



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

ANA KAROLINE ROSA BARBOSA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO FORMA DE SANAR DIFICULDADES E  
PREVENIR O DESMAME PRECOCE NA MATERNIDADE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

BRASÍLIA  
2019

ANA KAROLINE ROSA BARBOSA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO FORMA DE SANAR DIFICULDADES E  
PREVENIR O DESMAME PRECOCE NA 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<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Laura Davison  
Mangilli Toni

Co-orientador (a): Fga. Isabela Coêlho  
Lima

BRASÍLIA  
2019

ANA KAROLINE ROSA BARBOSA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO FORMA DE SANAR DIFICULDADES E  
PREVENIR O DESMAME PRECOCE NA MATERNIDADE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Data da defesa: 28 de novembro de 2019

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

---

Fga. Isabela Coelho Lima  
Co-orientador (a)

---

Fga. Ms. Camila de Alencar Frois  
Avaliador (a)

BRASÍLIA  
2019

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus acima de tudo, por me proporcionar tantas oportunidades, por permitir um caminho cheio de expectativas e principalmente por não deixar que as dificuldades fossem maiores que a minha fé.

À minha amada mãe, Maria Amélia Rosa, por ser meu exemplo de força e coragem. Pelas inúmeras abnegações, pelo apoio, torcida e amor incondicional. Me mantenho firme pra te mostrar que suas lutas não foram em vão. Obrigada por acreditar tanto em mim. Sinto orgulho de quem me ensinou a ser e mais ainda quem você é.

Ao meu namorado, Sérgio Érico de Almeida dos Santos II, que é meu anjo da guarda, que me enxerga como eu jamais me vi, que dedica a mim tanta compreensão e cuidado. Obrigada por todas as palavras e abraços que trouxeram fortaleza, nos momentos mais difíceis, pela imensa torcida e por me fazer sentir tão amada.

À minha tia Maria do Rosário Rosa, pelo amor sincero, pela dedicação a nós, por tudo que sou hoje.

À minha querida Profa. Dra. Laura Davison Mangilli Toni, pela honra de ser minha orientadora, pela excelência que propaga como pessoa e profissional, e por todo carinho que tem por seus alunos. Agradeço profundamente pelo incentivo, paciência e atenção oferecidos a mim para elaboração deste trabalho.

À minha família, em especial a minha tia e primas, Maria Regina, Priscilla e Patrícia a quem pude contar sempre que precisei. Vocês foram fundamentais no início dessa caminhada.

À minhas amigas Thainá Vieira e Vitória Mafioletti, pela parceria e pelos anos de graduação compartilhados.

Aos meus professores de graduação, por compartilharem seus conhecimentos, buscando o crescimento e valorização da Fonoaudiologia e por nos inspirar em fazer a diferença.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 MÉTODOS.....	15
3 RESULTADOS .....	21
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – DADOS GERAIS DO PRONTUÁRIO .	22
3.2 ANAMNESE .....	23
3.3 INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA – ORIENTAÇÃO, REABILITAÇÃO E/OU GERENCIAMENTO DA DEGLUTIÇÃO.....	24
4 DISCUSSÃO.....	25
5 CONCLUSÃO .....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXO 1 .....	39
ANEXO 2.....	41

## 1 APRESENTAÇÃO

Sou discente do curso de Fonoaudiologia, apaixonada pela minha futura profissão e prestes a finalizar o último semestre, após tantas superações. Considero o fonoaudiólogo um profissional que pode modificar vidas para melhor, afinal de contas é exatamente isso que sempre fui incentivada a fazer durante a minha graduação e não vejo a hora de fazê-lo pro resto da vida.

Acredito fielmente que passos pequenos de cada um de nós, fará uma Fonoaudiologia reconhecida e valorizada. Esse trabalho é apenas um desses pequenos passos que dei com muito empenho e grandes expectativas.

A partir de relatos ouvidos sobre uma maternidade nada romantizada, e cercada de dificuldades e desconhecimento do fonoaudiólogo neonatal, é que considerei a construção deste trabalho tão importante, uma vez que se trata de uma área considerada nova e principalmente por isso, ainda pouco conhecida. Cabe a nós, considerar a necessidade de direcionar olhares para tal abordagem. É isso o que se espera sobre esse trabalho, aliada a expectativa de modificar o padrão do aleitamento materno atual, a partir da atuação fonoaudiológica que é capaz de promover saúde e assistência a mãe e ao recém-nascido.

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

### ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA COMO FORMA DE SANAR DIFICULDADES E PREVENIR O DESMAME PRECOCE NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

### SPEECH THERAPIST ACTIONS AS WAY TO SOLVE DIFFICULTIES AND PREVENT THE PREMATURE WEANING IN THE BRAZILIA'S UNIVERSITY HOSPITAL MATERNITY

**Título resumido:** fonoaudiologia previne o desmame precoce

Ana Karoline Rosa Barbosa

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 Correspondente:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Davison Mangilli (Graduação em Fonoaudiologia). Faculdade de Ceilândia. Centro Metropolitano, Conjunto A Lote 1.

