitando de cuidados mais complexos e de maior custo. Destacam-se, aí, a anóxia perinatal, a insuficiência respiratória (membrana hialina e broncodisplasia pulmonar), as crises de apnéia, a hiperbilirrubinemia, as infecções perinatais, a enterocolite necrotizante, os distúrbios eletrolíticos e do equilíbrio ácido-básico, a hemorragia intracraniana, a retinopatia da prematuridade, a anemia do prematuro, as malformações, os efeitos adversos de drogas com diminuição do metabolismo e os efeitos iatrogênicos das terapêuticas do período neonatal.

Para classificar a prematuridade quanto à idade gestacional, desenvolveu-se um novo sistema de índices, segundo Ballard, apropriado para recém-nascidos de peso extremamente baixo, que proporciona uma avaliação maturacional pós-natal válida para todas as idades gestacionais acima de 20 semanas (PITTARD III, 1993).

Este sistema inclui a avaliação da maturidade neuromuscular através do exame da postura, ângulo do punho, encolhimento do braço, do ângulo poplíteo, sinal do cachecol e orelha, bem como da avaliação da maturidade física através do exame da pele, da lanugem, da superfície plantar, das mamas, dos olhos e orelhas e das genitálias. Para cada um desses

parâmetros atribuíram escores que mediante cálculo, estimam a idade gestacional dos prematuros extremos (PITTARD III, 1993).

Outro aspecto importante refere-se à utilização de métodos úteis e simples para determinarem a adequação do peso à idade gestacional, bem como o uso de curvas de crescimento intra-uterino, desenvolvidas por Battaglia e Luchenco (1963), utilizadas até hoje. Estas relacionam a idade gestacional com o peso ao nascer, possibilitando identificar situações de risco e ainda classificam o neonato, como pequeno para a idade gestacional (PIG); adequado para a idade gestacional (AIG) e grande para a idade gestacional (GIG). Entretanto, as curvas de crescimento intra-uterino por tomarem medidas após o nascimento, e por não ser a prematuridade um evento fisiológico, limitam a avaliação precisa do crescimento fetal (PINHATA & BISSANI, 1994).

Como descrito anteriormente, um dos marcos na atenção ao recém-nascido foi a implantação das modernas UTINs, equipadas com tecnologia de ponta que reduz a morbi-mortalidade perinatal e neonatal, especialmente entre os prematuros extremos e de muito baixo peso ao nascer.

Por outro lado, a tecnologia de cuidado operante presente nesses locais altamente especializados, contribuiu para o aparecimento de iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, não refletindo, necessariamente, na melhoria da morbi-mortalidade pós-natal e na qualidade de vida. Estudos de acompanhamento, a longo prazo, apontaram, nessas

crianças, o aumento de seqüelas incapacitantes, de doenças crônicas e neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos, de linguagem, visão, audição e comportamentais decorrentes de relações desarmoniosas entre mãe-filho-família, dentre outros (SCOCHI, 2000).

Podemos generalizar que a atenção à criança nascida pré-termo e de baixo peso constitui-se em problema de saúde coletiva devido à incidência, morbi-mortalidade, custo da assistência e sua relação com a qualidade de vida de uma população. Para a OPS/OMS (1984) tanto a ocorrência da prematuridade como a do baixo peso são indicadores de saúde na avaliação do progresso dos países rumo à meta “saúde para todos no ano 2000”.

No mundo desenvolvido de hoje, a prematuridade representa cerca de 5 a 8% do total de nascimentos (Mc CORMICK, 1985), e o grande contingente do baixo peso ao nascer constitui-se em uma das principais causas de mortalidade infantil. O nascimento prematuro, ou as condições a ele associadas, representa mais de 50% das causas de óbitos neonatais (ALBERMAN & EVANS, 1992).

No Brasil, em 1998, registraram 5,30% de bebês prematuros nascidos vivos. Neste mesmo ano, no estado de São Paulo, a incidência de prematuridade foi de 5,25% e, no município de Ribeirão Preto foi de 8,60%, entre mães que residiam na cidade, aumentando para 10,30% quando se incluíram os nascimentos de crianças cujas mães procediam de outros municípios. Este aumento deu-se pelo fato de ser Ribeirão Preto centro de referência para a assistência à gestação de risco para toda região (SINASC,

2001).

ALMEIDA et al. (1992), citando Hale e Druschell (1989), referem que o baixo peso ao nascer é o mais significativo fator de risco para a mortalidade neonatal, enquanto a pobreza aparece como o maior determinante da mortalidade pós-natal, sendo também um dos fatores que geram os maiores índices de baixo peso ao nascer. Assim, ficam nas classes mais pobres os maiores coeficientes de mortalidade neonatal e pós-natal.

Pelo exposto, mães desnutridas, de baixo poder aquisitivo e escolaridade, procedentes de lugares sem saneamento básico e com pouco acesso aos serviços de saúde, como ocorre em muitas regiões do Brasil, constituem-se grupos de alto risco, que engrossam as estatísticas de partos prematuros e de nascimentos de baixo peso. No futuro, essas mesmas condições sociais de risco interferirão negativamente no processo de crescimento e desenvolvimento dos egressos das UTINs, que também apresentam riscos biológicos, desencadeando o que os autores denominam de duplo risco.

Percebemos, então, que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são importantes causas básicas ou associadas de óbitos no primeiro ano de vida, em especial no período neonatal e perinatal, cuja prevenção é um desafio não só para os serviços de saúde, mas também para outros setores da sociedade em geral (SCOCHI, 2000).

Estudos têm apontado que a diminuição da mortalidade neonatal, com maior sobrevivência dos prematuros e de baixo peso assistidos em UTIN, não

refletiu necessariamente em melhoria das taxas de mortalidade pós-natal (BLAYMORE-BIER et al., 1994) e que o baixo peso ao nascer é referido como fator de risco causador do maior número de readmissões hospitalares até o período de adolescência dessas crianças (O'CALLAGHAN et al., 1995).

O risco de morte dessas crianças é tão grande quanto maior for seu grau de imaturidade ou sua deficiência ponderal ao nascer. Essas crianças terão que se adaptar à vida extra-uterina, apesar das dificuldades de manutenção de suas funções vitais e, conseqüentemente, necessitarão de inúmeras intervenções terapêuticas, elevando o risco de complicações imediatas ou tardias.

Desse modo, os cuidados especiais dispensados a elas, após a alta hospitalar, vão além das necessidades e rotinas de seguimento de um bebê a termo e saudável. O risco a que elas estão expostas, para apresentarem padrão de crescimento anormal, está relacionado a doenças pulmonares crônicas, deficiências motoras, visuais, auditivas, da linguagem, aprendizado e socioemocionais, dentre outras, o que expressa a necessidade de um seguimento sistematizado e a longo prazo. A alta hospitalar, então, não é sinônimo de resolução dos problemas dessas crianças, que devem receber acompanhamento interdisciplinar contínuo, para detecção de problemas e intervenções precoces (SCOCHI, 2000).

Com relação aos recursos humanos envolvidos na assistência neonatal de maior complexidade, encontramos pediatras especialistas e com pós-graduação em Neonatologia, geneticistas, cirurgiões pediátricos, neurologistas,

ortopedistas, oftalmologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros, que promovem não só com o tratamento curativo, mas também preventivo, face à possibilidade de surgirem problemas no desenvolvimento global, motor e sensorial da criança nascida pré-termo.

1.2 A inserção da Fonoaudiologia na equipe multiprofissional

A atuação da Fonoaudiologia na área de Saúde Pública é bastante recente, pois os fonoaudiólogos tinham, originalmente, uma formação voltada às necessidades de intervenção e de reabilitação, com uma visão técnica e individual. Dessa forma, os fonoaudiólogos que atuam na Saúde Pública sentiram a necessidade de rever sua prática, antes centrada na queixa/problema individual/curativa e na concepção de saúde como ausência de doença, voltando-se à promoção da saúde e à prevenção da doença (SANCHES, 2000).

A Reforma Constitucional e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, permitiram ao fonoaudiólogo percorrer novos caminhos, assim como construir um novo modelo de atenção à saúde.

A implantação do SUS com base em princípios de organização e funcionamento nos quais se preconiza a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada da saúde, tem como princípios doutrinários:

- ✓ Universalidade – garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Saúde é um direito de cidadania e assegurá-la constitui dever do Estado em suas distintas esferas do governo municipal, estadual e federal.
- ✓ Equidade – garantia de serviços de saúde em todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso.
- ✓ Integralidade – reconhecimento pelos serviços de saúde de que todo indivíduo é um ser indivisível e integra uma comunidade; que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são complementares; que as unidades que prestam serviços de saúde, em diferentes graus de complexidade, formam um sistema capaz de prestar assistência integral; que o homem é um ser integral e deve ser atendido por um sistema também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

São princípios organizacionais do SUS:

- ✓ Regionalização e Hierarquização – os serviços são organizados em graus de complexidade tecnológica crescentes, dispostos numa área geográfica determinada e com definição da população a ser atendida. O nível primário de atenção deve garantir o acesso dessa população à rede, resolver seus principais problemas e referenciar para níveis mais complexos, quando necessário.

- ✓ Resolubilidade – relacionado mais ao nível local, refere-se à necessidade de implementar um modelo assistencial que contemple tanto ações curativas como preventivas, buscando resolver a maioria dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade.
- ✓ Descentralização – as responsabilidades de oferecer ações e serviços de saúde são redistribuídas entre as várias esferas do governo, de modo a garantirem que as decisões tomadas tenham maior chance de acerto (BRASIL/Ministério da Saúde, 1990).

Diante disso, SANCHES (2000) afirma que dentro desse contexto do SUS, o fonoaudiólogo deve, necessariamente, entender os determinantes do processo saúde-doença na sua totalidade, articular-se com outros profissionais para construir uma ação intersetorial e interdisciplinar e associar a atuação clínica com ações de promoção da saúde e prevenção da doença.

LEWIS (1996) estudando a trajetória do fonoaudiólogo na Saúde Pública, relata que a inserção desse profissional nessa área ocorreu com maior ênfase, no final da década de 80, e de forma mais localizada nas Unidades Básicas de Saúde, ao nível de Atenção Primária, tendo como prioridade as ações preventivas. Afirma que são muitas as dificuldades encontradas para realização destas ações, podendo as mesmas serem sanadas com a contratação de um maior número de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde.

Referindo-se à Saúde Materno-Infantil, ANDRADE (1996) afirma que a inserção da Fonoaudiologia nesta área é ainda bastante limitada, apesar da ampla possibilidade de ações, principalmente em nosso país.

A autora assim descreve a Fonoaudiologia Materno-Infantil:

“Ciência e tecnologia responsáveis pela eliminação ou intercepção dos fatores que interferem na aquisição, desenvolvimento e degenerescência dos modelos de comunicação... Responde pela elaboração e implantação de screenings, diagnósticos e tratamentos precoces, pela indicação e adaptação de sistemas suplementares de comunicação e pela redução das desabilidades e o restabelecimento do efetivo funcionamento, para a mais completa possível reintegração dos indivíduos com a sociedade” (ANDRADE, 1996, p.40).

Mediante a dimensão das elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, geralmente associadas a problemas preveníveis, a partir da década de 80 instituiu-se, no Brasil, programas sistemáticos de promoção de Saúde Materno-Infantil, nos quais estão inseridos os fonoaudiólogos. Entretanto, segundo SANCHES (2000), a Fonoaudiologia, ainda nos dias de hoje, permanece limitada às ações preventivas que pode desenvolver nesta área.

Ainda segundo ANDRADE (1996), um programa preventivo em Saúde Materno-Infantil Fonoaudiológico consiste em três partes: na gestação (ações

no pré-natal), no nascimento (em maternidades ou unidades de risco) e no puerpério (com necessidade ou não de intervenções específicas). Através de medidas preventivas individuais e coletivas, a Fonoaudiologia pode contribuir para promoção da qualidade de vida individual e da coletividade.

É de grande importância a inserção do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional, para assistência dirigida aos recém-nascidos de risco, durante a hospitalização. A atuação desse profissional em unidades neonatais é bastante recente no Brasil, no que diz respeito aos aspectos relacionados à prevenção e reabilitação precoce de distúrbios da comunicação, ou seja, à adequação da alimentação oral e à detecção precoce da deficiência auditiva.

Os avanços tecnológicos na área de Neonatologia ocorridos a partir da década de 60 e o conseqüente aumento da sobrevivência dos recém-nascidos de risco, propiciaram a atuação interdisciplinar, com a inclusão da Fonoaudiologia na equipe, frente as intercorrências desses bebês (HERNANDEZ, 1996).

Para ANDRADE (1996), uma tendência relativamente nova nas pesquisas multidisciplinares internacionais relaciona-se aos padrões de sucção em bebês, impulsionando a produção desse conhecimento e favorecendo o desenvolvimento de tecnologia apropriada para ações de intervenção precoce, já nos primeiros momentos de vida.

É importante lembrarmos que, no Brasil, o contingente de fonoaudiólogos especializados para atuar em berçários é escasso, bem como

os estudos referentes a essa área. De modo que o aumento da capacitação profissional pode se dar através do desenvolvimento de estudos cooperativos, assim como de maior divulgação das experiências profissionais e da produção científica.

HERNANDEZ (1996) relata sua experiência pioneira em berçários normal e de risco desenvolvida no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, a partir de 1985, com o objetivo atender a crianças que apresentassem paralisia cerebral, síndromes ou alterações de motricidade oral sem comprometimento neurológico. No início, a atuação centrava-se na estimulação precoce desse grupo de crianças, através de um trabalho de estimulação unimodal. Apesar de os estudos recomendarem a realização de estimulação multimodal, ou seja, tátil, vestibular, motora, auditiva e olfativa, esta prática não era desenvolvida devido à escassez de recursos humanos e à inexistência de uma equipe multidisciplinar.

