



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

LARISSA DOS SANTOS GONÇALVES

**A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO
ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA**

BRASÍLIA-DF

2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

LARISSA DOS SANTOS GONÇALVES

**A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO
ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de Brasília -
Faculdade de Ceilândia como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Fonoaudiologia.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a Laura Davison
Mangilli Toni

Co-orientador (a): Fga. Milena Assis da
Silva

BRASÍLIA-DF

2019

LARISSA DOS SANTOS GONÇALVES

**A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO
ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA**

Data da defesa: 28 de novembro de 2019

Resultado: Aprovada.

BANCA EXAMINADORA

Fga. Milena Assis da Silva
Co-orientador (a)

Ms. Camila de Alencar Frois
Avaliador (a)

Brasília – DF
2019

AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar, pelo dom da vida, e por sempre me conduzir e me capacitar para que eu realizasse esse grande sonho com êxito, me fazendo aprender com tamanho amor e misericórdia.

Aos meus pais Cláudia e Carlos, e aos meus irmãos Letícia e Carlos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos ao longo da minha graduação. Agradeço especialmente aos meus pais, pelo zelo comigo e pela renúncia que fizeram ao longo dos anos para que eu me tornasse a mulher que eu sou, e a profissional que eu serei.

Ao meu namorado Ben Hur, por todo o amor, incentivo mútuo, companheirismo, compreensão e paciência com as ausências. Que possamos sempre despertar o melhor do outro!

Aos meus amigos e amigas, pelo carinho e apoio de sempre. Em particular, às minhas grandes amigas da graduação, Anna Paula Torreão, Lorena Coelho e Karolina de Sá, por nunca me deixarem duvidar da minha capacidade, e por todo o amor, amizade e parceria compartilhados ao longo desses 4 anos, e principalmente no último semestre.

Aos meus professores de graduação de Fonoaudiologia, por todos os ensinamentos enriquecedores, sendo teóricos e/ou práticos, e principalmente por nos ensinar a sermos seres humanos melhores para nos tornamos profissionais ainda mais capacitados.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Laura Davison Mangilli Toni, pelo suporte em todo o caminho ao longo da elaboração desse trabalho, a qual me acompanhou pontualmente em todos os momentos. Por todos os ensinamentos, no que se diz a prática fonoaudiológica e ao profissionalismo elogiável. Agradeço carinhosamente por todo o cuidado e atenção que me forneceu ao longo deste trabalho e da graduação. E também à co-orientadora Fga. Milena Assis da Silva, pelo auxílio e sugestões indispensáveis, que enriqueceram o trabalho.

À Universidade de Brasília – UnB, por permitir que eu vivesse e realizasse esse sonho, estudar em uma universidade pública de excelência, a qual abrange efetivamente os três grandes pilares de uma universidade: pesquisa, ensino e extensão.

E a todos aqueles que me ajudaram diretamente ou indiretamente a chegar aonde eu cheguei.

Obrigada!

“A persistência é o caminho do êxito.”
(Charles Chaplin)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
ARTIGO CIENTÍFICO	9
RESUMO	11
ABSTRACT	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	19
3 RESULTADOS	25
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – DADOS GERAIS DO PRONTUÁRIO	25
3.2 ANAMNESE	26
3.3 TRIAGEM FONOAUDIOLÓGICA	27
3.4 AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	28
4 DISCUSSÃO	30
5 CONCLUSÃO	33
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
7 ANEXOS	39

1.APRESENTAÇÃO

Sou graduanda do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, estou cursando o 8º semestre, e durante toda a graduação sempre tive interesse pela área de motricidade orofacial e sua relação com neonatologia. O interesse na temática desse estudo, sobre a avaliação fonoaudiológica em recém-nascidos, e a atuação do profissional nas maternidades, surgiu a partir das disciplinas que cursei de Motricidade Orofacial, que me introduziram a este assunto, e na disciplina de Pesquisa em Motricidade Orofacial e Disfagia que realizei no 1º semestre de 2018, na qual aprofundei os meus estudos e a minha relação com a atuação fonoaudiológica neonatal.

A partir do estágio curricular realizado na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília, tive a certeza de que esta era a área que eu me identificava em todos os âmbitos, e por isso pude notar a carência de estudos voltados para atuação fonoaudiológica no Alojamento Conjunto, o que deu o início a idealização do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Fonoaudiologia. Pude desde então, confirmar a importância e a necessidade da contribuição de pesquisas nesse tema, para atualizar e discorrer sobre a sua relevância.

A decisão de ser realizada um artigo original, com o tema voltado à avaliação fonoaudiológica em recém-nascidos, teve como propósito analisar os dados obtidos e correlacioná-los para que se pudesse traçar o perfil fonoaudiológico desses pacientes que foram atendidos na maternidade. Com a realização desse estudo, foi possível identificar a efetividade das intervenções fonoaudiológicas, sendo essas através de orientações, terapias diretas e/ou indiretas.

No próximo capítulo, será apresentado o artigo do meu trabalho de conclusão de curso, o qual será submetido a revista CoDAS após a avaliação por banca qualificada.

2. ARTIGO CIENTÍFICO

A ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Larissa dos Santos Gonçalves

Graduanda. Curso de Fonoaudiologia. Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília.

Laura Davison Mangilli

Professora Adjunta. Curso de Fonoaudiologia. Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília.

Departamento onde o trabalho foi realizado: Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília.

Autor responsável: Profa. Dra. Laura Davison Mangilli (Graduação em Fonoaudiologia). Faculdade de Ceilândia. Centro Metropolitano, Conjunto A Lote 1. Brasília/DF. CEP 72220-900. Telefone: (55XX61) 3107-8400.

Conflitos de interesse: não há.

Fonte financiadora: não há.

Categoria de artigos: Artigo original.

Autoria:

1. Concepção e delineamento do estudo: autores LSG e LDM.
2. Coleta, análise e interpretação dos dados: autores LSG e LDM.
3. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante: LSG e LDM.
4. Aprovação final da versão a ser publicada: autora LDM

RESUMO

INTRODUÇÃO: os estudos que abordam a atuação fonoaudiológica na UTI neonatal, com recém-nascidos de médio e alto risco, bem como os estudos que consideram os recém-nascidos com dificuldades alimentares no alojamento conjunto, são limitados e restritos, e para que haja a qualificação da intervenção terapêutica em um serviço se faz necessário a comparação de achados clínicos de avaliação. Este estudo contribuirá com a melhora da assistência fonoaudiológica em maternidades.

OBJETIVO: analisar os dados da avaliação fonoaudiológica realizada em recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade e caracterizar o perfil fonoaudiológico destes pacientes.

MÉTODO: o estudo descritivo foi realizado através da análise retrospectiva de prontuários de neonatos assistidos na Maternidade do Hospital Universitário, com enfoque nos dados obtidos na avaliação e reavaliação fonoaudiológica após intervenção da especialidade nos recém-nascidos.

RESULTADOS: o estudo obteve no protocolo UNICEF - frequência de grau “ruim” nos itens “resposta da dupla” (36,7%), “anatomia das mamas” (37,5%) e “afetividade (33,3%)”, no “Teste da Linguinha” – um caso de alteração na anatomia do frênulo lingual e no protocolo PAD-PED – todos classificados com deglutição normal.

CONCLUSÃO: o estudo possibilitou o auxílio na otimização do processo de avaliação, diagnóstico e a possibilidade da seleção de técnicas terapêuticas mais específicas para cada caso.

Palavras-chave: Avaliação; Fonoaudiologia; Maternidade; Alojamento Conjunto.

ABSTRACT

INTRODUCTION: studies addressing speech therapy in the neonatal ICU, with newborns of medium and high risk, as well as studies that consider newborns with feeding difficulties in rooming, are limited and restricted, and in order to qualify therapeutic intervention in a service, it is necessary to compare clinical evaluation findings. This study will contribute to the improvement of speech therapy assistance in maternity hospitals. **OBJECTIVE:** To analyze the data of the speech-language evaluation performed in newborns assisted at the Joint Maternity Accommodation and to characterize the speech-language profile of these patients. **METHOD:** A descriptive study was performed through retrospective analysis of medical records of neonates assisted at the University Hospital Maternity, focusing on the data obtained in the assessment and reassessment of speech therapy after intervention of the specialty in newborns. **RESULTS:** the study obtained the UNICEF protocol - frequency of "bad" grade in the items "double response" (36.7%), "breast anatomy" (37.5%) and "affection (33.3%)". , in the "Teste da Linguinha" - a case of alteration in the anatomy of the lingual frenulum and the PAD-PED protocol, all classified with normal swallowing. **CONCLUSION:** the study allowed the aid in the optimization of the evaluation process, diagnosis and the possibility of selecting more specific therapeutic techniques for each case.

