



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

ANNA PAULA PENHA TORREÃO

**INDICADORES DE QUALIDADE DO PROTOCOLO
FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
MATERNOINFANTIL – ESTUDO APLICADO**

Brasília – DF

2019

ANNA PAULA PENHA TORREÃO

**INDICADORES DE QUALIDADE DO PROTOCOLO
FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
MATERNO INFANTIL – ESTUDO APLICADO**

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: Profa. Dra. Laura Davison Mangilli Toni

Co-orientador: Fga. Ms. Camila de Alencar Frois

Brasília – DF

2019

ANNA PAULA PENHA TORREÃO

**INDICADORES DE QUALIDADE DO PROTOCOLO
FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
MATERNINFANTIL – ESTUDO APLICADO**

Data da defesa: 28 de novembro de 2019

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

Ms. Camila de Alencar Frois
Co-orientador (a)

Fga. Isabela Lima Coelho
Avaliador (a)

Brasília – DF
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de todas as coisas, a Deus, pela virtude da vida. Por iluminar e guiar minha trajetória, proporcionando sabedoria para alcançar meus objetivos com honestidade e dedicação.

Aos meus pais Inete e Ruy, e ao meu irmão Thiago, pelo amor incondicional, por serem meu alicerce e meus maiores incentivadores na trajetória da minha vida e da minha formação acadêmica.

Aos meus amigos, por todas as palavras de apoio e motivação que me ajudaram a chegar até aqui.

Às minhas queridas amigas de graduação Larissa dos Santos e Lorena Coelho, por todo o companheirismo, amizade, parceria e experiências compartilhadas ao longo dessa jornada.

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a Laura Davison Mangilli Toni, por todo o apoio, cuidado e compreensão em todos os momentos ao longo da minha formação acadêmica, e por todo o amor e dedicação concedidos para a construção desse trabalho.

À Universidade de Brasília e aos meus professores, que se doaram para compartilhar todo conhecimento a fim de nos oferecer um ensino de excelência e nos tornar profissionais idôneos.

Meu muito obrigada!

APRESENTAÇÃO

Sou graduanda do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, estou cursando o 8º semestre. Ao longo da graduação, a atuação fonoaudiológica na área infantil sempre me despertou grande interesse. Ao que se refere à temática desse estudo, o interesse na Fonoaudiologia na maternidade, principalmente na parte de amamentação, surgiu a partir das disciplinas cursadas no ano de 2017.

A partir da realização de buscas sobre esse tema, o interesse foi tornando-se maior, levando-me a decidir realizar meu trabalho de conclusão de curso dentro dessa área de pesquisa. Ao notar a carência de estudos voltados para atuação fonoaudiológica dentro do objetivo do meu estudo, pude perceber a relevância do mesmo para contribuir com a evolução da prática baseada em evidências.

A decisão de realizar um artigo original com o tema voltado à análise de indicadores teve como propósito mensurar os indicadores de qualidade do serviço fonoaudiológico prestado na maternidade do Hospital Universitário de Brasília, de forma a traçar os índices e taxas de processo e resultado obtidos.

Em seguida, será feita a apresentação do artigo do meu estudo, o qual será submetido à revista CoDas após avaliação por banca qualificada.

INDICADORES DE QUALIDADE DO PROTOCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNOINFANTIL – ESTUDO APLICADO

Anna Paula Penha Torreão

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

Camila de Alencar Frois

Fonoaudióloga. Mestre em Ciências da Reabilitação. 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 APPT, CAF e LDM.
2. Coleta, análise e interpretação dos dados: autores APPT, CAF e LDM.
3. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante: AAPT, CAF e LDM.
4. Aprovação final da versão a ser publicada: autora LDM.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em decorrência do recente ingresso da Fonoaudiologia nas maternidades hospitalares, poucos estudos trazem levantamentos dos indicadores dos protocolos e intervenções empregadas na assistência à saúde materno infantil. Em vista disso, vê-se a necessidade da elaboração de pesquisas acerca da temática para a evolução da prática baseada em evidências. **OBJETIVO:** mensurar os indicadores de processo e resultado do Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI). **MÉTODO:** o estudo descritivo foi realizado através da análise retrospectiva de prontuários de neonatos atendidos na Maternidade do HUB para mensurar os indicadores de qualidade do PASMI. **RESULTADOS:** o estudo mensurou a partir dos indicadores de processo: índice de atendimento por paciente (2,18); taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar (0,73 no alojamento conjunto e 0,26 no alojamento canguru). A partir dos indicadores de resultado foram estimados: índice de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo no momento da alta (0,53); taxa de afecções mamárias (0,16); taxa de recém-nascidos com alteração de frênulo lingual (0,02); taxa de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos com alteração de frênulo lingual (1). **CONCLUSÃO:** o estudo possibilitou mensurar os indicadores de qualidade do PASMI, traçando os resultados dos atendimentos dos neonatos e contribuindo para a otimização da assistência fonoaudiológica prestada na maternidade do HUB.