Em fevereiro de 1989, teve início no referido hospital, o Projeto Berçário, viabilizado pelo convênio com a APAE/IAMSPE, quando foi constituída a equipe multiprofissional composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional. Por escolha, o grupo passou a utilizar a abordagem teórica de ALS (1986), cujo princípio de atuação baseia-se na intervenção, uma vez que intervenção significa também diminuir estímulos ou até mesmo aboli-los, quando necessário. A partir daí, a atuação conformou-se no tripé: atuação direta com o recém-nascido, apoio às famílias

e atuação no ambiente físico. Neste contexto, a atuação específica da Fonoaudiologia com o sistema motor-oral direcionou-se à promoção da capacidade do bebê de se alimentar por via oral o mais precocemente possível e de maneira mais segura sem, contudo, deixar de observar o funcionamento global de seu organismo. Dessa forma, a atuação fonoaudiológica consistiu em prevenir, detectar e minimizar as alterações neuro-psico-motoras, pois as dificuldades de alimentação possuem importante valor preditivo no funcionamento neurológico no primeiro ano de vida, além de se constituir fator de risco à sobrevivência e desenvolvimento desses bebês (HERNANDEZ, 2001).

Ao longo da última década, a atuação clínica e preventiva com recém-nascidos em berçário de risco e unidade de terapia intensiva pediátrica evoluiu rapidamente, não só pelo desenvolvimento da tecnologia de cuidado a esses bebês, como também pelo reconhecimento de profissionais médicos e de enfermagem do auxílio efetivo da Fonoaudiologia (HERNANDEZ, 2001).

A importância desse profissional na área de Neonatologia vem se expandindo gradativamente, em especial naqueles serviços que atendem à clientela de médio e alto risco e de referência secundária e terciária.

1.3 Bases teóricas para a atuação fonoaudiológica na assistência a alimentação do prematuro

O fonoaudiólogo pode intervir com vistas a estimular a alimentação oral e a estabelecer métodos de avaliação clínica do padrão de sucção, além de

orientar gestantes e pais e promover modificações no ambiente da unidade neonatal, como a diminuição de ruídos e luminosidade. (HERNANDEZ, 1996). Dentre algumas tecnologias utilizadas para favorecer a transição da alimentação gástrica para a via oral, destaca-se a estimulação sensório-motora-oral feita através de estímulos tátil, auditivo e da sucção não-nutritiva. A literatura aponta como benefícios desta estimulação: maior ganho de peso, transição mais rápida da alimentação gástrica para via oral, controle dos estados de consciência (estado alerta), aceleração da maturação do reflexo de sucção, aumento do trânsito gastrointestinal, alta hospitalar precoce e, conseqüentemente, diminuição do custo da internação (FIELD et al., 1982; BERNBAUM et al., 1983; CASE-SMITH, 1988; SEHGAL et al., 1990; BEREZIN et al., 1993; McCAIN, 1992; McCAIN, 1995; GAEBLER & HANZLIK, 1996; PICKLER et al., 1996; SIMÃO et al., 2001).

A avaliação da prontidão do prematuro em iniciar sua alimentação por via oral não deve considerar a sucção como função isolada, mas sim como parte de um complexo desenvolvimento. GLASS & WOLF (1994) acreditam que, para compreender a assistência à alimentação de bebês que necessitam de cuidados intensivos, como o prematuro, é preciso estar atento não apenas à avaliação do controle motor-oral e de respostas sensoriais, mas também a uma observação multissensorial, para se obter uma perspectiva global da assistência à alimentação desses bebês. A avaliação a que os autores se referem inclui: estado e comportamento, respostas táteis, controle motor,

função motora-oral, controle fisiológico e coordenação da sucção-deglutição-respiração.

LEMONS & LEMONS (1996) apontam que, para verificar a eficiência da alimentação do bebê, não basta se ater apenas à sua integralidade crânio-facial, mas sim à habilidade de contração da musculatura, à capacidade em manter-se no estado alerta e em postura de flexão global. A organização neurocomportamental é essencial na transição da alimentação gástrica para via oral e o emprego de técnicas pré-alimentares levam à melhoria na performance do bebê, tais como: modulação do estado comportamental, posicionamento correto e estimulação motora-oral.

Devemos considerar na avaliação, as particularidades anátomo-fisiológicas do prematuro, as quais diferem do bebê a termo. Segundo XAVIER (1998), os prematuros são bebês em extensão, com pouca estabilidade e coordenação global, reflexos motores-orais incompletos, vedamento labial inadequado, pouca estabilidade das bochechas devido à falta de coxins de gordura (sucking pads) nessa região, estabilidade insuficiente da mandíbula (abertura ampla), resultando em maior cansaço e perda na eficiência da sucção. Além de serem neurologicamente desorganizados, o ambiente da unidade de terapia intensiva colabora para a desorganização desses bebês.

Dessa forma, consideramos necessário conhecer da fisiologia da sucção e sua relação com o desenvolvimento global do prematuro para que possamos

prestar uma assistência integral a esse bebê.

1.3.1 Fisiologia da sucção

Desde o período embrionário, a língua desempenha um papel importante para o desenvolvimento do maxilar; na 4ª semana de gestação, seus rudimentos já estão presentes e começam a se fundir na 6ª semana, quando as lâminas palatinas do maxilar estão separadas e em posição vertical. Na 8ª semana, a língua já apresenta um desenvolvimento completo, estando morfológicamente configurada. Nessa fase, já consideravelmente mais desenvolvida que a mandíbula, ocupa todo espaço buco-nasal, interpondo-se entre as lâminas palatinas e, com o início da ossificação da mandíbula, a língua descerá para ocupar somente o espaço bucal, permitindo, assim, o fechamento das lâminas palatinas (O'RAHILLY & MÜLLER, 1987).

O tamanho da língua em relação ao esqueleto bucal é desproporcional, durante todo o período embrionário e fetal e o mesmo ocorre com o recém-nascido. Na verdade, a língua, o maxilar e a mandíbula só terão uma relação de tamanho equilibrada, quando se completar o crescimento ósseo-muscular.

Com relação à idade corrigida¹, idade pós-natal e peso, existe uma grande variação individual que interfere na habilidade de a criança prematura se alimentar por via oral. Geralmente, os pesquisadores relatam que 32 semanas de gestação é o período mais curto para que um bebê desenvolva a

¹ Idade corrigida: é a idade gestacional somada a idade pós-natal menos o referencial de 40 semanas (PENALVA, 1996).

habilidade de sugar e deglutir, a qual é precedida pela habilidade de engasgar que, reflexivamente, evita a aspiração.

Para O'RAHILLY & MÜLLER (1987), na 16ª semana, a língua começa a se movimentar e aparece o reflexo da deglutição. Na 20ª semana surge o reflexo de sucção e na 32ª semana, aproximadamente, ocorrerá a coordenação entre o reflexo de sucção e de deglutição. Já BU'LOCK et al. (1990) afirmam que a deglutição é uma das primeiras respostas motoras da faringe, e se inicia por volta da 10ª ou 11ª semana de vida fetal. A resposta de sucção pode ser eliciada nessa fase, apesar dela se iniciar, geralmente, entre a 18ª e 24ª semana de gestação. No entanto, é por volta da 34ª semana gestacional que a sucção-deglutição-respiração acontecem de forma coordenada.

A criança com menos de 34 semanas de gestação tende a perder a força e a coordenação com o avanço da alimentação, não conseguindo estabelecer um ritmo, causando pausas entre as sucções. Com o passar do tempo, essas pausas se prolongam, levando a uma baixa ingestão alimentar. Somente a partir de 34 semanas de gestação, a criança tende a sustentar os picos de sucção por mais tempo, deglutindo mais leite (LEMONS & LEMONS, 1996).

A divisão entre sucção e deglutição é tão-somente didática, uma vez que, nos primeiros meses de vida, constitui-se em automatismos interligados que funcionam como um sistema que age simultaneamente e integradamente junto à respiração. A sucção “aciona” a deglutição e saber definir com precisão o

momento em que cessa a sucção e se inicia a deglutição é uma tarefa bastante difícil.

O desenvolvimento anátomo-fisiológico nos fetos se dá no sentido caudo-cefálico, portanto, contrário ao desenvolvimento motor após o nascimento; colabora também, para compreensão do amadurecimento das estruturas oro-faríngeas como uma unidade funcional, cujo desenvolvimento começa na faringe e se estende até a região anterior da boca. Esse padrão seqüencial inicia-se, primeiramente, na diferenciação histológica de sua musculatura, depois na diferenciação dos receptores sensoriais e, finalmente, na função e no controle neurológico. Assim, os fetos apresentam movimentos de deglutição antes de apresentarem sucção. A sucção é um reflexo rítmico e simples, sob controle nervoso de medula e ponte, caracterizando-se por um padrão consistente de eclosões de sugadas alternadas com pausas, sendo uma função de padrão flexor (POLIN & FOX, 1991).

Vários autores descrevem o mecanismo de sucção, destacando-se dois tipos: a sucção nutritiva, utilizada pelo neonato para ingerir alimento através de via oral, constituída de um padrão de sucção mais lento e com curtos períodos de pausa; a sucção não-nutritiva, quando não há ingestão de nutrientes, apresentada pelo neonato a partir da 18ª semana de gestação (HARRIS, 1986; GLASS & WOLF, 1994; LEMONS & LEMONS, 1996).

As pesquisas sobre sucção não-nutritiva apontam duas áreas de estudo: a primeira refere-se à relação entre sucção não-nutritiva e estado

comportamental e a outra ao efeito da integralidade do sistema nervoso central (MEDOFF-COOPER & RAY, 1995).

HAFSTRÖM & KJELLMER (2000) relatam que a sucção é uma das primeiras atividades de coordenação muscular do corpo humano e que a ontogênese da sucção não-nutritiva é primariamente dependente da maturidade sendo pouco afetada pela idade pós-natal ou experiência de alimentação. Com aumento da maturidade, a frequência dos grupos de sucção (burst) aumenta e os intervalos de pausa diminuem (HACK et al., 1985; HAFSTRÖM & KJELLMER, 2000). Se a sucção não-nutritiva não for estimulada com uso de chupeta ou sucção digital, esta desaparecerá por volta dos 4 ou 5 meses de idade (HAFSTRÖM & KJELLMER, 2000). Estes últimos autores, estudando o padrão de sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo, constataram que ocorre uma mudança gradual no padrão da sucção não-nutritiva, indicando como fator mais significativo, a idade gestacional corrigida, seguida do gênero, estado de atividade e peso.

Constataram também que o aumento da idade corrigida eleva a frequência, a amplitude e a duração da sucção, bem como diminui os intervalos entre os grupos de sucção. As meninas sugaram mais e com maior frequência do que os meninos. Quanto ao estado comportamental, este afetou a estabilidade e o ritmo; o peso do bebê influenciou a atividade e a duração dos intervalos dos grupos de sucção, porém observaram que a idade pós-natal e gestacional, e experiência de sucção anterior não influenciaram os resultados

(HAFSTRÖM & KJELLMER, 2000).

LAU et al. (2000) acompanharam o desenvolvimento oromotor de um grupo de 72 crianças com idade gestacional entre 26 a 29 semanas, utilizando um sistema especial de monitoramento da sucção adaptado ao bico de mamadeira. Verificaram uma correlação positiva entre a performance da alimentação por via oral, através da mamadeira, e o estágio de desenvolvimento da sucção e que o processo maturacional da sucção baseia-se nos estágios: presença e ausência de sucção; ritmicidade e sucção (sucção e expressão/compressão).

1.3.2 A sucção e sua relação com o desenvolvimento global

MEDOFF-COOPER & RAY (1995) apontam a relação entre a sucção e a maturidade neurocomportamental do bebê e sugerem um forte relacionamento entre o padrão de sucção e a maturidade neurológica do bebê.

Quanto ao estado comportamental, ALS (1986) descreve que o bebê prematuro possui um dinâmico sistema de organização do seu comportamento, envolvendo os seguintes subsistemas: sistema autônomo, motor, de interação, sistema do estado de organização e sistema de auto-regulação. O sistema autônomo controla funções fisiológicas básicas para a sobrevivência do bebê, como por exemplo, respostas do padrão respiratório, de coloração, de sinais viscerais, reflexo de vômito e soluço; o motor controla o tônus, movimentos e postura; o de interação pode ser observado somente no estado alerta e indica a

habilidade do bebê em responder a estímulos externos, como o auditivo e tátil. Já o sistema do estado de organização é responsável pelos estados de consciência do bebê, os quais são mantidos pelo sistema de auto-regulação.

Primeiramente, o bebê controla a frequência cardíaca e a respiratória e a digestão; outras funções tornam-se estáveis e melhor reguladas. O trabalho muscular torna-se mais forte e estável, deixando o bebê desperto por maior tempo e a diferença entre estar dormindo e estar acordado fica mais evidente. Finalmente, o bebê passa a interagir com o meio ambiente e mantém sua atenção para estímulos táteis, olfativos e auditivos, sem perder o controle de suas funções (ALS, 1986).

LOTT (1989) considera três estados de organização comportamental: “inturning”, ou voltado para si mesmo, caracterizado pela organização fisiológica. Nele, os estímulos externos produzem significativas mudanças fisiológicas, já que a maior parte da energia é requerida para manter a estabilidade e um mínimo dela está disponível para a interação com o ambiente; “coming out”, ou despertar, caracterizado pelo início de respostas ao ambiente onde há mais estabilidade para resistir às mudanças fisiológicas em resposta aos estímulos e, finalmente, “reciprocity”, ou reciprocidade, caracterizado pela sustentação de interação com o meio, onde os estímulos poderão beneficiar o bebê.