Brasília/DF. CEP 72220-900. Telefone: (55XX61) 3107-8440. E-mail:  
[lmangilli@unb.br](mailto:lmangilli@unb.br)

**Conflitos de interesse:** nenhum.

**Fonte financiadora:** não há.

**Categoria de artigos:** Artigo original.

Autoria:

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



## **RESUMO:**

**Objetivo:** descrever a intervenção fonoaudiológica propriamente dita direcionada ao binômio mãe-bebê, com vistas ao aleitamento materno, durante a assistência fonoaudiológica prestada na maternidade do Hospital Universitário de Brasília.

**Método:** Estudo descritivo da assistência fonoaudiológica, guiada por meio do protocolo de Atuação na Saúde Materno Infantil (PASMI), restringindo-se a análise das etapas de orientação e intervenção fonoaudiológicas. **Resultados:**

Compuseram a amostra deste estudo 49 binômios. A maioria das mães era primípara. Independentemente destes dados, a maioria relatou não ter 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. O tipo de intervenção que mais prevaleceu foi a terapia sem a utilização de alimentos, seguida da terapia associada com o uso de alimentos. A terapêutica que teve a menor frequência foi o gerenciamento da deglutição. **Conclusão:** Considera-se o Fonoaudiólogo profissional indispensável para a minimização das dificuldades acerca do aleitamento.

**Descritores:** Aleitamento materno, Fonoaudiologia; Orientação

## **ABSTRACT**

**Objective:** to describe the speech therapy intervention directed to the binomial mother-baby, focusing in the breastfeeding, during the speech therapist assistance rendered in the Brazilia's University Hospital **Method:** it was an descriptive study of the speech therapist assistance, guided by the Atuação na Saúde Materno Infantil (PASMI) protocol, restricting to the speech therapist orientation and intervention stages. **Results:** 49 binomes composed the sample of this study. Most of the mothers was first timers. Although this data, most of them related not having any previously experience with breastfeeding. The majority of them related that received orientation about breastfeeding at the prenatal and all of them related being oriented about it in the postnatal. The most prevalent therapy was the one without the use of any food other then the mother's breast milk, directly followed by the therapy with the association of another types of foods alongside with the mother's milk. The least used therapy was the management of swallowing. **Conclusion:** The Speech Therapist is an indispensable professional to minimize the difficulties that surrounds the breastfeeding.

**Key words:** Breastfeeding, Speech Therapy; Guidanc.

## 1 INTRODUÇÃO

A prática de aleitamento materno exclusivo (AME) é considerada ato fundamental na promoção da saúde materno-infantil. É através desta que a dupla se beneficia de nutrição ideal, com diminuição da mortalidade infantil, e da redução do risco de hemorragia pós-parto, sendo considerado fator de proteção contra infecções e alergias, e de prevenção para o risco de câncer de mama e ovário, contanto que seja encorajado ainda na primeira hora de vida do RN. Além de tudo, o AME também contribui para inteligência infantil, reduz os riscos de má oclusão dentária, diabetes e obesidade.<sup>1-3</sup>

No Brasil, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e complementar até os 2 anos ou mais,<sup>4,5</sup> tem sido reforçado principalmente a partir de 1991, com a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), e ainda antes disso, com as políticas públicas de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno.<sup>2</sup> Apesar do aumento dos índices de AME no Brasil, estes ainda não correspondem à meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sugerindo-se altas taxas de desmame precoce e uma tendência decrescente da amamentação exclusiva.<sup>1,6-8</sup> Sobre isto, o tipo de parto, trauma mamilar, o uso de chupeta, nascer em hospital amigo da criança e a orientação durante o pré-natal, são alguns dos fatores que influenciam a ação de amamentar.<sup>1,9</sup>

Durante tal processo, ainda nas primeiras semanas pós-parto, estão envolvidos diversos sentimentos. Entre eles, pode estar o desejo da amamentação, surgido ou não, durante a gestação, e também o sentimento de frustração, muitas vezes decorrente das dificuldades enfrentadas pela nutriz. Esses sentimentos podem ser influenciados pelo contexto, pela experiência de vida materna e ainda, pelo apoio familiar recebido. Neste cenário a orientação disposta desde o pré-natal faz-se fundamental, uma vez que a maioria das mulheres não se sentem preparadas para realizar tal papel e muitas vezes, suas dúvidas não estão devidamente esclarecidas no pós-parto. Nesse sentido, a assistência dos profissionais envolvidos, também deve ser apontada como fator influente dos sentimento maternos, considerando-se a importante função no que diz respeito a incentivar e oferecer maneiras para sanar dificuldades, dando a mãe a oportunidade de autonomia e despertando satisfação e confiança em amamentar seu filho, além de diminuir as chances de abandono do aleitamento, visto que a amamentação requer conhecimentos específicos e habilidades que precisam ser

treinadas. Mais do que isso, o profissional da saúde cumpre ainda função essencial em desmistificar crenças, desestimulando assim, a cultura do desmame precoce. Qualquer profissional que trabalhe com o acolhimento de mães e recém-nascidos, pode ser responsável pelo “empoderamento” nos aspectos de amamentação. Assim, esta mãe estará preparada para amamentar seu recém-nascido nos sentidos biológico, sensorial e psíquico.<sup>10</sup>

Apesar disso, ainda existem falhas. Tomasi et al.<sup>11</sup> considerando a qualidade do pré-natal no Brasil, relata índices preocupantes em relação a qualidade de orientações fornecidas sobre a gestação, o aleitamento materno e os cuidados com o RN; apontando para um menor índice de consultas das gestantes mais jovens, de menor escolarização e com nível econômico mais baixo. No entanto, mesmo com este relato, a orientação sobre amamentação exclusiva até os seis meses atingiu grande proporção em seu estudo, sendo considerada a mais fornecida quando comparada a outras orientações educativas avaliadas.