Keywords: Evolution. Speech therapy. Maternity. Joint Maternity Accommodation.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde, estabeleceram a implementação do Alojamento Conjunto nas Maternidades, sendo que a primeira experiência deste ocorreu em meados da década de 70, em Brasília. Essas instituições direcionam esforços para a construção de políticas públicas de incentivo à amamentação exclusiva desde a época citada, como os “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno”. Juntamente a este decreto, tem-se a Lei 13.435, a qual institui o mês de agosto como mês do aleitamento materno, sendo assim o “Agosto Dourado”, e a Lei 13.436, que garante às mães lactantes o acompanhamento e as orientações a respeito do aleitamento materno, nas unidades de saúde das redes pública e privada¹. Atualmente, a situação do aleitamento materno no Brasil não alcançou toda a população quanto aos parâmetros sugeridos pela OMS, que seria a amamentação exclusiva até o sexto mês e aleitamento materno com alimentos complementares até dois anos ou mais de idade. Porém a informação e orientação tem sido disseminada e transmitida por profissionais da área da saúde, desde o pré-natal, pós-parto e acompanhamento ambulatorial²⁻⁵.

O Alojamento Conjunto se refere a uma estrutura hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe 24 horas por dia. O objetivo do trabalho é sempre de propiciar um relacionamento favorável entre o binômio mãe-bebê, desde os primeiros momentos pós-parto até a alta de ambos da maternidade, e de prevenir infecções e/ou outras adversidades patológicas ou psicossociais^{4,6}.

De acordo com o Conselho de Fonoaudiologia⁷, a Fonoaudiologia é a ciência que tem por suas especialidades: audição; motricidade orofacial; disfagia; voz; linguagem; fluência; fonoaudiologia educacional; saúde coletiva; fonoaudiologia neurofuncional; fonoaudiologia do trabalho; gerontologia; e neuropsicologia. O profissional pode auxiliar na reabilitação de diversas doenças e distúrbios, desde a primeira infância à terceira idade.

O profissional fonoaudiólogo pode atuar de forma independente e autônoma em unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, hospitais e maternidades, consultórios, clínicas, home care, domicílios, asilos e casas de saúde, creches e berçários, escolas regulares e especiais instituições de ensino superior,

empresas, associações, ONGS, entre outras que possam necessitar do trabalho fonoaudiológico.

A atuação fonoaudiológica na área hospitalar se baseia na assistência conjunta em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, o qual assiste desde recém-nascidos a idosos. O fonoaudiólogo se insere em vários setores como enfermarias pediátricas e adultas, ambulatórios, UTI pediátrica e UTI adulto. O profissional terá uma atuação decisiva, com objetivos de: 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. Com isto, o serviço recebe o suporte teórico, técnico e prático desse profissional, para evitar ou reduzir possíveis sequelas nas áreas de comunicação e deglutição^{8,9}.

Na maternidade, o fonoaudiólogo dispõe-se à uma intervenção preventiva e clínica na função de promover uma alimentação saudável, segura e eficiente ao neonato, na UTI-Neonatal e no Alojamento Conjunto, como também, a identificação precoce de alterações auditivas por meio do “Teste da Orelhinha”. Para isso, são realizados procedimentos de estimulação sensório motora oral para adequar os padrões de sucção, tendo em vista o aleitamento materno, a interação harmônica entre o binômio mãe-bebê, garantindo assim a segurança da ingestão oral do neonato e conforto da mãe. Dessa forma, os benefícios da atuação fonoaudiológica neonatal se estende ao neonato e à mãe, em que se detecta e previne complicações a respeito da saúde do binômio e do processo de amamentação^{6,10-12}.

A avaliação constitui-se de um instrumento essencial de aperfeiçoamento do processo de decisão da conduta terapêutica específica. O fonoaudiólogo deve avaliar e observar criteriosamente e detalhadamente a amamentação de cada dupla mãe/neonato e o padrão de sucção deste, as estruturas do sistema estomatognático e as demais habilidades orais^{2,3}.

Existem diversas formas de avaliação da alimentação do recém-nascido (RN). Atualmente essa função é analisada clinicamente por meio da avaliação do sistema sensório motor oral, bem como os reflexos essenciais para uma alimentação segura e eficaz e a amamentação em si¹³. A prática guiada por protocolos é recente e existem poucos protocolos de avaliação fonoaudiológica validados^{2,14-17,19,20}.

A alimentação é uma ação multiforme que inclui estado de alerta, cognição, desenvolvimento motor e neurológico, maturação fisiológica dos sistemas, e interação

mãe-bebê²¹. De acordo com Fujinaga²², a idade gestacional, o peso, a estabilidade fisiológica e clínica, o tônus muscular adequado, o controle do ambiente e da postura, são também aspectos variáveis que influenciam na efetividade da alimentação oral.

O aleitamento materno promove as melhores condições de estimulação do sistema sensorio-motor-oral do bebê, uma vez que a extração do leite exige força muscular, aumentando assim a tonicidade muscular, questão importante para estimular as funções da fala, deglutição e para desenvolver as estruturas faciais e orais²³.

Ainda que haja diversas evidências científicas e apesar dos esforços de diversos órgãos nacionais e internacionais, que provam a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentação ao recém-nascido, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, particularmente as de amamentação exclusiva, estão bastante inferiores às recomendadas¹.

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado para verificar e avaliar se o ato da amamentação está ocorrendo satisfatoriamente, e em caso de alterações, este é capaz de identificar e proporcionar a assistência necessária. Quando se trata da saúde de pessoas e da população, somente a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode contribuir para uma tomada de decisão. Uma avaliação criteriosa e específica, auxilia na orientação e nas condutas terapêuticas, viabilizando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço²⁴.

A avaliação fonoaudiológica do recém-nascido e do binômio pode ser executada por meio de protocolos específicos, que avaliam criteriosamente os aspectos que são essenciais para que o aleitamento materno ocorra de forma satisfatória. Medeiros & Bernardi²⁵ citam em seu estudo Ideriha²⁶, a qual aponta os comportamentos miofuncionais orais esperados na sucção do neonato durante o aleitamento materno, os quais são: lábios vedados, compressão labial e formação de leve sulco nas comissuras labiais, movimentação dos músculos masseteres e movimentos mandibulares e anteroposteriores da língua.

Para uma avaliação precoce do RN, são considerados protocolos que consideram as estruturas e o funcionamento do sistema estomatognático, avaliação específica dos reflexos orais, avaliação da sucção não nutritiva (SNN) e sucção

nutritiva (SN), como também a realização da observação da amamentação, verificando a qualidade do contato inicial entre a mãe e seu bebê²⁷.

Tem sido preconizada a utilização do “Teste da Linguinha” para identificar alterações do frênulo lingual²⁸, o protocolo UNICEF² para a avaliação da mamada, o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED)²⁰ para a avaliação clínica da deglutição. E para casos de prematuridade, sugere-se a aplicação de protocolos de prontidão alimentar, tal como a Escala de Prontidão Alimentar de Prematuros (POFRAS)²⁹.

As principais etiologias relacionadas à disfagia em neonatos e lactente podem ser a prematuridade, um distúrbio que pode ser considerado transitório, as anomalias da via aéreo-digestiva superior, as alterações congênitas da laringe, traqueia e esôfago, as alterações anatômicas adquiridas e as alterações neurológicas³⁰.

Recém-nascidos hígidos, sem intercorrências clínicas que possam interferir na amamentação, podem apresentar desordens no padrão de sucção. Essas dificuldades no aleitamento materno podem ser devido a alterações transitórias do próprio funcionamento oral e/ou devido a características individuais anatômicas, que interferem negativamente o encaixe adequado entre a boca do bebê e o seio da mãe. Essas disfunções orais na amamentação podem ser corrigidas, desde que identificadas precocemente³.

