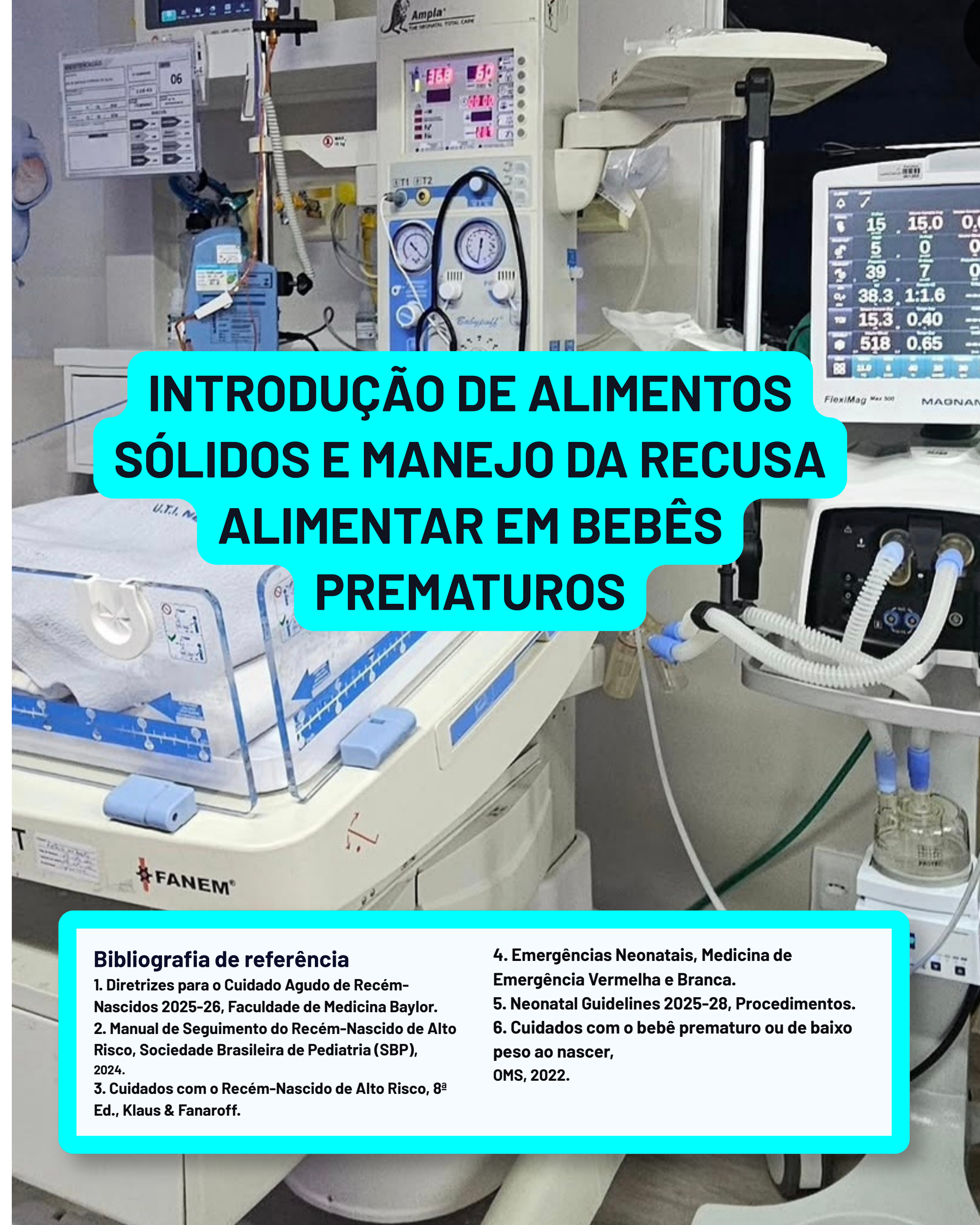




INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS E MANEJO DA RECUSA ALIMENTAR EM BEBÊS PREMATUROS

Bibliografia de referência

1. Diretrizes para o Cuidado Agudo de Recém-Nascidos 2025-26, Faculdade de Medicina Baylor.
2. Manual de Seguimento do Recém-Nascido de Alto Risco, Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2024.
3. Cuidados com o Recém-Nascido de Alto Risco, 8ª Ed., Klaus & Fanaroff.
4. Emergências Neonatais, Medicina de Emergência Vermelha e Branca.
5. Neonatal Guidelines 2025-28, Procedimentos.
6. Cuidados com o bebê prematuro ou de baixo peso ao nascer, OMS, 2022.