Até o momento, pouquíssimas são as publicações que relacionam a atuação fonoaudiológica às orientações referentes ao aleitamento materno. Para Castelli, Maahs e Almeida<sup>11</sup>, a equipe de Fonoaudiologia precisa estar inserida desde o pré-natal, visto que as gestantes possuem mais dúvidas sobre os benefícios ligados aos aspectos de crescimento facial, desenvolvimento da fala e prevenção de problemas auditivos, por exemplo. Apesar disso, Leite, Muniz e Andrade<sup>12</sup>, com objetivo de avaliar a amamentação e o conhecimento de 38 mães sobre Fonoaudiologia, em alojamento conjunto, retratam a ausência de conhecimentos maternos prévios sobre a atuação fonoaudiológica em ambiente neonatal, sendo que, das 26 mulheres que receberam algum tipo de orientação, nenhuma relatou ter sido informada por algum profissional fonoaudiólogo, mesmo que 21 destas tenham relatado ter sido orientadas eficientemente. Já Medeiros, Batista e Barreto,<sup>13</sup> a fim de identificar o conhecimento de mães sobre o aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos, evidenciam que “as mães que possuem conhecimento sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê, nem sempre sabem, ao certo, os benefícios que o aleitamento materno proporciona para a saúde geral e fonoaudiológica”.

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado desde a graduação para lidar entre outros aspectos com o desenvolvimento dos órgãos do sistema estomatognático.

Este é constituído pelas funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fala. Para que ocorra de forma satisfatória a realização de tais funções, é essencial que haja equilíbrio de todo o sistema. A primeira função do sistema estomatognático a se desenvolver é o reflexo de sucção, que tem início já no quinto mês de vida intra-útero. É a partir deste ato reflexo propiciado pela amamentação, que todo o sistema começa a se arranjar, logo as outras funções agem de forma conjunta e é possível que exista uma harmonia entre as funções de respiração, sucção e deglutição. A amamentação é também o que irá favorecer o sucesso mastigatório e, ainda, adequada função fonoarticulatória, beneficiando a produção de uma fala inteligível. Além dos já citados, outro fator essencial para o incentivo do aleitamento materno, no que diz respeito a organização das funções estomatognáticas, relaciona-se a prevenção dos hábitos deletérios na criança, o que causará um desequilíbrio das funções de maneira generalizada.<sup>14,15</sup> Conforme Castelli e colaboradores<sup>10</sup>: “Uma criança que não experienciou o aleitamento materno, ou o fez por um curto período de tempo, pode desenvolver deglutição atípica, distúrbios fonoarticulatórios, neurossensoriais e hábitos orais deletérios.”.

Atuando em maternidade, o fonoaudiólogo tem papel fundamental no incentivo ao aleitamento materno, na estimulação e na reabilitação de fatores que interferem na alimentação em seio materno, identificando as dificuldades dos binômios mãe-bebê e elaborando estratégias eficientes para a promoção da amamentação, juntamente com a equipe multiprofissional. Tais estratégias devem ser direcionadas a todos os recém-nascidos daquele ambiente, de maneira a sanar suas dificuldades individuais, considerando os tipos de internação. Outra maneira possível de atuação fonoaudiológica em maternidade refere-se à realização da triagem auditiva neonatal – TANU,<sup>16-18</sup> que não é considerada objetivo deste estudo.

Durante o levantamento de referências para o embasamento deste estudo, apontou-se para uma escassez de pesquisas que mostrem a relevância da atuação fonoaudiológica como forma de diminuir as dificuldades presentes durante o aleitamento materno e evitar o desmame precoce, afastando, assim, as interferências negativas para a continuidade da amamentação até o período preconizado para o desenvolvimento saudável do bebê. Sendo assim, este trabalho visa descrever a intervenção fonoaudiológica propriamente dita direcionada ao binômio mãe-bebê, com vistas ao aleitamento materno, durante a assistência fonoaudiológica prestada na

maternidade do Hospital Universitário de Brasília, guiada por meio do Protocolo de Atuação na Saúde Materno Infantil (PASMI). Estima-se que as orientações passadas às mães e familiares em momento de pré-natal e pós-parto, quanto às dificuldades maternas e benefícios da amamentação, interfiram positivamente para o sucesso do aleitamento materno, de maneira a diminuir as taxas de desmame precoce e/ou evitar a ausência do aleitamento materno. Acredita-se que essa etapa de intervenção melhore o desempenho geral durante a amamentação e torne os envolvidos conscientes de sua importância.

## **2 MÉTODOS**

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 um estudo descritivo, com intuito de apresentar a intervenção fonoaudiológica propriamente dita direcionada ao binômio mãe-bebê, com vistas ao aleitamento materno, durante a assistência fonoaudiológica prestada na maternidade do Hospital Universitário de Brasília, guiada por meio do protocolo de Atuação na Saúde Materno Infantil (PASMI). 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, e explicados todos os procedimentos do estudo e estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Foram analisados todos os prontuários dos pacientes assistidos pela equipe de Fonoaudiologia, entre os meses de abril a junho de 2019, que tiveram o termo de consentimento assinado. Como critérios de inclusão, definiu-se: 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 às variáveis elencadas.