O objetivo do fonoaudiólogo é promover o reequilíbrio das funções do sistema estomatognático, diagnosticando e intervindo nas desordens funcionais desse sistema, para facilitar um adequado funcionamento oral³¹. Quando não abordada corretamente, as disfunções orais do bebê podem provocar traumas mamilares, pouco ganho de peso do bebê e o desmame precoce³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) instituíram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o qual é um selo de qualidade concedido pelo Ministério da Saúde às instituições de saúde pública e privadas das que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. São eles: o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, o contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento, a amamentação na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, e o alojamento conjunto, o qual garante livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas, são os principais critérios e benefícios oferecidos às maternidades Hospitais Amigos da Criança. O Hospital Universitário de Brasília recebeu esse título

há dezenove anos, o qual mantém o controle de profissionais treinados para incentivar o aleitamento materno exclusivo.

As práticas assistenciais advindas do profissional da saúde, buscam frequentemente modular o comportamento da mãe em favor da amamentação. Entretanto, há a tendência de não apenas responsabilizar, mas culpar a mulher pelo desmame precoce, em detrimento de compreender suas necessidades e promover o apoio³¹.

A duração do aleitamento materno pode ser favorecida ou restringida por fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde, socioeconômicos e psicossociais. Os profissionais de saúde atuantes na maternidade podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração por meio de suas atitudes e práticas².

Ramos e Almeida³² realizaram um estudo qualitativo das alegações maternas para o desmame precoce na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), na cidade de Teresina-Piauí. Foram entrevistadas mulheres assistidas na MDER, as quais frequentaram pelo menos seis consultas pré-natais, tiveram gestação a termo, fizeram o acompanhamento de seus filhos no serviço de puericultura e que iniciaram o processo de desmame antes do 4º mês de vida do bebê. As diferentes alegações das mães, se resumem em: leite fraco; intercorrências de mama; falta de experiência materna; fardo ocasionado pela amamentação frente às atividades desempenhadas cotidianamente; inadequação entre suas necessidades e as da criança; interferências externas de familiares, amigos e demais interações; trabalho materno; ambiguidade entre o querer e o poder amamentar, entre outras. Foi relatado que a solidão/isolamento da mulher-mãe e a necessidade de obter apoio para o êxito da amamentação, estiveram presentes constantemente nas entrevistas. À vista disso, devem ser privilegiadas ações que contemplem a implementação de novos valores culturais em favor da amamentação, em que esses valores devem considerar esse ato como algo que precisa ser aprendido pela mulher e protegido pela sociedade.

Em outro ponto de vista, um estudo transversal e analítico foi realizado, o qual tinha por objetivo verificar a associação entre a disfunção oral e os fatores socioeconômicos, variáveis relacionadas à mãe e ao recém-nascido com o desempenho da mamada, durante as primeiras 48 horas de vida. Este foi realizado em uma maternidade pública do Recife-PE. Foram entrevistadas todas as mães de

crianças nascidas a termo entre abril e julho de 2008, somando 588 binômios mãe/recém-nascido. Foram executadas avaliações do sistema sensorio motor oral do neonato, realizadas no alojamento conjunto, entre as primeiras 12 e 24 horas de vida, com o bebê em estado de alerta, posicionado no colo da examinadora, em que se observava as estruturas orais (lábios, língua, bochechas), os reflexos orais e movimentos de língua, bochechas e mandíbula, através da sucção não-nutritiva³¹.

O estudo considerou na avaliação da amamentação, a sucção nutritiva, em que se verificaram os aspectos relativos ao tipo de mamilo e as condições da mama da mãe, a postura global da criança no seio, o estabelecimento de laços efetivos (trocas de olhares), os reflexos orais, o vedamento labial, a pega no seio materno, a postura de língua, os movimentos de bochechas e de mandíbula, a coordenação entre sucção/deglutição/respiração (SDR), e por fim, se a mãe reconhecia dificuldades no aleitamento materno. O estudo identificou alteração da amamentação em 57,3% dos binômios mães/recém-nascidos, com predomínio de 1 e/ou 2 alterações em 43,9% e de maiores alterações em 13,4% das duplas. A frequência de disfunção oral foi de aproximadamente 30%. Por fim, demonstrou-se que não há associação entre a disfunção oral e os fatores socioeconômicos, provavelmente por ter se tratado de uma população homogênea³¹.

Uma equipe capacitada no manejo do aleitamento materno se faz necessário em todas as maternidades. A presença de um profissional, como o fonoaudiólogo nesse ambiente, promove o cuidado com as alterações do sistema sensorio motor oral, além de transmitir informações às mães e equipe multidisciplinar para prevenção e reabilitação das disfunções orais na lactação³¹. É necessário que haja um trabalho em equipe harmônico, para promover a melhor assistência possível ao binômio mãe-bebê.

Diante da escassez de estudos que contemplem a atuação fonoaudiológica não somente na UTI neonatal e com recém-nascidos de médio e alto risco, mas estudos que consideram os recém-nascidos com dificuldades alimentares no alojamento conjunto, este trabalho tem por objetivo analisar os dados da avaliação fonoaudiológica realizada em recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Esta ação auxiliará a otimização do processo de avaliação, diagnóstico e terapia fonoaudiológica dos mesmos.

2 METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (UnB – FCE). Foi realizada uma análise retrospectiva de prontuários de neonatos assistidos pela equipe de fonoaudiologia, com enfoque nos dados obtidos na avaliação e reavaliação fonoaudiológica após intervenção da especialidade nos recém-nascidos. Trata-se de estudo descritivo, com intuito de analisar os dados da avaliação fonoaudiológica destes pacientes.

Inicialmente foram selecionados os possíveis participantes do estudo, com base no arquivo de pacientes atendidos na maternidade pela equipe de Fonoaudiologia no período do estudo e, posteriormente, os responsáveis foram contatados e convidados a permitir que os dados do atendimento de seus filhos pudessem ser utilizados neste estudo. Para os responsáveis que aceitaram a participação foi agendado um encontro no Setor de Fonoaudiologia do HUB – Prédio dos Ambulatórios I, corredor azul – no qual, foram explicados todos os procedimentos do estudo e realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Foram analisados todos os prontuários dos pacientes assistidos – avaliação, terapia e/ou orientação fonoaudiológica - entre abril e junho de 2019, que tiveram o consentimento assinado. Foram definidos como critério de inclusão: prontuários de pacientes atendidos pela equipe de Fonoaudiologia do HUB na Maternidade. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados prontuários com menos de 80% das informações/respostas às variáveis elencadas para o estudo ou pacientes desligados do programa.

O atendimento fonoaudiológico na Maternidade tem como objetivo realizar orientações, ações e estratégias que incentivem o aleitamento materno exclusivo, detectando e prevenindo precocemente alterações no processo de amamentação e alterações relacionadas à comunicação. Como rotina deste serviço, os pacientes são assistidos conforme um fluxo detalhado no Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI) (Figura 1).

O PASMI é um protocolo criado por discente e docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Universidade de Brasília, o qual tem por objetivo sistematizar e auxiliar a atuação fonoaudiológica padronizada dentro das

maternidades, estritamente no alojamento conjunto, o qual propicia um acompanhamento do binômio mãe-bebê mais satisfatório.

A sistematização dessa atividade avaliativa realizada pela equipe de fonoaudiologia promovida no alojamento conjunto com o respaldo do PASMI, viabilizará a padronização da atuação do fonoaudiólogo nesse local, como também irá facilitar a identificação mais precisa das dificuldades na sucção do recém-nascido, em que poderá haver a intervenção através da estimulação sensório motora oral, a qual terá como objetivo de assegurar ao recém-nascido o desenvolvimento das estruturas faciais, a propriocepção, mobilidade e tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, garantindo assim, a alimentação por via oral de forma segura e o êxito do aleitamento materno.

O Protocolo Assistencial citado é composto pelas ações de: coleta dos dados da internação (através do prontuário); anamnese; triagem fonoaudiológica neonatal através do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês segundo Martinelli et al. 2016 e, do Protocolo de Observação da Mamada – UNICEF (CARVALHAES & CORRÊA, 2003); avaliação fonoaudiológica específica, em que será utilizado o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED) (FLABIANO-ALMEIDA et al., 2014); orientação fonoaudiológica; e intervenção fonoaudiológica.