Calculando a prontidão por idade

Padrão da **AAP**: A Academia Americana de Pediatria recomenda alimentos sólidos aos 6 meses de idade. Para bebês prematuros, isso significa estritamente 6 meses de Idade Gestacional Corrigida (IGC) [1].

Cronológico
Idade

—

(40 semanas -
Idade gestacional ao
nacer)

=

CGA

Exemplo de aplicação

1

Nasceu com 32
semanas.

2

Cronologicamente, 4
meses (16 semanas) de
idade.



**CGA tem 2 meses (8
semanas). Ainda não está
pronto para alimentos
sólidos.**

A Fase de Introdução

Passo 1:

O Meio Ambiente

Os pais devem estar presentes e envolvidos na primeira alimentação sólida. Serve como um marco crítico do desenvolvimento e reduz a ansiedade dos pais [1].

Etapa 2:

A Regra do
Ingrediente Único

- Introduza apenas alimentos infantis com um único ingrediente [1].
- Aguarde de 3 a 5 dias antes de introduzir um novo alimento para isolar e identificar com precisão quaisquer reações alérgicas ou intolerância GI [1].

Etapa 3

A exceção
cirúrgica/gastrointestinal

Para bebês com histórico de insuficiência intestinal (enterocolite necrosante, intestino curto, etc.), inicie a introdução de alimentos sólidos com vegetais não amiláceos. Otimize a digestão e minimiza as cargas de carboidratos fermentáveis [1].

A transição para alimentos sólidos exige o cumprimento de critérios rigorosos de idade, peso e estabilidade clínica.

Meta cronológica

6 meses

Idade gestacional corrigida (IGC) [1].

A introdução baseia-se estritamente na idade corrigida, não na idade cronológica, para levar em conta a maturidade neurológica [2].

Mínimo antropométrico

$\geq 5,0$ kg

Peso corporal mínimo [2].

O bebê deve ter reservas calóricas e capacidade metabólica suficientes para gastar energia aprendendo a comer [2].

Estabilidade médica

Via aérea clinicamente estável [1].

O bebê deve estar clinicamente estável, com um estado respiratório basal que permita a proteção segura das vias aéreas durante os testes de alimentação [1].

Desenvolvimento em vez de nutrição

Nutrição Primária (Leite/Fórmula)



Satisfaz às necessidades calóricas e nutricionais primárias do bebê prematuro [1].

VS

Alimentos Sólidos (Desenvolvimento)



O objetivo da introdução de alimentos sólidos é atender aos marcos de desenvolvimento emergentes, não para suprir deficiências nutricionais [1].

Não acelere a introdução de alimentos sólidos para ganho de peso. Aguarde até que o organismo esteja pronto.

Amamentação versus fórmula

Amamentação exclusiva

**6 meses de idade corrigida
[1, 2]**

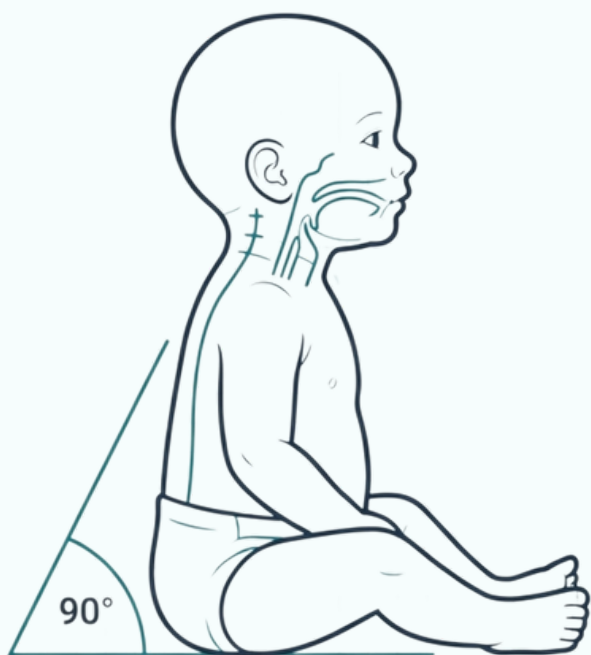
Os bebês prematuros devem ser amamentados exclusivamente até os 6 meses de idade para maximizar os benefícios imunológicos e nutricionais [6].