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

<b>PROTOCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNO INFANTIL PASMI – versão 2</b>	
<b>ETAPAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>VERIFICAÇÃO DOS DADOS DE INTERNAÇÃO NO PRONTUÁRIO</b>	Os dados coletados devem ser, no mínimo: - 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.
<b>ANAMNESE</b>	Deve ser composta de perguntas para as mães/cuidadores, que envolvam ao menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- número de filhos;</li> <li>- experiência prévia com amamentação;</li> <li>- orientação sobre amamentação durante o pré-natal;</li> <li>- orientação sobre amamentação no pós-parto;</li> <li>- situação da mama;</li> <li>- dificuldades encontradas até o momento.</li> </ul>
<b>TRIAGEM</b>	Devem ser aplicados os instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Triagem Neonatal do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês<sup>18</sup>;</li> <li>- Protocolo de Observação da Mamada-UNICEF<sup>14</sup>.</li> </ul> <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>
<b>AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA ESPECÍFICA</b>	Deverá ser utilizado o seguinte protocolo padronizado para a avaliação clínica da função alimentar dos neonatos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica” (PAD-PED)<sup>16,17</sup>.</li> </ul> <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>
<b>ORIENTAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA</b>	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>Para essa etapa deverão ser seguidas as normativas do álbum seriado “Promovendo o aleitamento materno” do Ministério da Saúde<sup>19</sup> acrescidas de informações específicas a respeito da relação entre o aleitamento materno e a saúde fonoaudiológica<sup>20-22</sup>, abordando questões sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- motricidade orofacial – desenvolvimento;</li> <li>- linguagem – desenvolvimento;</li> <li>- audição – desenvolvimento.</li> </ul> </p>
<b>INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA</b>	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 arbitrada<sup>23-32</sup>, que preconiza a aplicação de técnicas terapêuticas indiretas, diretas e de gerenciamento da alimentação.

Possíveis técnicas a serem escolhidas para essa etapa encontram-se descritas a seguir e devem ser utilizadas conforme a necessidade de cada caso.

- 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: uso de figuras, vídeos e programas específicos (simuladores 3D) para visualização do funcionamento da musculatura facial e fisiologia da sucção.

- Estimulação do reflexo de procura e do reflexo de sucção: 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.

- Adequar a pressão intra oral: 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.

- Adequar vedamento labial: 1) Reposicionamento manual dos lábios caso estejam invertidos; 2) Pressionar e movimentar o dedo em direção à orelha e então para baixo em direção aos lábios, fazendo um “C”. Repetir para o outro lado; 3) Posicionar o dedo indicador no canto do lábio superior, pressionar e movimentar o dedo em movimentos circulares de um lado a outro da cavidade oral. Repetir na direção contrária e no lábio inferior; 4) Posicionar o dedo indicador embaixo do nariz, no lábio superior, pressionar de forma sustentada, esticando o lábio superior para baixo no sentido do fechamento da cavidade oral. Repetir o procedimento para o lábio inferior, esticando-o para cima no sentido do fechamento da cavidade oral.

- Eliminar padrão mordedor: 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.

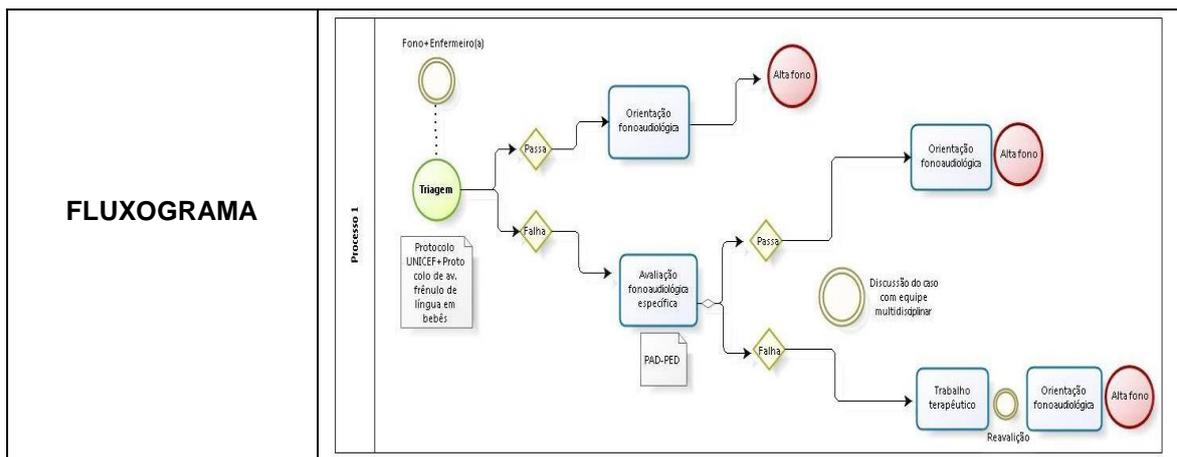
- Evitar afecções mamárias: 1) Monitorar a pega correta; 2) Não ofertar o seio muito cheio, ingurgitado; 3) Manter as mamas secas; 4) Colocar o bebê para sugar em livre demanda; 5) Realizar ordenha sempre que necessário; 6) Não aplicar calor por meio de bolsas térmicas, compressas de água quente e/ou 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 conforme aceitação da criança; 6) Toques intra orais com menor número de repetições, força e profundidade.