Tabela 1. PASMI – versão 2

PROTÓCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL	
PASMI – versão 2	
ETAPAS	DESCRIÇÃO
VERIFICAÇÃO DOS DADOS DE INTERNAÇÃO DO PRONTUÁRIO	Os dados coletados devem ser, no mínimo: <ul style="list-style-type: none"> - data de nascimento; - idade gestacional e idade corrigida; - idade materna; - tipo de parto; - peso ao nascimento; - peso atual; - uso de traqueostomia ou sondas de alimentação; - diagnóstico de comorbidades: distúrbios neurológicos, respiratórios, gastrintestinais, cardiovasculares, deformidades faciais ou síndromes que impeçam a alimentação por via oral.
ANAMNESE	Deve ser composta de perguntas para as mães/cuidadores, que envolvam ao menos: <ul style="list-style-type: none"> - número de filhos; - experiência prévia com amamentação; - orientação sobre amamentação durante o pré-natal; - orientação sobre amamentação no pós-parto; - situação da mama; - dificuldades encontradas até o momento.
TRIAGEM	Devem ser aplicados os instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> - Triagem Neonatal do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês²⁸; - Protocolo de Observação da Mamada – UNICEF²⁰. <p>Se identificada alteração nos protocolos (falha na Triagem Neonatal do Protocolo de Avaliação do frênulo da Língua em Bebês e/ou se computado um escore ruim</p>

	<p>ou dois regulares no Protocolo UNICEF) o binômio deverá ser encaminhado para Avaliação fonoaudiológica específica.</p> <p>Se não for identificada alteração, deverá ser realizada Orientação Fonoaudiológica e determinada a alta fonoaudiológica.</p>
AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA ESPECÍFICA	<p>Deverá ser utilizado o seguinte protocolo padronizado para a avaliação clínica da função alimentar dos neonatos:</p> <p>- “Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica” (PAD-PED)³⁰.</p> <p>Se o recém-nascido atingir a classificação número um do protocolo - deglutição normal - será considerado apto à alimentação por via oral. Neste caso será realizada a Orientação Fonoaudiológica e determinada a alta fonoaudiológica.</p> <p>Se o recém-nascido for classificado como número dois (disfagia leve) será considerado apto para se alimentar por via oral, sendo necessário, provavelmente, algumas adequações posturais e/ou treinos miofuncionais.</p> <p>Se a classificação for número três (disfagia moderada a grave) ou número quatro (disfagia grave), a via oral poderá ser suspensa e indicada via alternativa de alimentação.</p> <p>No caso de classificações de 2 a 4, os neonatos devem ser direcionados para a intervenção fonoaudiológica.</p>
ORIENTAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	<p>O objetivo maior dessa ação é garantir a efetividade do aleitamento materno e propiciar condições à mãe/família para continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar.</p> <p>Para essa etapa deverão ser seguidas as normativas do álbum seriado “Promovendo o aleitamento materno” do Ministério da Saúde acrescidas de informações específicas a respeito da relação entre o aleitamento materno e a saúde fonoaudiológica, abordando questões sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - motricidade orofacial – desenvolvimento; - linguagem – desenvolvimento; - audição – desenvolvimento.
INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	<p>Devem ser utilizadas técnicas específicas direcionadas às disfunções orofaciais e nos comportamentos maternos inadequados que interfiram no processo de amamentação. Esta etapa seguirá os apontamentos da literatura arbitrada²³⁻³², que preconiza a aplicação de técnicas terapêuticas indiretas, diretas e de gerenciamento da alimentação.</p> <p>Possíveis técnicas a serem escolhidas para essa etapa encontram-se descritas a seguir e devem ser utilizadas conforme a necessidade de cada caso.</p> <p>- <u>Instruir a mãe/cuidador a respeito das disfunções orofaciais e riscos associados, assim como os objetivos da terapia fonoaudiológica, a fim de promover a participação ativa no processo terapêutico:</u> uso de figuras, vídeos e programas específicos (simuladores 3D) para visualização do funcionamento da musculatura facial e fisiologia da sucção.</p> <p>- <u>Estimulação do reflexo de procura e do reflexo de sucção:</u> 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> <p>- <u>Adequar a pressão intra oral:</u> 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-o sobre a língua, em seguida tocar novamente o palato; 2) Estimulação da sucção não nutritiva.</p> <p>- <u>Adequar vedamento labial:</u> 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</p>

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: 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, reforçando a abertura da boca do bebê, de modo que este projete a língua no momento da sucção; 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.

- Adequar posicionamento de língua posteriorizada: 1) 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: 1) Realização da ausculta cervical concomitante à mamada, posicionando o estetoscópio pediátrico na região da laringe do RN; 2) Observar o ritmo de sucção e fluxo das deglutições com atenção às pausas respiratórias.

- Auxiliar na manutenção do estado comportamental favorável (alerta) à prontidão para mamada: 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); 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; 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.

- Promover a pega correta: 1) Posicionar corretamente a díade mãe-filho (mãe relaxada, bem posicionada, bebê com a cabeça e tronco alinhados, barriga com barriga); 2) Desencadear 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.

- Evitar afecções mamárias: 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.

- Orientar os pais quanto a postura, oferta, consistências e utensílios alimentares: 1) Teste de diferentes consistências, utensílios e posturas durante oferta alimentar, observando as mudanças na fisiopatologia, na tentativa de 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.

- Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hipersensibilidade intra oral: 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

	<p>conforme aceitação da criança; 6) Toques intra orais com menor número de repetições, força e profundidade.</p> <p>- <u>Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hiposensibilidade intra oral:</u> 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> <p>- <u>Reduzir tempo de trânsito oral durante a deglutição:</u> 1) Otimização das condições de responsividade sensorial, conforme já descrito anteriormente; 2) Adequação de consistências alimentares; 3) Treino de oferta do alimento.</p> <p>- <u>Reduzir ou eliminar os sinais clínicos sugestivos de penetração e /ou aspiração laringotraqueal antes da deglutição:</u> 1) Adequação da postura corporal, principalmente da região cervical durante oferta do alimento; 2) Adequação de consistências alimentares.</p> <p>- <u>Reduzir ou eliminar os sinais clínicos sugestivos de penetração e /ou aspiração laringotraqueal após a deglutição:</u> 1) Adequação de consistência alimentar; 2) Promover deglutições múltiplas.</p> <p>- <u>Aumentar frequência da deglutição de saliva:</u> 1) Estimulação digital em região dos vestibulos orais; 2) Uso de bandagem elástica em região de musculatura supra hioidea (Reitera-se a necessidade de formação específica para o uso da técnica).</p>
<p>INDICADORES DE QUALIDADE</p>	<p>Deve-se utilizar indicadores de qualidade para acompanhar a aplicação do protocolo assistencial. Os indicadores propostos foram adaptados de um estudo³³ que propôs indicadores para a gestão dos resultados da reabilitação da deglutição em Unidades de Internação Hospitalar e UTI adulto. São eles:</p> <p>PROCESSO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de atendimento por paciente: Total de atendimentos / n° de pacientes atendidos; - Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar (UIH) (alojamento conjunto e alojamento canguru): N° de avaliação por UIH / total de avaliações - Índice de avaliações fonoaudiológicas: Total de avaliações / n° de internações (entradas hospitalares) <p>RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta: Total de recém-nascidos atendidos / total de recém-nascidos em AME na alta - Taxa de afecções mamárias: Total de pacientes atendidos / total de pacientes com afecções mamárias - Taxa de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual: Total de recém-nascidos atendidos / total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual - Taxa de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos com alteração no frênulo lingual: Total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual / total de recém-nascidos em AME
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não serão utilizadas 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. - 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.