Palavras-chave: Indicadores. Maternidade. Fonoaudiologia. Assistência. Neonatos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: As a result of speech therapy's recent ingress on maternity hospitals, few studies bring us analysis of protocol indicators and interventions used on mother and child health care. In sight of that, there is a need for research on the subject to evolve evidence-based practice. **OBJECTIVE:** measure process and outcome indicators of the speech therapy mother and child health care protocol (*Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil - PASMI*). **METHOD:** the descriptive study has been conducted through retrospective analysis of medical records of newborns treated at HuB's maternity ward to measure PASMI's quality indicators. **RESULTS:** this study measured, through process indicators: attendance rate per patient (2,18); evaluation index by hospital unit (0,73 on joint accommodation and 0,26 on *alojamento canguru*). And it was measured through results indicators: rate of newborns on exclusive breastfeeding at discharge (0,53); breast condition index (0,16); rate of newborns with disorders on the frenulum of tongue (0,02); rate of newborns with disorders on the frenulum of tongue on exclusive breastfeeding (1). **CONCLUSION:** This study made it possible to measure PASMI's quality indicators, describing the results of newborns assistance and contributing for the optimization of speech therapy assistance on HuB's maternity ward.

Keywords: Indicators. Maternity. Speech Therapy. Assistance. Newborns.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA	14
3	RESULTADOS.....	22
4	DISCUSSÃO	26
5	CONCLUSÃO	29
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
7	ANEXOS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O fonoaudiólogo é o profissional da área da saúde que atua na prevenção e promoção de saúde, bem como na realização de técnicas e terapias voltadas aos aspectos relativos à audição, voz, comunicação oral e escrita, mastigação, deglutição e respiração em todos os ciclos de vida. A atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar é recente e vem difundindo-se, de forma a beneficiar a identificação e reabilitação de transtornos concernentes à disfagia, motricidade orofacial, audição e linguagem ^{1,2}.

Em meio a isso, a Fonoaudiologia vem somar esforços e ressaltar a importância do aleitamento materno, tido como mediador da construção de vínculo entre a mãe e o neonato, bem como um fator de prevenção de doenças, em decorrência de ser a principal fonte de nutrientes do recém-nascido, que proporcionará o aporte de anticorpos, favorecendo a diminuição da incidência de infecções, diabetes e obesidade infantil, além de ser apontado como possível fator minimizante de morte súbita e índices de mortalidade neonatal, como apontado na literatura. O aleitamento oportuniza um bom desenvolvimento global do bebê, podendo salientar o desenvolvimento da linguagem, da audição e do sistema sensorio-motor-oral ^{3,4}.

A amamentação vai além do ato de alimentar, sendo um fator psicossocial capaz de maximizar a relação entre mãe e filho, e ainda, possibilita a interação e satisfação emocional da criança, por meio da sucção do seio materno, resultando na diminuição do choque de separação após o parto ^{5,6}.

Apesar de todos os benefícios encontrados na lactação, as mães podem encontrar inúmeros obstáculos ao dar início ao ato de amamentar, podendo levá-las a desistência. Segundo Dennis³, a interrupção está relacionada às afecções mamárias, ressaltando o surgimento de sangramentos, fissuras e abrasões nos mamilos.

A Fonoaudiologia demonstra oferecer subsídios para a saúde materno infantil, sendo membro elementar da equipe multidisciplinar em maternidades, ao realizar a promoção do aleitamento materno exclusivo, dando incentivo às lactantes e ensinando-as a maneira correta de amamentar, com a finalidade de que os neonatos

possam ter um bom desenvolvimento global, principalmente no que se diz às estruturas orofaciais⁴.

Em vista de tais fatores, pode-se inferir que a prevenção se relaciona ao processo de orientação às mães no período pré e pós-natal, salientando a importância do aleitamento materno, além de englobar os aspectos de consistências e mecanismos utilizados no processo de introdução alimentar da criança, da mesma maneira que se orienta quanto ao desenvolvimento dos aspectos fonoaudiológicos, como fatores auditivos, motores e de linguagem⁷.