Fórmula

**Inicia-se aos 3 meses de
idade corrigida [2]**

Deve atingir simultaneamente os marcos neuromotores e de peso clínico.

Marcos neuromotores



Cabeça/Pescoço

Demonstra bom controle da cabeça e do pescoço [1].

Boca/Faringe

- Deglutição funcional sem risco de aspiração [1].
- 3-4 meses CGA: Consegue rolar alimentos semissólidos para o terço posterior da língua [2].
- 5-6 meses CGA: O reflexo de mastigação torna-se presente; controla a abertura da boca para uma colher [2].

Tronco/Postura

Capaz de sentar-se com apoio em um ângulo de 60 a 90 graus [1].

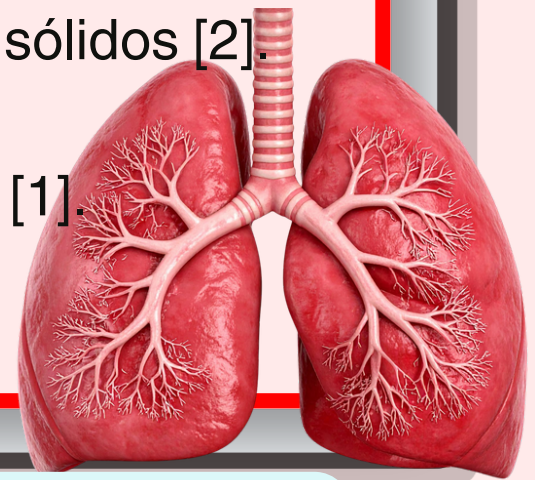
Dados clínicos e antropométricos

Limite mínimo de peso

- Deve atingir um peso mínimo de 5 kg [2]. Justificativa: O lactente deve ter massa física e estabilidade metabólica para gastar as calorias necessárias para o trabalho de comer alimentos sólidos [2].

Estabilidade Respiratória e Clínica

- Deve ser amplamente estável do ponto de vista médico [1].
- Não deve haver tubo endotraqueal (ET) presente [1].



Adaptação para complicações crônicas

Displasia Broncopulmonar (DBP)

A idade por si só (5-6 meses CGA) é insuficiente [2].

Deve atingir o mínimo de 5 kg e **todas** as habilidades **neuromotoras** [2].



Se o bebê não crescer, faça uma triagem ativa para microaspiração, disfagia ou DRGE [2].

Insuficiência intestinal

- Quando estiver pronto, adapte o tipo de alimento introdutório.
- Primeiro alimento: Considere vegetais não amiláceos (por exemplo, feijão verde) em vez de cereais ou frutas tradicionais [1].

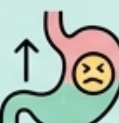


Protocolo de Introdução

Passo 1: Ambiente	Etapa 2: Ingredientes individuais	Etapa 3: Período de espera	Passo 4: Suporte de Terapia Ocupacional
Garanta que um cuidador esteja presente na primeira alimentação; marco de desenvolvimento [1].	Introduzir alimentos um de cada vez [1] .	Continue com o mesmo alimento por 3 a 5 dias para monitorar a tolerância/alergias [1].	Avaliar a adequação do desenvolvimento.

A Complicação: Etiologias da Recusa Alimentar

A regurgitação alimentar em bebês prematuros resulta de traumas ou disfunções mecânicas.

