

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

CAMILA DE ALENCAR FROIS

Proposição de um protocolo assistencial para atuação
fonoaudiológica no alojamento conjunto com vistas às
boas práticas do aleitamento materno

DISSERTAÇÃO

Brasília
2018

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

CAMILA DE ALENCAR FROIS

Proposição de um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto com vistas às boas práticas do aleitamento materno

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília – UnB - Faculdade de Ceilândia, como requisito para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Aspectos Biomecânicos e Funcionais Associados à Prevenção, Desempenho e Reabilitação.

Orientador (a): Prof. Dra. Laura Davison Mangilli Toni

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF929p Frois, Camila de Alencar
Proposição de um protocolo assistencial para atuação
fonoaudiológica no alojamento conjunto com vistas às boas
práticas do aleitamento materno / Camila de Alencar Frois;
orientador Laura Davison Mangilli Toni. -- Brasília, 2018.
111 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências da
Reabilitação) -- Universidade de Brasília, 2018.

1. Fonoaudiologia. 2. Amamentação. 3. Protocolos
assistenciais. 4. Alojamento Conjunto. 5. Validação de
protocolos. I. Toni, Laura Davison Mangilli, orient. II.
Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMILA DE ALENCAR FROIS

Proposição de um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto com vistas às boas práticas do aleitamento materno

Brasília___ / ___ /2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Laura Davison Mangilli Toni – FCE/UnB
(Presidente)

Dr. Nelson Diniz de Oliveira
(Examinador Externo)

Profa. Dra. Letícia Correa Celeste – FCE/UnB
(Examinador interno)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre proteger e iluminar meu caminho. Pela fé que Nele tenho que me estrutura, me dá forças e acalenta meu coração sempre que preciso. Por encontrar em Seu caminho as coisas que eu nem sabia o quanto precisava, e também por me perdoar pelas vezes que não compreendi seus desígnios, mas com a plena certeza de que nada é por acaso.

À minha orientadora Dra. Laura Davison Mangilli, pela disponibilidade em partilhar comigo seu tempo e seus conhecimentos.

Ao meu pai Adolfo Frois, minha fonte de carinho e apoio constante, meu porto seguro.

Ao meu namorado Igor de Mattos Resende, por partilhar comigo tantos momentos, por aguentar minhas reclamações (que são muitas) e euforias! Isso é mais uma coisa que eu gostaria de dividir com você!

Às queridas amigas Elane Galvão e Thaynã Barros, que mesmo estando longe sempre torceram por mim. Fico feliz em saber que mesmo não convivendo todos os dias ainda temos uns aos outros.

À amiga Carla Mendes de quem tenho o privilégio de sua amizade e disposição constante em servir.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

“O segredo da mudança é focar toda nossa energia não em lutar com o antigo, mas em construir o novo.”

Sócrates

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
REVISÃO DE LITERATURA.....	17
OBJETIVO GERAL.....	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
HIPÓTESES.....	35
MÉTODOS.....	35
DESENHO DO ESTUDO.....	35
ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
RESULTADOS.....	39
DISCUSSÃO.....	41
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	57
APÊNDICES.....	61

Lista de Abreviaturas

- AME-** Aleitamento materno exclusivo
- ASHA-** *American Speech and language and hearing association*
- AC-** Alojamento Conjunto
- CEP-FS –** Comitê de Ética e Pesquisa - Faculdade de Saúde
- EFS-** *Early Feeding Skills*
- HUB-** Hospital Universitário de Brasília
- IHAC-** Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IBFAT-** Ferramenta de avaliação da amamentação infantil
- IG-** Idade gestacional
- MBA-** Avaliação da mãe-bebê
- NOMA-** escala de avaliação neonatal motora oral
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- PAD-PED-** Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica
- PASMI-** Protocolo fonoaudiológico de assistência à saúde materno infantil
- PBE-** Prática Baseada em Evidências
- PNIAM-** programa nacional de incentivo ao aleitamento materno
- RN-** Recém-nascido
- RNT-** Recém-nascido Termo
- RNPT-** Recém-nascido Pré-termo
- SSMO-** Sistema sensório motor oral
- SN-** Sucção Nutritiva
- SDR-** Sucção, deglutição, respiração
- TCLE-** Termo de consentimento livre e esclarecido
- UNICEF –** *United Nations Children’s Emergency Fund*
- UTI-** Unidade de Terapia Intensiva
- UTIN-** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
- VO-** Via Oral

Lista de Quadros

Quadro 1 - Critérios de seleção para os juízes-especialistas.....	36
--	-----------

Lista de Tabelas

Tabela 1. Medidas Descritivas das informações dos juízes especialistas – variáveis numéricas.....	39
Tabela 2. Medidas Descritivas das informações dos juízes especialistas – variáveis categóricas.....	39
Tabela 3. Pontuações adotadas pelos juízes-especialistas para o julgamento do protocolo e IVC para cada item.....	40

Lista de Figuras

Figura 1 - Figura 1. Fases do processo de elaboração e análise de conteúdo e aparência do PASMI.....	35
Figura 2 - Diagrama dos graus de valoração.....	38
Figura 3 - Escore médio do Índice de Validade de Conteúdo por item.....	41

Lista de Anexos

Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP.....57

Lista de Apêndices

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	61
Apêndice II - Questionário de avaliação do protocolo (juízes-especialistas).....	65
Apêndice III - Protocolo fonoaudiológico de assistência à saúde materno infantil – PASMI1.0.....	69
Apêndice IV - Protocolo fonoaudiológico de assistência à saúde materno infantil – PASMI2.0.....	93

RESUMO

Introdução: Recém-nascidos e lactentes saudáveis, sem intercorrências clínicas que interfiram no processo de amamentação, podem apresentar movimentos orais atípicos durante a mamada, acarretando dificuldades na amamentação. Partindo da necessidade de estabelecer critérios para nortear a assistência de Fonoaudiologia durante o processo de internação de recém-nascidos no Alojamento Conjunto, esse estudo trata da construção de um instrumento capaz de sistematizar essa assistência de modo a verificar resultados mais efetivos, tendo em vista a uniformidade das ações. Ademais, a escassez de protocolos clínicos validados torna imprescindível a validação deste instrumento antes de sua aplicabilidade. **Objetivos:** Propor e analisar o conteúdo e aparência de um Protocolo Assistencial para Atuação Fonoaudiológica no Alojamento Conjunto. **Métodos:** Estudo descritivo, do tipo metodológico, de análise do conteúdo e aparência de um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto, realizado no período de março de 2017 a julho de 2018. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE parecer de nº 2.642.964) e dividido em duas etapas: elaboração e análise pelos juízes especialistas. **Resultados:** Participaram do estudo dez juízes-especialistas - pediatras (30%), fonoaudiólogos (40%) e enfermeiros (30%) - sendo apenas um do sexo masculino, todos com especialização concluída ou em andamento, idade média de 36 anos, tempo de formação média de nove anos, e com atuação em maternidades e bancos de leite. O instrumento apresentou escore médio de concordância de 0,889. Tais resultados demonstraram uma concordância aceitável entre os avaliadores – superior a 80%. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil – PASMI apresentou indicadores psicométricos de validade de conteúdo aceitáveis, o que denota se tratar de um instrumento que pode ser utilizado entre os fonoaudiólogos. Caracteriza-se, portanto, um instrumento padronizado, de fácil aplicação, que poderá permitir uma melhor identificação dos agravos e o uso de estratégias adequadas para tomada de decisão, no que diz respeito às condições de saúde fonoaudiológica do binômio mãe-bebê. Novos estudos devem ser realizados, buscando verificar a efetividade do PASMI frente à população envolvida. Entretanto, apenas a elaboração de um instrumento não é suficiente para garantir a qualidade que se deseja alcançar do serviço de Fonoaudiologia nas maternidades, e este necessita ser adicionado ao compromisso dos profissionais por meio da motivação e da competência, desempenhando o verdadeiro papel do fonoaudiólogo.

Palavras-Chave: Protocolos Assistenciais, Alojamento Conjunto, Amamentação, Fonoaudiologia, Validação de Protocolos.

ABSTRACT

Introduction: Healthy newborns and infants with no clinical interurrences that interfere with the breastfeeding process may present atypical oral movements during breastfeeding, leading to difficulties in breastfeeding. Based on the need to establish criteria to guide speech therapy during the hospitalization process of newborns in the rooming-in care, this study deals with the construction of an instrument capable of systematizing this assistance in order to verify more effective results, in view of the uniformity of actions. In addition, the scarcity of validated clinical protocols makes it essential to validate this instrument before its applicability. **Objectives:** Propose and analyze the content and appearance of a Protocol Assistance for speech therapy in rooming. **Methods:** A descriptive study, of the methodological type, to evaluate the content and appearance of a care protocol for speech-language pathology in the rooming, carried out from March 2017 to July 2018. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Ceilândia (CEP / FCE opinion no. 2,642,964) and divided into two stages: elaboration and evaluation by the expert judges. **Results:** Ten specialist judges - pediatricians (30%), speech therapists (40%) and nurses (30%) have participated in the study. Only one male, all with specialization completed or in progress, mean age 36 years and an average of nine years since graduation with acting in maternity wards and milk banks. The instrument has shown an average concordance score of 0.889. These results showed an acceptable agreement among the evaluators - over 80%. **Conclusion:** Based on of the results obtained, it was concluded that the Speech-Language Pathology and Audiology Protocol for Maternal and Child Health Care - PASMI presented acceptable psychometric indicators of content validity, which indicates that it is an instrument that can be used among speech-language pathologists. It is characterized, therefore, a standardized instrument, easy to apply, which may allow better identification of hazards and the use of appropriate strategies for decision making with regard to speech-language therapy health of the mother-child binomial. Further studies should be performed in order to verify the effectiveness of PASMI in relation to the population involved. However, only the elaboration of an instrument is not sufficient to guarantee the desired quality of the Speech-Language Pathology and Audiology service in maternity wards, and that needs to be added to the commitment of the professionals through motivation and competence, playing the true role of the speech-language pathologist.

Keywords: Assistance protocols, Rooming-in Care, breastfeeding, speech therapy, validation of protocols.

1. INTRODUÇÃO

A amamentação é o acontecimento mais importante dos primeiros meses de vida do bebê: ela reforça o vínculo entre mãe e filho, promove o aumento dos anticorpos e o ganho de peso, assim como, ajuda no desenvolvimento das estruturas orais como lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, responsáveis pelo funcionamento adequado das funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fonoarticulação e propicia o padrão nasal de respiração^{1,2}.

É ainda a principal alternativa nutricional para a criança, que associa elementos fundamentais da nutrição correta, dentre eles alimento, saúde, cuidados e previne a desnutrição³. Além desses aspectos, o uso do leite materno também previne a contração de doenças infecciosas, principalmente diarreias e infecções respiratórias, importantes causas de mortalidade infantil e contribui também para a estruturação psicoemocional da criança².

As experiências de aleitamento materno durante o período pós-parto imediato têm associação com a auto eficácia da amamentação. Mães que não são capazes de iniciar a amamentação dentro de uma hora após o nascimento ou cujos filhos são suplementados durante a permanência no hospital podem necessitar de apoio adicional e aconselhamento sobre aleitamento materno⁴.

A amamentação facilita a adequação das funções orais e auxilia a prevenção das alterações de linguagem e das estruturas orofaciais⁵⁻⁸.

Por meio de pesquisa em bases de dados, percebeu-se que existem poucas publicações que relacionem o Alojamento Conjunto e a Fonoaudiologia e, apesar da atuação destes profissionais no alojamento conjunto já ser prevista pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda existem divergências relacionadas a esta atuação. Além disso, a maioria das pesquisas é direcionada às unidades de terapia intensiva ou aos cuidados com o recém-nascido pré-termo após a alta hospitalar.

Um protocolo de assistência é o conjunto de passos, com intuito de sistematizar o tratamento e acompanhamento, instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde. A utilização deste tipo de ferramenta com base em estudos científicos é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torná-la mais segura^{2,3,6-9}.

Partindo da necessidade de estabelecer critérios para nortear a assistência de Fonoaudiologia durante o processo de internação de recém-nascidos no Alojamento Conjunto, esse estudo trata da construção de um instrumento capaz de sistematizar essa assistência de modo a verificar resultados mais efetivos, tendo em vista a uniformidade das ações. Ademais, a escassez de protocolos clínicos validados torna imprescindível a validação deste instrumento antes de sua aplicabilidade, uma vez que esse processo confere confiabilidade nos quesitos que o compõe, transformando-se em subsídios para futuros estudos. Nesse panorama, desde 2005 a American Speech-Language and Hearing Association (ASHA) promove práticas baseadas em evidências, com o objetivo de garantir qualidade no serviço clínico e na formação de fonoaudiólogos¹⁰. Essa tendência, combinada com o uso racional de recursos públicos e privados, constitui importante fonte de transformações necessárias para a implementação de uma prática baseada em evidências.

Assim, o objetivo deste estudo é o de descrever o processo de elaboração e validação de conteúdo e aparência de um protocolo assistencial fonoaudiológico para mães e recém-nascidos internados em alojamento-conjunto.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Alojamento conjunto e amamentação.

Práticas essenciais para o parto seguro e saudável são manter as mães e os bebês garantindo o contato pele-a-pele e a amamentação. Estas práticas melhoram significativamente os resultados de saúde maternos e neonatais de forma que educadores de parto e outros profissionais de saúde têm a responsabilidade de apoiar esta necessidade fisiológica¹¹.

Garcez¹² também defende que, estando permanentemente ao lado da mãe, a amamentação do neonato é possível sempre que este sinta vontade, sendo este um fator importante para o estímulo do aleitamento materno e o favorecimento da interação entre a mãe e o bebê.

Um estudo de Agudelo et al.¹³ avaliou 300 recém-nascidos com objetivo de determinar o efeito da iniciação do contato pele-a-pele ao nascimento em recém-nascidos saudáveis a termo sobre a duração do aleitamento materno exclusivo. Embora a metanálise realizada tenha demonstrado os benefícios desta técnica,

diferenças múltiplas nas intervenções foram identificadas, uma vez que critérios como o início ou a duração do contato pele a pele (dose) não foram unificados.

Chiou et al.¹⁴ examinou o progresso na prática do contato pele-a-pele e do alojamento conjunto, e sua associação com a amamentação, usando amostras nacionais de mulheres no pós-parto nos anos 2004 e 2011 em Taiwan. Foram avaliadas 12.405 pacientes, tendo sido observadas melhorias significativas no contato precoce da pele com a pele, na duração da internação e no aleitamento materno. O contato precoce pele-a-pele e a internação por mais de 12 horas foram associados com maiores chances de amamentação exclusiva e amamentação aos seis meses pós-parto.

A pesquisadora Edith Jackson, com o propósito de humanizar o nascimento, de forma a trazer o bebê para junto da mãe e promover o aleitamento materno, criou o experimento conhecido como "Projeto Alojamento Conjunto". Assim, em 1946, no *Grace New Haven Hospital*, foi inaugurada a primeira "rooming-in unit" com quatro leitos e quatro berços¹⁵. O Alojamento Conjunto (AC) consiste no sistema hospitalar em que o recém-nascido (RN) sadio permanece ao lado da mãe, durante sua hospitalização pós-parto, quando lhes serão prestados todos os cuidados assistenciais e de orientação necessários à saúde desse binômio mãe-filho¹⁶.

Em 1971, no Hospital Distrital de Brasília o professor Ernesto Silva implantou a primeira experiência de utilização de alojamento conjunto no Brasil. Em 1977, na V Reunião de Perinatologia do Ministério da Saúde, foi recomendado que os recém-nascidos sem risco deveriam ficar ao lado das mães, e não mais em berçários¹⁷. Em 1987, foi estabelecido, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que utilizou a mídia para divulgação dos benefícios da amamentação. Dois anos depois, em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) elaboraram os "dez passos para o sucesso do aleitamento materno", com a criação da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" (IHAC), título que facilita a verba para os hospitais que seguem rigorosamente este programa, que promove, protege e incentiva o direito à amamentação, a fim de reduzir o desmame precoce e suas consequências sobre a morbimortalidade infantil^{18,19}.

As normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto foram publicadas em 1993, no Diário Oficial da União nº 167, de 01/09/93 - Seção I, por meio da portaria ministerial (portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto)¹⁹. Sua

implantação realiza-se de maneira gradual, sendo desta forma um sistema muito recente¹⁹.

Kacica et al.²⁰ buscou caracterizar as práticas de aleitamento materno em Nova York, a pesquisa foi enviada a 138 hospitais que prestavam serviços de maternidade. A taxa de resposta foi de 100%. 93% dos hospitais permitiram acomodar 24 horas por dia, em todas as salas pós-parto. 86% dos hospitais empregaram um coordenador de lactação. Menos de 1,5% dos hospitais rotineiramente deram fórmula, chupetas ou água de glicose a um bebê amamentado. Esses suplementos são mais comumente fornecidos por causa do pedido da mãe. A maior barreira relatada para iniciar a amamentação no hospital foi identificada como a cultura da mãe. Todos os hospitais forneceram equipes de enfermagem obstétrica com especialização em amamentação. O aleitamento materno exclusivo foi estatisticamente mais provável nos hospitais que iniciam a amamentação imediatamente após um parto vaginal ou cesárea sem complicações.

Lee et al.²¹ discutiu as vantagens do alojamento conjunto em Seul, Coréia. Foram incluídos no estudo 860 recém-nascidos saudáveis e normais. A taxa de sucesso de internação nos últimos três anos foi de 90,3%, ou seja, 777 entre os 860 casos. O percentual de aleitamento materno exclusivo foi de 64%, o de alimentação mista com seio materno e fórmula foi de 25%, e exclusivamente com fórmula foi de apenas 11%.

Brodribb et al.²² investigou o efeito da acreditação da Iniciativa Hospital Amigo-da-Criança (IHAC) e das práticas hospitalares sobre as taxas de aleitamento materno ao primeiro e ao quarto mês e concluiu que: quando as taxas de iniciação ao aleitamento materno são elevadas e as práticas baseadas em evidências que suportam a amamentação são comuns no ambiente hospitalar, o credenciamento da IHAC por si só tem pouco efeito em taxas exclusivas ou de amamentação.

Sá et al.²³ buscou identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Foram avaliados 1.027 binômios, tendo sido encontrada prevalência de 77,3% de aleitamento materno na primeira hora de vida. Não ter realizado pré-natal de forma adequada (Razão de Prevalência= 0,72), ter feito parto cesáreo (Razão de Prevalência = 0,88) e mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto (Razão de Prevalência = 0,28) foram fatores que interferiram negativamente no aleitamento materno na primeira hora. Nenhuma característica materna e da criança esteve associada ao aleitamento materno na

primeira hora. Estes fatores indicaram que as práticas dos serviços e dos profissionais de saúde foram os principais determinantes do aleitamento materno na primeira hora.

Receber ajuda suficiente com a amamentação no hospital e o detalhe de contatos para os grupos de apoio à amamentação está associado a amamentação de lactentes a termo com até seis semanas de vida e recém-nascidos pré-termo tardios aos dez dias de vida²⁴.

Stranak et al.²⁵ investigou o efeito do uso de fórmula limitada e controlada durante a hospitalização em amamentação, usando a hipótese primária de que a fórmula, se ofertada a bebês com perda de peso precoce, não irá afetar negativamente a taxa de aleitamento materno exclusivo na alta. Foram avaliados 104 lactentes saudáveis, com 24 a 48 horas de idade, com 5% de perda de peso ao nascimento. Concluiu-se que o uso de fórmula limitada controlada não tem um efeito adverso nas taxas de aleitamento materno a curto e longo prazo.

A ocorrência de justificativas não aceitáveis indica a necessidade de um programa de capacitação para os profissionais de saúde utilizando metodologias ativas de ensino que permitam melhor apreensão do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para a conscientização da magnitude do seu papel na manutenção e efetividade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança²⁶.

Para Goyal et al.²⁷, as diferenças nas práticas hospitalares não explicam a diminuição da amamentação exclusiva entre os recém-nascidos pré-termo tardios. Já as práticas de apoio do hospital aumentam a probabilidade de amamentação.

Um estudo de Silva et al.²⁸ permitiu identificar que a maioria das puérperas possuía algum conhecimento sobre amamentação exclusiva. As informações recebidas tanto de profissionais quanto de familiares exercem influência sobre o aleitamento, porém as entrevistadas pareceram não mostrar desejo em seguir tal orientação. Mesmo recebendo informações de profissionais de saúde no período pré-natal é possível compreender que há necessidade de melhorar as formas da comunicação e de acompanhamento das puérperas, como uma continuidade do cuidado pré-natal.

A literatura indica que a maioria das mães que pretendem amamentar exclusivamente não está cumprindo a duração pretendida. O aumento de práticas hospitalares amigáveis para os bebês, particularmente dando somente leite materno

no hospital, pode ajudar mais mães a alcançar suas intenções de amamentação exclusiva²⁹.

Os principais sentimentos referidos por mães de UTI neonatal resultaram em tristeza, culpa, decepção, frustração, insegurança, medo de tocar, segurar ou até mesmo de prejudicar seus delicados bebês quando amamentados. Porém, o vínculo formado entre mães e bebês quando os mesmos recebem alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para o Sistema de Alojamento Conjunto se reflete nos sentimentos de realização e orgulho, os quais são marcados pela satisfação da primeira mamada³⁰.