FLUXOGRAMA

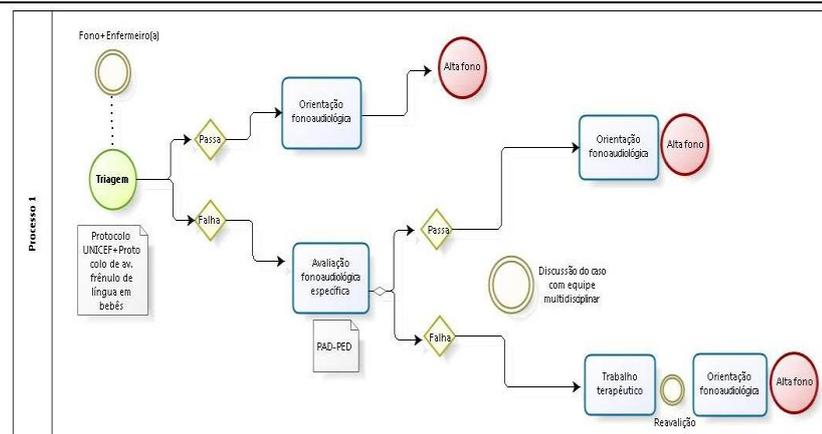


Figura 1. Fluxograma do Protocolo Assistencial – Atuação Fonoaudiológica no Alojamento Conjunto.

Para este estudo serão utilizados os dados referentes à atuação fonoaudiológica durante as etapas de “triagem” e “avaliação fonoaudiológica propriamente dita”. A título de caracterização da amostra também serão utilizados os dados das etapas de “verificação dos dados de internação no prontuário” e “anamnese”. Desta forma, as seguintes variáveis serão consideradas:

- Dados de internação do recém-nascido do prontuário: data de nascimento; idade gestacional de nascimento; idade corrigida; idade materna; tipo de parto; peso ao nascimento; peso atual; uso de traqueostomia (data de início); uso de sondas de alimentação (tipo e data de início); diagnóstico (distúrbios neurológicos, respiratórios, gastrintestinais, cardiovasculares, deformidades faciais ou síndromes que impeçam a alimentação por via oral); local de internação (alojamento conjunto ou canguru).
- Dados da anamnese: número de filhos; experiência prévia com amamentação; orientação sobre amamentação durante o pré-natal; orientação sobre amamentação no pós-parto; situação da mama (normal, fissura ou ingurgitamento); dificuldades encontradas até o momento.
- Dados da avaliação: amamentação (protocolo UNICEF - posição mãe/criança durante o aleitamento materno, respostas da dupla, adequação da sucção, anatomia das mamas, afetividade); triagem do teste da linguinha (escores); deglutição (protocolo PAD-PED - descrição dos achados clínicos, classificação da deglutição em normal, leve, moderado a grave ou grave).

d. Dados da reavaliação pós intervenção: descrição dos achados clínicos; classificação da deglutição (normal, leve, moderado a grave e grave); aleitamento exclusivo na alta; especificação do complemento alimentar (leite humano, complemento fórmula, outros); especificar utensílio (mamadeira, copo, translactação, outro).

Todas as informações elencadas acima são rotineiramente registradas pelos responsáveis pelo serviço, por meio de planilhas arquivadas em cada um dos prontuários dos pacientes.

A análise dos dados consistiu em uma análise quantitativa das variáveis propostas. Os dados receberam tratamento estatístico onde foram realizadas estatísticas descritivas (frequência, média, desvio padrão).

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 49 binômios. Algumas informações desses binômios não foram encontradas durante a revisão dos prontuários. Como a frequência dessa falha foi pequena, optou-se por manter o binômio na amostra do estudo. Nas tabelas a seguir são destacadas essas falhas, tendo sido registrados o número de informações coletadas em cada uma das variáveis (N = número de participantes que tiveram os dados coletados).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – DADOS GERAIS DO PRONTUÁRIO

As características gerais da amostra coletadas em prontuário encontram-se descritas na Tabela 2 e 3. Na Tabela 2 são apresentados os dados relacionados à idade gestacional, idade pós-natal na data da avaliação fonoaudiológica, idade materna e peso ao nascimento e no momento da avaliação fonoaudiológica. Destaca-se que um neonato nasceu em prematuridade extrema, e com muito baixo peso. Sua avaliação fonoaudiológica ocorreu após 16 semanas de vida pós-natal.

Tabela 2. Caracterização da amostra - dados relacionados à idade e peso do recém-nascido

	Idade Gestacional (semanas:dias) N = 49	Idade pós-natal na data da avaliação fonoaudiológica (semanas:dias) N = 49	Idade materna (anos) N = 49	Peso ao nascimento (gramas) N = 49	Peso na data da avaliação fonoaudiológica (gramas) N = 48
--	--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Média (desvio padrão)	36:4	1:2	29	2654,2 (817,56)	2694,3 (664,38)
Valor mínimo	24:6	0:1	16	728	1249
Valor máximo	41:1	16:0	42	4310	3970

Legenda: N = número de participantes que tiveram os dados coletados.

A Tabela 3 apresenta os dados associados à situação clínica dos nascimentos e dos neonatos. O tipo de parto prevalente foi o por cesariana. Não foram registrados casos em que ocorreu parto por auxílio de fórceps ou humanizado. Um terço da amostra fez uso de via de alimentação alternativa, e em cinco casos recorreu-se inicialmente a sonda orogástrica. Nos demais casos a sonda utilizada foi diretamente a nasogástrica. Houve baixa prevalência de diagnóstico de comorbidades ao nascimento ou nos primeiros dias de vida dos recém-nascidos. A comorbidade mais frequente foi quadros respiratórios (cinco casos). Cabe destacar que pela rotina do hospital os neonatos de risco são acompanhados no Alojamento da Unidade Canguru, tendo sido ou não necessário um período prévio na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Tabela 3. Caracterização da amostra – situação clínica dos nascimentos e dos neonatos

	Tipo de parto (frequência%) N = 49	Uso de traqueostomia (frequência%) N = 49	Uso de sonda (frequência%) N = 48	Diagnóstico de comorbidades (frequência%) N = 48	Local de internação (até o momento da alta hospitalar) (frequência%) N = 49
Caracterização	Parto normal = 40,8 Parto cesária = 59,2	Não = 100%	Não = 66,7 Sim = 33,3	Quadros respiratório = 10,4 Quadro Neurológico = 2,1	AC = 69,4 UTI + AC Canguru = 18,4 AC Canguru = 8,1 UTI + AC = 4,1

Legenda: N = número de participantes que tiveram os dados coletados; AC = alojamento conjunto; UTI = unidade de tratamento intensivo.

3.2 ANAMNESE

Os dados relativos à anamnese desenvolvida estão descritos na Tabela 4. A maioria das mães era primípara e a maioria relatou que não apresentava experiências

prévias com amamentação. A maioria relatou ter recebido orientação quanto a amamentação no pré-natal e todas informaram que as receberam no pós-natal. Houve prevalência de relato de mamas adequadas durante essa etapa do protocolo assistencial.

Tabela 4. Dados da anamnese – conhecimento materno sobre amamentação

	Número de gestações prévias (frequência) N = 45	Experiência prévia com amamentação (frequência) N = 42	Orientação sobre amamentação (frequência)		Situação das mamas (pós-natal) (frequência) N = 45
			Pré-natal N = 43	Pós-natal N = 46	
Caracterização	Nenhuma = 48,9	Boa = 26,2	Sim = 72,1	Sim = 100	Normal = 62,2
	Uma = 24,5	Ruim = 7,1	Não = 27,9	Não = 0	Fissurada = 13,3
	Duas = 22,2	Não houve = 66,7			Pouca ejeção de leite = 8,9
	Três = 4,4				Com escoriações = 8,9
					Ingurgitada = 4,4
					Com vermelhidão = 2,2

Legenda: N = número de participantes que tiveram os dados coletados.

3.3 TRIAGEM FONOAUDIOLÓGICA

Os dados relativos à triagem fonoaudiológica encontram-se descritos nas Tabelas 5 e 6. Na Tabela 5 estão registradas o desempenho da amostra nos protocolos utilizados, considerando-se a dicotomia “passa” x “falha”. Houve predomínio de respostas satisfatórias para a funcionalidade da amamentação em ambos os protocolos.

Tabela 5. Dados da triagem fonoaudiológica – número de participantes

	PROTOCOLO UNICEF (número de participantes)	TESTE DA LINGUINHA (número de participantes)
FALHA	12	1
PASSA	31	47

DADOS NÃO REGISTRADOS EM PRONTUÁRIO	6	1
-------------------------------------	---	---

Na Tabela 6 estão descritas as porcentagens de alterações verificadas em cada um dos itens que compõe os protocolos. Nesta etapa, somente os dados dos participantes classificados como “falha” foram considerados.