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

	<p>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><b>INDICADORES DE QUALIDADE</b></p>	<p>Deve-se utilizar indicadores de qualidade para acompanhar a aplicação do protocolo assistencial. Os indicadores propostos foram adaptados de um estudo<sup>33</sup> que propôs indicadores para a gestão dos resultados da reabilitação da deglutição em Unidades de Internação Hospitalar e UTI adulto. São eles:</p> <p><b>PROCESSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice de atendimento por paciente: Total de atendimentos/ n° de pacientes atendidos;</li> <li>- Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar (UIH) (alojamento conjunto e alojamento canguru): N° de avaliação por UIH/total de avaliações</li> <li>- Índice de avaliações fonoaudiológicas: Total de avaliações/ n° de internações (entradas hospitalares)</li> </ul> <p><b>RESULTADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Taxa de afecções mamárias: Total de pacientes atendidos/ total de pacientes com afecções mamárias</li> <li>- Taxa de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual: Total de recém-nascidos atendidos/ total de recém-nascidos com alteração no frênulo lingual</li> <li>- 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</li> </ul>
<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>



Esse estudo se restringiu a análise das etapas de orientação e intervenção fonoaudiológicas do PASMI. A título de caracterização da amostra também foram utilizados os dados das etapas de “verificação dos dados de internação no prontuário” e “anamnese”.

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 consistiu em uma análise quantitativa dos indicadores propostos. Os dados coletados receberam tratamento estatístico descritivo (frequência, média, desvio padrão). Para a análise dos dados utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0.

### 3 RESULTADOS

Compuseram a amostra deste estudo 49 binômios. Os resultados do estudo 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 em quadro respiratório (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  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 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 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 3. 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 INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA – ORIENTAÇÃO, REABILITAÇÃO E/OU GERENCIAMENTO DA DEGLUTIÇÃO

Todos os binômios que passaram por triagem fonoaudiológica receberam algum tipo de intervenção específica da área. Essa intervenção pode estar relacionada a sessões de orientação, reabilitação propriamente dita ou ao processo de gerenciamento da deglutição/alimentação. Os dados gerais da intervenção fonoaudiológica direcionada à amostra do estudo encontra-se descrita na Tabela 4. Destaca-se que as orientações são realizadas em uma única sessão. As sessões de habilitação/reabilitação/gerenciamento podem ser realizadas por meio de técnicas diretas, indiretas e de gerenciamento, conforme descrito na metodologia deste estudo. A utilização de uma técnica não exclui a outra, mais de uma técnica pode ser utilizada numa mesma sessão, associadas ou não.

Tabela 4. Dados gerais da intervenção – orientação e reabilitação/habilitação/gerenciamento

	Orientação N=49	Reabilitação/habilitação/gerenciamento			
		Número médio de sessões N = 43	Realização de terapia indireta N = 40	Realização de Terapia direta N = 42	Gerenciamento da alimentação N = 43
Frequência (%)	Sim = 100	Sim = 100	Sim = 80 Não = 20	Sim = 74 Não = 26	Sim = 39,5 Não = 60,5

Média (desvio padrão)	-	2,5	1,2	1,5	2,1
Valor mínimo	-	1	1	1	1
Valor máximo	-	8	3	5	8

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

O Gráfico 1 apresenta os aspectos de foram abordados durante a orientação fonoaudiológica, assim como o número de famílias (mãe/familiares/cuidadores) que foram assistidos durante essa etapa.