Para Fonseca et al.³¹ uma das vantagens do sistema de Alojamento Conjunto é a educação em saúde, não sendo apenas um local de acomodação de pessoas e economia de profissionais e sim um local com alto conteúdo educativo.

Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar.

A Fonoaudiologia como ciência aplicada encontra-se em um processo de expansão do campo de estudos e práticas que vem se mostrando pelo rápido surgimento de áreas específicas de atuação e pesquisa. Assim cabe-nos registrar a afirmação de Carrara-de-Angelis³² de que: “a abrangência desta Fonoaudiologia ainda está sendo, (...), descoberta”. (p.5).

Segundo Luz³³, a Fonoaudiologia Hospitalar é a área da Fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando inclusive respaldo técnico e prático à equipe multiprofissional onde atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação, que a patologia de base possa causar. Complementa a autora que agilizar a alta deve ser um dos objetivos da Fonoaudiologia Hospitalar, alterando os conceitos de saúde pré-existentes junto a unidade de saúde hospitalar, significando saúde como o bem-estar físico e psíquico, evitando-se desta maneira as perdas e os danos que uma hospitalização possa vir a causar.

Pelegri³⁴ define Fonoaudiologia Hospitalar com base nas funções do profissional fonoaudiólogo que atua nessa área (Pág. 40-44):

Presente em berçário de risco, pediatria, centro de atendimento intensivo e enfermaria, tem como principais objetivos: avaliação, prognóstico, participação

na decisão do tipo de dieta, orientação pré-cirúrgica, tipo de sonda a ser utilizada quando necessário, adequação de funções para retirada de sonda com segurança, controle no risco de bronco aspiração e aceleração no processo de alta.

Acrescenta ainda que o fonoaudiólogo ao atuar no berçário de risco promove ganho de peso, instalação de funções estomatognáticas de forma adequada, minimizando riscos de sequelas no desenvolvimento global, incentivo ao aleitamento materno, bem como, diagnóstico e prevenção de perdas auditivas³⁵.

Carrara-de-Angelis³² refere que a atuação junto a pacientes disfágicos veio para ampliar a atuação do fonoaudiólogo, antes restrita a qualidade de vida, para a manutenção da vida, possibilitando, em muitos casos, a diminuição de complicações e a redução do tempo de permanência no hospital propiciando uma redução de custos para o mesmo.

A contribuição que a Fonoaudiologia traz para o hospital caracteriza-se por uma avaliação precoce e um diagnóstico diferencial, como, por exemplo, nos casos de disfagia em paralisia cerebral, nos quais esta atuação consegue prevenir, evitar ou minimizar complicações clínicas dos pacientes³⁵.

Essas definições mostram a complexidade da Fonoaudiologia Hospitalar quanto a sua forma e função, diferenciando-a de outras áreas de atuação da Fonoaudiologia, visto que, o fonoaudiólogo hospitalar necessita conhecer conceitos de outras especialidades médicas e de reabilitação: neonatologia, pediatria, otorrinolaringologia, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, geriatria, radiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição, enfermagem, farmacologia entre outras. De acordo com Pelegrini³⁴, neste grande quadro que forma o serviço hospitalar, o fonoaudiólogo tem a mais importante e difícil função interdisciplinar, que é unir estes profissionais e relacioná-los ao paciente e a família, possibilitando uma mesma linguagem.

A intervenção fonoaudiológica em UTIN se baseia na estimulação do sistema estomatognático para adequação das funções orais, a fim de que o recém-nascido consiga, o mais breve possível, se alimentar por via oral e ser posicionado ao seio materno⁹.

O Fonoaudiólogo atua nos alojamentos conjuntos realizando promoção de saúde e prevenção das doenças nas áreas relacionadas às funções estomatognáticas, do desenvolvimento auditivo e de linguagem¹².

O ato de sugar é a forma que o recém-nascido encontra para acalmar-se e satisfazer-se, sendo assim a primeira fonte de prazer. Através da sucção se desenvolvem a anatomia e a funcionalidade das estruturas bucais que posteriormente contribuirão para as funções de mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação³⁶.

Segundo Casagrande et al.³⁷, a amamentação promove a sucção, a deglutição e a respiração, estimulando o crescimento e desenvolvimento da face e seus anexos, já que exige do recém-nascido um trabalho muscular intenso.

Bervian et al.³⁶ apontam que, durante a sucção do seio materno, as estruturas orais se encontram em posicionamento correto e movimentam-se harmoniosamente, fazendo com que toda a função neuromuscular se desenvolva adequadamente.

Em estudo, Fujimori et al.³⁸ defendem que um dos principais fatores associados ao baixo índice de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é a pega incorreta da mama pelo bebê, que pode ser causada por posicionamento inadequado, tornando a mamada ineficiente. Assim, o bebê não se satisfaz, tem intervalos curtos entre uma mamada e outra e chora com frequência. O desconhecimento sobre o assunto leva a mãe a acreditar que o leite seja “fraco” e passe a complementar a alimentação da criança com leite artificial ou outros alimentos em mamadeira. Dessa forma, é de interesse da Fonoaudiologia que a adequação da pega seja realizada logo após o nascimento do bebê, facilitando a adequação das funções orofaciais e prevenindo alterações estruturais e de linguagem³⁹.

Beck et al.⁴⁰ dizem que como profissional responsável pelos aspectos relacionados ao aleitamento materno, à alimentação, e ao desenvolvimento da audição, da linguagem, e da comunicação, o fonoaudiólogo tem o papel de promoção e orientações em relação ao aleitamento materno, proporcionando ao neonato uma alimentação segura, funcional e prazerosa, que favoreça a alta hospitalar precoce e o desenvolvimento global do mesmo. Assim como auxiliar as mães para que se sintam tranquilas e seguras no contato e no ato de amamentar seu filho.

Avaliação e tratamento fonoaudiológico em recém-nascidos.

Os primeiros dias de vida correspondem a um momento importante para a amamentação, porque o recém-nascido pode apresentar distúrbios no padrão de sucção (disfunção oral), refletindo no desenvolvimento motor-oral⁴¹, prejudicando, assim, o desempenho da lactação⁴².

Alguns fatores podem interferir no estabelecimento da lactação durante as primeiras 48/72 horas de vida do neonato, favorecendo o seu desmame precoce. Estes fatores podem estar relacionados à mãe, ao binômio mãe-bebê e especificamente, ao recém-nascido⁴³.

Sanches⁴⁴ em um estudo do tipo transversal, na cidade de Santos em 1997, observou a mamada de 409 binômios mães/recém-nascidos, em um Hospital Amigo da Criança, identificando 13% de recém-nascidos com mamada insatisfatória que apresentaram disfunção oral, a despeito de tratar-se de uma população de crianças com condições orgânicas, psíquicas e funcionais favoráveis para a amamentação. Outro estudo analítico, com corte transversal, realizado na cidade de Maceió, em uma maternidade pública estadual, identificou, durante a avaliação da mamada, os piores resultados como sendo relativos à adequação da sucção dos bebês, uma vez que 44% dos binômios avaliados apresentaram alteração neste aspecto⁴⁵.

Algumas alterações encontradas nas funções orais dos recém-nascidos podem ser transitórias, devendo, no entanto, serem valorizadas, visto que sua persistência repercute negativamente na lactação. Por esta razão, é importante sanar essas dificuldades iniciais antes mesmo da alta hospitalar².

Durante o manejo do aleitamento materno é importante que o profissional que atende ao binômio mãe/recém-nascido esteja atento à disfunção oral, pois, quando presente, pode interferir no desempenho da mamada, sendo fundamental iniciar o tratamento o quanto antes. O conhecimento das estruturas e suas funções, do desenvolvimento normal e das características específicas da população alvo, são a base para a avaliação e para o tratamento dos bebês de risco⁴⁶.

Existem diversas formas de avaliação da alimentação do recém-nascido. Atualmente a Fonoaudiologia Neonatal analisa a função por meio da avaliação do sistema sensorio motor oral, ou seja, das estruturas orais como boca, língua e bochechas, bem como os reflexos essenciais para uma alimentação segura e eficaz e a mamada em si⁴⁷.

A avaliação da função motor-oral, na visão global, consiste em um processo de coleta de informações a partir de três momentos distintos: na situação de repouso e na movimentação de rotina da unidade, mediante o manuseio específico de testagem do sistema sensório-motor-oral e após a mesma. Nos três, procura-se verificar o funcionamento integrado dos subsistemas diante das demandas internas e externas, os limiares de stress e quais recursos o recém-nascido utiliza para se regular⁴⁸.

A avaliação por meio do manuseio deve ser realizada nos horários de alimentação previstos pela rotina hospitalar, quando se espera que o bebê esteja faminto e de preferência em estado de alerta. Alguns protocolos de avaliação foram criados para auxiliar os profissionais de saúde na decisão de quando iniciar a alimentação oral em recém-nascido pré-termo⁴⁹⁻⁵².

Lau⁵⁰ propôs uma escala de cinco pontos para avaliação das habilidades de sucção, para que fosse utilizada na avaliação e manejo da alimentação oral em recém-nascido pré-termo. A escala é baseada na presença ou ausência da sucção e na ritmicidade de seus componentes sucção e expressão.

Fujinaga⁵¹, utilizando-se de um instrumento que avalia idade gestacional corrigida, estado de consciência, postura, tônus global, postura dos lábios e língua, reflexo de procura, sucção, mordida e vômito, movimentação e canolamento de língua, movimentação de mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado de alerta e sinais de estresse, estabeleceu um escore para uma avaliação objetiva da prontidão para início da alimentação oral em recém-nascidos prematuros.

Neiva et al.⁵² utilizaram parâmetros da sucção não nutritiva como reflexo de procura, sucção iniciada facilmente, vedamento labial, canolamento e peristaltismo da língua, elevação e rebaixamento da mandíbula, coordenação de movimentos de lábios, língua e mandíbula, força e ritmo de sucção para determinação da prontidão para alimentação oral em recém-nascido pré-termo.

Thoyre et al.⁵³ desenvolveram uma avaliação denominada *Early Feeding Skills* (EFS) para avaliar a prontidão e a tolerância para alimentação oral em recém-nascidos prematuros. A avaliação classifica os neonatos em estágios de desenvolvimento a partir de habilidades de alimentação específicas como persistência na alimentação, organização das funções motoras-orais, coordenação deglutição-respiração, manutenção da estabilidade fisiológica.

A literatura preconiza a utilização de um protocolo amplamente divulgado e conhecido entre os profissionais da saúde, proposto pela *United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerado como padrão ouro^{16,17}. No entanto, a prática guiada por protocolos é recente e inexistem protocolos de avaliação, orientação e tratamento desenvolvidos especificamente para a amamentação natural e que tenham passado por um processo de validação¹⁶. Outros instrumentos de avaliação da alimentação do recém-nascido são encontrados na literatura internacional, como a “Ferramenta de Avaliação da Alimentação Infantil (IBFAT)” e a “Avaliação da Mãe-bebê (MBA)”, que tem como objetivo quantificar o comportamento da amamentação e medir a eficácia a mesma⁵⁴. Existe ainda a Escala de Avaliação Neonatal Motora Oral (NOMA), a única ferramenta de avaliação da alimentação neonatal disponível que pode ser usada com recém-nascido a termo ou prematuros e com crianças que se alimentam pelo peito ou mamadeira⁵⁵⁻⁵⁷.

Existe ainda, o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED), o qual foi desenvolvido com base na literatura referente à avaliação clínica da disfagia, considerando-se as particularidades da dinâmica da deglutição infantil⁵⁸. Este protocolo foi desenvolvido especificamente para a área da disfagia infantil, que considera todas as etapas do desenvolvimento das funções estomatognáticas e do processo de transição alimentar, desde um mês de vida até os sete anos e onze meses de idade. Ele apresenta, como conclusão, a escala de severidade da disfagia pediátrica específica para esta população, fornecendo ao fonoaudiólogo parâmetros mais objetivos para a determinação da gravidade da disfagia em cada caso⁵⁸.

O encaminhamento para avaliação da função motora oral e intervenção fonoaudiológica nem sempre ocorrem no momento mais adequado, principalmente quando o fonoaudiólogo não faz parte da equipe. Algumas estratégias são utilizadas para melhorar as habilidades motoras-orais do prematuro, tais como a sucção não nutritiva e programas de estimulação oral. Estas estratégias são importantes por contribuírem para que o recém-nascido prematuro atinja a alimentação oral independente mais precocemente e porque diminuem o tempo de hospitalização, reduzindo custos médicos hospitalares e permitindo maior interação e o vínculo mãe-bebê⁵⁹.

A literatura descreve a estimulação da sucção não nutritiva como benéfica, pois adequa a musculatura oral, contribui com o ganho ponderal do recém-nascido,

regula os estados de consciência e facilita o processo de digestão, permitindo que a transição da alimentação por sonda para via oral seja antecipada⁴⁸. A técnica também tem por objetivo observar o ritmo, a força e o número de eclosões realizadas pelos bebês. A revisão da literatura evidenciou que a sucção não nutritiva em dedo mínimo enluvado, quando associada a massagens intra-orais, acelera a transição da alimentação por sonda para a via oral, sem comprometer o ganho de peso dos recém-nascidos pré-termo⁶⁰.

As técnicas mais evidenciadas no âmbito internacional seguiram, no geral, uma combinação de procedimentos para estimulação oro motora concomitante a estimulação tátil sinestésica. Fucile et al.⁶¹ realizaram estudo experimental com 75 recém-nascidos prematuros, baseando a intervenção fonoaudiológica em técnicas de estimulação do sistema sensorio motor oral e estimulação tátil-sinestésica corporal. A estimulação do sistema sensorio motor oral consistiu no acariciamento das bochechas, lábios, gengivas e língua, enquanto que a estimulação tátil foi realizada por meio de toques na cabeça, pescoço, costas, braços e pernas. Esse estudo evidenciou que os grupos que receberam as estimulações tanto isoladas quanto combinadas, apresentaram melhora na coordenação de Sucção/Deglutição/Respiração e anteciparam a transição da dieta por sonda para via oral plena.

Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

A qualidade pode ser definida de diversas formas, conforme a visão de cada pessoa. Entende-se qualidade como um conjunto de atributos capazes de produzir alto grau de satisfação na pessoa e isso significa considerar amplamente os valores existentes⁶².

Segundo Gabriel et al.⁶³, a busca pela melhoria da qualidade tem sido incorporada na rotina dos profissionais de saúde e para tanto se faz necessário o controle da qualidade da assistência fundamentado em avaliações sistematizadas do cuidado, avaliações essas que podem ser realizadas por meio da adoção de indicadores que demonstrem sua evolução ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos.

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação, direção, avaliação e

controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente⁶⁴.

Para quantificar a qualidade, pode-se utilizar uma ferramenta de gestão denominada de indicadores. Esta se trata de uma unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionada, em outras palavras, é uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados providos ao usuário e as atividades dos serviços. Um indicador pode ser uma taxa, coeficiente, um número absoluto ou um fato⁶⁵.

O primeiro autor que se dedicou a conhecer e publicar sobre qualidade em saúde foi Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, sendo o primeiro no setor da saúde. Os indicadores podem avaliar o estado de saúde da população em questão e o desempenho dos serviços oferecidos de saúde. A junção destas duas variáveis traça um cenário mais completo da situação sanitária de uma população. Baseado na Teoria de Sistemas fez-se a adaptação dos indicadores de qualidade para o ambiente hospitalar, gerando o tripé conceitual dos indicadores: de estrutura, de processo e de resultado⁶⁶⁻⁶⁸. Os mesmos encontram-se descritos abaixo:

- 1-Estrutura: avaliam as características locais e necessárias ao processo assistencial, abrangendo os recursos físicos (instalações, equipamentos), recursos humanos (quantidade, organização e qualificação), recursos materiais e financeiros⁶⁸ (pág 591-610);
- 2-Processo: Bifurca-se na avaliação das atividades referentes ao tratamento realizadas para com o paciente, que são técnicas operacionais e seguem padrões técnico-científicos baseados no paradigma da literatura científica, e na relação interpessoal entre paciente e profissional, mantendo este marcador com aspectos quanti-qualitativos⁶⁸(pág 591-610);
- 3-Resultados: Compreende a avaliação da interferência da atuação profissional prestada no reestabelecimento (ou não) da saúde do paciente, considerando as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes⁶⁸ (pág 591-610). Avalia também o grau de satisfação do paciente e do profissional de saúde interveniente^{68,69}.

Na gestão pela qualidade total, indicadores também são chamados de itens de controle⁷⁰. Os indicadores são importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores dos serviços de saúde para o aprimoramento de processos e melhoria dos resultados da assistência. Obviamente, um valioso instrumento de

gestão para a superação dos desafios impostos pela atualidade e para a busca da eficácia gerencial⁷¹.

Trochin et al.⁷² referem que o emprego de indicadores possibilita aos gestores dos serviços de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários.

Os indicadores originam-se, de acordo com Couto e Pedrosa⁷³, das seguintes fórmulas básicas da estatística:

- a) Média – é a soma das observações de uma variável dividida pelo número de observações avaliadas;
- b) Taxa – é a relação entre a capacidade operacional instalada e a produção efetiva, expressa em percentual; e
- c) Desvio-padrão – é uma medida do grau de dispersão dos resultados em torno da média, isto é, um número que mede o quanto os graus estão mais ou menos dispersos em relação à média.

Os componentes dos indicadores são: valor numérico do indicador (relação matemática), referencial comparativo, e as metas⁷⁴.

Segundo Ferreira⁷⁵ os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias. Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- Simplicidade - quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador menos distorções apresentará;
- Inteligibilidade - de fácil entendimento aos usuários e analistas do mesmo;
- Objetividade - não depender da interpretação do observador;
- Estabilidade - seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;
- Especificidade - capta eventos bem definidos;
- Sensibilidade - capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- Rastreabilidade - conhecimento e controle de suas variáveis;
- Baixo Custo de Obtenção – utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição. Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de sofisticados e complicados modelos.

Kurcgant et al.⁷⁶ referem que não basta apenas ter o conhecimento a respeito dos indicadores, é preciso utilizá-los. É necessário ampliar a cultura de qualidade nos serviços e capacitar os profissionais para trabalhar com os indicadores, buscando a melhoria contínua da assistência.

A prática da reabilitação baseada em evidência envolve a demonstração da relação entre as intervenções e os resultados. Como tem havido uma maior atenção quanto à análise dos resultados baseados em evidências, se faz necessário maior esforço para identificar, operacionalizar e organizar as metas dos indicadores de reabilitação por parte dos profissionais, além de melhorar a prática da reabilitação⁷⁷.

Os valores finais obtidos dos indicadores, isoladamente, não constituem um indicador de qualidade de assistência, é imprescindível a realização de avaliações conjuntas da estrutura e dos processos, para que, a partir da razão entre estas variáveis, consigam ser compreendidas as diferenças, a fim de planejar intervenções para aperfeiçoar a melhoria na assistência (resultados), cujo objetivo final seja alcançado: eficiência nos serviços de saúde^{66,67}.

A divulgação pública do desempenho dos hospitais por meio de indicadores de qualidade é incentivada para promover a transparência e aumentar a responsabilidade do serviço quanto à qualidade dos cuidados à saúde^{78,79}. A má qualidade quase sempre eleva os custos devido à ineficiência, prolongamento da necessidade de tratamento e ocorrências de tratamentos de remediação, muitas vezes desnecessários e ineficazes⁸⁰.

A *American Speech and Language and Hearing Association* (ASHA) em suas atribuições específicas, relata que o profissional fonoaudiólogo deve ter conhecimento sobre os apropriados indicadores de desempenho para desenvolver programas de melhoria da qualidade⁸¹.

Moraes⁸² e Moraes e Andrade⁶⁸ são consideradas precursoras nesta área de gerenciamento de qualidade da Fonoaudiologia Hospitalar brasileira, seus trabalhos servem de parâmetros para mensuração, fornecem fórmulas e algoritmos de cálculos de cada indicador elencado.

Moraes⁸³, em sua dissertação de mestrado, inicia os estudos na área de gerenciamento de qualidade nas unidades de internação e na UTI, traça dados fundamentais para a estruturação de um serviço de Fonoaudiologia Hospitalar, estabelecendo os principais parâmetros de mensuração bem como os indicadores de qualidade Fonoaudiológicos⁶⁸. Na tese, dá continuidade ao estudo do

gerenciamento da qualidade, traçando a definição dos indicadores de prognósticos de deglutição, principal área de trabalho do Fonoaudiólogo no ambiente da terapia intensiva⁸³. Em estudo semelhante, Borges et al.⁸⁴ descreveu o processo de implantação de Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição em unidade hospitalar pública de alta densidade tecnológica no Distrito Federal, com objetivo de auxiliar o fonoaudiólogo a identificar e conduzir o tratamento das alterações na dinâmica da deglutição e mensurar a qualidade do serviço ofertado.