Para garantir a eficiência da alimentação, o bebê deve ser capaz de controlar e manter seu estado de consciência. O estado de alerta (acordado ou

ativo) é o mais apropriado para que ele se alimente de forma eficiente e sem riscos, já que, neste estado, tem potencializada sua capacidade de aprendizagem cognitiva, social e emocional (ALS, 1986; GLASS & WOLF, 1994). O estado comportamental é influenciado pela condição clínica geral do bebê que inclui a estabilidade interna (estabilidade respiratória, digestiva, entre outras) e estabilidade externa (estimulação tátil durante a alimentação ou variações do ambiente, como temperatura, ruídos, luz). ALS (1986) apontam que os bebês se adaptam a estas condições do ambiente, pois se permanecerem constantemente dormindo podem estar “se desligando”, numa tentativa de se auto-regularem. Entretanto, podem, também, demonstrar sua instabilidade através de sinais de stress que envolvem tanto respostas de atenção, como motora ou autônoma, manifestadas por variação de cor, tônus, respiratória, presença de tremores, soluço, acúmulo de saliva e choro, entre outras.

Os estímulos do meio ambiente também podem interferir na organização do bebê (ALS, 1986) e em vista disso, YECCO (1993) propõe a criação de programas de suporte para o desenvolvimento neurocomportamental, sugerindo que as unidades neonatais sigam alguns passos para auxiliar esse desenvolvimento, como a redução do nível de ruído e luminosidade, a manipulação mínima, sistemas de apoio para o bebê manter-se em posição de flexão e aproximação dos pais nos cuidados de seu filho.

Outro aspecto que também indica a integralidade e a maturidade do sistema neurológico do prematuro refere-se à elicitação de reflexos orais

(GLASS & WOLF, 1994).

Segundo MORRIS & KLEIN (1987), pelo fato de a boca e a face serem ricos em receptores sensoriais para o tato, a resposta da criança ao estímulo tátil é um importante sinal para a efetividade da alimentação.

A eliciação de reflexos orais específicos, durante a alimentação, pode dar ao terapeuta as informações a respeito da integralidade e maturidade do sistema neurológico. Os reflexos orais possuem caráter adaptativo e de proteção. Os adaptativos permitem à criança a localização e a obtenção do alimento (procura e sucção), enquanto os de proteção (tosse e vômito) livram-na de uma possível aspiração (GLASS & WOLF, 1994).

A presença ou ausência de qualquer reflexo oral é bastante variável, uma vez que pode estar relacionada tanto ao estado de consciência como ao nível de fome. A presença do reflexo de procura demonstrará se ele está receptivo para se alimentar, comportamento que está relacionado ao estado de consciência (geralmente alerta) e à presença de fome. ARVEDSON & BRODSKY (1993) relatam também que a presença dos reflexos de procura e de sucção poderá trazer indícios da prontidão do bebê para o início da alimentação oral.

NYQVIST et al. (1999) estudando o comportamento do recém-nascido pré-termo na alimentação ao seio materno, criaram uma escala sobre o comportamento do bebê, sendo que um dos itens dessa escala é a presença dos reflexos orais de procura e sucção, os quais apresentaram várias possibilidades

de resposta do bebê, devido à maturação dos mesmos. No caso do reflexo de procura, o bebê pode apresentar três respostas: não procura, algum movimento de procura ou movimento óbvio de procura.

Ressaltamos que o instrumento desenvolvido pelos autores visa a um momento de transição da alimentação gástrica para o seio materno, porém o presente trabalho centra-se em um momento anterior, no sentido de dimensionar de forma objetiva a prontidão do bebê para iniciar o mais precocemente possível a alimentação oral.

Observamos que a Fonoaudiologia apresenta dificuldade em sistematizar uma avaliação objetiva do comportamento de sucção do bebê e do seu desempenho na transição para a via oral. Atualmente, os serviços de saúde, de forma geral, apóiam-se numa avaliação na qual se descreve o comportamento de sucção, o que não tem sido um indicador preciso para apontar à equipe o início desta transição.

Para SIDDELL & FROMAN (1994), os critérios para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral, geralmente, são o peso e a idade gestacional, recomendando maior atenção ao estado comportamental. No entanto, XAVIER (1995) considera que o peso e a idade gestacional não devem ser priorizados e vistos isoladamente, pois devem ser levados em conta o estado clínico do bebê, sua condição respiratória e o balanço calórico, além do seu estado comportamental.

ARVEDSON & BRODSKY (1993) relatam que a maioria das escalas de avaliação da alimentação em bebês prematuros está baseada na observação descritiva, apontando como referência para essa observação a Neonatal Oral-Motor Assessment Scale (NOMAS), originalmente desenvolvida por Braum & Palmer e revisada por CASE-SMITH (1988).

O objetivo do NOMAS é identificar e qualificar o padrão motor-oral dos neonatos e os desvios desse padrão, uma vez que esta escala traz informações semiquantitativas, das respostas esperadas e das não esperadas da movimentação da língua e mandíbula, durante a sucção não-nutritiva e nutritiva. Essa escala possui 42 itens e é dividida em quatro categorias com escores que variam de 0 a 3, sendo a sucção não-nutritiva avaliada durante 2 minutos e a nutritiva em 5 minutos.

Encontramos na literatura nacional alguns protocolos de avaliação da sucção do bebê prematuro (XAVIER, 1995; BERNARDIS & MARCHI, 1998; QUINTELLA et al., 1999; HERNANDEZ, 2001), no entanto percebemos que estes apresentam a avaliação da sucção nutritiva, ou seja, avaliação da sucção no momento de transição da alimentação gástrica para via oral, com exceção dos protocolos de QUINTELLA et al. (1999) e HERNANDEZ (2001), que iniciam a avaliação com a sucção não-nutritiva.

Na prática clínica, percebemos a necessidade de uma avaliação anterior à avaliação da sucção nutritiva, a fim de ser utilizada como um indicativo para o início da transição da alimentação gástrica para via oral. No presente

trabalho, sugerimos que esta avaliação seja baseada tanto no comportamento do bebê durante a sucção não-nutritiva como em outros aspectos globais do prematuro, que interferem no seu desempenho geral.

HACK et al. (1982), CASE-SMITH et al. (1989), GLASS & WOLF (1994), LEMONS & LEMONS (1996) e LAU & KUSNIERCZYK (2001) apontam a observação clínica da sucção não-nutritiva como meio de indicar o início da sucção nutritiva, devendo esta observação ser realizada com dedo enluvado, pois através da chupeta não ficariam claros parâmetros, como força ou movimentação da sucção. Além da observação da sucção não-nutritiva é necessário avaliarmos os pré-requisitos para o início da alimentação via oral, quais sejam: atingir e manter o estado alerta e posição de flexão do bebê (LEMONS & LEMONS, 1996).

CASE-SMITH et al. (1989) compararam a avaliação da sucção nutritiva e não-nutritiva em dois grupos de bebês, tendo um grupo apresentado alimentação eficiente e outro não-eficiente. Na avaliação da sucção não-nutritiva, constataram diferença estatisticamente significativa no grupo de alimentação eficiente quanto à presença de canolamento e movimento ântero-posterior da língua, excursão rítmica da mandíbula e padrão de duas sucções por segundo. Para estes autores, a estabilidade respiratória é crucial para o sucesso da alimentação.

Pelo exposto, sentimos motivação para realizar o presente trabalho, tendo como objeto de estudo a avaliação da prontidão do prematuro para o início da alimentação via oral.

A elaboração e validação de um instrumento passível de uso no cotidiano de trabalho, em unidades neonatais, é um passo necessário para o desenvolvimento da pesquisa, do ensino e da implementação da assistência fonoaudiológica hospitalar.

Assim, consideramos necessária a validação de aparência e conteúdo do instrumento proposto nesta dissertação de mestrado, como etapa inicial, visando apontar para futuras investigações, sobretudo na aplicação deste instrumento e, concomitantemente, teste de sua confiabilidade, sensibilidade e especificidade, e que ainda não se esgotarão todas as possibilidades de respostas e critérios para início da transição da alimentação gástrica para via oral dos bebês prematuros.

Este tema merece estudos posteriores com a finalidade de encontrar outras respostas que tornem a assistência fonoaudiológica fundamentada cada vez mais em investigações científicas, contribuindo, assim, para a construção de conhecimentos multidisciplinares do processo saúde-doença-cuidado.

Elaborar e validar o conteúdo e a aparência de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da transição da alimentação gástrica para via oral.

Trata-se de um estudo metodológico que, segundo POLIT & HUNGLER (1995b), tem seu foco no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas. A presente investigação se propõe a fornecer subsídios teóricos para a prática clínica dos fonoaudiólogos e de outros profissionais de saúde que atuam no processo de transição da alimentação gástrica para via oral, visando objetivar a avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral.

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado conforme protocolo número 0190/2001 (Anexo 1).

3.1 Elaboração do instrumento de avaliação

Fundamentamos a fase inicial da pesquisa na revisão de literatura, tendo as pesquisadoras feito buscas bibliográficas nas bases de dados LILACS (Base de dados da Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde) e MEDLINE (Base de dados Comprehensive Medline), da última década. As palavras-chave ou descritores que utilizamos foram: bebê, prematuro, comportamento e sucção (infant, premature, sucking and behavior).

Elaboramos o instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para se alimentar por via oral com base revisão de literatura e na experiência clínica das pesquisadoras em assistir à alimentação dos recém-nascidos prematuros.

Desta forma, o instrumento de avaliação com 17 itens a serem avaliados, referentes a sinais clínicos do estado de organização comportamental do prematuro e do seu desempenho no teste da sucção não-nutritiva, quais sejam:

Estado de consciência

Postura global

Tônus global

Postura lábios

Postura língua

Reflexo de procura

Reflexo de sucção

Reflexo de mordida

Reflexo de vômito

Movimentação da língua

Canolamento de língua

Movimentação da mandíbula

Força de sucção

Ritmo da sucção

Manutenção do ritmo

Manutenção do estado alerta

Sinais de estresse

Para cada um destes itens atribuímos escores de 0 a 2, objetivando a avaliação da performance do prematuro, a qual foi categorizada da seguinte maneira: resposta adequada (valor 2), resposta neutra (valor 1) e resposta inadequada (valor 0).

Este instrumento foi planejado para bebês prematuros clinicamente estáveis, com ganho ponderal diário de, no mínimo, 10 gramas e balanço calórico maior ou igual a 100 calorias/kg/dia, não atendendo, portanto, àqueles com deformidades faciais, distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrintestinais e neurológicos ou portadores de síndromes que impedem ou dificultam a alimentação oral. Caso o bebê apresente-se chorando, o mesmo não será avaliado uma vez este estado influencia negativamente o seu desempenho.

3.2 Elaboração do guia instrucional

A definição operacional do guia instrucional conceitua cada característica definidora e os fatores relacionados especificando as atividades e os procedimentos utilizados para sua mensuração (GRANT & KINNEY, 1991).

POLIT & HUNGLER (1995a) afirmam que a definição operacional constitui-se numa especificação das operações que o pesquisador deve executar para coletar as informações exigidas, devendo também, especificar a maneira como a variável será observada e mensurada na execução da pesquisa.

Ainda segundo estes autores, o guia instrucional usado para a investigação deve ter as seguintes finalidades: elucidar a coleta de dados e delinear uma conclusão pertinente ao estudo, minimizar erros que possam existir na coleta de dados e classificar, através de conceitualização, o instrumento utilizado.

No presente trabalho, construímos um guia instrucional contendo as características definidoras de cada item do instrumento, buscamos conceitualizar o que cada um pretende avaliar e o que esperamos como resposta. Agrupamos as características com a finalidade de simplificar as respostas e de facilitar a observação, uma vez que a proposta é que este instrumento seja de fácil aplicação e de uso factível no cotidiano clínico.

3.3 Validação do instrumento e do guia instrucional

Validade é o grau que um instrumento tem para medir aquilo que foi concebido para medir (POLIT & HUNGLER, 1995a). O processo de validação de um teste inicia-se com a formulação de definições detalhadas dos itens, derivadas da teoria ou literatura, de pesquisa ou da observação sistemática e da análise de um comportamento, devendo os itens do teste se adequar às definições do constructo (PASQUALI, 1997).

De maneira geral, a história do parâmetro da validade corresponde a três períodos, aparecendo, em cada um deles, a predominância de um dos tipos

atuais conhecidos de validade, expressos sob o modelo trinário: a validade de conteúdo, de critério e de constructo (PASQUALI, 1997).

De acordo com CASSIANI (1987), a validade de conteúdo refere-se ao grau no qual os itens do instrumento representam adequadamente o conteúdo; a validade de critério corresponde ao grau no qual os escores do instrumento correlacionam-se com algum critério externo, assim como a validade de construto ao grau no qual um instrumento mede este mesmo construto sob investigação.

Quanto à validade de conteúdo, esta se refere a uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos ou respostas (domínio), sendo aplicável quando se pode delimitar, *a priori* e claramente, um universo de comportamentos que pretende cobrir um conteúdo específico (PASQUALI, 1997).

CASSIANI (1987) afirma que a validade de conteúdo de um instrumento é, necessariamente, baseada no julgamento, não havendo meios objetivos de assegurar a cobertura adequada do conteúdo de um instrumento. Para esse julgamento, é chamado um grupo de juízes ou peritos com experiência na área de conteúdo, para analisar os itens e verificar se eles representam adequadamente o universo hipotético em proporções corretas, ou seja, devem julgar se o conjunto dos itens é abrangente e representativo do conteúdo em foco ou ainda se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir. O pesquisador deve determinar, *a priori*, o número de

validadores e a porcentagem de concordância esperada para que se possa decidir sobre o destino de cada item. É também necessário instruir os validadores como devem proceder a validação (processo de testar a validade de um instrumento), fornecendo-lhes um formulário próprio para registro de seus julgamentos.

PERROCA (1996) construiu e validou o conteúdo de um instrumento para classificação de pacientes, baseado nas necessidades individualizadas do cuidado de enfermagem, determinando um índice de concordância nas respostas dos juízes maior ou igual a 70%.