O protocolo UNICEF mostra que a maioria das alterações estão relacionadas à resposta da dupla, seguida pela anatomia das mamas e pelo posicionamento mãe/bebê. Para todos os itens que compõe o protocolo houve predomínio da alteração em grau regular.

O Teste da Linguinha apontou falha em somente um componente do teste, a caracterização anatômica do frênulo da língua.

Tabela 6. Dados da triagem fonoaudiológica – descrição do padrão de alterações registradas

RESPOSTAS ALTERADAS	FREQUENCIA DE ALTERAÇÃO - GRAU REGULAR	FREQUENCIA DE ALTERAÇÃO - GRAU RUIM	
PROTOCOLO UNICEF N=12	POSIÇÃO MÃE/CRIANÇA (N=5)	80	20
	RESPOSTA DA DUPLA (N=11)	63,6	36,7
	ADEQUAÇÃO DA SUÇÃO (N=4)	75	25
	ANATOMIA DAS MAMAS (N=8)	62,5	37,5
	AFETIVIDADE (N=3)	66,7	33,3
FREQUENCIA DE ALTERAÇÃO			
TESTE DA LINGUINHA N=1	DADOS DA ANAMNESE (N=0)	0	
	ANATOMIA (N=1)	100	
	FUNCIONALIDADE (N=0)	0	

Legenda: N = número de participantes que tiveram os dados coletados.

3. 4 AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Treze recém-nascidos foram avaliados por meio do protocolo PAD-PED - os 12 que falharam no Protocolo UNICEF e o único que falhou no Teste da Linguinha. Os

dados relativos à avaliação fonoaudiológica encontram-se descritos na Tabela 7, na qual estão registrados o desempenho dos participantes em relação ao Protocolo PAD-PED, que os classifica conforme a função de deglutição, no momento de avaliação inicial e de alta fonoaudiológica e/ou hospitalar. Estão também destacados os achados clínicos alterados considerados relevantes para os momentos de avaliação. Esses achados são os que devem ser levados em consideração para a estruturação da intervenção fonoaudiológica.

Tabela 7. Dados da avaliação fonoaudiológica – classificação geral do Protocolo PAD-PED + achados clínicos relevantes (sinais de alteração).

Participantes que falharam na triagem fonoaudiológica	Avaliação inicial		Avaliação na alta fonoaudiológica e/ou hospitalar	
	Classificação da Deglutição	Achados clínicos	Classificação da Deglutição	Achados clínicos
1	1	-	1	-
3	1	-	1	-
5	1	-	1	-
6	1	-	1	-
7	1	-	1	-
10	1	- sucção com ritmo e frequência irregular, com força média	1	- recém-nascido sonolento, mas com pega adequada
15	1	-	1	-
16	1	-	1	-
22	1	- pega sem manutenção; - sonolência excessiva	Não foi reavaliado	Não foi reavaliado
27	1	- realiza reflexo de busca e de procura, mas tem dificuldades na pega e na manutenção em seio materno	1	-
30	1	-	1	-
35	1	- língua em assoalho; - sucção ineficiente	1	-
37	1	- língua retraída durante SNN; - reflexo de busca diminuído; - reflexo de mordida exacerbado	1	-

Legenda: Classificação da Deglutição = 1. Normal; 2. Leve; 3. Moderada a grave; 4. Grave

4 DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a neonatologia obteve grandes avanços no que se diz à tecnologia e conhecimentos, porém, a prematuridade persiste como a principal causa de morbidade e de mortalidade neonatal, caracterizando um dos maiores desafios na área obstétrica e neonatológica, o que pode dificultar o fornecimento de uma assistência profissional de qualidade.

No momento de hospitalização do RN na UTIN, devido à prematuridade e as possíveis comorbidades, a construção do vínculo afetivo entre os pais e o filho pode ficar prejudicada. No que se diz por consequência, há a influência negativa no processo de amamentação, já que a pega, a sucção, e a manutenção do aleitamento materno, requer a interação frequente entre o binômio^{33,34}.

Os estudos revelam que a maioria dos pais apresentam abalo emocional diante da prematuridade e internação de seus recém-nascidos, e mesmo que com o íntimo contato com o RN no berçário, manifestam estresse, insegurança e reações de aflição³⁴.

Por isso, a importância do Alojamento da Unidade Canguru, para que haja a manutenção do vínculo afetivo entre o RN e seus pais, fato ressaltado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que por meio de seus 10 passos, ressalta a importância de praticar o alojamento conjunto, principalmente às mulheres que vieram a ser separadas dos (as) filhos (as) por internação na UTIN, ou algum outro motivo. Nesse estudo, dos 49 binômios, 18,4% estiveram na UTIN e foram transferidos para o quarto CANGURU. Com a assistência adequada, as mães puderam ser incentivadas a persistir no aleitamento materno exclusivo, e superar as prováveis dificuldades encontradas.

A sonda como via de alimentação foi utilizada por um terço dos RNs do estudo, os quais em sua totalidade, estavam internados na UTIN ou em assistência no CANGURU. Os dados dos pacientes de um o estudo, discorre sobre a temática da alimentação inicial do prematuro ser a parental ou enteral, com o uso de sonda orogástrica (SOG) ou nasogástrica (SNG). É dito que o uso prolongado de sonda para alimentação pode ser prejudicial para o RN, devido à possibilidade de modificar a coordenação da sucção/deglutição/respiração (S/D/R)²¹.

É necessário que a transição de dieta pela sonda para oferta por via oral (seio materno) ocorra de forma efetiva, e o método CANGURU pode auxiliar, devido a intervenção fonoaudiológica adequada para esse desmame. O foco está em minimizar problemas como uso prolongado da sonda pelo RN, desmame precoce, dificuldade de vínculo mãe-bebê prematuro, prolongamento de internações em UTIN, entre outros²¹. Os achados do presente estudo evidenciaram que os RNs pré-termos, com ou sem histórico de intercorrências médicas, tiveram alta médica e fonoaudiológica, conseguindo mamar efetivamente em seio materno e com deglutição normal, mesmo que com os seus devidos ajustes para um melhor desempenho.

Nessa pesquisa a prevalência do tipo de parto cesáreo, foi de 59,2%. O índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para partos cesarianos, é de 15% por país, contudo, o Brasil apresenta uma taxa de 55,6%. Mesmo que o parto cesáreo tenha surgido como um procedimento importante no controle de complicações obstétricas específicas, com o objetivo de preservar a vida materna e/ou fetal, a morbidade materno-infantil não reduziu com o aumento de seus índices (parto cesárea)³⁵. São vários os fatores de indicações para este tipo de parto, baseado em intercorrências que podem vir a complicar o bom andamento do nascimento do RN. Entretanto, não foi o observado na pesquisa, a maioria não teve a ocorrência de condições obstétricas específicas, que poderiam requerer a interrupção da gravidez como uma única maneira de preservar a saúde materna e/ou fetal³⁶.

No que se refere às comorbidades dos recém-nascidos ao nascimento ou nos primeiros dias de vida, obteve-se baixa prevalência deste achado no presente estudo. Quadros respiratórios foram os agravos mais frequente encontrado (cinco casos). Em outro estudo, é dito que os prematuros podem apresentar mais complicações ao nascer, como anoxia perinatal, hemorragia intraventricular, e principalmente a síndrome do desconforto respiratório, e entre outras complicações que podem colocar em risco a vida do RN ou o seu desenvolvimento como um todo³⁷.

Os recém-nascidos podem apresentar intercorrências que contribuem para as dificuldades na amamentação, como a prematuridade, a dificuldade no vínculo do binômio mãe-bebê, inseguranças maternas, afecções mamárias, disfunções orais, como também o frênulo lingual anormalmente curto, o qual é avaliado pelo protocolo validado “Teste da Linguinha”²⁸, com o objetivo de realizar um diagnóstico precoce de anquiloglossia em bebês. A limitação da mobilidade de língua em função da

anquiloglossia é uma condição comum com prevalência entre 2% e 5%, sendo uma das razões que pode comprometer a capacidade de sucção e deglutição do RN³⁸. Apesar disso, não foi observado tal comprometimento no único caso de alteração no frênulo lingual do presente estudo. No momento da avaliação, a amamentação do recém-nascido estava satisfatória com os devidos ajustes, juntamente com a deglutição classificada como normal. Desta forma, os resultados deste estudo discordam com a maioria da literatura referente à relação direta da anquiloglossia e a dificuldade na amamentação.