A inclusão do processo de medição de indicadores é essencial para o claro entendimento e delineamento da qualidade. O gerenciamento por indicadores contribui, ainda, para que a eficácia e eficiência dos programas de reabilitação sejam evidenciadas⁸⁵.

A adoção de indicadores de qualidade é fundamental para a avaliação da qualidade do serviço, pois, por fornecer medidas quantitativas, promove o monitoramento e a identificação de oportunidades para a melhoria dos serviços, além de articular o melhor custo-benefício com satisfação do usuário.⁶⁶ A adesão e a utilização de indicadores de desempenho por serviços de Fonoaudiologia permitirão melhorias nos processos assistenciais e trará benefícios diretos aos pacientes, além do fortalecimento da prática baseada em evidências⁶⁸.

Validação de Instrumentos.

O fonoaudiólogo, para realizar uma prática clínica baseada em evidências, deve ter conhecimento e habilidade para proporcionar serviços com alta qualidade profissional, sendo muito importante saber utilizar procedimentos de avaliação e diagnóstico com eficiência, para tomar condutas assertivas. Sendo assim, torna-se imprescindível a elaboração e utilização de instrumentos validados e confiáveis⁸⁵.

Goulart e Chiari⁸⁶ relatam que os instrumentos devem ser validados de acordo com a população a que se destinam, ou seja, para bebês, crianças, adultos, ou ainda para indivíduos com ou sem deficiências. A decisão pela utilização de um instrumento para diagnóstico deve considerar a relação custo-benefício, o tempo necessário para realizar a avaliação e a preparação prévia do paciente, bem como a capacidade de agregar informações que possibilitem o diagnóstico.

Segundo Goulart e Chiari⁸⁶ Para verificar a eficácia de um teste diagnóstico, deve-se observar:

- A validade ou exatidão, que reflete se o teste realmente mede o que pretende medir;
- A confiabilidade ou precisão, que reflete se os resultados podem ser replicados pelo mesmo examinador ou por diferentes examinadores;
- A sensibilidade, que mede a proporção de pacientes doentes corretamente identificados como positivos;
- A especificidade, que mede a proporção de pacientes livres da doença identificados corretamente como negativos;
- Os valores preditivos positivos (VP+) e negativo (VP-), que indicam o número correto de doentes e não doentes.

A validade ou exatidão de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe a medir⁸⁷. Em se tratando de avaliação de instrumento, devem ser considerados dois importantes critérios. A confiabilidade primária, que é o grau de consistência ou precisão com que um instrumento mede o atributo. Quanto maior a confiabilidade do instrumento, menor a quantidade de erro nos escores obtidos. E a validade, que é o grau em que um instrumento mede o que supostamente deve medir⁸⁸.

A validação é um processo em que se examina, com precisão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores estabelecidos. “Validar mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida é todo um processo de investigação. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e devem ser repetidas inúmeras vezes para o mesmo instrumento” (p-26)⁸⁹.

Durante a execução de um processo de validação devem ser analisados três aspectos: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto⁹⁰.

A validade de conteúdo indica se o instrumento abrange os diferentes aspectos do seu objeto; a validade de critério é o grau com que o instrumento discrimina entre indivíduos que diferem em determinada(s) característica(s), de acordo com um critério padrão; e a validade de construto, que é a demonstração de que o instrumento realmente diferencia sujeitos sintomáticos de sujeitos assintomáticos, bem como se é capaz de medir diferenças antes e depois do tratamento^{90,91}.

A validação de conteúdo de um instrumento baseia-se, necessariamente, em um julgamento; indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio⁸⁷. Ela examina a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a ser abordado no instrumento. Tende a ser julgada de

forma empírica, uma vez que não existem métodos totalmente objetivos para garantir que um instrumento abrange adequadamente o conteúdo a ser medido⁹².

Validar conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se tenciona medir. Os instrumentos são submetidos à apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens^{92,93}.

Para proceder à validação de conteúdo, faz-se premente a análise de cada item por um grupo de juízes, considerados especialistas no conceito em estudo, sendo suficiente um número de seis juízes⁹⁴.

Um instrumento passa a ser validado quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma única questão de pesquisa. Quanto maior o número de convergência dos resultados, após a utilização de várias técnicas para identificar sua viabilidade, maior a possibilidade de comprovar a confiabilidade e validade nos resultados do estudo. O valor de concordância entre os juízes-especialistas deve ser de 80%, tendo como referência os valores empregados em outros estudos⁹⁵⁻⁹⁸.

Prática Baseada em Evidências

A prática clínica pautada apenas na experiência pessoal e não embasada na literatura científica pode acarretar erros sistemáticos e prejuízos às políticas de saúde e ao paciente. Aliar a experiência do profissional à pesquisa de adequada qualidade metodológica é fundamental para a obtenção de melhores resultados, uma gestão consciente de recursos e a redução de erros na prática clínica⁹⁹.

A prática baseada em evidências (PBE) é um movimento positivo segundo o qual o fonoaudiólogo não deveria administrar tratamentos sem evidência científica que comprove a sua eficácia¹⁰⁰.

Diante do exposto, fica claro que a PBE apresenta uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento para aqueles dispostos a assumir uma atitude crítica, questionando e investindo tempo e energia para aprender novas habilidades para a tomada de decisão¹⁰¹.

A rigor, o compromisso da pesquisa científica é contribuir com a sociedade, promovendo melhoria na qualidade do atendimento conduzido por profissionais de

Saúde e, conseqüentemente, melhorando a vida de seus pacientes. Assim, é preciso produzir evidências que se transformem em conhecimento disseminado e validado, tanto para o fonoaudiólogo quanto para o paciente. Desse modo, a PBE se constitui em um movimento cujo objetivo é aproximar a produção acadêmica das possíveis soluções para os problemas reais experimentados pelos profissionais da Saúde¹⁰²⁻¹⁰⁴.

Embora as definições de Prática Baseada em Evidências apresentem similaridades, suas ênfases são distintas. Alguns autores relatam as diferentes percepções da PBE, discutindo a necessidade do conhecimento e da implementação dos resultados validados de pesquisas. Eles argumentam que fonoaudiólogos que dependam exclusivamente de evidências de pesquisa, sem a integração de informações acerca do cliente e sua família, bem como as restrições do contexto clínico, não aplicam Prática Baseada em Evidências de forma adequada. Salieta-se, por respeito ao paciente, que as informações sobre os procedimentos clínicos recomendados pelo fonoaudiólogo devem ser prioritárias, no sentido de que prevaleçam sempre o seu interesse e a sua participação. Importa, de antemão, considerar que na PBE a eficácia do tratamento depende também da adesão dos familiares e do paciente^{105,106}.

3. OBJETIVO GERAL

Propor e analisar o conteúdo e aparência de um Protocolo Assistencial para Atuação Fonoaudiológica no Alojamento Conjunto com vistas ao aleitamento materno.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.1. Propor um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica junto ao binômio mãe-bebê no alojamento conjunto com vistas ao aleitamento materno– PASMI;
- 4.2. Analisar a aparência e o conteúdo do protocolo entre os pares, para ser usado com o público-alvo;

5. HIPÓTESES

A utilização de protocolos validados baseados em indicadores de saúde e validados entre os pares permite demonstrar a efetividade da avaliação/orientação fonoaudiológica no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo e prevenção de afecções mamárias.

6. MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo metodológico, de análise do conteúdo e aparência de um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto, realizado no período de março de 2017 a julho de 2018. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE parecer de nº 2.642.964).

7. DESENHO DO ESTUDO

Esse estudo foi dividido em duas etapas apresentados na figura a seguir:



Figura 1. Fases do processo de elaboração e análise de conteúdo e aparência do PAsMI.

Fonte: Elaborado pela autora

Primeira Etapa - Elaboração:

Foi realizada no primeiro semestre de 2017 e visou a proposição do protocolo assistencial a ser utilizado em maternidades, a fim de nortear a atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto. Para a construção do protocolo foi levada em consideração a prática dos pesquisadores construída ao longo dos anos de experiência na área de Fonoaudiologia neonatal, associada ao que é preconizado pela prática baseada em evidências¹⁰. Sendo assim, foi realizado amplo levantamento de material sobre a temática, em diferentes bancos de dados (Medline, LILACS, Cochrane Library, SciELO), que possibilitou o estudo de artigos científicos, monografias, dissertações, teses e capítulos de livros que discorriam sobre a assistência fonoaudiológica à saúde materno infantil^{46-48,53,57-60,107-112}. Foi realizada a leitura criteriosa deste material, objetivando-se a seleção de melhores técnicas de avaliação e tratamento, bem como indicadores de processo e qualidade, preferencialmente validadas e padronizadas, que pudessem ser utilizadas para a proposição do material.

A sistematização das atividades que o fonoaudiólogo pode e deve realizar no alojamento conjunto foi o principal objetivo deste estudo, onde se buscou, para cada atividade proposta, o respaldo teórico, dialogando com os estudos e propostas realizadas nos últimos anos.

Segunda etapa – Análise de conteúdo e aparência:

Participaram da análise do conteúdo e aparência do protocolo 10 juízes-especialistas, representados por fonoaudiólogos, pediatras e enfermeiros que atuam na assistência aos recém-nascidos. A amostra foi selecionada por intencionalidade. Para a seleção dos juízes-especialistas foram considerados os critérios descritos no Quadro 3, sendo necessário que os juízes atendessem ao perfil de pelo menos dois critérios:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Possuir, no mínimo, cinco anos de experiência na área neonatal.
Possuir especialização na sua área de atuação.
Participação em eventos de neonatologia nos últimos 5 anos

Quadro 1. Critérios de seleção para os juízes-especialistas.

Após a seleção, os juízes foram convidados a participar mediante contato verbal e receberam uma carta-convite por meio eletrônico (e-mail) que apresentou o estudo, com ênfase na justificativa e objetivos do mesmo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I) que deveria ser assinado em caso de aceite. Com a devolutiva do TCLE devidamente assinado, o Instrumento de Análise do Protocolo (APÊNDICE II) e o PASMI foram enviados também por e-mail.

Os especialistas deveriam julgar a abrangência dos itens selecionados, assim como, a representatividade e pertinência de cada um deles em relação às características da população estudada, além do conteúdo das definições operacionais. Após essa ação, foi obtida uma segunda versão do Protocolo, formulada após a análise e adequações solicitadas pelos juízes.

Visto se tratar de um teste de confiabilidade, em que a interpretação dos participantes sobre o instrumento utilizado é parte fundamental dos resultados, os esclarecimentos foram breves e sucintos. A quantidade de consultores foi escolhida a critério da pesquisadora tendo em vista que não há na literatura um número estabelecido.

Conforme Spínola¹¹³ não há um número pré-estabelecido de juízes ou especialistas para se validar os resultados obtidos, variando conforme o fenômeno em estudo e critérios para seleção destes especialistas. Estes devem ser peritos ou possuidores de conhecimento sobre o fenômeno e, ter disponibilidade e motivação para participar das distintas etapas do estudo.

O instrumento de avaliação do protocolo, destinado aos juízes foi um questionário composto de 19 questões (APÊNDICE II), divididas em blocos, organizados conforme Escala Likert, contendo perguntas referentes à avaliação do conteúdo do material e representado da seguinte forma:

- a) Questão 1.1 a 1.5 - **Objetivos**- correspondem aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do protocolo;
- b) Questão 2.1 a 2.9 - **Estrutura e apresentação** - refere-se à forma de apresentar o conteúdo. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação;
- c) Questão 3.1 a 3.5 - **Relevância**- refere-se às características que avaliam o grau de significação do protocolo apresentado;
- d) **Comentários gerais e sugestões dos juízes-especialistas.**

Os juízes-especialistas responderam o questionário, considerando as pontuações adotadas para julgamento do protocolo (1, 2, 3 ou 4) e seguiram uma escala contendo quatro graus de valoração, destacadas na Figura 3.

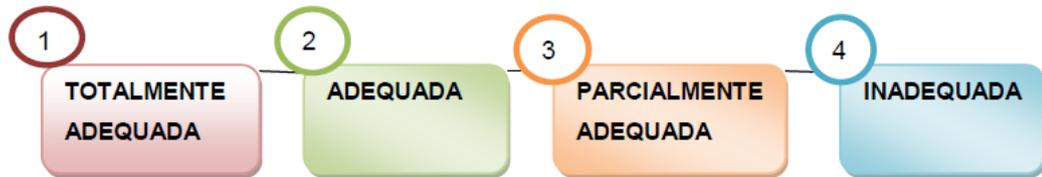


Figura 2 - Diagrama dos graus de valoração.
Fonte: Elaborado pela autora.

8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados em planilha de dados eletrônica e exportados para um *software* estatístico (R v3.4). Depois de codificados e tabulados, foram analisados por meio de estatística descritiva. Após a avaliação, foi realizada a validação de conteúdo com aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens.

Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas incluíram: 1= totalmente adequado; 2= adequado, 3= parcialmente adequado, 4= inadequado. O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “1” ou “2” pelos especialistas, considerando ainda que os itens avaliados como 4 deveriam ser excluídos, e que os itens avaliados como 3 deveriam ser revisados.

A fórmula para avaliar cada item individualmente foi:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas "1" ou "2"}}{\text{Número total de respostas}}$$

A fim de estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes foram estabelecidos os valores recomendados de no mínimo 0,75 para servirem de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item ^{114,115}.

9. RESULTADOS

A primeira versão do PASMI encontra-se descrita no Apêndice III.

Participaram do estudo dez juízes-especialistas, pediatras (30%), fonoaudiólogos (40%) e enfermeiros (30%), sendo apenas um do sexo masculino, todos com especialização concluída ou em andamento, idade média de 36 anos, tempo de formação média de 9 anos, e com atuação em maternidades e bancos de leite (Tabelas 1 e 2).

Tabela1. Medidas Descritivas das informações dos juízes especialistas – variáveis numéricas

	Idade	Tempo de Formação	Tempo de Trabalho
Média	36.30	9.60	8.60
Desv. Padrão	9.38	5.93	6.45
Min	27.00	6.00	3.00
1 quartil	30.00	7.00	5.25
Mediana	33.00	8.00	7.00
3 quartil	39.00	9.50	8.75
Máx	54.00	26.00	26.00
I.C. inf	30.49	5.93	4.60
I.C. sup	42.11	13.27	12.60

Tabela2. Medidas Descritivas das informações dos juízes especialistas – variáveis categóricas

	Frequencia	%
Sexo		
Masculino	1	10
Feminino	9	90
Total	10	100
Área de Formação		
Enfermeiro(a)	3	30
Fonoaudiólogo(a)	4	40

Médico(a)	3	30
Total	10	100
Função/Cargo		
Enfermeira em Maternidade	3	30
Fonoaudióloga neonatal e pediátrica	3	30
Fonoaudiólogo neonatal	1	10
Neonatologia e Banco de Leite	1	10
Neonatologista	1	10
Pediatra	1	10
Total	10	100
Titulação		
Especialização (concluída)	5	50
Especialização (em andamento)	1	10
Especialização- Mestrado (concluído)	1	10
Especialização - Residência Médica (concluída)	3	30
Total	10	100

Continuação.

Tabela 3. Pontuações adotadas pelos juizes-especialistas para o julgamento do protocolo e IVC para cada item.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	IVC
p1.1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	0,9
p1.2	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	0,9
p1.3	1	3	2	2	1	2	2	3	2	1	0,8
p1.4	2	3	3	2	1	2	2	2	2	2	0,8
p1.5	2	3	2	2	1	1	2	3	2	2	0,8
p2.1	2	4	2	1	1	2	3	3	2	2	0,7
p2.2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1
p2.3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	0,7
p2.4	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1
p2.5	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
p2.6	1	3	2	2	1	2	2	3	2	3	0,7
p2.7	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2	0,8
p2.8	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
p2.9	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1
p3.1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1
p3.2	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	0,9
p3.3	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1
p3.4	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1
p3.5	2	4	2	1	1	1	2	2	2	2	0,9

Legenda: P1- Objetivos, P2-Estrutura e Apresentação, P3- Relevância, Letras-participantes, IVC- Índice de validade de conteúdo.

O instrumento apresentou escore médio de concordância de 0,889 conforme Figura 4.

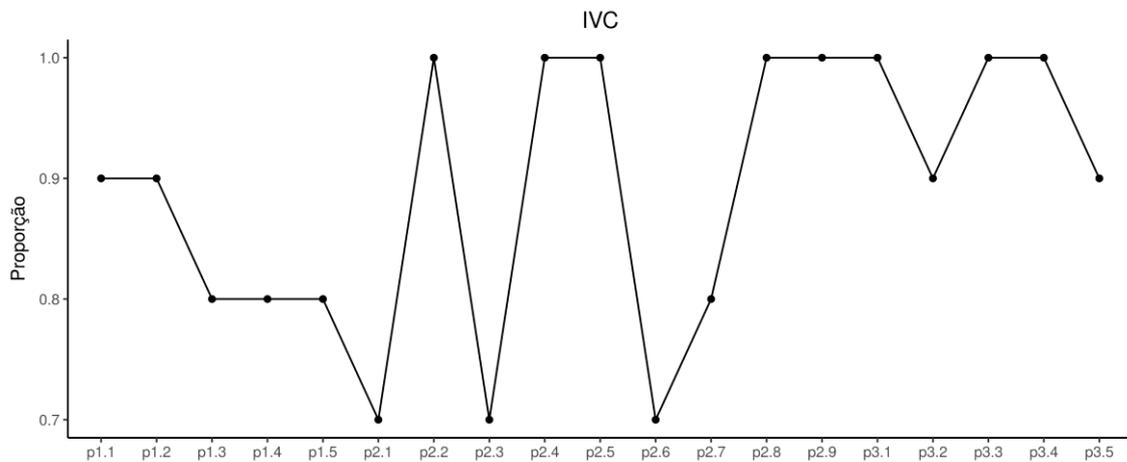


Figura 3. Escore médio do Índice de Validade de Conteúdo por item.
Fonte: Elaborado pela autora.

Tais resultados demonstraram uma concordância aceitável do questionário entre os avaliadores – superior a 80%.

As sugestões dos juízes expressaram satisfação pela iniciativa da construção do protocolo, destacam sua significância na prática profissional e contribuição de melhores práticas na saúde da criança. Um dos juízes citou que, no protocolo deveriam ser incluídas ações da equipe de enfermagem, pois a amamentação é um tema interdisciplinar. Outros três avaliadores sugeriram que fosse retirado um dos protocolos de avaliação (“Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral”) para que sua aplicação como um todo fosse mais rápida. Dois avaliadores sugeriram que fossem reduzidos os indicadores propostos.

Sendo Assim, foi elaborada uma versão final do protocolo, o PASMI 2.0 descrito no APÊNDICE IV.

10. DISCUSSÃO

O fonoaudiólogo atua de diversas formas durante o período de internação, incluindo orientações sobre aleitamento materno e os aspectos fonoaudiológicos¹¹⁴.

Espera-se que o trabalho fonoaudiológico traga benefícios para o bebê e sua família¹¹⁴⁻¹¹⁶, além de favorecer a alta hospitalar mais precoce, reduzindo gastos¹¹⁷.

Nesse contexto, o PASMI 2.0, instrumento que se propõe a avaliar o binômio mãe-bebê, observando diferentes aspectos relacionados à saúde geral e à saúde fonoaudiológica, bem como orienta a realização de diferentes técnicas fonoaudiológicas para recém-nascidos, atingiu níveis satisfatórios de validade¹¹⁸⁻¹¹⁹.

O percentual de concordância encontrado foi superior à taxa mínima estabelecida de 75%¹¹⁹. Este percentual foi adotado em decorrência da quantidade de avaliadores, uma vez que, na literatura, estudos sugerem que a taxa de concordância aceitável entre os juízes seja estipulada. Autores defendem que no processo de avaliação individual dos itens, deve-se considerar o número de juízes. Com a participação de cinco ou menos participantes, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80¹¹⁹.

Vale salientar que a validade de um instrumento representa o grau em que este mede o conteúdo que se propõe a medir. Existem tipos diferentes de validade em função da relevância, totalidade e exatidão: validade de aparência, conteúdo, critério e constructo¹¹⁹.

Neste estudo, objetivou-se a construção e análise de conteúdo de um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica junto ao binômio mãe-bebê em alojamento conjunto com vistas ao aleitamento materno. Destaca-se que a validade de conteúdo consiste em uma avaliação subjetiva, baseada no julgamento de peritos na área do conteúdo para se determinar se o instrumento explora todas as dimensões e domínios pertinentes ao conceito ou constructo em estudo^{86,119}. A importância destes estudos está relacionada ao reconhecimento científico que se associa a um instrumento validado.

Em relação à validade de conteúdo, este apresenta duas etapas: a primeira constitui o desenvolvimento do instrumento e a segunda envolve a análise e julgamento dos especialistas. Um estudo de validade de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item com a colaboração de especialistas, porém existem limitações nos estudos de validade de conteúdo que precisam ser observadas, visto que a análise dos especialistas é subjetiva e, por conseguinte, podem existir distorções nos estudos¹¹⁹.