POLIT & HUNGLER (1995b) afirmam que a validade de conteúdo está relacionada com a adequação da amostra à área de conteúdo a ser medida, sendo de especial relevância em pesquisas para medir o conhecimento sobre determinado assunto. Nesse contexto, a questão a ser verificada é: “O quanto as perguntas que compõem o instrumento são representativas do universo de todas as questões que poderiam ser feitas sobre o assunto”. Segundo as autoras, a validade não é um fenômeno do tipo ‘tudo ou nada’, mas, sim, uma questão gradual, uma vez que nenhum instrumento é válido em sua totalidade. Os testes de validação confirmam de fato, o uso de um instrumento para determinado grupo muito mais do que o próprio instrumento em si.

Segundo SCHROEDER (1989), no processo de validação do conteúdo de um instrumento, os itens para sua inclusão no domínio do conteúdo são identificados através da interface entre os indicadores empíricos observados na

prática clínica e aqueles atributos verificados na revisão de literatura, pertinentes a um dado conceito.

WILLIAMSON (1981) relata que a validade aparente também é uma forma subjetiva de validar o instrumento, pois consiste no julgamento de um grupo de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento.

A validade de aparência ou de face refere-se à extensão que o instrumento aparenta medir e o que se pretende medir. Ela relaciona julgamentos após a elaboração do instrumento, sendo também considerada como um aspecto da validade de conteúdo que engloba inspeção do produto final, assegurando que nada ocorreu de errado ao se transformar os planos em instruções (CASSIANI, 1987).

Neste estudo, optamos por trabalhar com a validação de aparência e de conteúdo, baseando-nos no que foi descrito por WILLIAMSON (1981), CASSIANI (1987), SCHROEDER (1989), POLIT & HUNGLER (1995 a e b), PERROCA (1996) e PASQUALI (1997).

3.3.1 A seleção dos juízes

Convidamos para juízes 19 profissionais da área de Fonoaudiologia que atendessem ao seguinte critério: possuir experiência de pelo menos três anos na assistência à alimentação de recém-nascidos prematuros.

Iniciamos a seleção dos fonoaudiólogos identificando-os quanto à sua atuação nas diversas organizações de saúde e de ensino, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná.

Através de contatos pessoais, via telefone, e de contato verbal estabelecido no I Encontro Internacional de Disfagia Pediátrica, realizado em Poços de Caldas - MG, no mês de maio de 2001, verificamos se estes profissionais se enquadravam no critério proposto para atuarem como juízes da pesquisa. Após verificar a possibilidade de sua inclusão no estudo, formulamos o convite e após anuência dos fonoaudiólogos, procedemos à orientação com respeito às etapas da pesquisa e à forma como deveriam atuar.

Assim, enviamos pelo correio um total de 19 questionários, dos quais retornaram apenas 15, sendo o estudo realizado com um grupo de 15 fonoaudiólogos atuantes em instituição de saúde ou ensino, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. Todos os juízes são do sexo feminino, trabalham em hospitais e possuem experiência em Neonatologia. O tempo de atuação profissional variou de 3 a 16 anos, com média de 8,6 anos.

Enviamos aos sujeitos o termo de consentimento e esclarecimento, no momento da coleta de dados, retornando o mesmo com a devida assinatura.

3.3.2 O questionário de coleta de dados

Num segundo momento, elaboramos um questionário baseado na pesquisa de RICCIO et al. (1995) e PERROCA (1996), para obtenção das

informações referentes à validação da forma e conteúdo do instrumento e do guia instrucional.

O questionário de coleta de dados para validação do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação por via oral foi dividido em duas partes: a primeira parte, continha informações sobre os fonoaudiólogos, com o fim de caracterizá-los quanto ao tempo de formado, 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.

Elaboramos o questionário com três questões fechadas com as alternativas SIM, NÃO e EM PARTE, para que os juízes avaliassem questões referentes à validação de aparência. Outras duas questões fechadas também apresentavam as alternativas SIM e NÃO, para julgamento de conteúdo do instrumento. No final de cada questão reservamos um espaço para que os juízes justificassem suas respostas ou dessem sugestões.

Com relação ao guia instrucional, este apresentava as características definidoras ou descritores dos 17 itens que compunham o instrumento, cabendo aos juízes, através de questões fechadas com duas alternativas SIM e NÃO, julgarem a coerência e a validade de cada característica definidora e respectivas definições. Também deixamos um espaço para que emitissem sugestões.

Ao enviarmos, pelo correio, a carta-convite, o termo de consentimento, o instrumento de avaliação, o guia instrucional e o questionário de coleta de dados, a fim de iniciar o processo de validação, solicitamos aos juízes que nos devolvessem toda a documentação preenchida no prazo de 15 dias (Anexo 2).

3.3.3 Definição do índice de concordância

Consideramos validados aqueles itens que obtiveram nas respostas índice de concordância entre os juízes maior ou igual a 85%. Apesar da literatura apontar um índice maior ou igual a 70% (PERROCA, 1996), optamos por um índice de maior concordância pelo fato de não existir nenhum instrumento de avaliação da prontidão do prematuro em iniciar a alimentação por via oral que tenha sido validado.

Inicialmente, descreveremos as bases teóricas que instrumentalizaram a elaboração deste instrumento e seu guia instrucional e a seguir, os resultados da validação de conteúdo e a aparência dos mesmos, obtidos a partir da análise dos juízes.

4.1 O instrumento de avaliação e guia instrucional

Estado de organização comportamental

Estado de consciência

Para classificar o estado de consciência do bebê pré-termo, utilizamos uma simplificação da escala do estado comportamental baseada no trabalho de Brazelton (1973), citado por FELDMAN & EIDELMAN (1998) e utilizada por SALCEDO (1997). No total, são descritos seis estados, sendo eles: sono tranquilo, sono leve, transição/sonolento, alerta acordado, alerta hiperativo e chorando.

Optamos pela simplificação dos descritores do nível de consciência para facilitar a observação. Tais estados ficaram assim definidos:

- ✓ Alerta: olhos abertos e brilhantes, responsivo à estimulação, com alguma atividade espontânea.
- ✓ Sonolento: olhos abrem e fecham, olhar confuso e sem brilho, demora à responder a estimulação, com atividade espontânea variada.
- ✓ Sono profundo: olhos fechados, não-responsivo à estimulação, a atividade motora é nula.

Os estados alerta-hiperativo e choro não foram considerados uma vez que, se caso o bebê os apresente, o mesmo não será avaliado.

Postura global

GLASS & WOLF (1994) referem que a postura global do bebê deve ser em flexão, caracterizada pela orientação dos membros em direção à linha média e flexão dos membros, braços e pernas, estando a cabeça e o pescoço alinhados, fletidos em relação ao tronco. A híper ou hipo-extensão de membros e da cabeça pode ser considerada como exemplo de comportamentos que indicam sinal de stress. HERNANDEZ (2001) utilizou em seu protocolo a diferenciação entre o bebê apresentar apenas flexão de membros inferiores ou flexão tanto dos membros inferiores como superiores, atribuindo a elas escores, 1 e 2, respectivamente.

Como descritores da postura geral, utilizamos:

- ✓ Flexão: flexão de membros superiores, inferiores e do pescoço em relação ao tronco.
- ✓ Semi-flexão: flexão de membros inferiores e de pescoço em relação ao tronco.
- ✓ Extensão: extensão de membros superiores, inferiores e do pescoço em relação ao tronco.

Tônus global

Quanto à alteração do tônus, XAVIER (1998) relata que ela se relaciona, muitas vezes, à imaturidade e nem sempre a uma lesão cerebral, devendo a sua normalização ocorrer no processo de hospitalização; HERNANDEZ (1996) chama a atenção para o fato de que grandes alterações do tônus podem significar sinais de estresse, lembrando que o tônus do recém-nascido pré-termo é rebaixado, compatível com sua idade gestacional, e que uma grande variação deste, alerta para uma alteração da sua condição clínica.

Descritores utilizados para o tônus global:

- ✓ Normotonia: leve resistência à movimentação passiva de flexão e extensão.
- ✓ Hipertonia: aumentada resistência à movimentação passiva de flexão e extensão.
- ✓ Hipotonia: diminuída resistência à movimentação passiva de flexão e extensão.

Postura de lábios

A postura dos lábios em repouso deve ser de selamento anterior, vedados e estáveis. Essa estabilidade auxilia na preensão do bico e no vedamento para formação de pressão negativa intraoral (GLASS & WOLF, 1994).

Descritores para 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

A postura da língua, em repouso, deve ser plana com a ponta arredondada, ocupando todo espaço intraoral, pois quando a ponta encontra-se em posição elevada, pressionando o palato, pode interferir na inserção do bico na cavidade oral da criança e seria sinal de uma instabilidade do bebê. Já a retração dificulta a presença do canolamento (depressão central e elevação das bordas laterais), movimento importante na complexa movimentação da língua, no momento da sucção. A hiperextensão do pescoço pode contribuir para a retração da língua e geralmente, está relacionada a períodos em que o bebê necessita de ventilação mecânica. A postura de língua em protrusão leva a uma movimentação pósterio-anterior, o que diminui a efetividade da sucção (GLASS & WOLF, 1994).

Descritores para a postura da língua:

- ✓ Plana: língua ocupa todo espaço intraoral, com ponta arredondada.
- ✓ Elevada: ponta da língua em posição elevada, pressionando contra o palato.
- ✓ Retraída: língua em posição de retração na cavidade oral.
- ✓ Protruída: língua em posição de protrusão na cavidade oral.

Reflexos orais

Como já descrito anteriormente, a elicitação de reflexos orais específicos, durante a alimentação, pode dar ao terapeuta as informações acerca da integralidade e maturidade do sistema neurológico, além da prontidão do bebê em se alimentar por via oral. A presença ou ausência de qualquer reflexo oral é bastante variável e pode estar relacionada ao estado de consciência e nível de fome.

Elegemos quatro reflexos orais, com três descritores cada, sendo reflexo de procura, de sucção, de mordida e de vômito, descritos a seguir:

Reflexo de procura

- ✓ Forte: procura prontamente as regiões periorais estimuladas.
- ✓ Fraco: procura lentamente algumas regiões periorais estimuladas, sendo necessário intensificar o estímulo.
- ✓ Ausente: ausência da resposta.

Reflexo de sucção

- ✓ Presente: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.
- ✓ Presente fraco: leva um tempo para iniciar a sucção da própria mão ou do dedo do avaliador.
- ✓ Ausente: ausência da resposta.

Reflexo de mordida

- ✓ Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador na cavidade oral, com trancamento da mandíbula.
- ✓ Presente exacerbado: responde de forma exacerbada, mantendo o trancamento de mandíbula ao menor estímulo do avaliador.
- ✓ Ausente: ausência de respostas.

Reflexo de vômito

- ✓ Presente: responde ao estímulo da introdução do dedo do avaliador na região posterior da língua.
- ✓ Presente anteriorizado: responde ao estímulo com a simples introdução do dedo do avaliador na cavidade oral.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Teste da sucção não-nutritiva

Como vimos, a sucção não-nutritiva caracteriza-se pelo movimento repetitivo da boca, quando não há ingestão de nutriente, apresentada pelo neonato a partir da 18^a semana de gestação (HARRIS, 1986; GLASS & WOLF, 1994; LEMONS & LEMONS, 1996). O teste da sucção não-nutritiva deve ser feito com dedo enluvado, pois possibilita a melhor avaliação de desempenho nos itens que se seguem.

Movimentação da língua

Durante a sucção, a língua apresenta movimento ântero-posterior, rítmico, de pequena excursão (GLASS & WOLF, 1994). A esse respeito, BU'LOCK et al. (1990) observaram que, na sucção, a língua pode apresentar movimentos anormais, como: incompleto ou ausência do movimento ondulatório, realização de movimentação pósterio-anterior, comprometendo a direção e duração destes movimentos, e a presença de micro-tremores na língua.

Descritores da movimentação da língua:

- ✓ Ântero-posterior: movimento ântero-posterior, rítmico e de pequena excursão, diante do estímulo intraoral.
- ✓ Alterada: movimento incompleto ou pósterio-anterior.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Canolamento da língua

GLASS & WOLF (1994) e IWAYAMA & EISHIMA (1997) definem, que o canolamento da língua ocorre com a elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central e, para ARVEDSON & BRODSKY (1993) e XAVIER (1998), o canolamento está relacionado ao desenvolvimento da linha média em relação à cavidade oral, o que é importante para que o bebê perceba o centro e o local do posicionamento da língua.

Descritores do canolamento da língua:

- ✓ Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Movimento de mandíbula

GLASS & WOLF (1994) descrevem que os movimentos da mandíbula podem interferir no desempenho de sucção do bebê, uma vez que sua função na sucção é a de dar sustentação aos movimentos da língua e ajudar na formação da pressão negativa intraoral (força de sucção). O movimento de mandíbula deve ser rítmico, suave e com pequena excursão, pois interfere, principalmente, no ritmo da sucção. Quando ocorre ampla abertura da mandíbula devido à falta de estabilidade da mesma, ficam diminuídos o contato da língua contra o palato, o selamento labial, a compressão e, conseqüentemente, a eficiência da sucção.

Descritores da movimentação da mandíbula:

- ✓ Adequada: pequena excursão da mandíbula, com movimentação rítmica e suave.
- ✓ Alterada: ampla excursão da mandíbula, com movimentação arrítmica.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Força de sucção

A força da sucção está intimamente relacionada com os movimentos da

língua e da mandíbula. SALCEDO (1997) avaliou a força da sucção nutritiva de forma subjetiva, através da observação de vedamento labial persistente, do movimento de contração das bochechas e da resistência à retirada do bico da cavidade oral.

BU'LOCK et al. (1990) afirmam que, para que haja uma alimentação eficiente, é imprescindível coordenação dos movimentos da língua e da mandíbula, já que ambos produzem compressão positiva (contra o palato) e pressão negativa no momento da sucção. O movimento da língua deve ser repetitivo e rítmico, de modo a produzir a contração de toda musculatura intrínseca.