Em decorrência do recente ingresso da Fonoaudiologia nas maternidades, poucos estudos trazem levantamentos dos indicadores de qualidade dos protocolos de intervenção empregados na assistência à saúde materno infantil. Em face disso, torna-se necessária a elaboração de pesquisas que visem à análise de dados desses indicadores, propiciando o conhecimento acerca das características da população atendida, a quantidade e qualidade dos atendimentos prestados, tempo despendido na intervenção, dentre outros fatores de relevância, a fim de contribuir para a melhoria do serviço oferecido pela equipe fonoaudiológica dentro da maternidade.

Nas últimas décadas, houve uma expansão na influência da adoção de sistemas que visam a gestão da qualidade em saúde. Essa forma de gestão possibilita um padrão de excelência nos serviços prestados, sucedendo na melhoria dos atendimentos à população, tão quanto assistindo à organização e estrutura dos hospitais, no que engloba os setores público e privado de saúde ⁸.

A utilização de indicadores tem sido otimizada, em vista de apresentar-se como uma necessidade técnica e social, proporcionando melhora na busca por qualidade nos serviços, de forma a permitir comparar as informações obtidas das práticas e medidas de desempenho, levando-as a um melhor patamar de gestão hospitalar ^{8,9}.

Os indicadores podem ser representações quantitativas ou qualitativas, sendo, nos hospitais, comumente utilizados para mensurar tempo de permanência hospitalar, taxas de mortalidade e natalidade, e taxas de infecções hospitalares, além da possibilidade de mensurar o desempenho e qualidade do processo de reabilitação por meio da averiguação da incidência de eventos específicos ou possíveis incidentes ^{10,11}.

Ao construir um indicador, deve-se ter em mente que é necessário englobar três segmentos, destacando-se a estrutura, o processo e os resultados de cada um deles. Um referencial teórico deve ser escolhido a partir do aspecto em que o indicador será fundamentado, com o intuito de definir a quantificação do objeto de estudo, descrevendo a situação de um fenômeno ou problema, possibilitando comparar, verificar e avaliar a execução das ações planejadas, realizando assim, uma mensuração estatística em termos de quantidade e qualidade dos indicadores^{12,13}.

Soárez e Padovan¹⁴ ressaltam que vêm sendo formulados novos indicadores que contemplam instrumentos capazes de aferir aspectos populacionais de saúde, objetivando alcançar avanços na qualidade da gestão. Moraes¹⁵ relata que é determinante a divulgação dos indicadores de qualidade dos hospitais para que haja maior transparência quanto à qualidade dos atendimentos concedidos, a fim de aumentar a responsabilidade dos serviços de saúde.

Diante da escassez de pesquisas que aferem os indicadores da atuação fonoaudiológica em maternidades hospitalares, o estudo propiciará ampliar o conhecimento acerca da temática, possibilitando mensurar os dados obtidos na aplicação do Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI), a fim de contribuir para a melhoria dos serviços prestados pela Fonoaudiologia nesse campo.

Com base nessas informações, o objetivo do seguinte estudo é mensurar os indicadores de qualidade do Protocolo de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI), como forma de analisar os presentes dados de processos e resultados.

2 METODOLOGIA

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (UnB – FCE). Foi realizada uma análise retrospectiva de prontuários de indivíduos atendidos na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Trata-se de estudo descritivo, com intuito de mensurar os indicadores do Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI), protocolo atualmente utilizado nas atividades de assistência fonoaudiológica na unidade.

Inicialmente, foram selecionados os possíveis participantes do estudo, com base no arquivo de pacientes atendidos na maternidade e, posteriormente, os responsáveis foram contatados e convidados a permitir que os dados do atendimento de seus filhos pudessem ser utilizados. Para os responsáveis que aceitaram a participação, foi agendado um encontro no Setor de Fonoaudiologia do Hospital - Prédio de Ambulatórios 1, corredor Azul A, no qual, foram explicados todos os procedimentos do estudo e estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

Foram analisados todos os prontuários dos pacientes assistidos pela equipe de Fonoaudiologia, entre os meses de abril e junho de 2019, que tiveram o termo de consentimento assinado. Foram definidos como critério de inclusão os prontuários de pacientes atendidos pela equipe de Fonoaudiologia do HuB na maternidade. Como critérios de exclusão, foram considerados prontuários com menos de 80% das informações.

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 da amamentação. Como rotina deste serviço, os pacientes são assistidos conforme um fluxo detalhado no PASMI, apresentado na Figura 1.