A princípio foi autorizado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Ceilândia, a participação de quinze a vinte juízes-especialistas, porém essa quantidade foi reduzida devido à impossibilidade de contactar juízes que atendessem a pelo menos dois dos critérios de inclusão e como sugere a literatura, não há um número pré-estabelecido de juízes ou especialistas para se validar os resultados obtidos, variando conforme o fenômeno em estudo e critérios para seleção destes especialistas¹¹³. Para este estudo foi levado em consideração os apontamentos de estudo anterior⁹⁴ que afirma ser suficiente um número de seis juízes para validação de conteúdo.

A análise de juízes ou análise de conteúdo é baseada, necessariamente, no julgamento realizado por um grupo de juízes experientes na área, aonde cabe analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe¹¹⁶. Participaram deste estudo, dez juízes, fonoaudiólogos, enfermeiros e pediatras, todos envolvidos no cuidado ao binômio mãe-bebê e a avaliação crítica dos avaliadores permitiu o aprimoramento deste instrumento.

Uma observação comum ao corpo de avaliadores do instrumento fez referência à sua extensão, pois o mesmo constava entre outras coisas, de dois protocolos de avaliação fonoaudiológica, o que o deixava muito extenso e dificultava a prática clínica. Por esse motivo, foi excluído o instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral, pois o mesmo não avalia o recém-nascido na situação de alimentação. Além disso, foi anexada a triagem de avaliação do frênulo de língua em bebês, atendendo a Lei nº 13.002, de 20 de junho 2014 que obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês.

De acordo com o Art. 1 é obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências¹²⁰.

O que foi fundamental para validar sua adequação e expandir seu uso como instrumento de saúde pública, contribuindo para o avanço da investigação na área da Fonoaudiologia Neonatal, bem como para a adequação e a efetividade das práticas direcionadas a esse grupo populacional.

A possibilidade de aplicação do protocolo fonoaudiológico direcionado ao binômio mãe-bebê permite o desenvolvimento de estratégias dinâmicas e sistematizadas que favoreçam a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde. A construção de um instrumento visa documentar as informações de forma

objetiva, científica e compreensiva, permitindo a identificação de diagnósticos e, conseqüentemente, a determinação de ações, gerando uma assistência de excelência¹¹⁹.

O Sistema de Alojamento Conjunto merece atenção especial dos profissionais de saúde que têm atribuições voltadas à assistência integral ao binômio mãe-filho, pois eles atuam estimulando o vínculo entre ambos e orientando as mães sobre a saúde e os cuidados de seus filhos¹²¹. A educação e promoção da saúde em Alojamento Conjunto advém da criação de condições ideais e de supervisão por parte dos profissionais de saúde para o estabelecimento do vínculo mãe-filho através de estímulos, conhecimentos e orientações que facilitem a experiência das mães na maternidade^{122,123}.

Em 1993, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.016, de 26 de agosto, considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde; a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar complicações maternas e do recém-nascido; a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diversos níveis; aprovou as Normas Básicas para a implantação do Alojamento Conjunto, ocasião em que entrou em vigor¹²⁴.

Vale ressaltar a importância do trabalho multiprofissional^{33,34,46}, onde cada profissional da saúde possa contribuir para a prática do aleitamento materno relacionada com a sua área de atuação, além de favorecer uma atenção integral e mais completa à mãe e seu filho.

Apesar dessa obrigatoriedade, as instituições que adotam o sistema de alojamento conjunto, nem sempre executam as ações educativas e preventivas preconizadas pelo Ministério da Saúde, seja por medo de enfrentar as mudanças advindas da implantação do próprio sistema, ou mesmo por acomodação às rotinas habituais de trabalho.

As orientações relacionadas à amamentação devem ser iniciadas no pré-natal e continuar no pós-natal, principalmente nos primeiros dias de vida do bebê, a fim de corrigir ideias errôneas e fornecer informações corretas¹²⁵⁻¹²⁷.

O Ministério da Saúde determina que a equipe de saúde deve começar o preparo da gestante para o alojamento conjunto desde o pré-natal; estimular o

contato precoce do binômio na sala de parto para que o aleitamento materno se inicie na primeira hora após o nascimento; incentivar o aleitamento sob livre demanda, e orientar quanto à participação gradual da mãe no cuidado ao recém-nascido; realizar visitas diárias à puérpera para avaliar seu estado de saúde e de seu filho; ministrar palestras e aulas às mães, abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição; participar do treinamento em serviço para garantir a qualidade da assistência; e identificar os recursos disponíveis, na comunidade, para o atendimento continuado às mães e à criança, agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde, nos primeiros 15 dias pós-parto¹²⁴.

É essencial que as mães, gestantes e nutrizes sejam orientadas quanto aos fatores que envolvam a saúde da comunicação. O fonoaudiólogo pode desenvolver o papel de educador que irá orientar, esclarecer e estimular a continuidade da lactação desde a assistência pré-natal, puerpério e puericultura, podendo intervir diretamente na função de deglutição com neonatos que apresentam dificuldades.

Muito embora as disfunções orais sejam possíveis de serem revertidas precocemente, as ações entre a mãe e o bebê, nas primeiras mamadas, rapidamente se tornam hábitos estabelecidos, difíceis de mudar, principalmente em relação ao padrão de sucção do RN. Por esse motivo, a avaliação criteriosa da mamada e do padrão de sucção, além de orientações adequadas, são essenciais no início da amamentação, prevenindo o desmame precoce e doenças relacionadas à saúde da comunicação^{41,44,45}.

Destaca-se, dentre as limitações, o escasso referencial científico sobre estudos que versam acerca da construção e validação de instrumentos fonoaudiológicos de coleta de dados e tratamento para aplicação em neonatos.

Outro fato a ser destacado para a utilização do protocolo proposto é a capacitação dos profissionais de saúde⁷⁶, em especial dos fonoaudiólogos e enfermeiros, para atuarem de forma satisfatória, tendo em vista o novo modelo de protocolo assistencial. Percebeu-se também, como limitador do estudo realizado, a ausência de um teste piloto com os profissionais, a fim de que fosse observada a adequação do material proposto. Novos estudos devem ser realizados buscando verificar a efetividade do PASMI 2.0 frente à população envolvida.

Porém, apenas a elaboração de um instrumento não é suficiente para garantir a qualidade que se deseja do serviço de Fonoaudiologia nas maternidades e este necessita ser adicionado ao compromisso dos profissionais por meio da motivação e da competência, viabilizando o desempenho do verdadeiro papel do fonoaudiólogo.

11. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que o Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil – PASMI 2.0 apresentou indicadores psicométricos de validade de conteúdo e aparência aceitáveis, o que denota se tratar de um instrumento que pode ser utilizado entre os fonoaudiólogos, sendo, portanto, um instrumento padronizado e, acredita-se, de fácil aplicação, que poderá permitir uma melhor identificação dos agravos e o uso de estratégias adequadas para tomada de decisão, no que diz respeito às condições de saúde fonoaudiológica do binômio mãe-bebê, bem como maior controle de ações assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Gamburgo L JL, Munhoz SEM, Amstalden LG. Alimentação do recém nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. Fono Atual. 2002; 5:39-47.
2. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
3. Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006; 6:99-105.
4. Cox K, Giglia R, Zhao Y, Binns CW. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge in Rural Western Australia. Journal of Human Lactation 2014; 30:488–97.
5. Koskinen KS, Aho AL, Hannula L, Kaunonen M. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. Midwifery.2014;30:464–70.
6. Souza CS, Oliveira CB. Contribuições do aleitamento materno no âmbito da fonoaudiologia. Saúde Sexo Educ. 2004;13:49-51.
7. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.37-49p.
8. Leite IG, Pinheiro AM, Brum, LRG, Souza SBA. Relação da amamentação com o desenvolvimento do sistema estomatognático. J Bras Fonoaudiol. 2002; 12:237-42.
9. Prade SR. Recém-nascidos pré-termo: critérios para a introdução da alimentação por via oral [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
10. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Evidence-Based Practice in Communication Disorders [Position Statement]. 2005; [citado 4 set. 2004] Disponível em: <http://www.asha.org/policy>.
11. Crenshaw, JT. Healthy Birth Practice #6. The Journal of Perinatal Education. 2014; 23; 211-17.
12. Garcez LW. Possibilidades e limites da atuação fonoaudiológica em berçários. [Monografia]. Porto Alegre (RS). Centro de Especialização em Fonaudiologia Clínica.1999.
13. Agudelo, S, Gamboa, O, Rodríguez, F, Cala, S, Gualdrón, N, Obando, E, Padrón, ML. The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. Trials. 2016; 17: 521.

14. Chiou ST, Chen LC, Yeh H, Wu SR, Chien LY. Early skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding: a comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth*. 2014;41:33-8.
15. Modes LC. Fonoaudiologia no alojamento conjunto: uma possibilidade de atuação. In: Tasca SMT, Almeida EOC, Servilha EAM (Orgs.). *Recém-nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional*. Carapicuíba: Pro-Fono, 2002 ;5:49.
16. UNICEF. *Babyfriendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care*. New York. UNICEF; 2006.
17. Araújo MFM. Situações e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.1-10p.
18. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" nos hospitais Amigos da Criança do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003; 3:411-19.
19. Pasqual KK.; Braccialli LAD. e Volponi M. Alojamento Conjunto: Espaço Concreto de Possibilidades e o Papel da Equipe Multiprofissional. São Paulo. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15:334-39.
20. Kacica MA, Kreiger L, Johnson GD. Breastfeeding Practices in New York State Maternity Hospitals : Results from a Statewide Survey. *Breastfeed Med*. 2012;7:409-16.
21. Lee YM, Song KH, Kim YM, Kang JS, Chang JY, Seol HJ, Choi HS, and Bae CW. Complete rooming-in care of newborn infants. *Korean J Pediatr* 2010;53:634-38.
22. Brodribb W, Kruske S, Miller Y. Baby-Friendly Hospital Accreditation, In-Hospital Care Practices. *Pediatrics*. 2013; 131: 685-92.
23. Sá NNB, Gubert MB, Santos W, Santos LMP. Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19: 509-24.
24. Rayfield S; Oakley L; Quigley MA. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. *BMJ Open*, 2015; 13; 5:11.
25. Straňák Z, Feyereislova S, Černá M, Kollárová J, Feyereisl J. Limited Amount of Formula May Facilitate Breastfeeding: Randomized, Controlled Trial to Compare Standard Clinical Practice versus Limited Supplemental Feeding. *PLoS One*. 2016;11:2.
26. Meirelles CAB, Oliveira MIC, Mello RR, Varela MAB. Justifications for formula supplementation in low-risk newborns at a Baby-Friendly Hospital. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro (RJ). 2008; 24:2001-12.

27. Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth*. 2014;41:330-8.
28. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova SP, Bonilha ALL. Mothers' knowledge about exclusive breastfeeding. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67: 290-5.
29. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012; 130: 54–60.
30. Davim RM, Enders BC, da Silva RA. Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44:713-8.
31. Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde [Internet]*. 2005 [cited 2012 Dec 22];2.
32. Carrara-de-Angelis, E. Fonoaudiologia Hospitalar: uma nova especialidade? *Jornal do CFFa*, 2, 5,1999.
33. Luz, E. A Fonoaudiologia Hospitalar em questão. *Jornal do CFFa*,2,4,1999.
34. Pelegrini, APN. Fonoaudiologia Hospitalar: Reflexões além das Fronteiras. *Fonoaudiologia Brasil, Jornal do CRF^a, Brasília (DF)*. 1999; 2:40-45p.
35. Furkin, A.M. Fonoaudiologia Hospitalar. *Jornal do CRF^a, Brasília (DF)*. 1999; 30:7p.
36. Bervian J; Fontana M; Caus B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura. *Passo Fundo (RS). RFO*. 2008; 2: 76-81.
37. Casagrande L, Ferreira FV, Hahn D, Unfer DT, Praetzel JR. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Porto Alegre (RS). Rev. Fac. Odontol*. 2008; 2:11-17.
38. Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface (Botucatu) [online]* v.14 n.33. p. 315-327. 2010.
39. Marques, MCS; Melo, AM. Amamentação no alojamento conjunto. *Rev. CEFAC [online]*. 2008;10:2:261-71.
40. Beck AMO, Assunção KO, Barbosa LR, Gomes E . Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. *Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]*. 2012; 17:4:464-68.

41. Sanches MTC. Amamentação: enfoque fonoaudiológico. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro (RJ). Guanabara Koogan; 2002; 50-9.
42. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J Pediatr. 2004; 80:147-54.
43. Andrade CRF, Gullo ACP. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/ rachaduras mamilares. J Pediatria. 1993; 15:28-33.
44. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. J Pediatria. 2004; 80:155-62.
45. Marques MCS; Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. Rev. CEFAC [online]. 2008; 10:2:261-71.
46. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. São Paulo (SP). Rev. CEFAC. 2010;10:12;441-453.
47. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Rev Latinoam Enferm. 2003;11:232-6.
48. Medeiros AMC, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML, Zveibil NM, Gabriel TCF. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011; 23:57-65.
49. Dodrill P, Donovan T, Cleghorn G, McMahon S, Davies PSW. Attainment of early feeding milestones in preterm neonates. J Perinatol. 2008;28:549-55.
50. Lau, C.; Algurusamy, R; Schanler, RJ.; Smith, EO; Shulman,RJ. Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. Oslo. Acta Paediatr. 2000; 89:7:846-52.
51. Fujinaga CI, Rodarte MDO, Amorim NEZ, Golçalves TC, Scochi CGS. Aplicação de um Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: estudo descritivo. Guarapuava-PR. Revista Salus. 2007; 1:129-37.
52. Neiva FCB, Leone CR, Leone C. Non-nutritive sucking score system for preterm newborns. Acta Paediatr. 2008;97:1370-5.
53. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. Neonatal Netw. 2005; 24:7-16.
54. Carvalhares MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr. 2003; 79:13-20.

55. Mosele PG, Santos JF, Godói VC, Costa FM, Toni PM, Fujinaga CI. Instrumento de avaliação da Sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. *Rev. CEFAC*. 2014; 16:1548-57.
56. Altuntas N, Turkyilmaz C, Yildiz H, Kulali F, Hirfanoglu I, Onal E, Ergenekon E, Koc E, Atalay Y. Validity and Reliability of the Infant Breastfeeding Assessment Tool, the Mother Baby Assessment Tool, and the Latch Scoring System. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9:4.
57. Zarem CS, Kidokoro H, Neil J, Wallendorf M, Inder T, Pineda R. Psychometrics of the neonatal oral motor assessment scale. *Dev Med Child Neurol*. 2013; 55:12.
58. Almeida FCF, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri (SP). Pró-fono. 2014; 34 p.
59. Neiva FB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr*. 2007;25:129-34.
60. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLS, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*. 2009; 11:448-56.
61. Fucile S, Gisel EG, Mcfarland DH, Lau C. Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53:829-35.
62. Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde [Internet]*. 2005 abr-jun [cited 2012 Dec 22];2.
63. Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev Latino-Am Enfermagem[online]*. 2011; 19:5.
64. Bittar. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*. 2011; 3:12.
65. Teixeira JDR, Camargo FA, Tronchin DMR, Melleiro MA. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Rev enferm UERJ [Internet]*. 2006 [cited 2013 Jan 22]; 2:271-8.
66. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association, New York*. 1988; 260:12:1743-48.
67. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICK. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59:84-8.

68. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. São Paulo (SP). J. Soc. Bras. Fonoaudiol., 2011; 23:1:89-94.
69. Soller AS, REGIS FILHO GI. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. Rio de Janeiro (RJ). Rev. Adm. Pública. 2011; 45:3:591-610.
70. Nogueira L.C.L. Gerenciando pela qualidade total na saúde. EDG – Editora de Desenvolvimento Gerencial, Belo Horizonte, 1999; 22p.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [online]. 2011. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1.
72. Tronchin DMR, Meleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, Tronchin DMR, Peres HHC, Massarollo MCKB, Fernandes MFP, Ciampone MHT et al. Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010; 77-107p.
73. Couto RC, Pedrosa TMG. Hospital – Gestão Operacional e Sistemas de Garantia de Qualidade. Rio de Janeiro (RJ). MEDSI. 2003; 115p.
74. Bittar, OJNV. Hospital: qualidade & produtividade. Rev Ass Med Brasil. 1999; 45: 357-63p.
75. Ferreira, DP. Indicadores de Saúde: construção e uso. In: Cianciarullo, T.I.; Cornetta, V K. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo (SP). 1ªed. Ícone, 2002; 259-70p.
76. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castilho V, Machado VB, Pinhel I, Siqueira VT, Silva MF. Indicadores de qualidade e avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009.
77. Weiner JB, Alexander JA, Shortell SM, Baker LC, Becker M, Geppert JJ. Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. Health Serv Res. 2006;41:307-34.
78. Frain MP, Tschopp MK, Bishop M. Predictors of Outcomes in Rehabilitation. J Rehabil. 2009;75:27-35.
79. Glickman SW, Schulman KA, Peterson ED, Hocker MB, Cairns CB. Evidence-based perspectives on pay for performance and quality of patients care and outcomes in emergency medicine. Ann Emerg Med. 2008;51:622-31.
80. Porter ME, Teisberg, EO. Redefining health care: creating value-bases competition on results. BMJ. 2006;7:333p.
81. American Speech-Language-Hearing Association. Roles of SpeechLanguage Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders: Technical Report [Internet]. 2001

82. Moraes DP. Estruturação de um serviço de Fonoaudiologia Hospitalar. [Dissertação]. São Paulo (SP). Universidade de São Paulo 2010; 75p.
83. Moraes DP. Indicadores de prognósticos clínicos de deglutição funcional em pacientes de um hospital público de grande porte. [Tese]. São Paulo (SP). Universidade de São Paulo. 2012;
84. Borges SDB, Mangilli LD, Ferreira MC, Celeste LC. Apresentação de um Protocolo Assistencial para Pacientes com Distúrbios da Deglutição. *CoDAS* 2017;29:5.
85. Marchesan IQ, Krakauer LH, Duarte LM, Rahal A, Catone D, Hermann MA, et al. organizadores. Documento oficial 02/2002 do Comitê de Motricidade Oral da SBFa. São Paulo (SP). 2002.
86. Goulart BNG, Chiari BM. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-fono*. 2007;19:223-32.
87. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1996;2: 188-213p.
88. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed. 2011; 7: 669p.
89. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*, Porto Alegre. 2009; 44:3:86-93.
90. Morley S, Snaith P. Principles of psychological assessment. In: Freeman C, Tyrer P, editors. *Research methods in psychiatry*. London: Gaskell; 1989. apud Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psico-farmacologia*. São Paulo (SP). Lemos. 2000; 26p.
91. Menezes PR. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25:214-16.
92. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo (SP). Lemos Editorial. 2000; 23-8p.
93. Polit DF; Beck CT; Hungler BP. Análise quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5a ed. Porto Alegre (RS). Artmed. 2004; 167-98p.

94. Perroca MG; Gaidzinki RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. Coeficiente de Kappa. Rev.Esc. Enf.Usp. 2003; 37.
95. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatria Clínica. São Paulo (SP). 1998; 25:5: 206-13.
96. Salmond SW. Orthopedic nursing research priorities: Delphi study. Ortop Nurs. 1994; 13: 31-45.
97. Silva CPR. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação [dissertação]. São Paulo (SP). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2005.
98. Fernandes MVL. Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2005.
99. Claridge JA, Fabian TC. History and development of evidence-based medicine. World J Surg. 2005;29:547-53.
100. Bernerstein-Ratner N. Evidence-based practice: An examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. Lang Speech Hear Serv Sch. 2006;37:257-67.
101. Johnson CJ. Getting started in evidence-based practice for childhood speech-language disorders. Am J Speech Lang Pathol. 2006;15:20-35.
102. Lemoncello R, Ness B. Evidence-based practice & practice-based evidence applied to adult, medical speechlanguage pathology. Perspectives on Gerontology. 2013; 18:14-26.
103. Bernerstein-Ratner N. Evidence-based practice: An examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. Lang Speech Hear Serv Sch. 2006; 37: 257–67.
104. Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, Cook DJ, Green L, Naylor CD, Wilson MC, Richardson WS et al. Users' Guides to the Medical Literature: XXV. Evidence-based Medicine: Principles for Applying the Users' Guides to Patient Care. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 2000; 284:1290-6.
105. Fey ME. Commentary on 'Making Evidence-Based Decisions About Child Language Interventions in Schools' by Gillam and Gillam. Lang Speech Hear Serv Sch. 2006; 37: 316–9.
106. Kamhi AG. Combining research and reason to make treatment decisions. Lang Speech Hear Serv Sch. 2006; 37:255–6.
107. Oliveira MS. Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e de conteúdo de uma tecnologia educativa [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal de Fortaleza; 2006.