Dessa forma, definimos como descritores:

- ✓ Forte: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral, observada através do dedo do avaliador e resistência à retirada do mesmo.
- ✓ Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral, observada através do dedo do avaliador e pouca ou nenhuma resistência à retirada do mesmo.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Ritmo de sucção

Para MORRIS & KLEIN (1987), o ritmo é a característica mais consistente na alimentação, durante os três primeiros meses de vida, e sua alteração pode indicar imaturidade inicial ou lesão cerebral.

WOLFF (1968) descreve que, na sucção não-nutritiva com uso de chupeta, o bebê realiza grupos de 6 a 8 sucções para cada pausa respiratória, com frequência de 2 sucções por segundo e com pausa de até 6 segundos entre cada grupo.

Segundo PALMER (1993), o padrão inicial do ritmo da sucção nutritiva deve ser de 5 a 10 sucções para cada pausa e que este vai se incrementando até chegar a um padrão de mais de 10 sucções para cada pausa.

Assim, os descritores da frequência da sucção não-nutritiva são:

- ✓ De 5 a 8 sucções por pausa respiratória.
- ✓ Acima de 8 sucções por pausa respiratória.
- ✓ Menos de 5 sucções por pausa respiratória.

Manutenção do ritmo de sucção

Para que a alimentação do bebê seja eficiente ele deve manter o ritmo de sucção, pois a diminuição deste pode indicar sinal de fadiga (LEMONS & LEMONS, 1996).

O ritmo de sucção tem como descritores:

- ✓ Completo: mantém o ritmo de sucção durante todo o tempo do teste da sucção não-nutritiva.
- ✓ Parcial: mantém o ritmo apenas no início ou no final do teste da sucção não-nutritiva.
- ✓ Ausente: não mantém o ritmo de sucção.

Manutenção do estado alerta

GLASS & WOLF (1994) referem que o bebê deve ser capaz de atingir e manter o estado alerta, indicando como ideal, que ele se mantenha acordado durante toda a alimentação. Entretanto, relatam que alguns bebês são capazes de iniciar a alimentação no estado sono leve.

Assim, utilizamos os seguintes descritores da manutenção do estado alerta:

- ✓ Sim: mantém-se alerta durante todo tempo 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

Os sinais de estresse mostram que o bebê ainda não está apto para se adaptar à condição de alimentação. Segundo ALS (1986), estes sinais podem ocorrer antes, durante ou após a alimentação, sendo, geralmente, respostas comportamentais do sistema autônomo e motor.

Sinais de estresse a serem observados durante a avaliação:

- Variação de tônus
- Variação de postura
- Variação de cor

- Alteração respiratória
- Acúmulo de saliva
- Tremores de língua e ou de mandíbula
- Solução
- Choro

Como descritores dos sinais de estresse, propomos:

- ✓ Ausente: ausência de sinais de estresse.
- ✓ Até 3 sinais de estresse.
- ✓ Mais de 3 sinais de estresse.

Assim, o instrumento de avaliação ficou constituído de 17 itens, com seus respectivos escores de desempenho, conforme Anexo 2, página 89.

4.2 Análise da 1ª validação

Após a devolução dos questionários, analisamos as respostas dos juízes 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 juízes (postura de língua, reflexo de procura e de mordida, movimentação de mandíbula e manutenção do ritmo de sucção por pausa). Assim, fizemos as reformulações conforme as sugestões enviadas e modificamos, também, os seguintes itens: postura global, reflexo de vômito, movimentação da língua e força de sucção, pois mesmo atingindo índice de

concordância superior a 85%, consideramos pertinentes algumas observações feitas pelos juízes. Além disso, decidimos alterar o termo “ritmo de sucção” para “sucções por pausa”.

A seguir, apresentamos as respostas obtidas com a coleta de dados e o índice de concordância de cada definição operacional do guia instrucional, assim como as sugestões emitidas pelos juízes e as respectivas justificativas para aceitá-las ou recusá-las, seguidas de novas definições dos descritores. Essa apresentação obedece à reformulação feita no instrumento de avaliação, segundo as questões contidas no questionário e no guia instrucional.

4.2.1 Questionário de coleta de dados

1 – Os itens da avaliação estão agrupados de forma clara e correta?

Esta questão recebeu concordância de 87%, entretanto acatamos as sugestões dos juízes que não concordaram, devido à pertinência das mesmas.

Dois juízes sugeriram que reformulássemos o protocolo, no sentido de torná-lo mais didático, e então o dividimos nas seguintes categorias: identificação, idade corrigida, estado de organização comportamental, postura oral, reflexos orais e sucção não-nutritiva.

Na identificação, substituímos a data de nascimento por idade pós-natal, e incluímos dados sobre o ganho ponderal diário e a alimentação (sonda nasogástrica ou orogástrica e volume), os quais se encontravam em itens separados.

Criamos uma nova categoria, idade corrigida, cujo item foi quantificado em escores de 0 a 2 e reorganizamos alguns itens já existentes, quais sejam: estado de organização comportamental, constituído pelos itens - estado de consciência, postura e tônus global; postura oral, referente aos itens - postura de lábios e língua; reflexos orais, que continha os itens pertinentes ao reflexo de procura, de sucção, de mordida e de vômito e, por último, sucção não-nutritiva, onde mantivemos os oito itens já existentes.

2 – Existe coerência entre a teoria e a prática?

Esta questão obteve 93% de concordância, apresentando apenas uma discordância. Este juiz justificou que as respostas contidas no instrumento não correspondiam ao que se esperava do comportamento do bebê. Acreditamos que, através do guia instrucional, e com base na literatura e na experiência clínica das pesquisadoras, pudemos esclarecer o que esperar como resposta do bebê, em cada item.

3 – Concorda com os escores atribuídos a cada item do instrumento?

Esta questão apresentou concordância de 87%, e neste caso não aceitamos as sugestões enviadas pelos juízes. Dois deles argumentaram que deveríamos atribuir maior escore (2) ao estado comportamental “sono profundo”, pois, acreditam que o bebê necessita permanecer nesse estado para desenvolver sua maturação. No entanto, entendemos que, durante a

alimentação, o sono profundo dificulta a sucção eficiente, sendo assim não reformulamos a definição.

4 – O instrumento serve de indicador para o início da transição da alimentação gástrica para a via oral?

Esta questão apresentou concordância de 100%, porém três juízes sugeriram que levássemos em consideração 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, criamos uma nova categoria, idade corrigida, e atribuímos escores que variaram de 0 a 2, e que quanto maior a idade gestacional maior o escore.

5 – Há alguma questão a ser acrescentada no instrumento?

Quatro juízes sugeriram que realizássemos a sucção nutritiva para verificarmos a coordenação da sucção-deglutição-respiração, tendo um deles indicado a observação no seio materno. Porém, como a proposta deste instrumento é a avaliação da prontidão do bebê prematuro em iniciar a alimentação oral, a transição da alimentação só seria realizada numa etapa posterior do trabalho, ou seja, no momento da aplicação deste instrumento na prática assistencial.

4.2.2 Guia instrucional

Estado de organização comportamental

Estado de consciência

Com índice de concordância de 87 %, permaneceu então a proposta inicial. As sugestões enviadas referiram a inclusão do estado comportamental “choro”, sugestões estas que não foram acatadas, pois caso o bebê se apresente chorando, ele não seria avaliado porque esse estado influencia negativamente o seu desempenho.

Postura global

Apesar de ter atingido 93% de concordância entre os juízes, este item foi reformulado devido à pertinência da sugestão de um juiz, apontando que a postura global no estado de repouso não é a de flexão do pescoço, e sim em linha mediana em relação ao tronco. Ao formularmos esse guia instrucional, imaginamos essa posição no momento da alimentação, quando a postura deve ser de leve flexão do pescoço em relação ao tronco (GLASS & WOLF, 1994; LEMONS & LEMONS, 1996). Acatamos a sugestão feita, ficando assim as definições:

- ✓ 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

A concordância para este item foi de 93%, porém achamos importante comentar as sugestões enviadas.

Os juízes consideraram que este item deveria ter correspondência com a idade corrigida do bebê, uma vez que esta é que fornecerá uma resposta mais ou menos favorável, estando, portanto, relacionada ao grau de maturidade. Acatamos esta sugestão, ao criarmos a categoria “idade corrigida”.

Outro juiz considerou que, no neonato, a movimentação passiva é de maior resistência à extensão do que à flexão. Acrescentamos esta sugestão nas definições e o item não foi invalidado pelo fato de seu conteúdo não ter sido alterado. Os descritores passaram, então, a ter as seguintes definições:

- ✓ 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

Com concordância de 93%, este item não sofreu alterações. A única sugestão enviada referia-se ao fato de o neonato ser pseudoretrognata e não

possuir vedamento semelhante ao do adulto ou da criança maior, quando se encontra em estado de sono leve. No entanto, através de revisão de literatura, percebemos que o bebê é capaz de manter selamento labial e que essa função é importante para sua estabilidade e na transição para alimentação gástrica para via oral (GLASS & WOLF, 1994; XAVIER, 1995; LEMONS & LEMONS, 1996).

Postura de língua

Observamos concordância de 74% para este item, o que nos fez modificá-lo. Os juízes mencionaram que o termo cavidade oral é muito genérico, sugerindo que elaborássemos uma definição mais precisa.

Dois juízes relataram que muitos bebês apresentam língua protruída, o que não interfere na amamentação e que, por vezes, ela se eleva sem pressionar o palato, principalmente após a mamada. Entretanto, como a avaliação proposta neste trabalho refere-se à avaliação anterior à mamada, consideramos que a posição da língua, antes da mamada, seja plana e com ponta arredondada (GLASS & WOLF, 19994).

Outra sugestão, que fizéssemos maior discriminação entre postura de língua plana e protruída, pois existe uma anteriorização fisiológica da mesma. No entanto, esta anteriorização foi considerada como alteração quando a língua se excede na cavidade oral, ficando sobreposta aos lábios. E com base na argumentação, as definições operacionais, após a reelaboração, ficaram da

seguinte forma:

- ✓ 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

Com índice de concordância de 80%, o item foi reformulado com base nas seguintes sugestões: especificação dos pontos a serem estimulados, quais as respostas esperadas e o tempo de latência para desencadear o reflexo. Acreditamos que esta última sugestão tenha sido contemplada no protocolo inicial, uma vez que esperávamos que o bebê respondesse ao reflexo prontamente ou lentamente, sugerindo uma latência na resposta.

Os descritores ficaram assim definidos:

- ✓ 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

Este item atingiu 100% de concordância, não havendo qualquer sugestão ou comentário dos juízes e, portanto, não sofreu modificação.

Reflexo de mordida

Com 74% de concordância, este item sofreu modificação, tendo em vista as seguintes sugestões: especificação da região da cavidade oral onde o reflexo é desencadeado e o que esperamos como resposta do bebê.

Após a alteração, ficaram assim as definições operacionais:

- ✓ 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

Este item atingiu índice de concordância de 87%, e mesmo assim sofreu modificações devido à pertinência das sugestões enviadas. Um dos juízes sugeriu que especificássemos os pontos a serem estimulados e as respostas esperadas e um outro referiu que esse mesmo item deveria avaliar apenas a presença ou ausência do reflexo. Entretanto, destacamos a importância de avaliarmos a presença do reflexo exacerbado ou anteriorizado, já que sua presença exacerbada ou anteriorizada pode interferir na eficiência da alimentação oral.

Dessa forma, os descritores ficaram assim definidos:

- ✓ 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, quando este atinge a região anterior da língua.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Sucção não-nutritiva

Movimentação da língua

Mesmo com um índice de concordância de 87% realizamos modificações no item devido à pertinência das sugestões de dois juízes, quanto

à inclusão de uma definição mais objetiva do que esperamos como resposta do bebê nessa situação.

Ficaram assim as definições operacionais após a reformulação:

- ✓ Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.
- ✓ Alterada: movimento pósterio-anterior e incoordenado diante do estímulo intraoral.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Canolamento da língua

Como obteve 100% de concordância, este item não sofreu modificação.

Movimento de mandíbula

Com apenas 74% de concordância, este item foi alterado, pois sugeriram que considerássemos na movimentação alterada, tanto a excursão ampla, quanto arrítmica e/ou trancamento da mandíbula.

As definições operacionais após a alteração, ficaram assim:

- ✓ Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com movimentação rítmica e suave.
- ✓ Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com movimentação arrítmica e/ou trancamento da mesma.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Força de sucção

Mesmo tendo atingido 97% de concordância, fizemos modificações considerando a não-utilização de termos subjetivos na avaliação, conforme as sugestões.

Os descritores ficaram definidos da seguinte forma:

- ✓ 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

Este item apresentou 97% de concordância de modo que não sofreu alteração, apenas modificamos seu nome de ritmo de sucção para sucções por pausa, pois sugeriram que definíssemos ritmo, que considerássemos o número de sucções por pausa, e também que determinássemos a quantidade média de sucções por pausa, uma vez que o número de sucções poderia variar no momento da avaliação. Sendo assim, consideramos oportuno classificar este parâmetro utilizando a média obtida em três grupos de sucção/pausa.

Como a alteração de nome não implica em mudança de conteúdo dos descritores, estes permaneceram como na proposta inicial.

Manutenção do ritmo de sucção

Este item atingiu índice de concordância de 80% porque três juízes ficaram em dúvida quanto ao tempo de duração do teste. Para elucidar tal questão, propusemos que o teste da sucção não-nutritiva fosse realizado durante 2 minutos, como protagonizam CASE-SMITH (1988) e CASE-SMITH et al. (1989). Para classificação desse parâmetro, propusemos utilizar o número de sucções/pausa obtido em três grupos de sucção/pausa para verificar se ocorreu variação desse número entre os intervalos previstos.