O PASMI consiste em um instrumento com a finalidade de padronizar a atuação fonoaudiológica nas maternidades, especificamente no alojamento conjunto. Objetiva melhorar a atenção e o acompanhamento da mãe e do bebê, eliminando ou minimizando as dificuldades encontradas na amamentação, que ocorrem quando o recém-nascido encontra problemas para realizar a sucção de forma efetiva. A fim de adequar a sucção, o protocolo traz a estimulação sensório motora oral, buscando

propiciar ao bebê o desenvolvimento adequado das estruturas orofaciais, a propriocepção e adequação de tonicidade e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios. Com isso, é possível garantir que a alimentação por via oral seja segura e que o aleitamento materno seja efetivo.

Primeiramente, há a etapa de verificação dos dados de internação no prontuário, a título de conhecimento e identificação do paciente. Em seguida, é realizada a anamnese com perguntas voltadas à mãe e suas experiências com amamentação. No momento de realização da triagem, é possível verificar a presença ou ausência de alterações no bebê e na mamada. Em caso de falha, deve-se efetuar a avaliação para averiguar de forma completa o padrão de sucção e deglutição do bebê. Sendo confirmada a alteração, o recém-nascido passa pela intervenção fonoaudiológica para adequar as disfunções orais e os aspectos maternos inadequados. A orientação deve ocorrer em todos os casos, objetivando alcançar efetividade da amamentação, favorecendo a continuidade do aleitamento após a alta hospitalar.

Figura 1. PASMI – versão 2

PROTOCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL	
PASMI – versão 2	
ETAPAS	DESCRIÇÃO
VERIFICAÇÃO DOS DADOS DE INTERNAÇÃO NO 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;

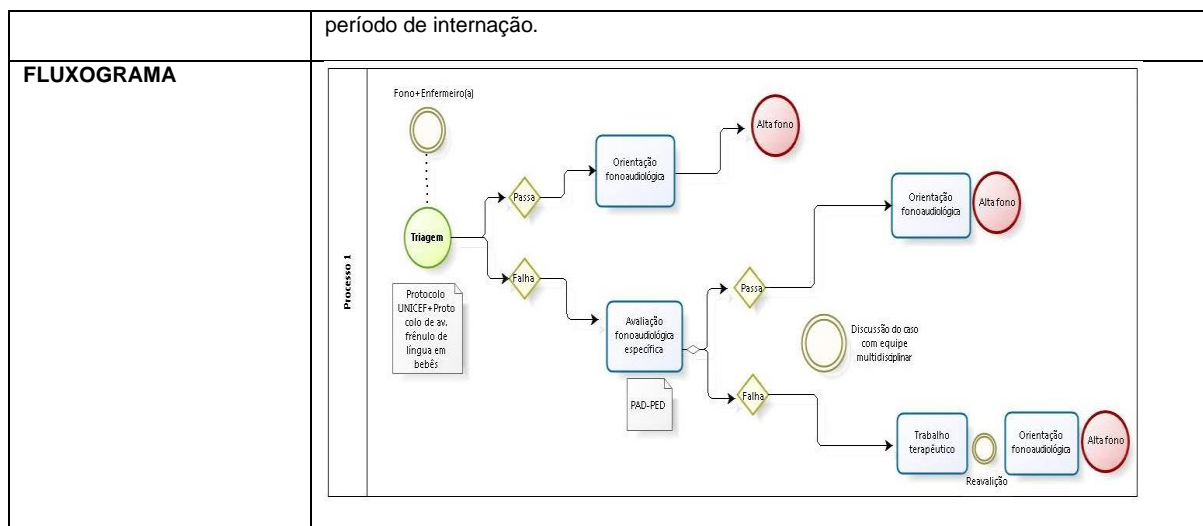
	<p>- situação da mama;</p> <p>- dificuldades encontradas até o momento.</p>
TRIAGEM	<p>Devem ser aplicados os instrumentos:</p> <p>- Triagem Neonatal do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês¹⁶;</p> <p>- Protocolo de Observação da Mamada-UNICEF¹⁷.</p> <p>Se identificada alteração nos protocolos (falha na Triagem Neonatal do Protocolo de Avaliação do frênulo da Língua em Bebês e/ou se computado um escore ruim 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)^{18,19}.</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 Saúde²⁰ acrescidas de informações específicas a respeito da relação entre o aleitamento materno e a saúde fonoaudiológica²¹⁻²³, abordando</p>

	<p>questões sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - motricidade orofacial – desenvolvimento; - linguagem – desenvolvimento; - audição – desenvolvimento.
<p style="text-align: center;">INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA</p>	<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 arbitrada²⁴⁻³³, 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> <ul style="list-style-type: none"> - <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. - <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. - <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. - <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 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