108. Flabiano-Almeida FC, Bühler KEB. Avaliação da Disfagia Infantil. In: Manual prático de disfagia: Diagnóstico e tratamento. Dedivitis RA, Santoro PP, Arakawa-Sugueno L (Orgs). Revinter. 2017;13;125p.
109. Vinha VHP. O livro da amamentação. São Paulo: CLR Balieiro; 2002.
110. Lang S. Aleitamento do lactente: cuidados especiais. São Paulo: Santos. 1999; 179p.
111. Andrade C, Gullo A. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. *Pediatria (São Paulo)* 1993;15:28-33.
112. Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr.* 2002;141:230-6.
113. Spinola AWP. Delphos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984;91p.
114. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2011.
115. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. 1st ed. Porto Alegre: Artmed, 2010;116-35p.
116. Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, S., & Rauch, S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research.* 2003; 27:94-105.
117. Moura, E. R. F., Bezerra, C. G., Oliveira, M. S., & Damasceno, M. M. C. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. *Revista de Atenção Primária à Saúde.* 2008; 11:435-43.
118. Pivotto F, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. *Cogitare Enferm.* 2004; 9:32-42.
119. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research.* 2003; 27:2:94-105.
120. Lei nº 13.002, de 20 Junho de 2014. DOU de 23.6.2014 - Edição extra.
121. Pinto LM. Caracterização e avaliação qualitativa do sistema de alojamento conjunto do hospital e maternidade Celso Pierro (HMCP) – PUC-CAMPINAS. *Pediatria, São Paulo.* 1998; 20:4: 416-421p.
122. Fonseca LMM, Scochi CGS. Inovando a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho em alojamento conjunto neonatal através da criação de um jogo educativo. *Rev. Latino– Am. Enfermagem, Ribeirão Preto.* 2000;8:5:106-108p.

123. Garzon EC, Dupas G. Orientando e acompanhando: ações de enfermagem desenvolvidas junto à puérpera e ao recém-nascido. *Acta Paul. Enf.*2001;14:1:28-36p.
124. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016. de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF), 01 de setembro de 1993. Seção 1, p. 13.066-13.067.
125. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatrics*. 2004;80(5):126-30.
126. Leite AM, Silva IA, Scochi CGS. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004;12(2):258-64.
127. Santos VLF, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(3):283-91.

ANEXO I

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DE UM PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Pesquisador: CAMILA DE ALENCAR FROIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82814318.5.0000.8093

Instituição Proponente: Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.642.964

Apresentação do Projeto:

Trata o presente do projeto de dissertação de mestrado de Camila de Alencar Frois, realizado por meio de "estudo descritivo, do tipo metodológico, de validação do conteúdo e aparência de protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto, a ser realizado no período de março de 2017 a dezembro de 2018. O estudo foi dividido em duas etapas. Primeira Etapa - Elaboração: Foi realizada no primeiro semestre de 2017 e visou a proposição do protocolo assistencial a ser utilizado na maternidade a fim de nortear a atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto. Segunda etapa – Validação de conteúdo: Participação da validação do conteúdo e aparência do protocolo 15 juizes-especialistas, representados por fonoaudiólogos, pediatras e enfermeiros que atuam na assistência aos recém-nascidos. A amostra será selecionada por intencionalidade. Os especialistas devem julgar a abrangência dos itens selecionados, assim como, a representatividade e pertinência de cada um deles em relação às características da população estudada, além do conteúdo das definições operacionais. Após essa ação, será obtida uma segunda versão do Protocolo, formulada após a análise e adequações solicitadas pelos juizes. O instrumento de coleta de dados dos juizes será um questionário composto de 19 questões divididas em blocos, organizados conforme Escala de Likert, contendo perguntas referentes à avaliação do conteúdo do material".

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (51)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.642.984

Objetivo da Pesquisa:

O projeto apresenta como OBJETIVO GERAL: "Validar o conteúdo e aparência de um Protocolo Assistencial para Atuação Fonoaudiológica no Alojamento Conjunto".

E como OBJETIVOS ESPECÍFICOS: "1. Elaborar um protocolo assistencial para atuação fonoaudiológica junto ao binômio mãe-bebê no alojamento conjunto – PASMI" e "2. Validar o conteúdo do protocolo entre os pares, para ser usado com o público-alvo".

Assumindo como HIPÓTESE que "A utilização de protocolos validados baseados em indicadores de saúde e validados entre os pares permite demonstrar a efetividade da avaliação/orientação fonoaudiológica no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo e prevenção de afecções mamárias".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Durante a execução do projeto, os participantes serão orientados pelos pesquisadores quanto a possíveis desconfortos e riscos, e as possibilidades de redimi-los. Os participantes terão total liberdade para suspender sua participação sempre que necessário ou quiserem, sem prejuízo de qualquer tipo.

Existem riscos inerentes à aplicação do questionário, de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ou ansiedade ao responder o questionário. Em decorrência do teor do documento pode haver reações desconfortantes e desagradáveis frente a algumas perguntas, que poderão ser minimizadas pelos pesquisadores garantindo total sigilo, ou pela recusa em responder e/ou participar do estudo de forma geral pelo participante.

Benefícios:

Esta pesquisa trará inúmeros benefícios aos indivíduos que apresentam possíveis alterações na alimentação, proporcionando-os uma atenção mais especializada, e trazendo mais informações sobre esta dificuldade. Assim como a proposição de métodos cientificamente comprovados para a avaliação e acompanhamento de recém-nascidos com dificuldades alimentares no alojamento conjunto, já que a maioria dos estudos contempla apenas atuação fonoaudiológica em UTI neonatal e com recém-nascidos de médio e alto risco. A participação da especialidade na equipe multidisciplinar também poderá ser melhor embasada e aplicada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa proposto versa sobre a dissertação de mestrado da aluna do Programa de

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer 2.642/2018

Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Camila de Alencar Frois, cujo objetivo é validar um Protocolo Assistencial para Atuação Fonoaudiológica no Alojamento Conjunto.

O projeto apresenta detalhadamente seu desenvolvimento, estando dividido em duas etapas, das quais a primeira (ELABORAÇÃO) já foi concluída, devendo, agora, ser encaminhada a segunda etapa (VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO), da qual participarão 20 juízes, escolhidos por Intencionalidade, atendendo a critérios de Inclusão e exclusão especificados. Estes juízes serão contatos verbalmente, recebendo carta-convite a posteriori e, em seguida, trabalharão por email avaliando, por meio de questionário, os objetivos, estrutura e apresentação, relevância e fazendo comentários e sugestões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados de forma adequada

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 465/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_969609.pdf	15/04/2018 14:50:53		Acelto
Outros	pendencias.pdf	15/04/2018	CAMILA DE	Acelto

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNCIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.642.964

Outros	pendencias.pdf	14:49:25	ALENCAR FROIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CamilaFrois_projetocompleto.pdf	15/04/2018 14:46:46	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/04/2018 14:46:13	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Outros	CamiladeAlencaFrois.pdf	31/01/2018 18:34:42	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Outros	LauraDavisonManglilIToni.pdf	31/01/2018 18:34:23	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	31/01/2018 18:33:57	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Outros	concordancia.pdf	31/01/2018 18:33:36	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Orçamento	planilha_orcamento.pdf	31/01/2018 18:33:08	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/01/2018 18:32:53	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Brochura Pesquisa	resumo_projeto.pdf	31/01/2018 18:32:25	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Outros	termo_de_responsabilidade.pdf	31/01/2018 18:32:02	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/01/2018 18:11:30	CAMILA DE ALENCAR FROIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 08 de Maio de 2018

Assinado por:

Dayani Galato
(Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.foe@gmail.com

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(Juízes Especialistas)

Prezados Juízes (Equipe multidisciplinar),

Estamos realizando um estudo para demonstrar a importância da atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto e gostaríamos de convidar o (a) Senhor (a) para participarem do projeto de pesquisa: **VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO** sob a responsabilidade do pesquisador **Camila de Alencar Frois**, que se trata da validação de um protocolo assistencial para a atuação do fonoaudiólogo nessa unidade de internação hospitalar, com intuito de sistematizar a atuação deste profissional junto à equipe.

O objetivo desta pesquisa é validar um protocolo assistencial de atuação fonoaudiológica no alojamento conjunto. Riscos e benefícios relacionados à pesquisa: Segundo a Resolução CNS/MS 466/12 toda pesquisa envolve riscos aos participantes da pesquisa.

Riscos: Existem riscos inerentes à aplicação do questionário, de natureza psíquica, decorrente de possível desconforto ou ansiedade ao responder o questionário. Em decorrência do teor do documento pode haver reações desconfortantes e desagradáveis frente à algumas perguntas, que poderão ser minimizadas pelos pesquisadores garantindo total sigilo, ou pela recusa em responder e/ou participar do estudo de forma geral pelo participante.

Benefícios: Esta pesquisa trará inúmeros benefícios aos indivíduos que apresentam possíveis alterações na alimentação, proporcionando-os uma atenção mais

especializada, e trazendo mais informações sobre esta dificuldade. Assim como a proposição de métodos cientificamente comprovados para a avaliação e acompanhamento de recém-nascidos com dificuldades alimentares no alojamento conjunto, já que a maioria dos estudos contempla apenas atuação fonoaudiológica em UTI neonatal e com recém-nascidos de médio e alto risco. A participação da especialidade na equipe multidisciplinar também poderá ser melhor embasada e aplicada.

O (a) Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado em nenhum momento, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio do julgamento do protocolo quanto à clareza, compreensibilidade ou redundância e a adequação da representação comportamental dos itens.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

A sua participação na pesquisa não deve gerar quaisquer despesas que acarretem ressarcimento pela pesquisadora, pois a mesma será realizada em um único momento, em local de sua preferência. Contudo, caso ocorram despesas que estejam relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor (a) poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Este termo foi elaborado em duas vias. Após o seu consentimento uma via ficará com o (a) Senhor (a) e outra com a pesquisadora responsável. Esperamos merecer sua confiança e estamos à disposição para qualquer informação adicional sobre a pesquisa no telefone: (61) 98152-3662 disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou no e-mail: kmilaalencar@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Brasília, DF, _____, _____, _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO (JUÍZES-ESPECIALISTAS)

Data: ___/___/___

Nome do protocolo: Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil – PASMI

Parte I- IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES E ESPECIALISTAS

Código/Pseudônimo:_____Idade_____

Sexo: () M () F

Área de formação_____

Tempo de formação_____

Função/cargo na instituição_____

Tempo de trabalho:_____

Titulação:

Especialização ()

Concluído () andamento()

Mestrado () Doutorado ()

Especificar a área:_____

PARTE II- INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o protocolo. Em seguida analise o instrumento marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

1-Totalmente adequado

2-Adequado

3-Parcialmente adequado

4-Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

- 1- OBJETIVOS – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do protocolo assistencial.

1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades do binômio mãe-bebê no período de internação.	1	2	3	4
1.2 As informações/conteúdos são importantes para a qualidade do cuidado ao binômio mãe-bebê.	1	2	3	4
1.3 Convida e/ou instiga à mudanças de comportamento e atitude dos profissionais fonoaudiólogos e da equipe multidisciplinar em relação a estes profissionais.	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico da área	1	2	3	4
1.5 O protocolo atende aos objetivos de instituições que tem alojamento conjunto e às necessidades desta unidade de internação hospitalar.	1	2	3	4

-
- - ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se a forma de apresentar o protocolo. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O protocolo é apropriado para os fonoaudiólogos em geral.	1	2	3	4
2.2 As informações estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
2.6 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento dos profissionais.	1	2	3	4
2.7 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados.	1	2	3	4
2.8 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4
2.9 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

-
- 3 – RELEVÂNCIA –Refere-se as características que avalia o grau de significação do material apresentado.

3.1 O tema retrata aspectos-chave que devem ser reforçados	1	2	3	4
3.2 O protocolo permite a sistematização da atuação fonoaudiológica em alojamento conjunto de diversas maternidades.	1	2	3	4
3.3 O protocolo propõe a construção de conhecimento.	1	2	3	4
3.4 O protocolo aborda assuntos necessários para o saber dos fonoaudiólogos e dos demais profissionais envolvidos.	1	2	3	4
3.5 O protocolo está adequado para ser utilizado por qualquer fonoaudiólogo da unidade.	1	2	3	4

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES

Obs. Importante: Serão considerados comentários e sugestões para a não conformidade, e a possibilidade de ajustes, desde que possuam fundamentação na literatura científica.

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE III

**Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Reabilitação**

**PROTOCOLO
FONOAUDIOLÓGICO
DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE MATERNO
INFANTIL-PASMI**

**VERSÃO 1.0 (Aguardando análise
dos juízes-especialistas)**

INTRODUÇÃO

O Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil é um instrumento que visa sistematizar as ações do profissional fonoaudiólogo dentro das maternidades, especificamente no alojamento conjunto com informações/conteúdos importantes para melhorar o acompanhamento do binômio mãe-bebê.

OBJETIVO:

Padronizar a atuação do fonoaudiólogo no alojamento conjunto, eliminar ou minimizar as dificuldades na sucção através de estimulação sensório motora oral, com o objetivo de propiciar ao recém-nascido o desenvolvimento das estruturas faciais, a propriocepção, mobilidade e tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, para garantir a alimentação por via oral de forma segura e o sucesso do aleitamento materno.

REFERENCIAL TEÓRICO:

O Alojamento Conjunto é um sistema que propicia um relacionamento favorável entre o binômio mãe-bebê desde os primeiros momentos após o parto até a alta da maternidade. É o local ideal para incentivar o intercâmbio biopsicossocial entre mãe, bebê e demais membros da família, além de reforçar a importância do aleitamento materno^{1,2}.

A amamentação é o acontecimento mais importante dos primeiros meses de vida do bebê: ela reforça o vínculo entre mãe e filho, promove o aumento dos anticorpos e o ganho de peso, assim como, ajuda no desenvolvimento das estruturas orais como lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, responsáveis pelo funcionamento adequado das funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fonoarticulação e propicia o padrão nasal de respiração. É ainda a principal alternativa nutricional para a criança, que associa elementos fundamentais da nutrição correta, dentre eles alimento, saúde, cuidados e previne a desnutrição^{3,4}.

O trabalho fonoaudiológico realizado em hospitais com foco no recém-nascido de risco tem conquistado cada vez mais espaço. Tem como proposta detectar problemas e propor soluções aos neonatos que apresentam dificuldades

em se alimentar por via oral (VO), devido a sua imaturidade orgânica⁵. Recém-nascidos e lactentes saudáveis, sem intercorrências clínicas que interfiram no processo de amamentação, podem apresentar movimentos orais atípicos durante a mamada, acarretando dificuldades na amamentação. Entretanto, são decorrentes de alterações transitórias do funcionamento oral, ou por características anatômicas que dificultem o encaixe entre a boca do bebê e a mama da mãe, ou ainda, por fatores iatrogênicos. Por isso, um dos interesses da Fonoaudiologia é que esta função seja realizada assim que o bebê nasce de modo eficiente e prazeroso para o binômio mãe/bebê. Desta forma, facilitando a adequação das funções orais e auxiliando a prevenção das alterações de linguagem e das estruturas orofaciais⁶⁻⁹.

Como profissional responsável pelos aspectos relacionados ao aleitamento materno, à alimentação, e ao desenvolvimento da audição, da linguagem, e da comunicação, o fonoaudiólogo tem o papel de promoção e orientações em relação ao aleitamento materno, proporcionando ao neonato uma alimentação segura, funcional e prazerosa, que favoreça a alta hospitalar precoce e o desenvolvimento global do mesmo. Deve auxiliar também as mães para que se sintam tranquilas e seguras no contato e no ato de amamentar seu filho¹⁰⁻¹³.

Por meio de pesquisa em bases de dados, percebeu-se que existem poucas publicações que relacionem alojamento conjunto e fonoaudiologia e, apesar de a atuação dos profissionais no alojamento conjunto ser previstas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda existem divergências relacionadas a esta atuação. Além disso, a maioria das pesquisas é direcionada às unidades de terapia intensiva ou aos cuidados com o recém-nascido pré-termo após a alta hospitalar.

Partindo da necessidade de estabelecer critérios para nortear a assistência de Fonoaudiologia durante o processo de internação de recém-nascidos no alojamento conjunto, foi realizada a elaboração de um protocolo assistencial.

SETORES E SERVIÇOS ONDE SE APLICA

- Alojamento Conjunto (ALCON).
- Quem realiza: Equipe de Fonoaudiologia.

POLÍTICA

Adoção de um protocolo fonoaudiológico de assistência à saúde materno infantil no Alojamento Conjunto, favorecendo a redução da internação hospitalar e a promoção do aleitamento materno.

ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Para a construção do protocolo foi levada em consideração a prática dos pesquisadores construída ao longo de alguns anos de experiência na área Fonoaudiologia neonatal, associada ao que é preconizado pela prática baseada em evidências¹⁴. Sendo assim, foi realizado um amplo levantamento de material sobre temática, em diferentes bancos de dados (Medline, LILACS, Cochrane Library, SciELO), que possibilitou o estudo de artigos científicos, monografias, dissertações, teses, capítulos de livros e livros que discorriam sobre o assunto. Foi realizada a leitura criteriosa deste material, objetivando-se a seleção de melhores técnicas de avaliação e tratamento, preferencialmente validadas e padronizadas, que pudessem ser utilizadas para a proposição do material¹⁵⁻²².

A sistematização das atividades que o fonoaudiólogo pode e deve realizar no alojamento conjunto foi o principal objetivo deste estudo, onde se buscou, para cada atividade proposta, o respaldo teórico, dialogando com os estudos e propostas realizadas nos últimos anos.

O Protocolo Assistencial encontra-se descrito na Figura 1, e é composto pelas seguintes ações:

1. Verificação dos dados de internação no prontuário: Os dados coletados devem ser: data de nascimento, idade gestacional de nascimento e idade corrigida, idade materna, escolaridade materna, tipo de parto, peso de nascimento, uso de traqueostomia ou sondas de alimentação, diagnóstico de: distúrbios neurológicos, respiratórios, gastrintestinais, cardiovasculares, deformidades faciais ou síndromes que impeçam a alimentação por via oral.

2. Anamnese: composta de perguntas para as mães que envolvam: número de filhos e experiência prévia com amamentação, orientação sobre amamentação durante o pré-natal, orientação sobre amamentação no pós-parto, situação da mama e dificuldades encontradas até o momento, entre outras especificidades de cada caso.
3. Triagem: Será aplicado o Protocolo de Observação da Mamada-UNICEF(ANEXO I), conforme preconizado por Carvalhares e Correa²³, onde serão registrados os comportamentos de cada dupla, computando-se a frequência de comportamentos desfavoráveis ao aleitamento materno de acordo com escores (bom, regular, ruim), se computado um escore ruim ou dois regulares, o binômio será então encaminhado para avaliação fonoaudiológica específica (Ação 4). Nos demais casos, será realizada orientação fonoaudiológica (Ação 5) e determinada a alta fonoaudiológica;
4. Avaliação fonoaudiológica específica: Serão utilizados protocolos padronizados para a avaliação clínica da função alimentar dos neonatos, que já tenham sido ou estejam em vias de validação para a língua portuguesa brasileira. Em um levantamento inicial, foram identificados pelos menos dois protocolos que satisfaziam esses quesitos.

Para os recém-nascidos pré-termos será utilizado o “Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral”²⁴ + “Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica” (PAD-PED)²⁵. No primeiro a pontuação máxima a se atingir é de 36 pontos. Se a pontuação do recém-nascido for de até 27 pontos, a via oral será supervisionada pelo fonoaudiólogo ou profissional de enfermagem treinado. Caso seja menor que 27 pontos, a via oral será suspensa até que o paciente atinja a maturidade necessária para esta função.

Para recém-nascidos a termo será utilizado somente o “Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica” (PAD-PED)²⁵. Este protocolo segue classificações que vão de um a quatro para a função de deglutição. Se o recém-nascido atingir a classificação número um (deglutição normal) será considerado apto à alimentação via oral, se classificado em número dois (disfagia leve) será

considerado apto com algumas adequações posturais ou de utensílios, se a classificação for número três (disfagia moderada a grave) ou número quatro (disfagia grave), a via oral será suspensa e indicada via alternativa de alimentação.

5. Orientação fonoaudiológica: visa analisar a efetividade do aleitamento materno e propiciar condições à mãe/família para continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar. Será composta de: estado de alerta do recém-nascido, posicionamento adequado durante a amamentação, pega correta, colostro, amamentação em livre demanda, cuidado com as mamas, informações sobre a relação entre o aleitamento materno e a saúde fonoaudiológica, abordando questões sobre motricidade orofacial, linguagem e audição²⁶⁻³⁰ bem como a utilização do álbum seriado “Promovendo o aleitamento materno do Ministério da Saúde” (Anexo IV e Anexo V).
6. Intervenção fonoaudiológica: utilização de técnicas específicas em casos de disfunções orais e nos comportamentos maternos inadequados que interferem no processo de amamentação. Esta etapa seguirá os apontamentos da literatura arbitrada, que preconiza a aplicação de técnicas terapêuticas indiretas, diretas e de gerenciamento da alimentação^{28,29,31-38}.

As técnicas escolhidas para essa etapa encontram-se descritas a seguir (Quadro 1), e devem ser utilizadas conforme a necessidade de cada caso.

Quadro 1. Técnicas para realização da Ação 6.