Diante disso, as definições operacionais foram modificadas, ficando da seguinte maneira:

- ✓ Rítmico: mantém o número de sucções por pausa previsto em um mesmo intervalo (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- ✓ Arrítmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- ✓ Ausente: ausência de sucção.

Manutenção do estado alerta

Este item obteve 100% de concordância entre os juízes e não sofreu modificação.

Sinais de estresse

Mesmo obtendo 100% de concordância, acrescentamos ao item alguns sinais de estresse, pois recebemos sugestões para monitorar a frequência cardíaca e respiratória e a saturação de oxigênio. Entretanto, reafirmamos que a proposta deste instrumento é ser factível no cotidiano, uma vez que muitos serviços não dispõem desse aparato tecnológico em quantidade suficiente para atender a essa nova demanda.

Para contemplar as sugestões, incluímos mais três sinais clínicos relacionados às alterações cárdio-respiratória, a saber: batimento de asa nasal, tiragem e apnéia.

4.3 Análise da 2ª validação

Nessa etapa do trabalho, enviamos aos juízes, para segunda validação, a nova carta convite, o instrumento de avaliação reformulado e o guia instrucional contendo somente as definições operacionais que sofreram reformulações, com exceção do item sucções por pausa, por entendermos que as mudanças realizadas nele não refletiam no seu conteúdo (Anexo 3).

Nessa fase, enviamos 15 questionários e apenas um juiz não o devolveu. Ao analisarmos as respostas recebidas percebemos que a maioria dos itens obteve concordância, porém consideramos oportuno comentar as sugestões, item por item.

Idade corrigida*

Este item atingiu índice de concordância de 93% entre os juízes e não sofreu modificação, porém um deles sugeriu que o mesmo tivesse apenas caráter informativo. Os descritores ficaram assim:

- ✓ Menor ou igual a 32 semanas.**
- ✓ Entre 32 a 34 semanas.**
- ✓ Maior que 34 semanas.**

* Idade corrigida segundo método de avaliação Capurro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

** Parâmetros definidos tendo por base os autores Meier et al. (1987) e Lemons & Lemons (1996).

Estado de organização comportamental

Postura global

Com a reformulação, o índice de concordância neste item passou de 93 para 100%. No entanto, um juiz sugeriu que definíssemos o que era extensão e flexão de membros, mas diante do índice obtido o mantivemos sem modificações.

Postura oral

Postura de língua

O índice de concordância entre os juízes passou de 74 para 86% após a reformulação deste item, tendo dois juízes reafirmado o comentário feito na 1ª validação, de que, no neonato, o esperado é que a postura da língua seja de protrusão na cavidade oral. Entretanto, na proposta deste instrumento de

avaliação, definimos como protrusão da língua uma posição de anteriorização desta, de tal forma que ela se posicione fora da cavidade oral, sobreposta entre os lábios, o que não é esperado. As definições operacionais ficaram mantidas.

Reflexos orais

Reflexo de procura

Após a reformulação, o índice de concordância deste item passou de 80 para 100% e os juízes não apresentaram qualquer sugestão ou comentário.

Reflexo de mordida

Com a reformulação do item, o índice de concordância passou de 74 para 93%. Um juiz julgou que deveríamos considerar a resposta presente fraco; no entanto, agrupamos as respostas procurando simplificar a observação a fim de tornar o instrumento de avaliação o menos complexo possível, no uso cotidiano. Assim, mantivemos as definições anteriores.

Reflexo de vômito

Após a reformulação, o índice de concordância entre os juízes foi de 87 para 93%, tendo dois juízes referido controvérsias entre os autores sobre a região onde se elicia o reflexo de vômito, e que em alguns bebês o reflexo é eliciado na região médio-anterior e, em outros na região médio-posterior. Diante do índice de concordância obtido, consideramos oportuno manter os

mesmos descritores. Neste item acatamos apenas uma sugestão, quanto à mudança da redação na resposta presente anteriorizado, por não comprometer o conteúdo.

- ✓ Presente anteriorizado: responde com náuseas ou vômito mediante estímulo na região anterior da língua.

Sucção não-nutritiva

Movimentação da língua

A reformulação dos descritores aumentou o índice de concordância entre os juízes, que passou de 90 para 94%, tendo um deles alertado para a utilização dos termos coordenado e incoordenado, sem apresentar qualquer sugestão de mudanças. Sendo assim, mantivemos as mesmas respostas.

Movimentação de mandíbula

O índice de concordância entre os juízes passou de 74 para 93%, após a reformulação, tendo um juiz relatado que, em sua prática cotidiana, percebe que a excursão reduzida da mandíbula compromete a eficiência da sucção. Entretanto, como foi um comentário isolado, optamos por manter as mesmas definições.

Força de sucção

A reformulação dos descritores diminuiu o índice de concordância entre os juízes, que passou de 97 para 93%. Entretanto, acreditamos não ser esta diminuição significativa, pois apenas um juiz não concordou com a proposta tanto na 1ª como na 2ª etapa e, como vimos que o número de juízes diminuiu de uma etapa para outra, esta diminuição refletiu também na porcentagem.

Um juiz incluiu a resposta força moderada, no entanto consideramos mais adequado não incluí-la a fim de evitar a subjetividade na avaliação e também porque o item obteve o índice de concordância desejado. Assim, as definições anteriores foram mantidas.

Manutenção do ritmo de sucção por pausa

Após a reformulação, o índice de concordância deste item passou de 80 para 100% e os juízes não apresentaram qualquer sugestão ou comentário sobre ele.

Sintetizando os resultados obtidos acerca dos índices de concordância entre os juizes, na primeira e segunda etapa de validação, apresentamos o quadro que se segue:

Quadro 1 - Índices de concordância obtidos entre os juízes na 1ª e 2ª etapas de validação da aparência e conteúdo de um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar alimentação oral.

ITENS AVALIADOS	1ª ETAPA (%) n = 15	2ª ETAPA (%) n = 14
INSTRUMENTO		
Agrupamento claro e correto dos itens	87	-
Coerência entre teoria e prática	93	-
Adequacidade dos escores atribuídos a cada item	87	-
Atendimento à finalidade proposta	100	-
GUIA INSTRUCIONAL		
IDADE CORRIGIDA	-	93
ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL		
Estado de consciência	87	-
Postura global	93*	100
Tônus global	93	-
POSTURA ORAL		
Postura de lábios	93	-
Postura de língua	74	86
REFLEXOS ORAIS		
Reflexo de procura	80	100
Reflexo de sucção	100	-
Reflexo de mordida	74	93
Reflexo de vômito	87*	93
SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA		
Movimentação da língua	87*	93
Canolamento da língua	100	-
Movimentação da mandíbula	74	93
Força de sucção	97*	93
Sucções por pausa	97	-
Manutenção do ritmo sucções por pausa	80	100
Manutenção do estado de alerta	100	-
Sinais de estresse	100	

* Itens reformulados, apesar do índice de concordância maior que 85% na 1ª etapa.

Constatamos que todos os aspectos referentes à validação de conteúdo e aparência do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro em iniciar a alimentação por via oral foram analisados pelos juízes na primeira etapa, obtendo índice de concordância acima de 85%.

Quanto à validação do guia instrucional, oito itens foram validados na primeira etapa, obtendo concordância superior a 85%, tendo o novo item idade

corrigida atingido índice de concordância esperado na segunda etapa de validação.

Dos quatro itens reformulados, mesmo tendo estes atingido concordância acima de 85% na primeira etapa, três tiveram seus índices aumentados, exceto o item força de sucção, conforme comentado anteriormente.

Outros cinco itens do guia instrucional não obtiveram concordância maior que 85% na primeira etapa, mas após as reformulações, atingiram o índice estabelecido.

4.4 Proposta final do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro iniciar alimentação por via oral e do guia instrucional.

Após acatarmos as sugestões dos juízes, tanto o instrumento de avaliação do prematuro em iniciar alimentação por via oral, como o respectivo guia instrucional, foram validados em sua aparência e conteúdo e finalmente, adquiriram a seguinte forma:

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

Identificação:

Nome: _____ N° Pront: _____
 Data: __/__/__ Horário: _____
 Idade pós natal: _____ Idade corrigida: _____ Peso: _____
 Alimentação: () S.N.G. () S.O.G. Vol: _____ Ganho ponderal diário: _____

Idade Corrigida

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

* Idade corrigida segundo método de avaliação Capurro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

Estado de Organização Comportamental

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

Postura Oral

Postura de lábios (2) 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 (s/p)	(2) 5 a 8s/p	(1) >8/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo s/p	(2) rítmico	(1) arrítmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de estresse	(2) ausência	(1) até 3	(0) mais de 3
Varição de tônus		() ausente	() presente
Varição de postura		() ausente	() presente
Varição de coloração da pele		() ausente	() presente
Batimento de asa nasal		() ausente	() presente
Tiragem		() ausente	() presente
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 2 minutos

Escore: _____

Escore máximo: 36

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 segundo método de avaliação Capurro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

** Parâmetros definidos tendo por base os autores Meier et al. (1987) e Lemons & Lemons (1996).

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 a 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.

SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA

Movimentação da língua

- ✓ Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.
- ✓ 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 a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.
- ✓ Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral encontrando pouca ou nenhuma resistência a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Sucções por pausa***

- ✓ De 5 a 8 sucções por pausa respiratória.
- ✓ Acima de 8 sucções por pausa respiratória.
- ✓ Menos de 5 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 prevista em um mesmo intervalo (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- ✓ Arritmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 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 3 sinais de estresse.
- ✓ Mais de 3 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
- Apnéia
- Acúmulo de saliva
- Tremores de língua e ou mandíbula
- Soluço
- Choro

Como já referido, observamos que a Fonoaudiologia tem dificuldade em sistematizar uma avaliação objetiva do comportamento de sucção do bebê e seu desempenho na transição da alimentação láctea, por sonda, para a via oral. Atualmente os serviços de saúde, de forma geral, se apóiam numa avaliação na qual se descreve o comportamento de sucção, baseado na observação da sucção não-nutritiva, o que não tem sido um indicador preciso para a equipe iniciar essa transição.

Nesse sentido, o presente trabalho vem contribuir visando sistematizar e objetivar essa avaliação e para tanto, elaboramos um instrumento e seu respectivo guia instrucional, com base na revisão de literatura e na experiência profissional das pesquisadoras. Cabe ressaltar que a sucção não é enfatizada de forma isolada e desconectada do desenvolvimento global, pois consideramos o conjunto do desenvolvimento do bebê, desde sua idade gestacional até a capacidade para se manter acordado.

A metodologia utilizada foi adequada ao propósito do estudo, sendo a validação de aparência e conteúdo do instrumento e o guia instrucional feita por juízes, fonoaudiólogos, com ampla experiência na área de Neonatologia. Participaram da primeira etapa 15 profissionais e 14 na segunda, até atingir índice de concordância acima de 85% entre os juízes em todos os itens. Assim, no presente estudo, a última versão deste instrumento foi validada em sua aparência e conteúdo, bem como seu guia instrucional.

A maioria dos juízes relatou que esta foi uma importante iniciativa para sistematizar e padronizar a assistência a estes bebês, tentando eliminar a subjetividade dessa avaliação e auxiliar a equipe através da apresentação de um indicador mais preciso para início da transição da alimentação.

Para maior divulgação do instrumental validado, especialmente entre os serviços de saúde neonatais que assistem a esse segmento populacional, pretendemos confeccionar material didático-instrucional contendo o instrumento de avaliação e respectivo guia instrucional. Tal proposta poderá contribuir na elaboração de um protocolo de intervenção, pois somente através da aplicação deste instrumento que poderemos estabelecer notas de corte, ou seja, uma nota mínima que indique as condições para o início da transição da alimentação por sonda para via oral.

De acordo com POLIT & HUNGLER (1995), validade é o grau em que um instrumento realmente mede aquilo que foi concebido para medir. Dessa forma, entendemos que o instrumento proposto foi adequado em sua aparência e conteúdo, mas somente estará totalmente validado se for aplicado na prática clínica, mostrando, assim, que realmente possui indicadores precisos acerca da prontidão do bebê prematuro para iniciar a alimentação oral.

Acreditamos na necessidade de pesquisas futuras para continuidade deste estudo, visando sua validação através da aplicação do instrumento na prática clínica, etapa que as pesquisadoras pretendem desenvolver posteriormente.

ANEXO 1

ANEXO 2

Carta-convite 1ª validação

Cara colega Fonoaudióloga

Eu, Cristina Ide Fujinaga, fonoaudióloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, convido-a a participar como juiz de minha pesquisa intitulada “Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação”. Destaco a relevância de sua contribuição profissional e, caso concorde em participar, solicito que assine o termo de consentimento (1).

Estou lhe enviando o instrumento (2) a fim de ser validado em sua aparência e conteúdo. Segue, também, o guia instrucional (3) com as definições dos descritores contidos neste instrumento. Caso não haja concordância entre os juízes em algum item, o mesmo será reelaborado, a partir das sugestões, e reencaminhado para nova validação de conteúdo.

Cabe ressaltar que as respostas foram agrupadas de forma a simplificar e a facilitar a observação, uma vez que a proposta é tornar o instrumento de fácil aplicação e de uso factível no cotidiano clínico. Posteriormente, pretendo realizar a validação clínica do mesmo, através de sua aplicação e teste de confiabilidade.

Este instrumento foi planejado para bebês que estejam clinicamente estáveis e com ganho ponderal diário de, no mínimo, 10 gramas e balanço calórico de, no mínimo, 100 calorias/kg/dia, com ausência de deformidades faciais, distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrintestinais e neurológicos ou síndromes que impeçam ou dificultem a alimentação oral.

Solicito que preencha o guia instrucional (3) e o questionário (4), complementado suas respostas no verso, caso seja necessário, com sugestões de bibliografia. Peço o favor de enviar todo o material pelo correio no envelope com postagem que segue junto à documentação, com preenchimento de endereço para correspondência.