	<p>do fechamento da cavidade oral.</p> <p>- <u>Eliminar padrão mordedor</u>: 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.</p> <p>- <u>Adequar posicionamento de língua posteriorizada</u>: 1) Estimular o reflexo de sucção com o dedo mínimo enluvado e manipular a língua para frente.</p> <p>- <u>Avaliar a eficiência da mamada e coordenação entre sucção/respiração/deglutição</u>: 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.</p> <p>- <u>Auxiliar na manutenção do estado comportamental favorável (alerta) à prontidão para mamada</u>: 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.</p> <p>- <u>Promover a pega correta</u>: 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.</p> <p>- <u>Evitar afecções mamárias</u>: 1) Monitorar a pega correta; 2) Não ofertar o seio muito cheio,</p>
--	---

<p>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> <p>- <u>Orientar os pais quanto a postura, oferta, consistências e utensílios alimentares:</u> 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.</p> <p>- <u>Otimizar a resposta sensorial intra oral diante de condições de hipersensibilidade intra oral:</u> 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> <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</p>

	<p>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>
INDICADORES DE QUALIDADE	<p>Deve-se utilizar indicadores de qualidade para acompanhar a aplicação do protocolo assistencial. Os indicadores propostos foram adaptados de um estudo³⁴ 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
OBSERVAÇÕES	<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



Esse estudo se restringiu a análise dos indicadores de qualidade do PASMII, etapa que auxiliará gestores na implementação e melhoria do serviço.

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

A análise de dados foi constituída de uma análise quantitativa dos indicadores propostos. Os dados receberam tratamento estatístico descritivo (frequência, média e desvio padrão). Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS (StatisticalPackage for Social Sciences) versão 22.0.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 49 binômios. Os resultados serão apresentados a seguir, conforme a categorização das variáveis citadas na seção de métodos. Algumas informações de alguns 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 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 em relação aos dados gerais coletados em prontuário encontram-se descritas na Tabela 1 e 2. A Tabela 1 apresenta 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 1. 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 2 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 sonda, 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 2. 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	Não = 100%	Não = 66,7 Sim = 33,3	Quadros respiratório = 10,4	AC = 69,4 UTI + AC Canguru = 18,4 AC Canguru = 8,1
	Parto cesária= 59,2			Quadro Neurológico = 2,1	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 empregada são descritos na Tabela 3. A maioria das mães era primípara. Independentemente destes dados, a maioria relatou que não apresentava experiências prévias com amamentação. A maioria relatou ter recebido orientação quanto à 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 3. Dados da anamnese – conhecimento materno sobre amamentação

	Número de gestações prévias	Experiência prévia com amamentação	Orientação sobre amamentação (frequência)	Situação das mamas (pós-
--	-----------------------------	------------------------------------	--	--------------------------

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

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

3.3 INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTENCIA FONOAUDIOLÓGICA

Os resultados dos indicadores de qualidade da assistência fonoaudiológica propostos para este estudo encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Indicadores de qualidade da assistência fonoaudiológica proposta.

INDICADORES DE PROCESSO		
Nome	Métrica	Estudo
Índice de atendimento por paciente	Total de atendimentos / nº de pacientes atendidos	107/49 = 2,18
Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar (UIH) (alojamento conjunto e alojamento canguru)	Nº de avaliação por UIH / total de avaliações	Alojamento conjunto (AL) 36/49 = 0,73 Alojamento Canguru (AC) 13/49 = 0,26

Índice de avaliações fonoaudiológicas	Total de avaliações / n° de internações (entradas hospitalares)	Dados não recuperados no hospital – entradas hospitalares
INDICADORES DE RESULTADOS		
Nome	Métrica	Estudo
Índice de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta	Total de recém-nascidos em AME na alta / Total de recém-nascidos atendidos	26 / 49 = 0,53
Taxa de afecções mamárias	Total de pacientes com afecções mamárias / Total de pacientes atendidos /	8 / 49 = 0,16
Taxa de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual	Total de recém-nascidos atendidos / total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual	1 / 49 = 0,02
Taxa de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos com alteração no frênulo lingual	Total de recém-nascidos com alteração no frênulo da língua em AME/ Total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual	1 / 1 = 1

4 DISCUSSÃO

Inicialmente, o estudo foi constituído por uma busca de publicações científicas acerca da temática, todavia, foi percebido um número reduzido de pesquisas voltadas à assistência fonoaudiológica na saúde materno infantil. Dessa forma, pode-se averiguar a importância da aplicação de indicadores para melhorias na qualidade de gestão hospitalar.