Objetivo	Estratégias/técnicas
Instruir a mãe a respeito das disfunções orais e riscos associados, assim como os objetivos da terapia fonoaudiológica, a fim de promover uma participação ativa no	Uso de figuras, vídeos e programas específicos (simuladores 3D) para visualização do funcionamento da musculatura facial e fisiologia da sucção.

processo terapêutico ^{28,29,31-38}	
Estimulação do reflexo de procura e do reflexo de sucção ^{28,29,31-38}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliciar o reflexo de procura tocando com o dedo mínimo a região perioral do recém-nascido(RN). 2. Após a resposta de procura, estimular o reflexo de sucção: introduzir o dedo mínimo do examinador na boca do RN, pressionando levemente a língua ou a região da papila no palato. A língua deverá envolver o dedo ultrapassando a gengiva inferior, iniciando o movimento de sucção. 3. Esvaziar a mama parcialmente e colocar o bebê no peito quando o reflexo de ejeção do leite já estiver ativado.
Adequar a pressão intra oral ^{28,29,31-38}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar o dedo mínimo dentro da cavidade oral do RN, com a palma da mão virada para cima. Pressionar o palato durante 3 segundos, e então virar e abaixar o dedo deslizando a língua, em seguida tocar novamente o palato. 2. Estimulação da sucção não nutritiva.
Adequar vedamento labial ^{28,29,31-38}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reposicionamento manual dos lábios caso estejam invertidos. 2. Pressionar e movimentar o dedo em direção à orelha e então para baixo em direção aos lábios, fazendo um “C”. Repetir para o outro lado. 3. Posicionar o dedo indicador no canto do lábio superior, pressionar e movimentar o dedo em movimentos circulares de um lado a outro da cavidade oral. Repetir na direção contrária e no lábio inferior. 4. Posicionar o dedo indicador embaixo do nariz, no lábio superior, pressionar de forma sustentada, esticando o lábio superior para baixo no sentido do fechamento da cavidade

	oral. Repetir o procedimento para o lábio inferior, esticando-o para cima no sentido do fechamento da cavidade oral.
Eliminar padrão mordedor ^{28,29,31-38}	<p>1. Estimular o reflexo de procura do bebê e facilitar o encaixe adequado no peito.</p> <p>1- 2. Durante a mamada, favorecer a contenção da mandíbula apoiando-a com o dedo indicador ou médio, reforçando a abertura da boca do bebê, de modo que este projete a língua no momento da sucção.</p> <p>3. Posicionar o dedo indicador no centro da gengiva superior e deslocar o dedo de forma lenta e firme em direção ao fundo da cavidade oral. Retornar ao centro e repetir para o outro lado e na gengiva inferior.</p>
Adequar posicionamento de língua posteriorizada ^{28,29,31-38}	Estimular o reflexo de sucção com o dedo mínimo enluvado e manipular a língua para frente.
Avaliar a eficiência da mamada e coordenação entre sucção/respiração/deglutição ^{28,29,31-38}	<p>1. Realização da ausculta cervical concomitante à mamada, posicionando o estetoscópio pediátrico na região da laringe do RN.</p> <p>2. Observar o ritmo de sucção e fluxo das deglutições com atenção às pausas respiratórias.</p>
Auxiliar na manutenção do estado comportamental favorável (alerta) à prontidão para mamada ^{28,29,31-38}	<p>1. Quando o RN estiver em sono, despertá-lo para propiciar o estado comportamental alerta, despindo as roupas e manipulando seus membros superiores e inferiores, além de realizar toques na região palmar (mãos) e plantar (pés).</p> <p>2. Quando o RN estiver agitado/irritado, ou em choro, contribuir para acalmá-lo por intermédio da contenção do mesmo, levando os membros superiores para linha média, e organizando-o na posição decúbito lateral. Quando necessário,</p>

	<p>aproximar a (as) mão(s) do RN próximo à boca/face.</p> <p>3. Usar estímulo gustativo (preferencialmente leite materno) no dedo mínimo enluvado do terapeuta ou do bico materno, inserindo-o na região intra oral do RN para despertá-lo do sono ou acalmá-lo (quando agitado/irritado ou em choro), propiciando o estado comportamental favorável de alerta.</p>
<p>Promover a pega correta ^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar corretamente a díade mãe-filho (mãe relaxada, bem posicionada, bebê com a cabeça e tronco alinhados, barriga com barriga). 2. Desencandear o reflexo de busca por meio do toque do mamilo na região peri oral do bebê. 3. Aguardar abertura máxima de boca para colocação do bebê ao seio. 4. Verificar eversão do lábio inferior. 5. Grande parte da aréola deve estar na boca do bebê. 6. Verificar desobstrução de vias aéreas. 7. A mãe não deve sentir dor e não se devem ouvir estalos.
<p>Evitar afecções mamárias ^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar a pega correta. 2. Não ofertar o seio muito cheio, ingurgitado. 3. Manter as mamas secas. 4. Colocar o bebê para sugar em livre demanda. 5. Realizar ordenha sempre que necessário. 6. Não aplicar calor por meio de bolsas térmicas, compressas de água quente e/ou água quente de chuveiro. 7. Procurar auxílio profissional. 8. Evitar uso de cremes, óleos ou pomadas nos mamilos. Passar o próprio leite.

<p>Orientar os pais quanto a postura, oferta, consistências e utensílios alimentares^{28,29,31-38}.</p>	<p>1 . Teste de diferentes consistências, utensílios e posturas durante oferta alimentar, observando as mudanças na fisiopatologia, na tentativa de tentar reduzir o risco de penetração e/ou aspiração laringotraqueal e otimizar a eficiência da deglutição, reduzindo tempo de preparo e de trânsito oral.</p> <p>2 . Orientação aos familiares e cuidadores pela demonstração do uso de utensílios alimentares já testados e mais adequados para cada criança conforme a condição motora oral apresentada.</p>
<p>Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hipersensibilidade intra oral^{28,29,31-38}.</p>	<p>1 . Estimulação sensorial com uso de estímulos táteis, inicialmente em outras regiões corporais que não a face e a cavidade oral, como por exemplo nas mãos e nos pés.</p> <p>2 . Utilizar diversidade de texturas e temperaturas.</p> <p>3 . Em seguida realizar a mesma estimulação tátil em região da face.</p> <p>4. Durante todos estes estímulos sugere-se uso de atividades lúdicas, com estímulos visuais e auditivos.</p> <p>5 . Estimulação intra oral com estímulos táteis, térmicos e/ou gustativos, iniciando pela região mais anterior da cavidade oral, posteriorizando aos poucos os estímulos conforme aceitação da criança.</p> <p>6 . Toques intra orais com menor número de repetições, força e profundidade.</p>

<p>Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hipossensibilidade intraoral^{28,29,31-38}</p>	<p>1 . Estimulação sensorial com uso de estímulos táteis, em regiões corporais diversas, como por exemplo nas mãos, pés e face. Os estímulos podem apresentar riqueza de informação sensorial.</p> <p>2 . Estimulação intra oral com estímulos de diversos sabores, temperaturas e texturas, dar preferência para estímulos mais fortes, como sabores mais cítricos, temperaturas mais frias e texturas diferenciadas.</p> <p>3 . Toque intra oral com maior número de repetições, maior força e profundidade do toque.</p>
<p>Reduzir tempo de trânsito oral durante a deglutição^{28,29,31-38}</p>	<p>1 . Otimização das condições de responsividade sensorial, conforme já descrito anteriormente.</p> <p>2 . Adequação de consistências alimentares.</p> <p>3 . Treino de oferta do alimento.</p>
<p>Reduzir ou eliminar os sinais clínicos sugestivos de penetração e /ou aspiração laringotraqueal após a deglutição^{28,29,31-38}</p>	<p>1. Adequação de consistência alimentar.</p> <p>2. Promover deglutições múltiplas</p>
<p>Aumentar frequência da deglutição de saliva^{28,29,31-38}</p>	<p>1. Estimulação digital em região dos vestibulos orais.</p> <p>2. Uso de bandagem elástica em região de musculatura suprahióidea (Sugere-se formação específica para o uso da técnica).</p>

Após a realização do tratamento, os recém-nascidos devem ser reavaliados, utilizando-se os mesmos critérios descritos na Ação 4.

7. Para a finalização da aplicação do protocolo, foram selecionados indicadores de qualidade que devem acompanhar o mesmo, no intuito de informar

profissionais e gestores sobre a qualidade do serviço prestado. Os indicadores selecionados foram previamente publicados em estudo que propôs indicadores para a gestão dos resultados da reabilitação da deglutição em Unidades de Internação Hospitalar e UTI adulto³⁹, que foram adaptados pelos pesquisadores para a realidade deste estudo e estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Tabela de indicadores

Indicadores	Nome	Métrica
Processo	Índice de atendimento por paciente ³⁹	Total de atendimentos/ Número de pacientes atendidos
	Índice de atendimento por fonoaudiólogo ³⁹	Total de atendimentos realizados/ Número de fonoaudiólogos
	Índice de pacientes atendidos ³⁹	Paciente-dia atendidos pela Fonoaudiologia/ Paciente-dia do hospital
	Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar (alojamento conjunto e alojamento canguru) ³⁹	Nº de avaliação por UIH/ Total de avaliações
	Índice de fonoaudiólogo por leito ³⁹	Número de profissionais por dia / Número de leitos
	Índice de avaliações fonoaudiológicas ³⁹	Total de avaliações/ Número de internações (entradas hospitalares)
Resultado	Índice de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo no momento da alta ³⁹	Total de recém-nascidos em AME na alta /Total de recém-nascidos atendidos
	Taxa de afecções mamárias ³⁹	Total de pacientes com afecções mamárias /Total de pacientes atendidos
	Taxa de aleitamento materno em recém-nascidos com idade gestacional limítrofe ³⁹	Total de recém-nascidos com IG limítrofe/ Total de recém-nascidos em AME
	Taxa de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos que não foram amamentados na primeira hora de vida ³⁹	Total de recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida/ Total de recém-nascidos em AME
	Taxa de aleitamento materno em recém-nascidos que receberam complemento artificial na primeira hora de vida ³⁹	Total de recém-nascidos que receberam complemento artificial na primeira hora de vida/ Total de recém-nascidos em aleitamento materno
	Taxa de recém-nascidos com	Total de recém-nascidos com

	alteração no frênulo lingual ³⁹	alteração no frênulo lingual / Total de recém-nascidos atendidos
	Taxa de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos com alteração no frênulo lingual ³⁹	Total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual/ Total de recém-nascidos em AME

Material Necessário:

- 01 touca;
- 01 par de luvas;

REGISTROS

O registro da avaliação será anexado junto à folha de evolução no prontuário do paciente. As condutas subsequentes à avaliação também deverão ser registradas na folha de evolução diária do paciente contendo obrigatoriamente a assinatura e carimbo da fonoaudióloga responsável pela avaliação.

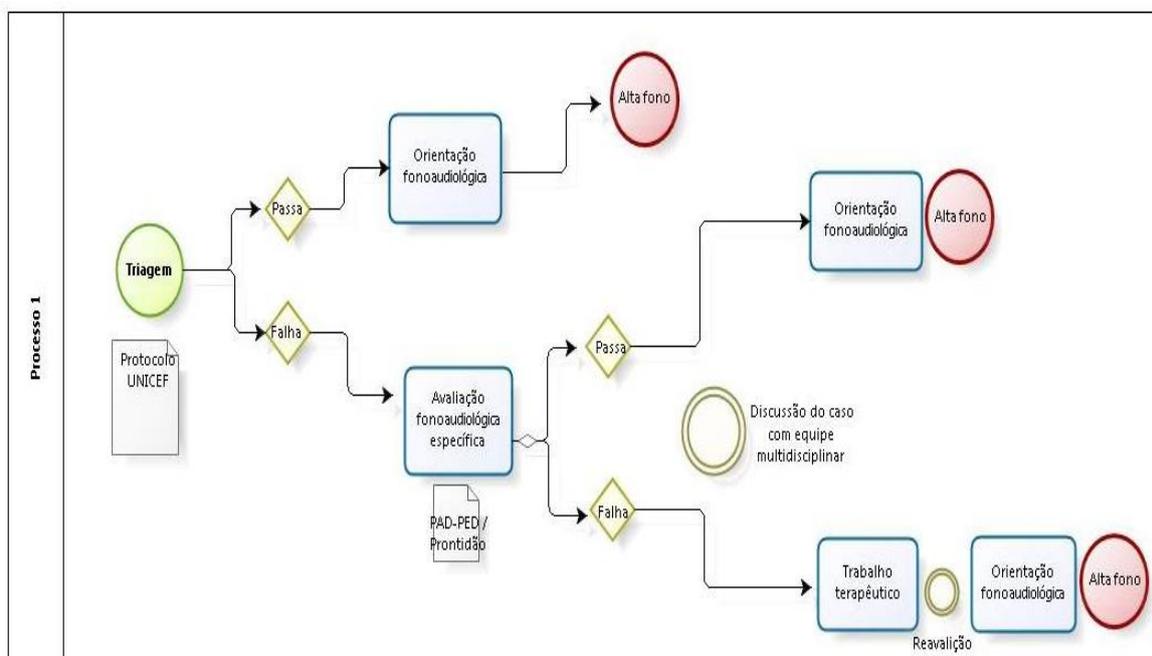


Figura1- Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil – PASMI

OBSERVAÇÕES

Obs.1: Durante o período de internação não serão utilizados mamadeiras, bicos intermediários de silicone ou qualquer outro instrumento que vá contra as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Obs. 2: Todos os casos serão discutidos com a equipe multidisciplinar (pediatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem), a fim de se obter alinhamento das condutas, continuidade do trabalho terapêutico e para proporcionar ao binômio mãe-bebê a melhor experiência no período de internação.

REFERÊNCIAS

1. Frederico P, Fonseca LMM, Nicodemo AMC. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. Rev Latinoam Enfermagem. 2000;8:4:38- 44
2. Souza SL, Castro, RM, Nogueira MI. Comportamento alimentar neonatal. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003;3:3:241-6
3. Gamburgo LJL, Munhoz SEM, Amstalden LG. Alimentação do recém nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. Fono Atual. 2002; 5:39-47.
4. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
5. Prade SR. Recém-nascidos pré-termo: critérios para a introdução da alimentação por via oral [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
6. Váldez V, Sanchez AP, Labbok M. Técnicas de amamentação. In: Váldez V, Sanchez AP, Labbok M, editores. Manejo clínico da amamentação. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.p. 48-54.
7. Sanches MTC. Amamentação-Enfoque fonoaudiológico. In: Carvalho RT, Tamez RN, editores. Amamentação-bases científicas para prática profissional. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2002. p. 50-59.
8. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. J Pediatr. 1995;126:125-9.
9. Andrade CF, Gullo AC. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. Pediatria São Paulo. 1993;15:28-33.

10. Calado DF, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC*. 2012;14:1:176-81.
11. Santana M CCP, Goulart BN, Chiari BM, Melo AM, Silva EH. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:2:411-7.
12. Costa AS, Azevedo MF, Fukuda Y. Evolução da resposta da cabeça em direção ao som, em crianças, no primeiro semestre de vida. *Pró-Fono*. 2000;12:2:21-9.
13. Lipay MS, Almeida EC. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Rev Ciênc Med Campinas*. 2007;16:1:31-41.
14. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Evidence-Based Practice in Communication Disorders [Position Statement]. 2005.
15. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. São Paulo (SP). *Rev. CEFAC*. 2010;10:12.
16. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11:232-6.
17. Medeiros AMC, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML, Zveibil NM, Gabriel TCF. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; 23:57-65.
18. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Netw*. 2005; 24:7-16.
19. Zarem CS, Kidokoro H, Neil J, Wallendorf M, Inder T, Pineda R. Psychometrics of the neonatal oral motor assessment scale. *Dev Med Child Neurol*. 2013; 55:12.
20. Almeida FCF, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri (SP). *Pró-fono*. 2014; 34 p.
21. Neiva FB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr*. 2007;25:129-34.
22. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLS, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*. 2009; 11:448-56.
23. Carvalhares MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr*. 2003; 79:13-20.

24. Fujinaga CI, Rodarte MDO, Amorim NEZ, Golçalves TC, Scochi CGS. Aplicação de um Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: estudo descritivo. Guarapuava-PR. Revista Salus. 2007; 1:129-37
25. Almeida FCF, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri (SP). Pró-fono. 2014; 34 p.
26. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.37-49p.
27. Casagrande L, Ferreira FV, Hahn D, Unfer DT, Praetzel JR. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. Porto Alegre (RS). Rev. Fac. Odontol. 2008; 2:11-17.
28. Fucile S, Gisel E, Lau C.Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants.J Pediatr. 2002;141:230-6.
29. Andrade CRF. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil. In: Andrade CRF(Org.). Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise, 1996. 25-42p.
30. Bühler KEB, Marchi SON. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. In: Hitos SF, Periotto MC. Amamentação: atuação fonoaudiológica; uma abordagem prática e atual. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.173-82p.
31. Araújo KCS. Estimulação sensoriomotora oral – aspectos práticos. In: Lopes SMB.; Lopes, JMA. Follow up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Editora Médsi, 1999. 301-7p.
32. Almeida EOC; Melli R.; Moraes IF. Orientação fonoaudiológica e psicológica às nutrizes: experiência em contexto hospitalar. In: Tasca SMT; Almeida EOC; Servilha EAM. Recém-nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional. Carapicuíba: Pró-Fono, 2002. 35-49p.
33. Baptista MGG. Atuação fonoaudiológica com puérperas na maternidade. In: Oliveira, ST(Org.) Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise, 2003. 9:109-16.
34. Perilo TVC, Martins CD, Ramos CAV, Gonçalves FM; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para dificuldades no aleitamento materno. In: Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.64, p. 469-473.
35. Bühler KEB, medeiros GC, Andrade CRF; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para disfunções motoras orais em recém-nascidos saudáveis. In: Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.65, p. 475-478.
36. Medeiros AMC, Jesus GA, Almeida LF; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para incentivo e acompanhamento do aleitamento materno em recém-nascidos. In:

Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.63, p. 463-467.

37. Ishigaki ECSS, Silvério CC; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para reabilitação fonoaudiológica da disfagia em crianças maiores de um ano. In: Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.67, p. 487-491.

38. Hernandez, AM. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma proposta de intervenção. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de risco. In: Hernandez,AM (Ed) Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. Pulso. São José dos Campos (SP). 2003; 47-48p.

39. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. São Paulo (SP). J. Soc. Bras. Fonoaudiologia., 2011; 23:1:89-94.

ANEXO I

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

Adaptado do UNICEF por Carvalhares.¹²

Carvalhares MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr. 2003; 79 (1):13-20.

ANEXO II

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

Identificação

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

Idade corrigida

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

Estado de organização comportamental

Estado de consciência	(2) alerta	(1) sono leve	(0) sono profundo
Postura global	(2) flexão	(1) semiflexão	(0) extensão
Tônus global	(2) normotonia	(0) 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	(2) 5a8s/p	(1) >8/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arrítmico	(0) ausente
Manutenção do estado alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de estresse	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Varição de 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 1 minuto

Escore: ____

Escore máximo: 36

Fujinaga et al. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v. 19, n. 2, abr.-jun. 2007.

ANEXO III

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)

Data da avaliação:
Nome:

1) Condições Clínicas.

Via de alimentação:	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SOE	<input type="checkbox"/> VO
Respiração:	<input type="checkbox"/> ar ambiente	<input type="checkbox"/> suporte respiratório	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> BIPAP	<input type="checkbox"/> oxitenda
	<input type="checkbox"/> venturi ___ %	<input type="checkbox"/> nebulização	<input type="checkbox"/> catéter O ₂ ___ l/minuto		

2) Sinais Vitais Prévios à Oferta.

FC ___ bpm	(Referência: < 2 anos: 80 a 160; entre 2 e 10 anos: 70 a 120; > 10 anos: 60 a 100)
FR ___ rpm	(Referência: < 1 ano: 30 a 40; entre 1 e 10 anos: 20 a 30; > 10 anos: 18 a 20)
SpO ₂ ___ %	(Referência: > 95%)
Observação:	

3) Exame Estrutural e Funcional.

Lábios:
Postura durante o repouso: <input type="checkbox"/> ocluídos <input type="checkbox"/> entreabertos
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Mobilidade: <input type="checkbox"/> protrusão <input type="checkbox"/> retração simétrica
Língua:
Postura durante o repouso: <input type="checkbox"/> papila <input type="checkbox"/> assoalho bucal <input type="checkbox"/> interposta <input type="checkbox"/> simétrica <input type="checkbox"/> assimétrica
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Mobilidade: <input type="checkbox"/> protrusão em linha média <input type="checkbox"/> desvio à

Ausulta cervical de base: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada durante a deglutição <input type="checkbox"/> alterada após a deglutição
<input type="checkbox"/> alterada sem piora após a deglutição <input type="checkbox"/> alterada com piora após a deglutição
Ocorrências: <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório

5) Sucção Não Nutritiva - SNN (dedo enluvado ou chupeta).