Como dito anteriormente, as disfunções orais, que são desordens no padrão de sucção durante a mamada, podem ser uma das principais intercorrências que dificultam na lactação, as quais ocorrem principalmente em recém-nascidos saudáveis e a termo³. Foram encontrados nas avaliações do protocolo PAD-PED²⁰, sinais clínicos que possivelmente alterariam a eficiência da sucção e/ou deglutição do RN, os quais devem ser sempre considerados pelo fonoaudiólogo. Entretanto, todos foram classificados com deglutição normal, e tais achados clínicos não impediram que as crianças fossem alimentadas por meio do aleitamento materno, desde que houvessem por parte do profissional, as orientações e ajustes necessários para o bom andamento do desempenho na amamentação entre o binômio.

O protocolo da UNICEF avalia diversos aspectos do aleitamento materno, não apenas as questões envolvidas na sucção propriamente dita, mas os diversos fatores envolvidos no processo¹⁸. No presente estudo, as dificuldades que mais estiveram presentes foram relacionadas aos itens “resposta da dupla”, “anatomia das mamas” e “posicionamento mãe/bebê”, em que todas estas condições tendem a dificultar a pega adequada. Os achados são semelhantes ao encontrado em um estudo onde o protocolo da UNICEF foi utilizado para avaliar 100 binômios mãe/bebê, em que 20 a 60% das duplas apresentaram dificuldades iniciais no aleitamento materno, sendo essas: posicionamento mãe/bebê; resposta da dupla; adequação da sucção; e anatomia das mamas. De acordo com o mesmo estudo, tais dificuldades apresentaram ter relação com o parto cesáreo, e com a falta de orientações prévias sobre o aleitamento materno para as mães³⁹.

Pode-se observar que a assistência fonoaudiológica no Alojamento da Unidade Canguru e Alojamento Conjunto, teve êxito mesmo com a ocorrência de alterações fonoaudiológicas que normalmente ocasionam em dificuldades na amamentação e o desmame precoce, visto a alta médica e fonoaudiológica com os binômios em

aleitamento materno exclusivo. Tal fato confirma o que foi dito em uma pesquisa, em que justifica a atuação do fonoaudiólogo na maternidade como um todo, o qual possui capacitação para atuar neste local com recém-nascidos pré-termo e a termo, que apresentem dificuldades nas funções do sistema estomatognático⁴⁰.

Destacamos como limitação deste estudo o número reduzido de binômios estudados. Trata-se de um estudo inicial, com base em levantamento de dados retrospectivos, que buscou verificar a eficiência da ciência fonoaudiológica no alojamento conjunto de uma determinada instituição. Estudos futuros deverão ser realizados, visando o aumento da amostra estudada, a geração de dados de forma prospectiva e sistemática, por um maior tempo.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu a análise dos dados da avaliação fonoaudiológica realizada em recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Os principais dados observados foram: 1) Protocolo UNICEF - frequência de grau “ruim” nos itens “resposta da dupla” (36,7%), “anatomia das mamas” (37,5%) e “afetividade (33,3%)”; 2) Protocolo do Teste da Linguinha – um caso de alteração na anatomia do frênulo lingual; 3) Protocolo PAD-PED – todos classificados com deglutição normal.

Todas as crianças receberam alta fonoaudiológica com possibilidade de alimentação segura por via oral. A determinação destes dados auxiliou a otimização do processo de avaliação, diagnóstico e a possibilidade da seleção de técnicas terapêuticas mais específicas para cada caso.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; 2015.
2. Carvalhães MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*. 2003; 79 (1):13-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000100005>.
3. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80 (5):155-162. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700007>
4. Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. ALOJAMENTO CONJUNTO: ESPAÇO CONCRETO DE POSSIBILIDADES E O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15 (2): 334-9. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17872>.
5. Lima VF. A importância do aleitamento materno: uma revisão de literatura. 2017.
6. Leite RFP, Muniz MCMC, Andrade ISN. Conhecimento materno sobre fonoaudiologia e amamentação em alojamento conjunto. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012; 22 (1):36-40.
7. Conselho Regional de Fonoaudiologia da 8ª Região [internet]. Áreas da Fonoaudiologia [acesso em 04 out 2018]. Disponível em: <http://www.crefono8.gov.br/areas-da-fonoaudiologia>
8. Pelegrini APN. Fonoaudiologia hospitalar: reflexões além das fronteiras. *Fonoaudiol Bras*. 1999; 2(2):40-5.
9. Lewis DR. A inserção e atuação do fonoaudiólogo no contexto hospitalar infantil. *REVISTA UNINGÁ*. 2010; 24 (1).
10. Santana M CCP, Goulart BNG, Chiari BM, Melo AM, Silva EHAA. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15:411-417.

11. Percy MLB, Araújo CMT, Lins LCB. ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM BEBÊS PRÉ-TERMOS DE MÃES ADOLESCENTES: UMA NOVA REALIDADE. Revista CEFAC. 2008; 10 (4):520-527.

12. Leandro LCS, Stival N. ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO CAMPO HOSPITALAR. REVISTA UNINGÁ. 2017; 33 (1).

13. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. INFLUÊNCIA DA DISFUNÇÃO ORAL DO NEONATO A TERMO SOBRE O INÍCIO DA LACTAÇÃO. Revista CEFAC. 2010; 12 (3):441-453. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000049>.

14. UNICEF. Babyfriendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. New York: UNICEF; 2006.

15. 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. Revista Salus-Guarapuava-PR. 2007; 1(2): 129-137 (A)

16. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2007. 19(2):143-150 (B)

17. 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.

18. 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(5):1548-1557.

19. 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. v. 9, n. 4, 2014.

20. Flabiano-Almeida FC, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo para avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Editores Científicos: Claudia Regina Furquim de Andrade e Suely Cecilia Olivan Limongi. Barueri: Pró-Fono, 2014. 33p. (Série Fonoaudiologia na Prática Hospitalar, v. 1).

21. Medeiros AMC, Oliveira ARM, Fernandes AM, Guardachoni GAS, Aquino JPSP, Rubinick ML et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2011; 23(1):57-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100013>.
22. Fujinaga, C. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005. doi: 10.11606/T.22.2005.tde-25052007-171954.
23. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(3): 441-453. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462010005000049>.
24. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17 (4):821-828. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>
25. Medeiros AMC, Bernardi AT. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2011; 16(1):73-9.
26. Ideriha PN, Limongi SCO. Avaliação eletromiográfica da sucção em bebês com síndrome de Down. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(3):174-83.
27. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2005; 17 (2):141-152.
28. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honório HM, Gusmão RJ, BerretinFelix G. Validação do Teste da Linguinha. *Rev. CEFAC.* 2016; 18(6):1323-1331.
29. Fujinaga CI, Moraes SA, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Clinical validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(spe):140-145. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700018>.

30. Botelho MIMR. Avaliação funcional da disfagia de lactentes em UTI neonatal. Rev. Assoc. Med. Bras. 2003; 49 (3):278-285. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300032>.
31. Valério KD, Araújo CMT, Coutinho SB. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. São Paulo. Rev. CEFAC. 2010.
32. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo 2. Jornal de Pediatria. 2003; 79 (5):385-390. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000500004>.
33. Arrué AM, Neves ET, Silveira A, Pieszak GM. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Enfermagem da UFSM. 2013; 3(1):86-92. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/217976925947>.
34. Frigo J, Zocche DAA, Palavro GL, Turatti LA, Neves ET, Schaefer TM. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. Revista de Enfermagem da UFSM. 2015; 5 (1): 58-68. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2179769212900>.
35. Novo JLVG, Pellicciari CR, Arruda CL, Bálsamo SB, Novo NF. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2017; 19(2): 67-71. doi: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2017v19i2a4>.
36. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27:189-96.
37. Nunes CR, Abdala LG, Beghetto MG. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2013; 34 (4): 21-27.
38. Moura, EFF. Dificuldades de amamentação e percepção sobre o “teste da linguinha” entre mães primíparas e múltíparas atendidas em uma maternidade-escola. 2018.
39. Marques MCS, Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. Rev. CEFAC. 2008; 10 (2):261-271. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000200017>.

40. 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(3):448-456.