Pretendeu-se mensurar os indicadores de qualidade do PASMI e realizar o levantamento dos dados obtidos, permitindo assim, uma análise dos índices e taxas referentes aos achados. É esperado que a análise dos dados favoreça o conhecimento dos benefícios do PASMI e contribua para a melhoria dos serviços fonoaudiológicos na maternidade, além de colaborar com a evolução da prática baseada em evidências.

A acreditação é um instrumento que padroniza a assistência oferecida, visando a análise da qualidade e da progressiva melhoria assistencial. Concede benefícios aos pacientes e ao hospital no que se diz ao acréscimo na segurança, aperfeiçoamento da equipe e assistência prestadas, e planejamento de critérios para as necessidades específicas do local. Mediante tais fatos, a acreditação confere credibilidade nos serviços oferecidos, demonstrando aspectos organizacionais bem estabelecidos ^{4,35}.

O índice de atendimento por pacientes apresentou o indicador 2,18 atendimentos. Considerando-se a possibilidade e necessidades da atuação fonoaudiológica em um hospital, que varia de 1 a 2,53 atendimentos por paciente ^{36,37}, a média de atendimentos foi de 1,76. Neste estudo o número de atendimentos apresentou média similar aos outros estudos realizados no alojamento conjunto dos hospitais, indicando que a gravidade dos quadros não é alta, embora tenha sido necessário pelo menos dois encontros com cada binômio para adequações e/ou intervenções.

A taxa de avaliação por unidade (AL 0,73 x AC 0,26) apresentou predomínio de internações no alojamento conjunto. Esse indicador tem relação direta com o número de crianças de risco que se internam na maternidade. De acordo com um estudo³⁸ realizado em Maringá, no Programa de Vigilância do Bebê de Risco do município, os critérios de risco encontrados nos bebês assistidos pelo programa são:

baixo peso ao nascer, prematuridade, idade materna menor que 18 anos, anomalia congênita, APGAR igual ou menor que 7 no quinto minuto e outros fatores, como filhos de mães portadoras de HIV, toxoplasmose ou hepatite B. Tais fatores podem aparecer isoladamente ou associados, modificando a gravidade de cada caso. Por não ser uma unidade de risco, no HuB, espera-se um número inferior de nascimentos sob essas condições, como demonstrado no presente estudo.

A determinação do índice de avaliações fonoaudiológicas não foi um indicador possível para este estudo. Não foi possível averiguar o número de internações hospitalares gerais no referido hospital. Estamos em constante aperfeiçoamento de nosso trabalho, na busca por todas as informações que julgamos necessárias.

O índice de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo (AME) no momento da alta apresentou o indicador 0,53 recém-nascidos. Esse indicador demonstra que o índice dos pacientes do HuB foi relativamente baixo, visto que os Indicadores do Sistema de Informação de Atenção Básica³⁹ demonstraram índice de AME igual a 63,3% no Brasil no ano de 2001. Em outro estudo⁴⁰, foi relatado que em uma pesquisa com 200 pacientes atendidos por um hospital de apoio perinatal, o índice de AME foi de 95%. No entanto, deve-se ressaltar que não foi possível averiguar em todos os 49 binômios a condição de aleitamento no momento da alta. A métrica foi realizada com os 26 pacientes comprovados que estavam em aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar. A literatura evidencia que as principais causas do desmame precoce são a falta de conhecimento e experiência, e as dificuldades encontradas na amamentação, mais comumente pega incorreta, que encaminham as mães a afecções mamárias⁴¹. Como a taxa de afecções mamárias apresentou um indicador baixo, presume-se que o número de pacientes em AME no momento da alta no HuB superou os 26 encontrados.

A taxa de afecções mamárias apresentou o indicador 0,16 pacientes com afecções. Em um estudo realizado em uma maternidade de Fortaleza, foi visto que de um total de 38 mães atendidas pela equipe fonoaudiológica, 15 apresentaram dificuldade na amamentação em decorrência exclusiva de afecções mamárias. Estas foram dor, ardor, feridas e rachaduras⁴². Diante disso, viu-se que, no presente estudo, a taxa de afecções mamárias apresentou-se menor. Esse fator pode ter relação com as orientações recebidas pelas mães no período pós-natal. No estudo de Leite, Muniz e Andrade⁴², 26 mães receberam orientações quanto à

amamentação, contudo, nenhuma feita pela equipe fonoaudiológica. As outras 12 mães restantes não receberam nenhum tipo de auxílio, ao contrário do presente estudo em que todas as mães receberam orientações da Fonoaudiologia da maternidade do HUB no período pós-natal.