Reflexo de procura: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente (referência: presente até os três meses)
Pressão intraoral: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> diminuída
Padrão de sucção: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> inadequado
Frequência de deglutição de saliva: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
Ocorrências: <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório

Presença de: <input type="checkbox"/> tremores <input type="checkbox"/> fasciculações <input type="checkbox"/> atrofia
Bochechas:
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Dentes:
<input type="checkbox"/> ausência <input type="checkbox"/> presença <input type="checkbox"/> falhas <input type="checkbox"/> BEC <input type="checkbox"/> MEC
Palato duro:
<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alto
Palato mole:
<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alterado
Qualidade vocal:
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rouca <input type="checkbox"/> soprosa <input type="checkbox"/> molhada <input type="checkbox"/> anasalada

4) Avaliação da Deglutição de Saliva.

Aspecto da mucosa oral: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> xerostomia
Frequência de deglutição de saliva: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> sialoestase <input type="checkbox"/> sialorreia

6) Avaliação com Alimento.

Seio materno:

<input type="checkbox"/> vedamento labial adequado	<input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais
<input type="checkbox"/> pega adequada	<input type="checkbox"/> pega inadequada
<input type="checkbox"/> relação frequência de sucções/deglutição _____	
<input type="checkbox"/> pausas adequadas	<input type="checkbox"/> ausência de pausas
<input type="checkbox"/> coordenação sucção-respiração-deglutição	<input type="checkbox"/> incoordenação
Ausulta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta
	<input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta
	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo
	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal)
	<input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO ₂ _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez
	<input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal
	<input type="checkbox"/> recusa alimentar

Classificação do Grau da Disfagia Pediátrica*:
Conduta:
Fonoaudiólogo responsável:

* Para realizar a Classificação do Grau da Disfagia Pediátrica, vide o Quadro abaixo (Capítulo 11 desta Obra).

FLABIANO-ALMEIDA, Fabíola Custódio; BÜHLER, Karina Elena Bernardis; LIMONGI, Suelly Cecilia Olivan. Protocolo para avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Editores Científicos: Claudia Regina Furquim de Andrade e Suelly Cecilia Olivan Limongi. Barueri: Pró Fono, 2014. 33p. (Série Fonoaudiologia na Prática Hospitalar, v. 1).

ANEXO IV

PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO



Ministério
da Saúde



Desejamos que este álbum seriado ajude as crianças a terem o seu direito de mamar no peito até os dois anos de idade ou mais garantido e respeitado.

A amamentação, isto é, dar o peito, é a primeira e mais importante ação no combate à fome, às doenças e à desnutrição, e no fortalecimento do vínculo fundamental entre mãe e filho.

Com a participação da família e da comunidade, a amamentação promove o desenvolvimento infantil adequado.

Este álbum foi elaborado para facilitar o trabalho daqueles que no dia-a-dia convivem com gestantes, mães, crianças e suas famílias e têm a grande missão de promover, proteger e apoiar a amamentação.

Por isso, agradecemos às mães, crianças e famílias que cederam suas imagens para ilustrar as orientações contidas neste álbum.

Equipe de revisão desta edição:

Evanguella Kotziás Atherino dos Santos	Maternidade Carmela Dutra - SC
Haim Antonio Girade	UNICEF
Keiko Miyasaki Tenuya	Centro de Lactação de Santos - Sociedade Brasileira de Pediatria
Maria José Medeiros	UNICEF
Maria de Fátima Moura de Araújo	Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS
Sônia Maria Salviano Matos de Alencar	ABPSLH - Associação Brasileira de Profissionais de Banco de Leite Humano e Aleitamento Materno - GBP
Vilneide Braga Diques Serva	Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Colaboradores:

Francisco Galatiel de A. Barbosa	ABPSLH
Graciete Oliveira Vieira	Hospital Clériston de Andrade - Feira de Santana - BA
João Aurélio Guerra de Almeida	Rede Nacional de Bancos de Leite Humano - FIOCRUZ
Letícia Sobreira	UNICEF
Márcia Maria Tavares Machado	Escola de Saúde Pública - UFCE
Marina Ferreira Rea	Instituto de Saúde de São Paulo
Paula Claycomb	UNICEF
Sebastião Moreira	Hospital Nascer Cidadão - Goiânia - GO
Sebastião Leite	Hospital Nascer Cidadão - Goiânia - GO
Sônia Isoyama Venâncio	Instituto de Saúde de São Paulo
Zuleika Thomson	Universidade Estadual de Londrina - Paraná

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira
Coordenadora da Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno - DAPE/SAS/MS

Maria Cristina Boaretto
Diretora do Departamento de Ações Programáticas - DAPE/SAS/MS

Fotografia:

Mila Petrilo
Rayssa Coe

Arte e Diagramação:

Zéio Editorial
Janaina Coe
Dalei Achkar
Impressão:
Total Editora

O desenvolvimento e revisão deste álbum contou com o apoio da Embaixada da Finlândia no ano de 2003

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde

Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada.
Brasília: 2007

Álbum seriado.
18p.

UNICEF
Marie-Pierre Poinier
Representante do
UNICEF no Brasil

Ministério da Saúde
José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

ANEXO V



O que a Fonoaudiologia tem a ver com a Amamentação?

Muita gente pensa que a Fonoaudiologia só é indicada quando a criança já tem idade para falar. Isso não é verdade. O fonoaudiólogo pode atuar desde os primeiros dias de vida do bebê estimulando o aleitamento materno, para que muitos problemas de comunicação possam ser evitados ou minimizados.

Você sabia que...

-  ...a sucção é uma atividade que prepara a **fala** da criança e previne alguns problemas fonoaudiológicos?
-  ...a amamentação fortalece o **vínculo pais-bebê**, tornando a criança mais segura e confiante para se expressar?
-  ...o bebê que suga no peito da mãe aprende a **respirar corretamente**, ou seja, pelo nariz?
-  ...o contato corpo a corpo do bebê com a mãe durante as mamadas desenvolve melhor as **atividades psicomotoras**, como sustentar a cabeça, rolar, sentar e engatinhar?
-  ...a amamentação previne a ocorrência de infecções de ouvido, evitando complicações futuras para a **audição**?
-  ...mamar no peito contribui para a criança ter **dentes bem posicionados**, além de exercitar os músculos responsáveis pela **mastigação e deglutição** dos alimentos?
-  ...pesquisas recentes afirmam que a criança que mama no peito tem **melhor desempenho na escola**?
-  ...o fonoaudiólogo atua em maternidades, inclusive nas UTIs neonatais, para que o bebê prematuro ou aquele que teve alguma complicação ao nascer **sugue bem** no peito da mãe?

Consulte sempre um fonoaudiólogo para auxiliar em qualquer fase da amamentação (Lei 6965/81).

INICIATIVA

SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA

30 anos Fonoaudiologia

APÊNDICE IV

**Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação**

PROTOCOLO FONAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL - PASMI

VERSÃO 2.0



**PROTOCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL
– PASMI**

Elaboração: Fga. Camila de Alencar Frois e Prof.^a Dra. Laura Davison Mangilli Toni
Validação: 10 Juizes-especialistas **Versão:** 2.0

INTRODUÇÃO

O Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil é um instrumento que visa sistematizar as ações do profissional fonoaudiólogo dentro das maternidades, especificamente no alojamento conjunto com informações/conteúdos importantes para melhorar o acompanhamento do binômio mãe-bebê.

OBJETIVO:

Padronizar a atuação do fonoaudiólogo no alojamento conjunto, eliminar ou minimizar as dificuldades na sucção através de estimulação sensório motora oral, com o objetivo de propiciar ao recém-nascido o desenvolvimento das estruturas faciais, a propriocepção, mobilidade e tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, para garantir a alimentação por via oral de forma segura e o sucesso do aleitamento materno.

REFERENCIAL TEÓRICO:

O Alojamento Conjunto é um sistema que propicia um relacionamento favorável entre o binômio mãe-bebê, desde os primeiros momentos após o parto até a alta da maternidade. Local ideal para incentivar o intercâmbio biopsicossocial entre mãe, bebê e demais membros da família, além de reforçar a importância do aleitamento materno^{1,2}.

A amamentação é o acontecimento mais importante dos primeiros meses de vida do bebê: ela reforça o vínculo entre mãe e filho, promove o aumento dos anticorpos e o ganho de peso, assim como, ajuda no desenvolvimento das estruturas orais como lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, responsáveis pelo funcionamento adequado das funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fonoarticulação e propicia o padrão nasal de respiração. É ainda a

principal alternativa nutricional para a criança, que associa elementos fundamentais da nutrição correta, dentre eles alimento, saúde, cuidados e previne a desnutrição^{3,4}.

O trabalho fonoaudiológico realizado em hospitais com foco no recém-nascido de risco tem conquistado cada vez mais espaço. Tem como proposta detectar problemas e propor soluções aos neonatos que apresentam dificuldades em se alimentar por via oral (VO), devido a sua imaturidade orgânica⁵. Recém-nascidos e lactentes saudáveis, sem intercorrências clínicas que interfiram no processo de amamentação, podem apresentar movimentos orais atípicos durante a mamada, acarretando dificuldades na amamentação. Entretanto, são decorrentes de alterações transitórias do funcionamento oral, ou por características anatômicas que dificultem o encaixe entre a boca do bebê e a mama da mãe, ou ainda, por fatores iatrogênicos. Por isso, um dos interesses da Fonoaudiologia é que esta função seja realizada assim que o bebê nasce de modo eficiente e prazeroso para o binômio mãe/bebê. Desta forma, facilitará a adequação das funções orais e auxiliará a prevenção das alterações de linguagem e das estruturas orofaciais⁶⁻⁹.

Como profissional responsável pelos aspectos relacionados ao aleitamento materno, à alimentação, e ao desenvolvimento da audição, da linguagem, e da comunicação, o fonoaudiólogo tem o papel de promoção e orientações em relação ao aleitamento materno, proporcionando ao neonato uma alimentação segura, funcional e prazerosa, que favoreça a alta hospitalar precoce e o desenvolvimento global do mesmo. Deve auxiliar também as mães para que se sintam tranquilas e seguras no contato e no ato de amamentar seu filho¹⁰⁻¹³.

Por meio de pesquisa em bases de dados, percebeu-se que existem poucas publicações que relacionem alojamento conjunto e fonoaudiologia e, apesar de a atuação dos profissionais no alojamento conjunto sejam previstas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda existem divergências relacionadas a esta atuação. Além disso, a maioria das pesquisas é direcionada às unidades de terapia intensiva ou aos cuidados com o recém-nascido pré-termo após a alta hospitalar.

Partindo da necessidade de estabelecer critérios para nortear a assistência de Fonoaudiologia durante o processo de internação de recém-nascidos no alojamento conjunto, foi realizada a elaboração de um protocolo assistencial.

SETORES E SERVIÇOS ONDE SE APLICA

- Alojamento Conjunto (ALCON).
- Quem realiza: Equipe de Fonoaudiologia.

POLÍTICA

Adoção de um protocolo fonoaudiológico de assistência à saúde materno infantil no Alojamento Conjunto, favorecendo a redução da internação hospitalar e a promoção do aleitamento materno.

ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Para a construção do protocolo foi levada em consideração a prática dos pesquisadores construída ao longo de alguns anos de experiência na área Fonoaudiologia neonatal, associada ao que é preconizado pela prática baseada em evidências¹⁴. Sendo assim, foi realizado amplo levantamento de material sobre temática, em diferentes bancos de dados (Medline, LILACS, Cochrane Library, SciELO), que possibilitou o estudo de artigos científicos, monografias, dissertações, teses, capítulos de livros e livros que discorriam sobre o assunto. Foi realizada a leitura criteriosa deste material, objetivando-se a seleção de melhores técnicas de avaliação e tratamento, preferencialmente validadas e padronizadas, que pudessem ser utilizadas para a proposição do material¹⁵⁻²².

A sistematização das atividades que o fonoaudiólogo pode e deve realizar no alojamento conjunto foi o principal objetivo deste estudo, onde se buscou, para cada atividade proposta, o respaldo teórico, dialogando com os estudos e propostas realizadas nos últimos anos.

O Protocolo Assistencial encontra-se descrito na Figura 1, e é composto pelas seguintes ações:

7. Verificação dos dados de internação no prontuário: Os dados coletados devem ser: data de nascimento, idade gestacional de nascimento e idade corrigida, idade materna, tipo de parto, peso de nascimento, uso de

traqueostomia ou sondas de alimentação, diagnóstico de: distúrbios neurológicos, respiratórios, gastrintestinais, cardiovasculares, deformidades faciais ou síndromes que impeçam a alimentação por via oral.

8. Anamnese: composta de perguntas para as mães, que envolvam: número de filhos e experiência prévia com amamentação, orientação sobre amamentação durante o pré-natal, orientação sobre amamentação no pós-parto, situação da mama e dificuldades encontradas até o momento, entre outras especificidades de cada caso.
9. Triagem: Será aplicado o Protocolo de Observação da Mamada-UNICEF (ANEXO I), conforme preconizado por Carvalhares e Correa²³, onde serão registrados os comportamentos de cada dupla, computando-se a frequência de comportamentos desfavoráveis ao aleitamento materno de acordo com escores (bom, regular, ruim), se computado um escore ruim ou dois regulares, o binômio será então encaminhado para avaliação fonoaudiológica específica (Ação 4). Nos demais casos, será realizada orientação fonoaudiológica (Ação 5) e determinada a alta fonoaudiológica;
10. Avaliação fonoaudiológica específica: Serão utilizados protocolos padronizados para a avaliação clínica da função alimentar dos neonatos, que já tenham sido ou estejam em vias de validação para a língua portuguesa brasileira. Em um levantamento inicial, foram identificados pelos menos dois protocolos que satisfaziam esses quesitos.

Para esta ação será utilizado a Triagem Neonatal do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês segundo Martinelli et al. 2016²⁴ (ANEXO II) e o “Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica” (PAD-PED)²⁵ (ANEXO III). Este protocolo segue classificações que vão de um a quatro para a função de deglutição. Se o recém-nascido atingir a classificação número um (deglutição normal) será considerado apto à alimentação via oral, se classificado em número dois (disfagia leve) será considerado apto com algumas adequações posturais ou de utensílios, se a classificação for número três (disfagia

moderada a grave) ou número quatro (disfagia grave), a via oral será suspensa e indicada via alternativa de alimentação.

11. Orientação fonoaudiológica: visando a efetividade do aleitamento materno e propiciar condições à mãe/família para continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar. Será composta de: estado de alerta do recém-nascido, posicionamento adequado durante a amamentação, pega correta, colostro, amamentação em livre demanda, cuidado com as mamas, informações sobre a relação entre o aleitamento materno e a saúde fonoaudiológica, abordando questões sobre motricidade orofacial, linguagem e audição²⁶⁻³⁰ bem como a utilização do álbum seriado “Promovendo o aleitamento materno do Ministério da Saúde” (Anexo IV).

12. Intervenção fonoaudiológica: utilização de técnicas específicas em casos de disfunções orais e nos comportamentos maternos inadequados que interferem no processo de amamentação. Esta etapa seguirá os apontamentos da literatura arbitrada, que preconiza a aplicação de técnicas terapêuticas indiretas, diretas e de gerenciamento da alimentação^{28,29,31-38}.

As técnicas escolhidas para essa etapa encontram-se descritas a seguir (Quadro 1), e devem ser utilizadas conforme a necessidade de cada caso.

Quadro 1. Técnicas para realização da Ação 6.

Objetivo	Estratégias/técnicas
Instruir a mãe a respeito das disfunções orais e riscos associados, assim como os objetivos da terapia fonoaudiológica, a fim de promover uma participação ativa no processo terapêutico ^{28,29,31-38} .	Uso de figuras, vídeos e programas específicos (simuladores 3D) para visualização do funcionamento da musculatura facial e fisiologia da sucção.

<p>Estimulação do reflexo de procura e do reflexo de sucção^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliciar o reflexo de procura tocando com o dedo mínimo a região peri oral do recém-nascido(RN). 2. Após a resposta de procura, estimular o reflexo de sucção: introduzir o dedo mínimo do examinador na boca do RN, pressionando levemente a língua ou a região da papila no palato. A língua deverá envolver o dedo ultrapassando a gengiva inferior, iniciando o movimento de sucção. 3. Esvaziar a mama parcialmente e colocar o bebê no peito quando o reflexo de ejeção do leite já estiver ativado.
<p>Adequar a pressão intraoral^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar o dedo mínimo dentro da cavidade oral do RN, com a palma da mão virada para cima. Pressionar o palato durante 3 segundos, e então virar e abaixar o dedo deslizando a língua, em seguida tocar novamente o palato. 2. Estimulação da sucção não nutritiva.
<p>Adequar vedamento labial^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reposicionamento manual dos lábios caso estejam invertidos. 2. Pressionar e movimentar o dedo em direção à orelha e então para baixo em direção aos lábios, fazendo um “C”. Repetir para o outro lado. 3. Posicionar o dedo indicador no canto do lábio superior, pressionar e movimentar o dedo em movimentos circulares de um lado a outro da cavidade oral. Repetir na direção contrária e no lábio inferior. 4. Posicionar o dedo indicador embaixo do nariz, no lábio superior, pressionar de forma sustentada, esticando o lábio superior para baixo no sentido do fechamento da cavidade oral. Repetir o procedimento para o lábio inferior, esticando-o para cima no sentido do fechamento da cavidade oral.
<p>Eliminar padrão mordedor^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular o reflexo de procura do bebê e facilitar o encaixe adequado no peito. 2. Durante a mamada, favorecer a contenção da mandíbula apoiando-a com o dedo indicador ou médio,

	<p>reforçando a abertura da boca do bebê, de modo que este projete a língua no momento da sucção.</p> <p>3. Posicionar o dedo indicador no centro da gengiva superior e deslocar o dedo de forma lenta e firme em direção ao fundo da cavidade oral. Retornar ao centro e repetir para o outro lado e na gengiva inferior.</p>
Adequar posicionamento de língua posteriorizada ^{28,29,31-38}	Estimular o reflexo de sucção com o dedo mínimo enluvado e manipular a língua para frente.
Avaliar a eficiência da mamada e coordenação entre sucção/respiração/deglutição ^{28,29,31-38}	<p>1. Realização da ausculta cervical concomitante à mamada, posicionando o estetoscópio pediátrico na região da laringe do RN.</p> <p>2. Observar o ritmo de sucção e fluxo das deglutições com atenção às pausas respiratórias.</p>
Auxiliar na manutenção do estado comportamental favorável (alerta) à prontidão para mamada ^{28,29,31-38}	<p>1. Quando o RN estiver em sono, despertá-lo para propiciar o estado comportamental alerta, despindo as roupas e manipulando seus membros superiores e inferiores, além de realizar toques na região palmar (mãos) e plantar (pés).</p> <p>2. Quando o RN estiver agitado/irritado, ou em choro, contribuir para acalmá-lo por intermédio da contenção do mesmo, levando os membros superiores para linha média, e organizando-o na posição decúbito lateral. Quando necessário, aproximar a (as) mão(s) do RN próximo à boca/face.</p> <p>3. Usar estímulo gustativo (preferencialmente leite materno) no dedo mínimo enluvado do terapeuta ou do bico materno, inserindo-o na região intra oral do RN para despertá-lo do sono ou acalmá-lo (quando agitado/irritado ou em choro), propiciando o estado comportamental favorável de alerta.</p>
Promover a pega correta ^{28,29,31-38}	<p>1. Posicionar corretamente a díade mãe-filho (mãe relaxada, bem posicionada, bebê com a cabeça e tronco alinhados, barriga com barriga).</p> <p>2. Desencandear o reflexo de busca por meio do toque do mamilo na região peri oral do bebê.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Aguardar abertura máxima de boca para colocação do bebê ao seio. 4. Verificar eversão do lábio inferior. 5. Grande parte da aréola deve estar na boca do bebê. 6. Verificar desobstrução de vias aéreas. 7. A mãe não deve sentir dor e não se devem ouvir estalos.
<p>Evitar afecções mamárias^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar a pega correta. 2. Não ofertar o seio muito cheio, ingurgitado. 3. Manter as mamas secas. 4. Colocar o bebê para sugar em livre demanda. 5. Realizar ordenha sempre que necessário. 6. Não aplicar calor por meio de bolsas térmicas, compressas de água quente e/ou água quente de chuveiro. 7. Procurar auxílio profissional. 8. Evitar uso de cremes, óleos ou pomadas nos mamilos. Passar o próprio leite.
<p>Orientar os pais quanto a postura, oferta, consistências e utensílios alimentares^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 . Teste de diferentes consistências, utensílios e posturas durante oferta alimentar, observando as mudanças na fisiopatologia,, na tentativa de tentar reduzir o risco de penetração e/ou aspiração laringotraqueal e otimizar a eficiência da deglutição, reduzindo tempo de preparo e de trânsito oral. 2 . Orientação aos familiares e cuidadores pela demonstração do uso de utensílios alimentares já testados e mais adequados para cada criança conforme a condição motora oral apresentada.