Experiencial e Sensorial - O "Estresse da Memória" [2]	Fisiológico e Mecânico [2]
 Fobia desenvolvida devido a múltiplos procedimentos orais invasivos.	 Disfagia orofaríngea: Incapacidade mecânica verdadeira de coordenar com segurança o mecanismo de deglutição [2].
 Dependência de sonda: O uso prolongado de sondas nasogástricas (NG) cria aversão oral grave e defensividade [2].	 Desconforto gastrointestinal: Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) não diagnosticada ou dismotilidade intestinal causando dor ao comer [1, 2]
 Reforço negativo de episódios anteriores de engasgamento (engasgo) ou hipóxia durante a alimentação [2].	 Déficits neurológicos: desenvolvimento neurológico alterado ou paralisia cerebral que afeta a coordenação motora [2].

0 Processo de Escalonamento da Investigação para diagnosticar a recusa alimentar.

Nível 1: Avaliação Clínica (Fonoaudiologia)

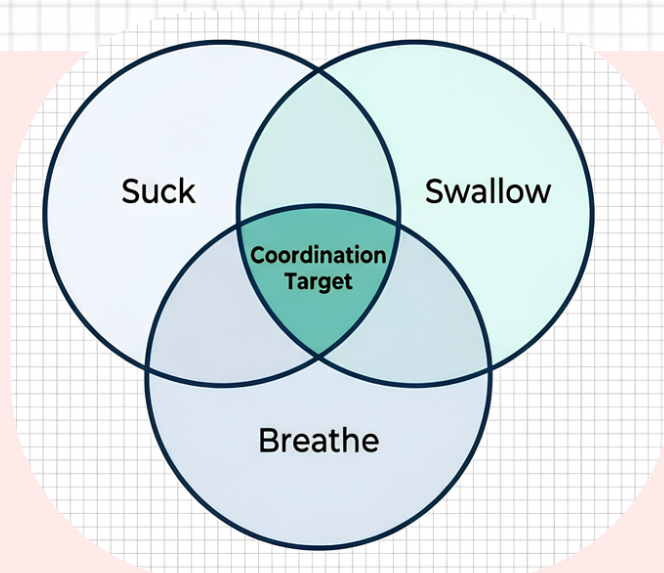
- Avaliar a biomecânica central: coordenação sucção-deglutição-respiração [2].
- Avaliar o desenvolvimento sensório-motor e a presença de imaturidade de reflexos orais [2].

Investigar hipóxia oculta ou aspiração silenciosa durante testes de alimentação [1,2].

Excluir morbididades gastrointestinais dolorosas (DRGE, esvaziamento gástrico retardado, constipação grave)[1].

Videofluoroscopia da deglutição: para visualizar a biomecânica e aspiração silenciosa [2].

Nasoendoscopia da Deglutição: para visualização direta do comprometimento anatômico ou funcional das vias aéreas.



Alimentos sólidos e recusa alimentar

Lista resumida para o recém-nascido de alto risco.

1. Preparação para a Iniciação

- ☐ Atingiu 6 meses de idade gestacional corrigida [1].
- ☐ Atingiu o peso mínimo de 5,0 kg [2].
- ☐ Senta-se com apoio (60-90°), bom controle da cabeça, sem ETT [1].
- ☐ Protocolo: Ingrediente único por 3-5 dias; vegetais não amiláceos se histórico de GI [1].

2. Identificar a Recusa alimentar

- ☐ Monitore comportamentos defensivos (arquear, chorar, recusar-se a abrir) [2].
- ☐ Monitorar os tempos de alimentação (Sinal vermelho: >60 minutos por alimentação) [2].
- ☐ Distinguir trauma neonatal/por tubo (sensorial) de disfagia (mecânica) [2].

3. Executar a investigação

- ☐ Consulte um fonoaudiólogo para avaliação de sucção-deglutição-respiração à beira do leito [2].
- ☐ Avaliar hipóxia silenciosa e DRGE subjacente [1, 2].
- ☐ Escalonar para videofluoroscopia ou nasoendoscopia se houver suspeita de aspiração [2].



neofast

Download on the
App Store

GET IT ON
Google Play