Os “indicadores taxa de recém-nascidos com alteração do frênulo lingual” e “taxa de aleitamento materno em recém-nascidos com alteração de frênulo lingual” apresentaram respectivamente os resultados 0,02 e 1. Pode-se inferir que a taxa de alteração de frênulo lingual é consideravelmente pequena. O único caso de alteração obteve sucesso na amamentação, possibilitando AME no momento da alta. O mesmo se deu em um estudo realizado no Paraná⁴³ que contou com a presença de apenas um caso de neonato que, mesmo com alteração de frênulo lingual e realizando sucção mamilar com compressão, não resultou em afecção mamária e conseqüente dificuldade no aleitamento. Há estudos que demonstram casos em que a alteração de frênulo lingual não ocasionou a interrupção da amamentação, mesmo com a forte correlação entre essa alteração e a função de sucção alterada⁴⁴. Mesmo com o sucesso dos dois neonatos nos dois estudos, não se pode descartar que a alteração de frênulo lingual seja um dos fatores relacionados ao desmame precoce, já que o número pesquisado foi consideravelmente pequeno. Nesse tipo de caso, devem-se considerar fatores como, a quantidade de leite ejetado e a extensão da restrição de movimento de língua⁴⁵.

Diante do exposto, vê-se magnitude da aplicação dos indicadores em saúde para avanços no desempenho e certificação da qualidade dos atendimentos, proporcionando maior transparência e responsabilidade quanto à gestão hospitalar, com o propósito de garantir maior amparo, eficiência e prontidão para os indivíduos que utilizam os serviços oferecidos, bem como a possibilidade de haver um acompanhamento por meio de pesquisas em serviços de saúde⁴⁶.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu mensurar os indicadores de qualidade do Protocolo de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI), de forma a traçar os resultados dos atendimentos dos neonatos e contribuir com a otimização da assistência fonoaudiológica prestada na maternidade do HuB.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eskelsen, Melissa Watzko et al. Introdução e desenvolvimento do uso da comunicação alternativa na síndrome de angelman: estudo de caso. Revista CEFAC, v. 11, n. 2, 2009.
2. Moroni, Bárbara Cavalcante Silveira et al. Atuação fonoaudiológica hospitalar junto a um processo de relactação e adoção: relato de caso. Revista CEFAC, v. 16, n. 6, p. 2048-2052, 2014.
3. Dennis, Cindy-Lee; Jackson, Kim; Watson, Jo. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. The Cochrane Library, 2014.
4. Pivante, Cristiane Madureira; MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia. Intervenções fonoaudiológicas no aleitamento materno junto às mães de paridade zero. Mundo Saúde, v. 30, n. 1, p. 87-95, 2006.
5. Maldonado, MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 6. Ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
6. Pereira, ERBN; Trezza, EMC. Identificação das atitudes dos pais e familiares frente ao uso da chupeta. J BrasFonoaudiol, 2005.
7. Carvalho, Daniela; de Araújo, Aline Maria; Santos, Izabella. O conhecimento de gestantes adolescentes sobre fonoaudiologia relacionada à saúde materno-infantil. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 20, n. 4, 2007.
8. de Carvalho, Cristiane. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. J Bras Nefrol, v. 21, nº 4, 2004.
9. Escrivão Júnior, Álvaro. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 655-666, 2007.

10. Nascimento, Camila Cristina Pires et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 746-751, 2008.
11. Travaglia, J.; Debono, D. Centre for Clinical Governance Research in Health, UNSW, 2009.
12. Bevilacqua, Maria Cecília et al. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas Evaluation of hearing health services: concepts and perspectives. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, v. 14, n. 3, p. 421-6, 2009.
13. Braum, LM dos S; Detoni, Dimas José; Vieira, Dirce Krassuski. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. *Anais do Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, Rezende, RJ, Brasil, v. 3, 2006.
14. Soárez, Patrícia Coelho; Padovan, J. L.; Ciconelli, R. M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. *RAS*, v. 7, p. 27, 2005.
15. Moraes, Danielle Pedroni et al. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 23, n. 1, p. 89-94, 2011.
16. Martinelli RLC, Marchesan IQ, Lauris JR, Honório HM, Gusmão RJ, Berretin-Felix G. Validação do Teste da Linguinha. *Rev. CEFAC*. 2016;18(6):1323-1331.
17. Carvalhares MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr*. 2003;79:13-20.
18. Almeida FCF, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Barueri, SP: Pró-fono; 2014.34.