Certa de contar com sua colaboração e de que é através do trabalho conjunto que contribuiremos para o crescimento da Fonoaudiologia e para o aprimoramento da assistência alimentar aos pequenos prematuros, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos. Agradeço antecipadamente e aguardo retorno do material até o dia 07 de agosto de 2001.

Atenciosamente

Cristina Ide Fujinaga

Rua Albert Einstein, 1075 apto 14 Jd. Antártica CEP14051110
Ribeirão Preto/SP Fone: (16) 630 7705 E-mail: craside@bol.com.br

Termo de consentimento

Eu, _____,
declaro estar de acordo em participar como juiz da pesquisa intitulada
“Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de
um instrumento de avaliação”. A finalidade de minha participação é
validar o conteúdo e aparência desse instrumento, através do
preenchimento de um questionário pré-elaborado.

Declaro estar ciente de que esta pesquisa não oferece riscos ou
desconfortos à minha pessoa e que meu sigilo e privacidade serão
mantidos.

Declaro, ainda, estar livre para me recusar a participar ou retirar
meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou
prejuízo.

_____, aos ____ de _____ de 2001.

**Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início
da alimentação oral
1ª validação**

Identificação:

Nome: _____ N° Pront: _____
 Nascimento: __/__/__ Data atual: __/__/__ Horário: _____
 Idade atual: _____ Idade corrigida: _____ Peso: _____

Alimentação

() S.N.G. () S.O.G. Volume: _____ Ganho ponderal diário: _____

Estado de Organização Comportamental

Estado de consciência (2) alerta (1) sonolento (0) sono profundo
 Postura global (2) flexão (1) semiflexão (0) extensão
 Tônus global (2) normotonia (0) hipertonia (0) hipotonia
 Postura lábios (2) vedados (1) entreabertos (0) abertos
 Postura língua (2) plana (0) elevada (0) retraída (0) protruída
 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

Escore: _____

Teste da Sucção Não-Nutritiva

Movimentação da língua (2) ântero-posterior (1) alterada (0) ausente
 Canolamento de língua (2) presente (0) ausente
 Movimentação da mandíbula (2) adequada (1) alterada (0) ausente
 Força de sucção (2) forte (1) fraca (0) ausente
 Ritmo da sucção (2) 5a8s/1p (1) >8/1p (0) <5s/1p
 Manutenção do ritmo (2) completo (1) parcial (0) ausente
 Manutenção do estado alerta (2) sim (1) parcial (0) não
 Sinais de estresse (2) ausência (1) até 3 (0) mais de 3
 Variação de tônus () ausente () presente
 Variação de postura () ausente () presente
 Variação de cor () ausente () presente
 Alteração respiratória () ausente () presente
 Acúmulo de saliva () ausente () presente
 Tremores de língua ou mandíbula () ausente () presente
 Soluço () ausente () presente
 Choro () ausente () presente

Escore: _____

Escore Total: _____

Escore máximo: 34

Guia instrucional

1ª validação

ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL

a – Estado de consciência

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

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

b – Postura global

- ✓ Flexão: flexão de membros superiores, inferiores e do pescoço em relação ao tronco.
- ✓ Semi-flexão: flexão de membros inferiores e de pescoço em relação ao tronco.
- ✓ Extensão: extensão de membros superiores, inferiores e do pescoço em relação ao tronco.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

c – Tônus global

- ✓ Normotonia: leve resistência a movimentação passiva de flexão e extensão.
- ✓ Hipertonia: resistência aumentada a movimentação passiva de flexão e extensão.
- ✓ Hipotonia resistência diminuída a movimentação passiva de flexão e extensão.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

d - Postura de lábios

- ✓ Vedados: lábio superior e inferior justapostos.
- ✓ Entreabertos: lábio superior e inferior parcialmente separados.
- ✓ Abertos: lábio inferior e superior totalmente separados.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

e – Postura de língua

- ✓ Plana: língua ocupa todo espaço intraoral, 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.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

f - Reflexos orais

f.1 - Reflexo de procura

- ✓ Forte: procura prontamente as regiões periorais estimuladas.
- ✓ Fraco: procura lentamente algumas regiões periorais estimuladas, sendo necessário intensificar o estímulo.
- ✓ Ausente: ausência da resposta.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

f.2 - Reflexo de sucção

- ✓ Presente: suga prontamente a própria mão ou o dedo enluvado do avaliador.
- ✓ Presente fraco: leva um tempo para iniciar a sucção da própria mão ou o dedo do avaliador.
- ✓ Ausente: ausência da resposta.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

f.3 - Reflexo de mordida

- ✓ Presente: responde ao estímulo do dedo do examinador na cavidade oral, com trancamento da mandíbula.
- ✓ Presente exacerbado: responde de forma exacerbada, mantendo o trancamento de mandíbula ao menor estímulo do avaliador.
- ✓ Ausente: ausência de respostas.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

f.4 - Reflexo de vômito

- ✓ Presente: responde ao estímulo da introdução do dedo do avaliador na região posterior da língua.
- ✓ Presente anteriorizado: responde ao estímulo com a simples introdução do dedo do avaliador na cavidade oral.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

TESTE DA SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA

a – Movimentação da língua

- ✓ Ântero-posterior: movimento ântero-posterior, rítmico e de pequena excursão diante do estímulo intraoral.
- ✓ Alterada: movimento incompleto ou póstero-anterior.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

b – Canolamento da língua

- ✓ Presente: elevação das bordas laterais e presença de sulco na região central da língua.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Concorda? Sim ()
Não () Sugestões: _____

c - Movimento de mandíbula

- ✓ Adequada: pequena excursão da mandíbula, com movimentação rítmica e suave.
- ✓ Alterada: ampla excursão da mandíbula, com movimentação arrítmica.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Concorda? Sim ()
Não () Sugestões: _____

d – Força de sucção

- ✓ Forte: forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral observada através do dedo do avaliador e resistência a retirada do mesmo.
- ✓ Fraca: fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral observada através do dedo do avaliador e pouca ou nenhuma resistência a retirada do mesmo.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Concorda? Sim ()
Não () Sugestões: _____

e – Ritmo de sucção*

- ✓ De 5 a 8 sucções por pausa respiratória.
- ✓ Acima de 8 sucções por pausa respiratória.
- ✓ Menos de 5 sucções por pausa respiratória.

Concorda? Sim ()
Não () Sugestões: _____

* Parâmetros definidos tendo por base os autores WOLFF (1968) e PALMER (1993) e experiência profissional da pesquisadora

f – Manutenção do ritmo de sucção

- ✓ Completo: mantém o ritmo de sucção o durante todo o tempo do teste da sucção não-nutritiva.

- ✓ Parcial: mantém o ritmo apenas no início ou no final do teste da sucção não-nutritiva.
- ✓ Ausente: não mantém o ritmo de sucção.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

g – 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.

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

h – Sinais de estresse

- ✓ Ausente: ausência de sinais de estresse.
- ✓ Até 3 sinais de estresse.
- ✓ Mais de 3 sinais de estresse.

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

- Variação de tônus
- Variação de postura
- Variação de cor
- Alteração respiratória
- Acúmulo de saliva
- Tremores de língua e ou mandíbula
- Soluço
- Choro

Concorda? Sim ()

Não () Sugestões: _____

ANEXO 3**Carta-convite
2ª validação**

Cara colega Fonoaudióloga

Eu, Cristina Ide Fujinaga, convido-a a colaborar mais uma vez como juiz de minha pesquisa intitulada “Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação”. Destaco a relevância de sua contribuição profissional, uma vez que a validação de conteúdo e aparência proposta nesse trabalho necessitam da análise de fonoaudiólogos, que como você, atuam na assistência à alimentação de recém-nascidos prematuros. Ressalto que o termo de compromisso já foi assinado no primeiro momento e que sua participação será responder as perguntas que seguirão anexas. A aplicação clínica e teste de confiabilidade do instrumento serão por mim efetuadas, num momento posterior, onde aplicarei o instrumento e acompanharei a transição da alimentação oral no seio materno. Segue o instrumento já reestruturado, conforme as sugestões recebidas.

Os itens postura de língua, reflexo de procura e mordida, movimentação de mandíbula e manutenção do ritmo de sucção por pausa necessitam nova validação, já que não atingiram a meta de concordância de 85% entre os juízes. Modificamos também outros itens, apesar de terem atingido grau de concordância superior a 85%, devido à pertinência das sugestões enviadas (postura global, reflexo de vômito, movimentação da língua e força de sucção). Dessa forma, solicito que todas as definições operacionais sejam reavaliadas (3).

Cabe ressaltar que as respostas foram agrupadas de forma a simplificar a observação, uma vez que a proposta é tornar o instrumento de fácil aplicação no cotidiano clínico. Este instrumento foi planejado para bebês que estejam clinicamente estáveis e com ganho ponderal diário de, no mínimo, 10 gramas e balanço calórico de, no mínimo, 100 calorias/kg/dia, com ausência de deformidades faciais, distúrbios respiratórios, cardiovasculares, gastrintestinais e neurológicos ou síndromes que impeçam ou dificultem a alimentação oral. A aplicação do instrumento ocorrerá no horário da alimentação, antes que esta seja iniciada e a avaliação da sucção não-nutritiva, com duração de 2 minutos, seguirá os trabalhos de CASE-SMITH J., 1988 e CASE-SMITH J. et al., 1989. O bebê que estiver chorando no início da avaliação não será avaliado, uma vez que o choro pode representar um sinal de estresse e comprometer seu desempenho.

Peço o favor de enviar todo o material pelo correio no envelope com postagem que segue junto à documentação enviada, até o dia **10 de setembro de 2001**.

Certa de que posso contar com sua colaboração e de que através do trabalho conjunto contribuiremos para o crescimento da Fonoaudiologia e para o aprimoramento da assistência alimentar aos pequenos prematuros, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos e agradeço antecipadamente sua atenção.

Atenciosamente

Cristina Ide Fujinaga

Rua Albert Einstein, 1075 apto 14 Jd. Antártica CEP14051110
Ribeirão Preto/SP Fone: (16) 630 7705 E-mail: craside@bol.com.br

Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral 2ª validação

Identificação:

Nome: _____ N° Pront: _____

Data: __/__/__ Horário: _____

Idade pós natal: _____ Idade corrigida: _____

Peso: _____

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

Ganho ponderal diário: _____

Idade Corrigida

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

* Idade corrigida segundo método de avaliação Capurro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

Estado de Organização Comportamental

Estado de consciência (2) alerta (1) sono leve (0) sono profundo

Postura global (2) flexão (1) semiflexão (0) extensão

Tônus global (2) normotonia (0) hipertonia (0) hipotonia

Postura Oral

Postura lábios (2) vedados (1) entreabertos (0) abertos

Postura 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 (s/p) (2) 5a8s/p (1) >8/p (0) <5s/p

Manutenção do ritmo s/p (2) rítmico (1) arrítmico (0) ausente

Manutenção do estado alerta (2) sim (1) parcial (0) não

Sinais de estresse (2) ausência (1) até 3 (0) mais de 3

Variação de tônus () ausente () presente

Variação de postura () ausente () presente

Variação 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 2 minutos

Escore: _____

Escore máximo: 36

Guia Instrucional 2ª validação

IDADE CORRIGIDA*

- ✓ Menor ou igual a 32 semanas.**
- ✓ Entre 32 a 34 semanas.**
- ✓ Maior que 34 semanas.**

* Idade corrigida segundo método de avaliação Capurro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

** Parâmetros definidos tendo por base os autores Meier et al. (1987) e Lemons & Lemons (1996).

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

ESTADO DE ORGANIZAÇÃO COMPORTAMENTAL

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.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

POSTURA ORAL

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.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

REFLEXOS ORAIS

Reflexo de procura

- ✓ Forte: mediante o estímulo dos 4 pontos cardeais na região perioral, procura imediatamente a região estimulada, direcionando a cabeça ao estímulo e abrindo a boca.

- ✓ Fraco: mediante o estímulo dos 4 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.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

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.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

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.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

SUCÇÃO NÃO-NUTRITIVA

Movimentação da língua

- ✓ Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado da língua diante do estímulo intraoral.
- ✓ Alterada: movimento ou póstero-anterior e incoordenado diante do estímulo intraoral .
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

Movimentação de mandíbula

- ✓ Adequada: reduzida excursão da mandíbula, com movimentação rítmica e suave.
- ✓ Alterada: ampla excursão da mandíbula e/ou com movimentação arrítmica e/ou trancamento da mesma.
- ✓ Ausente: ausência de movimentação.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

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 a retirada do dedo do avaliador da cavidade oral.
- ✓ Ausente: ausência de resposta.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

Manutenção do ritmo de sucção por pausa*

- ✓ Rítmico: mantém o número de sucções por pausa prevista em um mesmo intervalo (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- ✓ Arrítmico: altera o número de sucções por pausa entre os intervalos (menor que 5, entre 5 a 8 ou maior que 8 sucções por pausa).
- ✓ Ausente: ausência de sucção.

Concorda? Sim ()
Não ()

Sugestões: _____

* Para classificar este parâmetro deve-se utilizar o número de sucções/pausa obtido em 3 grupos de sucção/pausa e verificar se ocorreu variação deste número entre os intervalos previstos.

ALBERMAN, E.; EVANS, S.J.W. A epidemiologia da prematuridade: etiologia, frequência e prognóstico. **Anais Nestlé**, v.44, p.5-24, 1992.

ALMEIDA, L.E.A.; BARBIERI, M.A.; GOMES, U.A.; REIS, P.M.; CHIARATTI, T.M.; VASCONCELOS, V.; BETTIOL, E. Peso ao nascer, classe social e mortalidade infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Caderno Saúde Pública**, v.8, n.2, p.190-8, 1992.

ALS, H. A synactive model of neonatal behavior organization: frameworks for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. **Physical and Occupational Therapy Pediatrics**, v.6, p.3-54, 1986.