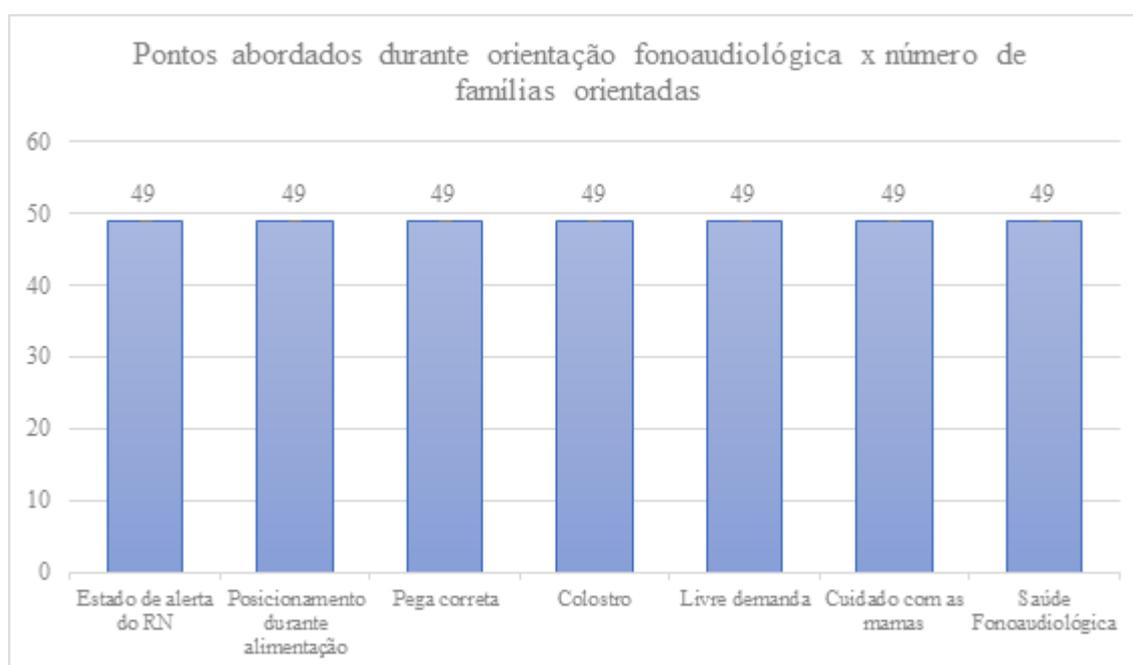


Figura 1. Aspectos abordados durante orientação fonoaudiológica – número de famílias assistidas durante essa fase.

#### 4 DISCUSSÃO

Este estudo apresenta os dados da intervenção fonoaudiológica propriamente dita direcionada ao binômio mãe-bebê, com vistas ao aleitamento materno, durante a assistência fonoaudiológica prestada na maternidade do Hospital Universitário de Brasília, guiada por meio do Protocolo de Atuação na Saúde Materno Infantil (PASMI).

Tem como base a premissa de que as orientações passadas às mães e familiares em momento pós-parto, quanto às dificuldades maternas e benefícios da

amamentação, possam interferir positivamente para o sucesso do aleitamento materno, de maneira a diminuir as taxas de desmame precoce e/ou evitar a ausência do aleitamento materno. Acredita-se que essa etapa de intervenção melhore o desempenho geral durante a amamentação e torne os envolvidos conscientes de sua importância.

Os resultados do estudo mostram que todos os binômios triados foram assistidos pela equipe de Fonoaudiologia no que se refere à orientação ou intervenção fonoaudiológicas propriamente ditas.

Em relação à orientação, 100% foram orientados, e para isso, foi utilizado com base o documento: "Promovendo o aleitamento materno", álbum seriado elaborado pelo Ministério da Saúde, com abordagens educativas de apoio e proteção ao aleitamento materno e apontamentos de incentivo aos profissionais de saúde como mediadores da informação.

O documento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, apresenta questões relativas às vantagens que o aleitamento proporciona, dando orientações específicas de preparação para o parto, processos de amamentação e ordenha, com destaque ao posicionamento, pega, problemas frequentes da amamentação, tipos de bico, técnicas facilitadoras e aleitamento por livre demanda de forma exclusiva. Aborda oferecendo incentivo ao desuso de qualquer bico de silicone, como fator de proteção e preocupando-se em desmistificar mitos e tabus que venham a prejudicar a amamentação. Além disso, o instrumento educativo elege a participação dos serviços de saúde, legislação brasileira e da família como fator importante no combate à fome, às doenças e à desnutrição, no fortalecimento de vínculos e no desenvolvimento infantil adequado.<sup>19</sup>

Almeida, Pugliesi e Rosado,<sup>20</sup> sugerem que "as taxas de amamentação podem ser otimizadas com a implantação de programas e medidas educacionais, bem como um maior suporte médico e psicológico pré e pós-natal". Em sua revisão sistemática os autores descrevem um estudo francês que demonstra que a adição de uma consulta no pós-parto imediato, com médico treinado em amamentação pode aumentar significativamente a taxa de AME. Ainda segundo os autores citados, a assistência médica junto à de equipes multiprofissionais parece ser o padrão ouro para o acompanhamento das nutrizes.

Oliveira et al.<sup>21</sup> em seu estudo, associando aleitamento materno e desenvolvimento neuropsicomotor, relaciona o número expressivo de amamentação na primeira hora de vida, com a capacitação da equipe da maternidade sobre a prestação de assistência e orientação acerca do aleitamento, relatando o título de "Hospital Amigo da Criança" da instituição escolhida, com destaque deste ao seu importante fator de proteção ao aleitamento materno. Para os autores, tal iniciativa, associada às orientações fonoaudiológicas mensais, propostas em sua pesquisa, nos primeiros meses de vida do lactente, pôde explicar o grande número de mães que mantiveram o aleitamento materno até o sexto mês, mesmo que misto. Essa última informação sugere o distanciamento do que se espera em relação ao AME.

A presença do fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar é primordial, dado o conhecimento específico dos aspectos que são beneficiados pela amamentação. Sua atuação deve enfatizar a amamentação para o crescimento e desenvolvimento craniofacial, no plano ósseo, muscular e funcional, privilegiando a saúde da comunicação. A atuação fonoaudiológica desde o pré-natal, carregada de orientações, previne problemas decorrentes de má postura, pega inadequada e ainda de alterações oromiofaciais que podem implicar nas funções de respiração, mastigação e fala, intervindo precocemente na prevenção de hábitos inadequados durante o aleitamento e protegendo, assim, uma amamentação livre de dificuldades, alterações na sucção do bebê, dor, insegurança e problemas com a mama.<sup>12</sup>

Acredita-se ser fundamental o papel que os profissionais da saúde exercem no sentido de fornecer informações mediante apoio emocional e orientações práticas, "possibilitando que as mulheres desenvolvam a autoconfiança em sua capacidade de amamentar", com modificação da realidade dos baixos índices de aleitamento materno e que "experimentem êxitos com a amamentação no pós-parto imediato".<sup>3,22</sup>

Neste estudo, a escolha de se utilizar material padronizado para o trabalho assistencial deve-se à consideração do número de profissionais envolvidos, partindo do mesmo pressuposto que Werneck e Faria citados por Peixoto e Brito,<sup>23</sup> seguem ao descrever os protocolos assistenciais: "São importantes ferramentas gerenciais e para atualização clínica, sendo utilizados para reduzir a variação das ações na prática clínica por meio de normatizações.". Sendo assim, houve a preocupação de que as informações passadas não fossem divergentes, garantindo que todas as mães recebessem a mesma orientação.