<p>Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hipersensibilidade intra oral^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 . Estimulação sensorial com uso de estímulos táteis, inicialmente em outras regiões corporais que não a face e a cavidade oral, como por exemplo nas mãos e nos pés. 2 . Utilizar diversidade de texturas e temperaturas. 3 . Em seguida realizar a mesma estimulação tátil em região da face. 4. Durante todos estes estímulos sugere-se uso de atividades lúdicas, com estímulos visuais e auditivos. 5 . Estimulação intra oral com estímulos táteis, térmicos e/ou gustativos, iniciando pela região mais anterior da cavidade oral, posteriorizando aos poucos os estímulos conforme aceitação da criança. 6 . Toques intra orais com menor número de repetições, força e profundidade.
<p>Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hiposensibilidade intra oral^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 . Estimulação sensorial com uso de estímulos táteis, em regiões corporais diversas, como por exemplo nas mãos, pés e face. Os estímulos podem apresentar riqueza de informação sensorial. 2 . Estimulação intra oral com estímulos de diversos sabores, temperaturas e texturas, dar preferência para estímulos mais fortes, como sabores mais cítricos, temperaturas mais frias e texturas diferenciadas. 3 . Toque intra oral com maior número de repetições, maior força e profundidade do toque.
<p>Reduzir tempo de trânsito oral durante a deglutição^{28,29,31-38}</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 . Otimização das condições de responsividade sensorial, conforme já descrito anteriormente. 2 . Adequação de consistências alimentares. 3 . Treino de oferta do alimento.
<p>Reduzir ou eliminar os sinais clínicos sugestivos de penetração e /ou aspiração laringotraqueal após a</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 . Adequação de consistência alimentar. 2. Promover deglutições múltiplas

deglutição ^{28,29,31-38}	
Aumentar frequência da deglutição de saliva ^{28,29,31-38}	<p>1 . Estimulação digital em região dos vestibulos orais.</p> <p>2 . Uso de bandagem elástica em região de musculatura suprahióidea (Sugere-se formação específica para o uso da técnica).</p>

Após a realização do tratamento, os recém-nascidos devem ser reavaliados, utilizando-se os mesmos critérios descritos na Ação 4.

Para a finalização da aplicação do protocolo, foram selecionados indicadores de qualidade que devem acompanhar o mesmo, no intuito de informar profissionais e gestores sobre a qualidade do serviço prestado. Os indicadores selecionados foram previamente publicados em estudo que propôs indicadores para a gestão dos resultados da reabilitação da deglutição em Unidades de Internação Hospitalar e UTI adulto³⁹, que foram adaptados pelos pesquisadores para a realidade deste estudo e estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Tabela de indicadores

Indicadores	Nome	Métrica
Processo	Índice de atendimento por paciente ³⁹	Total de atendimentos/ n° de pacientes atendidos
	Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar (alojamento conjunto e alojamento canguru) ³⁹	N° de avaliação por UIH / total de avaliações
	Índice de avaliações fonoaudiológicas ³⁹	Total de avaliações/ n° de internações (entradas hospitalares)
Resultado	Índice de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo no momento da alta ³⁹	Total de recém-nascidos em AME na alta /Total de recém-nascidos atendidos
	Taxa de afecções mamárias ³⁹	Total de pacientes com afecções mamárias /Total de pacientes atendidos
	Taxa de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual ³⁹	Total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual / Total de recém-nascidos atendidos

	Taxa de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos com alteração no frênulo lingual ³⁹	Total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual/ total de recém-nascidos em AME
--	--	--

Material Necessário:

- 01 par de luvas;
- 01 touca;

REGISTROS

O registro da avaliação será anexado junto à folha de evolução no prontuário do paciente. As condutas subsequentes à avaliação também deverão ser registradas na folha de evolução diária do paciente contendo obrigatoriamente a assinatura e carimbo da fonoaudióloga responsável pela avaliação.

OBSERVAÇÕES

Obs.1: Não serão utilizados mamadeiras, bicos intermediários de silicone ou qualquer outro instrumento que vá contra as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), caso o hospital seja referenciado como Amigo da Criança.

Obs. 2: Todos os casos serão discutidos com a equipe multidisciplinar (pediatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem), a fim de se obter alinhamento das condutas, continuidade do trabalho terapêutico e para proporcionar ao binômio mãe-bebê a melhor experiência no período de internação.

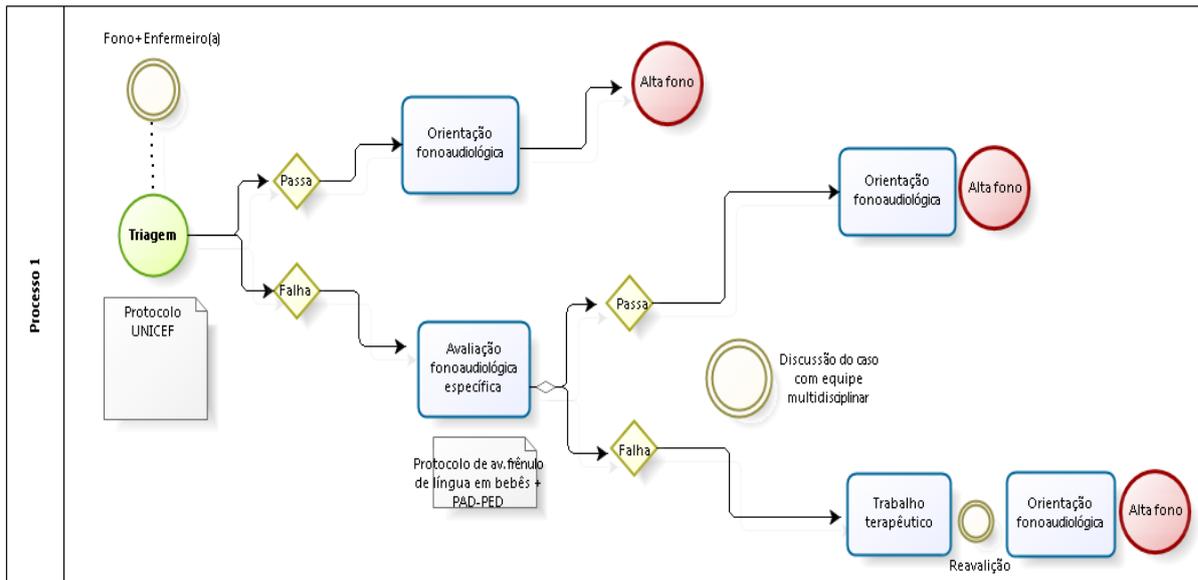


Figura1- Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil – PASMI 2.0

Fonte: Camila de Alencar Frois

REFERÊNCIAS

1. Frederico P, Fonseca LMM, Nicodemo AMC. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. Rev Latinoam Enfermagem. 2000;8(4):38- 44
2. Souza SL, Castro, RM, Nogueira MI. Comportamento alimentar neonatal. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003;3(3):241-6
3. Gamburgo LJJ, Munhoz SEM, Amstalden LG. Alimentação do recém nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. Fono Atual. 2002; 5:39-47.
4. Sanches MTC. Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
5. Prade SR. Recém-nascidos pré-termo: critérios para a introdução da alimentação por via oral [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2006.
6. Váldez V, Sanchez AP, Labbok M. Técnicas de amamentação. In: Váldez V, Sanchez AP, Labbok M, editores. Manejo clínico da amamentação. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.p. 48-54.
7. Sanches MTC. Amamentação-Enfoque fonoaudiológico. In: Carvalho RT, Tamez RN, editores. Amamentação-bases científicas para prática profissional. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2002. p. 50-59.

8. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. 1995;126:125-9.
9. Andrade CF, Gullo AC. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. *Pediatria São Paulo*. 1993;15:28-33.
10. Calado DF, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC*. 2012;14(1):176-81.
11. Santana MCCP, Goulart BN, Chiari BM, Melo AM, Silva EH. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):411-7.
12. Costa AS, Azevedo MF, Fukuda Y. Evolução da resposta da cabeça em direção ao som, em crianças, no primeiro semestre de vida. *Pró-Fono*. 2000;12(2):21-9.
13. Lipay MS, Almeida EC. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Rev Ciênc Med Campinas*. 2007;16(1):31-41.
14. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Evidence-Based Practice in Communication Disorders [Position Statement]. 2005; [citado 4 set. 2004] Disponível em: <http://www.asha.org/policy>.
15. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. São Paulo (SP). *Rev. CEFAC*. 2010;10:12.
16. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11:232-6.
17. Medeiros AMC, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML, Zveibil NM, Gabriel TCF. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011; 23:57-65.
18. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Netw*. 2005; 24:7-16.
19. Zarem CS, Kidokoro H, Neil J, Wallendorf M, Inder T, Pineda R. Psychometrics of the neonatal oral motor assessment scale. *Dev Med Child Neurol*. 2013; 55:12.
20. Almeida FCF, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri (SP). *Pró-fono*. 2014; 34 p.
21. Neiva FB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr*. 2007;25:129-34.
22. Moura LTL, Tolentino GM, Costa TLS, Aline A. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*. 2009; 11:448-56.

23. Carvalhares MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr.* 2003; 79:13-20.
24. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honório HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validação do Teste da Linguinha. *Rev. CEFAC.* 2016 Nov-Dez; 18(6):1323-1331.
25. Almeida FCF, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri (SP). Pró-fono. 2014; 34 p.
26. Carvalho GD. Amamentação e o sistema estomatognático. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.37-49p.
27. Casagrande L, Ferreira FV, Hahn D, Unfer DT, Praetzel JR. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. Porto Alegre (RS). *Rev. Fac. Odontol.* 2008; 2:11-17.
28. Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr.* 2002;141:230-6.
29. Andrade CRF. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil. In: Andrade CRF(Org.). Fonoaudiologia em berçário normal e de risco. São Paulo: Lovise, 1996. 25-42p.
30. Bühler KEB, Marchi SON. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. In: Hitos SF, Periotto MC. Amamentação: atuação fonoaudiológica; uma abordagem prática e atual. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.173-82p.
31. Araújo KCS. Estimulação sensoriomotora oral – aspectos práticos. In: Lopes SMB.; Lopes, JMA. Follow up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Editora Médsi, 1999. 301-7p.
32. Almeida EOC; Melli R.; Moraes IF. Orientação fonoaudiológica e psicológica às nutrizes: experiência em contexto hospitalar. In: Tasca SMT; Almeida EOC; Servilha EAM. Recém-nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional. Carapicuíba: Pró-Fono, 2002. 35-49p.
33. Baptista MGG. Atuação fonoaudiológica com puérperas na maternidade. In: Oliveira, ST(Org.) Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise, 2003. 9:109-16.
34. Perilo TVC, Martins CD, Ramos CAV, Gonçalves FM; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para dificuldades no aleitamento materno. In: Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.64, p. 469-473.
35. Bühler KEB, medeiros GC, Andrade CRF; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para disfunções motoras orais em recém-nascidos saudáveis. In: Planos

terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.65, p. 475-478.

36. Medeiros AMC, Jesus GA, Almeida LF; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para incentivo e acompanhamento do aleitamento materno em recém-nascidos. In: Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.63, p. 463-467.

37. Ishigaki ECSS, Silvério CC; Plano terapêutico fonoaudiológico (PTF) para reabilitação fonoaudiológica da disfagia em crianças maiores de um ano. In: Planos terapêuticos fonoaudiológicos (PTFs), volume 2/Pró-Fono(Org.), Barueri, SP: Pró-Fono, 2015, cap.67, p. 487-491.

38. Hernandez, AM. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma proposta de intervenção. Fonoaudiologia em Berçário Normal e de risco. In: Hernandez,AM (Ed) Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato. Pulso. São José dos Campos (SP). 2003; 47-48p.

39. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. São Paulo (SP). J. Soc. Bras. Fonoaudiol., 2011; 23:1:89-94.

ANEXO I

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

Adaptado do UNICEF por Carvalhares.¹²

Carvalhares MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr. 2003; 79 (1):13-20.

ANEXO II

TRIAGEM NEONATAL
do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês
Martinelli, 2015

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data do Exame: ____/____/____

1. Postura de lábios em repouso

 lábios fechados (0)  lábios entreabertos (1)  lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro

 língua na linha média (0)  língua elevada (0)  língua na linha média com elevação das laterais (2)  ponta da língua baixa com elevação das laterais (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro ou manobra de elevação

 arredondada (0)  ligeira fenda no ápice (2)  formato de "coração" (3)

4. Frênulo da língua

 é possível visualizar  não é possível visualizar  visualizado com manobra*

* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, realizar o reteste com 30 dias.

4.1. Espessura do frênulo

 delgado (0)  espesso (2)

4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua

 no terço médio (0)  entre o terço médio e o ápice (2)  no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca

 visível a partir das carúnculas sublinguais (0)  visível a partir da crista alveolar inferior (1)

Escore 0 a 4: normal ()

Escore 5 a 6: duvidoso () reteste em ____/____/____

Escore 7 ou mais: alterado () É necessário a liberação do frênulo lingual.

Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honório HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validação do Teste da Linguinha. Rev. CEFAC. 2016 Nov-Dez; 18(6):1323-1331.

ANEXO III

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)

Data da avaliação:
Nome:
1) Condições Clínicas.
Via de alimentação: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> VO
Respiração: <input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> suporte respiratório <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> oxitenda <input type="checkbox"/> venturi ___ % <input type="checkbox"/> nebulização <input type="checkbox"/> catéter O ₂ ___ l/minuto
2) Sinais Vitais Prévios à Oferta.
FC ___ bpm (Referência: < 2 anos: 80 a 160; entre 2 e 10 anos: 70 a 120; > 10 anos: 60 a 100)
FR ___ rpm (Referência: < 1 ano: 30 a 40; entre 1 e 10 anos: 20 a 30; > 10 anos: 18 a 20)
SpO ₂ ___ % (Referência: > 95%)
Observação:
3) Exame Estrutural e Funcional.
Lábios:
Postura durante o repouso: <input type="checkbox"/> ocluídos <input type="checkbox"/> entreabertos
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Mobilidade: <input type="checkbox"/> protrusão <input type="checkbox"/> retração simétrica
Língua:
Postura durante o repouso: <input type="checkbox"/> papila <input type="checkbox"/> assoalho bucal <input type="checkbox"/> interposta <input type="checkbox"/> simétrica <input type="checkbox"/> assimétrica
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Mobilidade: <input type="checkbox"/> protrusão em linha média <input type="checkbox"/> desvio à
Ausculta cervical de base: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada durante a deglutição <input type="checkbox"/> alterada após a deglutição <input type="checkbox"/> alterada sem piora após a deglutição <input type="checkbox"/> alterada com piora após a deglutição
Ocorrências: <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório
5) Sucção Não Nutritiva - SNN (dedo enluvado ou chupeta).
Reflexo de procura: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente (referência: presente até os três meses)
Pressão intraoral: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> diminuída
Padrão de sucção: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> inadequado
Frequência de deglutição de saliva: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
Ocorrências: <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório
Presença de: <input type="checkbox"/> tremores <input type="checkbox"/> fasciculações <input type="checkbox"/> atrofia
Bochechas:
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Dentes:
<input type="checkbox"/> ausência <input type="checkbox"/> presença <input type="checkbox"/> falhas <input type="checkbox"/> BEC <input type="checkbox"/> MEC
Palato duro:
<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alto
Palato mole:
<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alterado
Qualidade vocal:
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rouca <input type="checkbox"/> soprosa <input type="checkbox"/> molhada <input type="checkbox"/> anasalada
4) Avaliação da Deglutição de Saliva.
Aspecto da mucosa oral: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> xerostomia
Frequência de deglutição de saliva: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> sialoestase <input type="checkbox"/> sialorreia

6) Avaliação com Alimento.

Seio materno:

<input type="checkbox"/> vedamento labial adequado	<input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais
<input type="checkbox"/> pega adequada	<input type="checkbox"/> pega inadequada
<input type="checkbox"/> relação frequência de sucções/deglutição _____	
<input type="checkbox"/> pausas adequadas	<input type="checkbox"/> ausência de pausas
<input type="checkbox"/> coordenação sucção-respiração-deglutição	<input type="checkbox"/> incoordenação
Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta
	<input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta
	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo
	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal)
	<input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO ₂ _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez
	<input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal
	<input type="checkbox"/> recusa alimentar

Classificação do Grau da Disfagia Pediátrica*:
Conduta:
Fonoaudiólogo responsável:

* Para realizar a Classificação do Grau da Disfagia Pediátrica, vide o Quadro abaixo (Capítulo 11 desta Obra).

FLABIANO-ALMEIDA, Fabíola Custódio; BÜHLER, Karina Elena Bernardis; LIMONGI, Suelly Cecilia Olivan. Protocolo para avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Editores Científicos: Cláudia Regina Furquim de Andrade e Suelly Cecilia Olivan Limongi. Barueri: Pró Fono, 2014. 33p. (Série Fonoaudiologia na Prática Hospitalar, v. 1).

ANEXO IV

PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO



Ministério
da Saúde



Desejamos que este álbum seriado ajude as crianças a terem o seu direito de mamar no peito até os dois anos de idade ou mais garantido e respeitado.

A amamentação, isto é, dar o peito, é a primeira e mais importante ação no combate à fome, às doenças e à desnutrição, e no fortalecimento do vínculo fundamental entre mãe e filho.

Com a participação da família e da comunidade, a amamentação promove o desenvolvimento infantil adequado.

Este álbum foi elaborado para facilitar o trabalho daqueles que no dia-a-dia convivem com gestantes, mães, crianças e suas famílias e têm a grande missão de promover, proteger e apoiar a amamentação.

Por isso, agradecemos às mães, crianças e famílias que cederam suas imagens para ilustrar as orientações contidas neste álbum.

Equipe de revisão desta edição:

Evangeline Kótias Atherino dos Santos	Maternidade Carmela Dutra - SC
Haim Antonio Girade	UNICEF
Keiko Myasaki Tenuya	Centro de Lactação de Santos - Sociedade Brasileira de Pediatria
Maria José Medeiros	UNICEF
Maria de Fátima Moura de Araújo	Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS
Sônia Maria Salviano Matos de Alencar	ABPSLH - Associação Brasileira de Profissionais de Banco de Leite Humano e Aleitamento Materno - GBP
Vilnelde Braga Diegues Serna	Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Colaboradores:

Francisco Galetti de A. Barbosa	ABPSLH
Graciete Oliveira Vieira	Hospital Clériston de Andrade - Feira de Santana - BA
João Arturigo Guerra de Almeida	Rede Nacional de Bancos de Leite Humano - FIOCRUZ
Leticia Sobreira	UNICEF
Márcia Maria Tavares Machado	Escola de Saúde Pública - UFCE
Marina Ferreira Rea	Instituto de Saúde de São Paulo
Paula Claycomb	UNICEF
Sebastião Moreira	Hospital Nascer Cidadão - Goiânia - GO
Sebastião Leite	Hospital Nascer Cidadão - Goiânia - GO
Sônia Isoyama Venâncio	Instituto de Saúde de São Paulo
Zuleika Thomson	Universidade Estadual de Londrina - Paraná

Ana Cecília Oliveira Lins Sucupira
Coordenadora da Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno - DAPE/SAS/MS

Maria Cristina Boaretto
Diretora do Departamento de Ações Programáticas - DAPE/SAS/MS

Fotografia:

Mila Petrilo
Rayssa Coe

Arte e Diagramação:

Zelo Editorial
Janaina Coe
Dalei Achkar
Impressão:
Total Editora

O desenvolvimento e revisão deste álbum contou com o apoio da Embaixada da Finlândia no ano de 2003

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde

Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada.
Brasília: 2007

Álbum seriado.
18p.

UNICEF Marie-Pierre Poinier Representante do UNICEF no Brasil	Ministério da Saúde José Gomes Temporão Ministro da Saúde
--	---



O que a Fonoaudiologia tem a ver com a Amamentação?

Muita gente pensa que a Fonoaudiologia só é indicada quando a criança já tem idade para falar. Isso não é verdade. O fonoaudiólogo pode atuar desde os primeiros dias de vida do bebê estimulando o aleitamento materno, para que muitos problemas de comunicação possam ser evitados ou minimizados.

Você sabia que...

-  ...a sucção é uma atividade que prepara a **fala** da criança e previne alguns problemas fonoaudiológicos?
-  ...a amamentação fortalece o **vínculo pais-bebê**, tornando a criança mais segura e confiante para se expressar?
-  ...o bebê que suga no peito da mãe aprende a **respirar corretamente**, ou seja, pelo nariz?
-  ...o contato corpo a corpo do bebê com a mãe durante as mamadas desenvolve melhor as **atividades psicomotoras**, como sustentar a cabeça, rolar, sentar e engatinhar?
-  ...a amamentação previne a ocorrência de infecções de ouvido, evitando complicações futuras para a **audição**?
-  ...mamar no peito contribui para a criança ter **dentes bem posicionados**, além de exercitar os músculos responsáveis pela **mastigação e deglutição** dos alimentos?
-  ...pesquisas recentes afirmam que a criança que mama no peito tem **melhor desempenho na escola**?
-  ...o fonoaudiólogo atua em maternidades, inclusive nas UTIs neonatais, para que o bebê prematuro ou aquele que teve alguma complicação ao nascer **sugue bem** no peito da mãe?

Consulte sempre um fonoaudiólogo para auxiliar em qualquer fase da amamentação (Lei 6965/81).

INICIATIVA

SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL
E REGIONAIS DE FONOAUDIOLÓGIA