19. Silva-Munhoz LF, Bühler KEB, Limongi SCO. Comparison between clinical and videofluoroscopic evaluation on swallowing in children with suspected dysphagia. *CoDAs*.2015;27:186-92.
20. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; 2015.
21. Fujimori, E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):315-327.
22. Andrade C, Gullo A. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/rachaduras mamilares. *Pediatria*. 1993;15:28-33.
23. Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *JPediatr*. 2002;141(2):230-6.
24. Andrade CRF. Ações fonoaudiológicas na saúde materno-infantil. In: Andrade CRF(Org.). *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco*. São Paulo: Lovise, 1996. p. 25-42.
25. 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.
26. 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.

27. Jean A. Control of the central swallowing program by inputs from the principal receptors: a review. *J Auton Nerv Syst.* 1984;10(3-4):225-33.
28. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). The role of the speech-language pathologist in assessment and management of oral myofunctional disorders. *ASHA Suppl.* 1991;(5):7.
29. Goldsmith T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. *Int Anesthesiol Clin.* 2000;38(3):219-42.
30. Ertekin C, Aydogdu I. Neurophysiology of swallowing. *Clin Neurophysiol.* 2003; 114(12):2226-44.
31. Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *BMJ.* 2003;326(7386):433-6.
32. Logemann JA. Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4):803-16.org/10.1016/j.pmr.2008.06.003 27.
33. Schindler A, Vincon E, Grosso E, Miletto AM, Di Rosa R, Schindler O. Rehabilitative management of oropharyngeal dysphagia in acute care settings: data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia.* 2008;23(3):230-6.
34. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2011;23(1):89-94.
35. Martins, Vidigal Fernandes et al. Acreditação em Organizações de Saúde: Um Estudo Exploratório. *Cadernos da FUCAMP*, v. 12, n. 16, 2013.
36. Monti, M. M. F., Botega, M. B. S., Lima, M. C. M. P., & Kubota, S. M. P. (2013). Demanda para intervenção fonoaudiológica em uma unidade neonatal de um hospital-escola. *Revista CEFAC*, 15(6), 1540-1551.

37. dos Santos Marques, M. C., & de Medeiros Melo, A. (2008). Amamentação no alojamento conjunto. *Revista CEFAC*, 10(2), 261-271.
38. Sassá, A. H., Higarashi, I. H., Bercini, L. O., de Arruda, D. C., & Marcon, S. S. (2011). Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 541-549.
39. Santana, M.C.C.P. et al. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010.
40. Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta PediatrPort*, 37(1), 9-14.
41. Ramos, C. V., & Almeida, J. A. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J pediatr*, 79(5), 385-90.
42. Leite, Rebeqa Ferreira Pequeno; Muniz, Maria Cláudia Mendes Caminha; de Andrade, Izabella Santos Nogueira. Conhecimento materno sobre fonoaudiologia e amamentação em alojamento conjunto. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 36-40, 2012.
43. Karkow, I. K., Pankiw, P. M., de Godoi, V. C., da Conceição Costa, C., & Fujinaga, C. I. (2019). Frênulo lingual e sua relação com aleitamento materno: compreensão de uma equipe de saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 31(1), 77-86.
44. Souza, C. B., França, E. C., Alves, I. L. F., & Machado, J. P. (2014). Implantação do Teste da Linguinha no Centro de Referência em Saúde Auditiva/Cresa/PUC Goiás. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 24, 51-56.

45. Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, Garbin CP, Chadwick LM, Hartmann, PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *ACTAPaediatr.* 2009; 99: 301-3.

46. Buja, Alessandra et al. Are hospital process quality indicators influenced by socio-demographic health determinants. *The European Journal of Public Health*, v. 25, n. 5, p. 759-765, 2015.

7 ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia – FCE
Graduação em Fonoaudiologia



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos a criança pela qual o(a) Senhor(a) é responsável a participar do projeto de pesquisa INDICADORES DE QUALIDADE DO PROTOCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL – ESTUDO APLICADO, sob a responsabilidade do pesquisador Laura Davison Mangilli Toni e da discente Anna Paula Penha Torreão. O projeto tem o objetivo de mensurar os indicadores do protocolo, buscando analisar as taxas e índices dos mesmos, possibilitando averiguar os benefícios da utilização do Protocolo Fonoaudiológico de Assistência à Saúde Materno Infantil (PASMI) para os serviços fonoaudiológicos na maternidade do 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 abril e junho 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 B – 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 SubjectHeadings) 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 seqüencialmente 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.