Considerando-se os dados da anamnese, verificou-se que poucas mães alegaram experiência prévia com amamentação. Esse número foi maior do que o número de primíparas, indicando que mesmo mães que já tiveram gestações anteriores não tiveram experiência com a amamentação. Neste estudo não verificamos o motivo pelo qual essa experiência não foi vivida, mas podemos sugerir que esses dados ferem as políticas nacionais de saúde corroborando com outros estudos no que diz respeito à necessidade de se reforçar ações de apoio ao aleitamento; e indicam que o caminho e cuidado dos profissionais de saúde ainda é longo e precisa ser trabalhado.<sup>6,24</sup>

Os benefícios do aleitamento materno são relatados em literatura de maneira frequente. São vários os estudos que indicam as vantagens de promover o aleitamento para que se proporcione benefícios de curto e longo prazo tanto ao recém-nascido quanto a mulher puérpera ainda em sala de parto. OPAS/OMS<sup>25</sup> indica que o aleitamento materno na primeira hora de vida protege o RN de infecções e salva vidas. Colocar o RN por pelo menos 1 hora, logo após, o nascimento em contato com a mãe incentivando que inicie a amamentação assim que mãe e bebê estiverem prontos, contribui para o aleitamento materno exclusivo com longa duração.<sup>26</sup>

Diante dos conhecimentos sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo e das altas evidências de desmame precoce, foi instituído pelo ministério da saúde (OMS) juntamente com a UNICEF, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, “incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992”.<sup>27</sup> A iniciativa que busca o cuidado humanizado para as mulheres e seus filhos durante os períodos de pré-parto, parto e pós-parto, constitui um instrumento que interfere significativamente para a elevação do índice de aleitamento materno exclusivo.<sup>28</sup>

Um exemplo de sucesso na implantação da IHAC, foi relatado por Lamounier et al.<sup>2</sup>. Segundo os autores, verificou-se um aumento em cerca de 95% no índice de aleitamento materno exclusivo, quando foram comparados antes e depois do credenciamento da IHAC no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

De acordo com o ministério da saúde, os hospitais públicos ou privados que desejam receber o título de Hospital amigo da criança, devem certificar-se do cumprimento dos “10 passos para o sucesso do aleitamento materno” instituídos pela UNICEF. Além de garantir aos pais livre acesso durante 24 horas e cumprir a “Norma

Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL)”. Deve ser priorizado também o cuidado amigo da mulher.<sup>30</sup>

Essa iniciativa tem como finalidade proteger, promover e apoiar a alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância, com o intuito de conquistar e manter os comportamentos e as práticas necessárias para capacitar mães, famílias e profissionais de saúde a oferecerem a todas as crianças o melhor início de vida.<sup>27</sup>

### Dez passos para o sucesso da amamentação

<b>Procedimentos Críticos de Gestão</b>
1a. Cumprir plenamente o <i>Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno</i> e as resoluções relevantes a Assembleia Mundial da Saúde
1b. Ter uma política de alimentação infantil por escrito que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais
1c. Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados
2. Garantir que a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação
<b>Práticas Clínicas Chaves</b>
3. Discutir a importância e o manejo da amamentação com mulheres grávidas e suas famílias.
4. Facilite o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoie as mães para iniciar a amamentação assim que possível após o nascimento.
5. Apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e gerenciar dificuldades comuns.
6. Não forneça a recém-nascidos amamentados alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que indicado clinicamente.
7. Permita que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia.
8. Apoiar as mães a reconhecer e responder às sugestões dos seus filhos para a alimentação.
9. Aconselhe as mães sobre o uso e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas.
10. Coordenar a alta para que os pais e seus filhos tenham acesso oportuno a apoio e cuidados contínuos.

Existem evidências substanciais de que a implementação dos Dez Passos melhora significativamente as taxas de amamentação. Uma revisão sistemática de 58 estudos sobre maternidade e cuidados com o recém-nascido publicados em 2016 demonstrou claramente que a adesão aos Dez Passos afeta o início precoce da amamentação imediatamente após o nascimento, a amamentação exclusiva e a duração total da amamentação.

Fonte: PORTAL WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, tradução automática.<sup>29</sup>

### Cuidado Amigo da mulher

- Garantir às mulheres, um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e/ou emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;
- Ofertar, às mulheres, líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;
- Incentivar as mulheres a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejarem, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado a mulher, adaptando condições para tal;
- Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como, banheira ou chuveiro, massageadores/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, técnicas que devem ser de conhecimento da parturiente, informações essas, orientadas à mulher durante o pré-natal.
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que necessárias em virtude de complicações, e, que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;
- Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, autorizar a presença e permitir o apoio à mulher, de forma contínua, se for a vontade dela;

Fonte: PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2018].<sup>30</sup>

Lamounier et al.<sup>2</sup> destaca: “Entre outras exigências, é necessária a comprovação pelos hospitais de taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a 30% ou apresentação de um plano de redução destas em 10% ao ano.”. Segundo o autor, além disso, os profissionais da unidade hospitalar devem participar de cursos de capacitação, para que ocorra a concretização da IHAC.