ANDRADE, C.F. de. Ações fonoaudiológicas na Saúde Materno-Infantil. In: ANDRADE, C.F. de. Org. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo: Lovise, 1996. p.25-42

ARVEDSON, J.C.; BRODSKY, L. **Pediatric swallowing and feeding assesment ang development**. San Diego: California, Singular, 1993.

BEREZIN, A.; RODRIGUES, F.P.M.; GALLACI, C.B.; SOARES, C.X.; GUEDES, M.L.S. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não nutritiva e interação mãe recém-nascido: avaliação e ganho ponderal. **Revista Paulista Pediátrica**, v.11, n.2, p.178-81, jun. 1993.

BERNARDIS, K.C.; MARCHI, S.O.N. Sucção não-nutritiva em recém-nascidos a termo e pré-termo: um estudo descritivo comparativo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v.10, n. 2, p.8-15, 1998.

BERNBAUM, J.C.; PEREIRA, G.R.; WATKINS, J.B.; PECKHAM, J.G. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. **Pediatrics**, v.71, n.1, p.41-5, 1983.

BLAYMORE-BIER, J. PEZZULLO, J.; KIM, E.; Oh, W.; GARCIA-COLL, C.; VOHR, B.R. Outcome of extremely low-birth-weight infants: 1980-1990. **Acta Paediatrica**, v. 83, n.12, p.1244-8, 1994.

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BU'LOCK, F.; WOOLRIDGE, M.W.; BAUM, J.D. Development of co-ordination of suckling, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v.32, p.669-78, 1990.

CASE-SMITH, J. An efficacy study of occupation therapy with high-risk neonates. **American Journal Occupational Therapy**, v.42, n.8, p.499-506, Aug. 1988.

CASE-SMITH, J.; COOPER, P.; SCALA, V. Feeding efficiency of premature neonates. **American Journal Occupational Therapy**, v.43, n.4, p.245-50, Apr. 1989.

CASSIANI, S.H. de B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validade e confiabilidade**, 1987. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FELDMAN, R.; EIDELMAN, A.I. Intervention programs for premature infants. **Clinics in Perinatology**, v.25, n.3, p.613-26, Sep. 1998.

FIELD, T.I.E.; IGNATOFF, E.; STRINGER, S.; BRENNAN, J.; GREENBERG, R.; WILDMAYER, S.; ANDERSON, G.C. Nonnutritive sucking during tube feedings: effects on preterm neonates in an intensive care unit. **Pediatrics**, v.70, n.3, p.381-4, Sep. 1982.

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

GAEBLER, C.P.; HANZLIK, J.R. The effects of a prefeeding stimulation program on preterm infants. **American Journal Occupational Therapy**, v.50, n.3, p.184-92, Mar. 1996.

GLASS, R.P.; WOLF, L.S. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. **American Journal Occupational Therapy**, v.48, n.6, p.514-26, Jun. 1994.

GRANT, J.S.; KINNEY, M.R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nursing Diagnosis**, v.2, n.4, p.181-5, 1991.

HACK, M.; ESTABROOK, M.M.; ROBERTSON, S.S. Development of sucking rhythm in preterm infants. **Early Human Development**, v.11, p.133-40, 1985.

HAFSTRÖM, M.; KJELLMER, I. Non-nutritive sucking in the healthy pre-term infant. **Early Human Development**, n.60, p.13-24, 2000.

HARRIS, M.B. Oral-motor management of the high-risk neonate. **Physical Occupation Therapy Pediatrics**, v.6, n.3/4, p. 231-81, 1986.

HERNANDEZ, A.M. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: ANDRADE, C.F. de. Org. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**. São Paulo: Lovise, 1996. p.43-94.

_____. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: HERNANDEZ, A.M.; MARCHESAN, I. Org. **Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar**. São Paulo: Revinter, 2001. p.1-37

IWAYAMA, K.; EISHIMA, M. Neonatal sucking behavior and its development until 14 months. **Early Human Development**, v.47, n.1, p. 1-9, 1997

LAU, C.; ALAGUGURUSAMY, R.; SCHANLER, R.J. SMITH, E.O.; SHULMAN, R.J. Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. **Acta Paediatric**, v.89, n.7, p.846-52, 2001.

LAU, C.; KUSNIERCZYK, I. Quantitative evaluation of infant's nonnutritive and nutritive sucking. **Dysphagia**, v.16, n.1, p.58-67, 2001.

LEMONS, P.K.; LEMONS, J.A. Transition to breast/bottle feedings the premature infant. **Journal American College Nutrition**, v.15, n.2, p.126-35, 1996.

LEONE, C.; ALCÂNTARA, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica**. 8.ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p.26-34.

LEWIS, D.R. **A prática do fonoaudiólogo em serviços de atenção primária à saúde em São Paulo: um estudo de representações sociais**, 1996. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LOTT, J.W. Developmental care of the preterm infant. **Neonatal Network**, v.7, p.21-8, 1989.

McCAIN, G.C. Facilitain inactive awake states in preterm infants: a study of three interventions. **Nursing Research**, v.41, n.3, p.157-160, May-Jun.1992.

_____. Promotion of preterm infant nipple feeding with nonnutritive sucking. **Journal Pediatric Nursing**, v.10, n.1, p.3-8, Feb. 1995.

McCORMICK, C. M. et al. Hospitalization of very low birth weight to infant mortality and chidhood mortality. **New England Journal Medicine**, v.312, n.2, p. 85-90, 1985.

MEDOFF-COOPER, B.; RAY, W. Neonatal sucking behaviors. **IMAGE: Journal Nursing Scholarship**, v.27, n.3, p.195-200, Fall 1995.

MEIER, P.; ANDERSON, G.C. Responses of small preterm infants to bottle-and breast-feeding. **MCN American Journal Maternal Children Nursing**, v.12, n.2, p.97-105, 1987.

MORRIS S.E.; KLEIN, M.D. **Pre feeding skills** – a comprehensive resource for feeding development. Tucson: Therapy Skill Builders, 1987.

NYQVIST, K.H.; SJÖDÉN, P.O.; EWALD,U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. **Early Human Development**, v.55, p.247-64, 1999.

O'RAHILLY, R.; MÜLLER, F. **Developmental stages in human embryos**. Washington, D.C.: Carnegie Institution of Washington: 1987. p.223-36.

O'CALLAGHAN, M.J.; BURNS, Y.; GRAY, P.; HARVEY, J.M.; MOHAY, H.I.; ROGERS, Y.; TUDEHOPE, D.I. Extremely low birth weight and control infants at 2 years corrected age: a comparison of intellectual abilities, motor performance, growth and health. **Early Human Development**, v. 40, n.2, p. 115-25, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. **Análises de indicadores básicos**. Washington, 1988. (Publicación Científica, 14).

PALMER, M.M. Identification and management of the transitional suck pattern in premature infants. **Journal Perinatology Neonatal Nursing**, v.7, p.66-75, 1993.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997. 289p.

PENALVA, O. Seguimento dos bebês de alto risco. **53º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria**. Manaus: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1996.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**, 1996. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PICKLER, R.H.; FRANKEL, H.B.; WALSH, K.M.; THOMPSON, N.M. Effects of nonnutritive sucking on behavioral organization and feeding performance in preterm infants. **Nursing Research**, v.45, n.3, p.132-5, May-Jun 1996.

PINHATA, M.M.M.; BISSANI, C. Recém-nascido de baixo peso. **Pediatria Atual**, v.7, n.5, p.12-6, 1994.

PITTARD III, W.B. Classificação do neonato de baixo peso. In: KLAUS, M.H.; FANAROFF, A.A. **Alto risco em neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p. 65-85.

POLIN, R.A.; FOX, W.W. **Fetal and neonatal physiology**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991. p.134-42.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995a.

_____. **Nursing research: principles and methods**. 5.ed. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1995b

QUINTELLA, T.; SILVA, A.A.; BOTELHO, M.I.M.R. Distúrbios da deglutição (e aspiração) na infância. In: FURKIN, A.M.; SANTINI, C.S. Org. **Disfagias orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-fono, 1999. p.61-96.

RICCIO, G.M.G.; SAMPAIO, L.A.B.N.; FARIA, M.F.G.; CARACCILO, L.T.; RIBEIRO, F.G.; CRUZ, D.M. Validação de instrumento de levantamento dados para formulação dos diagnósticos em enfermagem. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.5, n.3, p.1-16, mai/jun. 1995, supl A.

SALCEDO, P.H.T. **Padrão de sucção e seu desempenho no recém-nascido pré-termo e termo no momento da alta hospitalar**, 1997. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANCHES, M.T.C. **Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico**, 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

SCALOM, J.W. The very-low-brirth-weight infant. In: AVERY, G.B., FLETCHER, M.A., MACDONALD, M.G. **Neonatology: pathophysiology and management of mewborn**. 4.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994. p.271-4.

SCHROEDER, M.A. Tool development: validity related to nursing diagnosis. In: INVITATIONAL CONFERENCE ON RESEARCH METHODS FOR VALIDATING NURSING DIAGNOSIS. PALM SPRINGS, 1989. PROCEEDINGS. Palm Springs: North American Nursing Diagnosis Association and Case Western Reserve University, 1989. p.147-65.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**, 2000. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SEHGAL, S.K.; PRAKASH, O.; GRUPTA, A.; MOHAN, M.; ANAND, N.K. Evaluation of beneficial effects of nonnutritive sucking in preterm infants. **Indian Pediatric**, v.27, p.263-6, Mar. 1990.

SIDDELL, E. P.; FROMAN, R. D. A national survey of neonatal intensive-care units: criteria used to determine readiness for oral feedings. **Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing**, v.23, n.9, p.783-9, Nov.-Dec. 1994.

SILVA, R. A.; ALVARENGA, A. T. Considerações teóricas-metodológicas acerca da constituição da perinatologia como área de conhecimento e de morbidade perinatal como objeto de investigação da natureza interdisciplinar. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 5, n,1/2, p. 1-16, 1995.

SIMÃO, K.C.; MALLET, N.R.; SANT'ANNA, G.M.; RAMOS, J.R.; MEIO, M.D. Estimulação sensório-motora oral em neonatos prematuros com peso de nascimento inferior a 1501 gramas. **Revista Fono Atual**, n.15, 2001.

SINASC Sistema de nascidos vivos. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/sinasc>> Acesso em 10 jun. 2001.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York: John Wiley & Sons, 1981.

WOLFF, P. H. The serial organization of sucking in the young infant. **Pediatrics**, n.42, p.943-55, 1968.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health aspects of low birth weight**. Geneva, 1961. (Technical Report Series, 217).

YECCO, G.J. Neurobehavioral development and developmental support of premature infants. **Journal Perinatal Neonatal Nursing**, v.7, n.1, p.56-65, 1993.

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**, v.7, n. 2, p.69-74, 1995.

_____. Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: BASSETO, M. C. A; BROCK, R.; WAJNSZTEJN, R. **Neonatologia um convite à atuação fonoaudiológica**. São Paulo: Lovise, 1998. p.255-76.

Preterm readiness for oral alimentation: a proposal for an evaluation instrument

Abstract

Considering the multiprofessional performance in a neonatal unit, we found difficulties in systematizing an objective evaluation of infant sucking and performance in the transition from sound to oral feeding. Therefore, this study aimed at elaborating and validating the content and appearance of an instrument for the evaluation of preterm infant promptness to begin the transition from gastric to oral feeding. In this methodological study, the author elaborated an instrument and its respective instructional guide based on a literature review and her professional experience, assigning scores from 0 to 2 to each clinical sign and performance of the premature infant. In order to validate the instrument and instructional guide, a 85% minimum level of agreement was established. Oral therapist participated as peers in the validation of the instrument and instructional guide. 15 of them participated in the first phase and 14 in the second one, when the acceptable level of agreement was achieved regarding the items of the evaluation instrument and the operational definitions specified in the instructional guide (corrected age, state of awareness, global posture, global tonus, lips posture, tongue posture, rooting reflex, sucking reflex, biting reflex, gag reflex, tongue movement, jaw movement, sucking power, sucking and pause, maintenance of the rhythm of sucking and pause, maintenance of alert state and stress signs).

Key words: infant; preterm; behavior; sucking.

Prontitud del prematuro para inicio de la alimentación oral: propuesta de un instrumento de evaluación

Resumen

En la actuación multiprofesional en unidad neonatal, observase la dificultad en sistematizar una evaluación objetiva del comportamiento de succión del bebé y su desempeño en la transición de la alimentación láctea, por sonda, para la vía oral. Así, el presente estudio objetiva elaborar y validar el contenido y la apariencia de un instrumento de evaluación de la prontitud del bebé prematuro iniciar la transición de la alimentación gástrica para vía oral. Tratase de un estudio metodológico, en el cual fue elaborado ese instrumento y respectivo guía instruccional, basado en la revisión de la literatura y la experiencia profesional de la investigadora, que atribuyó escores entre 0 y 2 a cada señal clínico y desempeño del prematuro a ser evaluado. Para validación del instrumento y guía instruccional, fue establecido el grado de concordancia mínimo de 85%. Participaron como jueces de la validación de este instrumento y guía instruccional, fonoaudiólogos, con amplia experiencia en el área de Neonatología, con actuación de 15 de ellos en la primera etapa y 14 en la segunda, ocasión en que se alcanzaron la concordancia aceptable en los ítemes del instrumento de evaluación y respectivas definiciones operacionales contenidas en el guía instruccional (edad corregida, estado de conciencia, postura global, tonos global, postura labios, postura lengua, reflejo de búsqueda, reflejo de succión, reflejo de arcada, reflejo de vómito, movimiento de la lengua, movimiento de la mandíbula, fuerza de succión, succión por pausa, mantenimiento del ritmo de succión por pausa, mantenimiento del estado alerta y señales de estrés).

Términos-clave: bebé; prematuro; comportamiento; succión.