7 ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos a criança pela qual o(a) Senhor(a) é responsável a participar do projeto de pesquisa A COMPARAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NA AVALIAÇÃO E NA REAVALIAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, sob a responsabilidade do pesquisador Laura Davison Mangilli Toni e da discente Larissa dos Santos Gonçalves. O projeto tem o objetivo de analisar os dados da avaliação e da reavaliação fonoaudiológica realizada em recém-nascidos assistidos no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, assegurando-lhe que seu nome ou o nome de seu filho não serão divulgados, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los(as).

A participação da criança se dará por meio da análise do prontuário da mesma, de forma que o risco decorrente da participação na pesquisa consiste na possibilidade de que as informações contidas no prontuário sejam vazadas. Para a coleta dos dados não será realizado contato direto com os participantes. Para minimização do risco da quebra de sigilo, os pesquisadores garantem que tomarão todas as precauções necessárias. Os prontuários serão avaliados entre agosto de 2018 e agosto de 2019.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a possibilidade de melhorias na assistência fonoaudiológica na maternidade do HUB. A obtenção dos dados poderá auxiliar na prática multidisciplinar do hospital e no atendimento aos pacientes nascidos na maternidade, favorecendo a ação da ciência fonoaudiológica, da prática multidisciplinar e do cuidado aos futuros pacientes do Hospital Universitário de Brasília.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a deixar seu (sua) filho (a) a participar da pesquisa e pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como as passagens para o local da pesquisa, onde será esclarecido e assinado este termo), a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

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.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Laura Davison Mangilli Toni, telefone 3107-8440 (horário comercial) ou 99998-3636 (a qualquer horário), disponível inclusive para ligação a cobrar. Também pode ser realizado contato eletrônico, por meio do email: lmangilli@unb.br.

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).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

Anexo 2 – Normas da Revista

Revista: CoDAS

Artigo Original

Artigos originais e inéditos destinados à divulgação de resultados de pesquisas científicas. A estrutura do artigo deve incluir as seguintes seções: resumo, palavras-chave, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências.

O **resumo** deve fornecer informações que incentivem a leitura do artigo e, portanto, não deve conter abreviações, resultados numéricos ou estatísticos. A **introdução** deve apresentar uma breve revisão da literatura que justifique os objetivos do estudo. Os **métodos** devem ser descritos com detalhes suficientes e incluir apenas informações relevantes para permitir a reprodução do estudo. Os **resultados** devem ser interpretados, indicando a significância estatística dos dados encontrados e, portanto, não deve ser uma simples apresentação de tabelas, gráficos e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados em tabelas, gráficos e figuras e / ou vice-versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos à análise estatística inferencial sempre que apropriado. A **discussão** não deve repetir os resultados ou a introdução, e a **conclusão** deve responder de maneira concisa aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente a relevância do estudo submetido e sua contribuição para o avanço da ciência. Das **referências** citadas (30 no máximo), pelo menos 90% deve consistir em artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e internacional, preferencialmente **nos últimos cinco anos**. Não serão incluídas citações de teses / dissertações ou trabalhos apresentados em reuniões científicas. O documento não deve exceder 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como uma declaração informando que todos os indivíduos (ou seus cuidadores) envolvidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo seres humanos ou animais (além de registros ou documentos médicos) de uma instituição), são obrigatórios e devem ser incluídos na seção de métodos. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser digitalizados e anexados ao sistema no momento da submissão do manuscrito.

1. Preparação dos manuscritos

O texto deve ser criado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, papel de tamanho ISO A4 (212x297 mm), fonte Arial, tamanho 12, espaço duplo entre linhas, margens laterais de 2,5 cm, justificado, páginas numeradas seqüencialmente em algarismos arábicos; cada seção deve começar em uma nova página, na seguinte seqüência: título do artigo em português (ou espanhol) e inglês, resumo, palavras-chave, texto (de acordo com os itens necessários para a seção à qual o manuscrito

foi submetido), referências, e tabelas, tabelas e figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citadas no texto e anexos ou apêndices com suas respectivas legendas.

1.1 Título, resumo e palavras-chave

O manuscrito deve começar com o título do artigo em português (ou espanhol) e inglês, seguido do resumo em português (ou espanhol) e inglês, com no máximo 250 palavras. Deve ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, mostrando brevemente as principais partes do trabalho e destacando os dados mais significativos.

Estrutura do manuscrito de acordo com o tipo de artigo: artigo original - objetivo, método, resultados, conclusão; revisões sistemáticas e de metanálise - objetivo, estratégias de pesquisa, critérios de seleção, análise de dados, resultados, conclusão; relatos de caso - resumo não estruturado, seguido de no mínimo cinco e no máximo dez palavras-chave que definem o tema do estudo. As palavras-chave serão baseadas no DeCS (Descritor em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine, disponível no site: <http://decs.bvs.br>.

1.2 Texto

O texto deve seguir a estrutura necessária para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deve ser numerada sequencialmente, usando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescrito, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores.

Palavras ou expressões em português que não tenham tradução oficial para o inglês deverão ser escritas em *itálico*. Números até dez devem ser escritos por extenso. O local de inserção das tabelas, gráficos, figuras e anexos deve ser mencionado no texto à medida que são numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e gráficos devem estar em preto e branco; figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, gráficos e figuras devem ser organizadas no final do artigo, após as referências, bem como em anexo no sistema de submissão, conforme descrito anteriormente.

1.3 Referências

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto e identificadas com algarismos arábicos. Sua apresentação deve ser baseada no formato "Vancouver Style", e nos títulos do Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine. Todas as referências devem mencionar todos os autores até seis; acima de seis, os seis primeiros devem ser mencionados, seguidos por *et al.*

1.4 Tabelas

Exiba as tabelas separadamente do texto, uma por página, no final do documento. Apresente-os também em anexo no sistema de envio. As tabelas devem ser criadas em espaço duplo, fonte Arial, tamanho 8; eles devem ser numerados seqüencialmente usando algarismos arábicos na ordem em que

são mencionados no texto. Todas as tabelas devem ter títulos auto-explicativos reduzidos inseridos acima delas. Todas as colunas de uma tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. O rodapé da tabela deve conter legendas mostrando as abreviações e testes estatísticos usados. O número de tabelas deve ser mantido no mínimo necessário para descrever os dados de forma concisa e não deve repetir as informações apresentadas no texto. Em relação à apresentação, eles devem ter traços horizontais que separam o cabeçalho, o corpo e a conclusão. Os lados da mesa devem estar abertos.

1.5

Gráficos

Os gráficos devem seguir a mesma orientação de estrutura das tabelas, diferindo apenas no formato; eles podem ter traços verticais e ser fechados lateralmente. Exiba os gráficos separadamente do texto, um por página, no final do documento. Apresente-os também em anexo no sistema de envio. Serão aceitos no máximo dois gráficos.

1.6 Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser submetidas separadamente do texto, no final do documento, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Todos os valores também devem ser apresentados em anexo no sistema de envio. Eles devem ser criados com gráficos de qualidade adequada (podem ser coloridos, preto e branco ou em escala de cinza, sempre com fundo branco) e apresentar o título da legenda, em fonte Arial, tamanho 8. Para evitar problemas que possam comprometer o padrão de publicação do **CoDAS**, o processo de digitalização da imagem deve atender aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, use 800 dpi / bitmap para traços; para ilustrações e fotografias, use 300 dpi / RGB ou escala de cinza.

Em todos os casos, os gráficos devem ser fornecidos nas extensões de arquivo *.tif* e / ou *.jpg*. Para ilustrações de curvas (gráficos, desenhos e diagramas), as extensões de arquivo *.xls* (Excel), *.eps* e *.wmf* também serão aceitas. Se as figuras já foram publicadas em outro lugar, elas devem ser acompanhadas de permissão por escrito do autor / editor, e a fonte deve ser exibida na legenda da figura. Serão aceitos no máximo cinco algarismos.

1.7

Legendas

As legendas devem ser apresentadas em espaço duplo, acompanhando suas respectivas tabelas, gráficos, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

1.8

Abreviações e

acrônimos

Devem ser precedidos pelo termo na íntegra quando citados pela primeira vez no texto. Abreviações e acrônimos usados em tabelas, gráficos, figuras e anexos devem ser incluídos nas legendas, juntamente com o termo na íntegra. Não devem ser utilizados no título e / ou resumo dos artigos.