Em pesquisa de revisão sistemática, Esteves et al.<sup>26</sup> relata as principais causas da ausência de amamentação na primeira hora de vida. Segundo os autores, os estudos investigados apontaram para os seguintes indicadores de risco: parto cesariano, presente em 11 de 14 estudos analisados; seguido de baixa renda familiar; idade da mãe menor que 25 anos; baixa escolaridade da mãe; não orientações sobre amamentação no pré-natal ou ausência deste; parto domiciliar, onde a falta de conhecimento e crenças populares interferem na prática; e prematuridade. Indícios estes que foram destacados em pelo menos dois dos estudos verificados. A revisão sistemática também assume que ações como a entrega de teste rápido anti HIV após o parto pode constituir um problema para o aleitamento logo na primeira hora de vida.

Bervian, Fontana e Caus,<sup>14</sup> explicam a presença de dois estados de fome, desde que o bebê nasce. Segundo eles, há ocorrência do estado de fome neural e fisiológico, sendo que o último atinge a saciedade mais rapidamente, ao contrário do estado neural que necessita de maior estimulação muscular oferecida pela sucção. Desta forma, com o instinto de satisfazer a fome neural, os bebês que não são amamentados usam meios para conseguir saciedade. A exemplo disto, podem ser citados, os hábitos de sucção em fralda, chupeta ou a própria sucção digital, que se não receberem intervenção rapidamente, geram alterações de difícil reversão, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, fala e respiração. Com a sucção efetiva em seio materno, evita-se que o bebê procure outras formas de se satisfazer, favorecendo assim o bom desenvolvimento oral, a respiração nasal e o correto padrão de deglutição. Da mesma forma, a instalação de hábitos orais, pode influenciar significativamente na prática de amamentação, uma vez que o bebê pode abandonar o seio materno, ocorrendo assim, o desmame precoce.

Quando há substituição do aleitamento materno por mamadeiras e chupetas, pode haver desinteresse pelo aleitamento em seio materno. Isso pode se desenvolver para uma diminuição do tônus da musculatura de língua que é decorrente da fraca atividade muscular, resultando em deglutição alterada. E mais que isso, em função do inadequado posicionamento lingual e crescimento orofacial influenciado da força exercida, estando a língua em posição inadequada, aliada aos hábitos orais deletérios, é possível que ocorra ainda, a deformação de palato e arcada dentária.<sup>31</sup>

Quanto à intervenção, dos indivíduos com registro em prontuário (43 binômios), o tipo de intervenção que mais prevaleceu foi a terapia sem a utilização de alimentos. Trata-se do que Borges et al.<sup>32</sup> chama de terapia indireta, sendo utilizada em casos de contraindicação para alimentação por via oral (VO). Segundo as autoras: “O tratamento assegura que a orofaringe mantenha estímulos sensoriais adequados para VO no futuro e evita os efeitos de desuso”. Pode-se dizer que um exemplo desta intervenção considerando a população deste estudo, é a técnica de sucção não nutritiva (SNN), amplamente relatada em literatura. Calado e Souza,<sup>33</sup> descrevem SNN como: “a introdução do dedo mínimo enluvado na boca do RN, tocando na parte anterior do palato (papila palatina), onde desencadeia o reflexo de sucção.”. Para tais, a técnica permite ao RN uma evolução gradativa com redução da instabilidade. Favorece maior

precisão dos movimentos de língua e mandíbula, e ainda, maior coordenação entre sucção, respiração e padrão postural. “Deixando o bebê alerta por mais tempo”. As técnicas terapêuticas indiretas consistem na utilização de exercícios ativos e passivos da musculatura orofacial e estimulação sensorial com abordagens tátil-cinestésicas, visando à melhora do controle motor oral.<sup>34-38</sup>

A segunda terapêutica mais utilizada foi a terapia associada com o uso de alimentos, ou terapia direta. As técnicas terapêuticas diretas são utilizadas nos casos em que é possível a administração de alimentos por via oral, em que o fonoaudiólogo utiliza alimentos com modificações na textura, viscosidade e volume do bolo ofertado, além de manobras e posturas compensatórias, conforme a necessidade de cada paciente.<sup>34-38</sup>

Por fim, a terapêutica que teve a menor frequência foi o gerenciamento da deglutição. Para Furkim e Junior,<sup>39</sup> este conceito se refere a qualquer ação direta ou indireta, incluindo, portanto, triagens para grupos de risco, avaliações clínicas, avaliações de seguimento, terapia propriamente dita, orientação, supervisão, entre outros. Segundo os autores, o gerenciamento se faz desde o primeiro contato com o paciente, podendo permanecer até mesmo depois do tratamento por meio de orientações periódicas.

## **5 CONCLUSÃO**

O aleitamento materno constitui uma importante ação para a saúde da mãe e do bebê, sendo seus benefícios frequentemente relatados em literatura. Até o momento, os índices de aleitamento materno são considerados baixos e o apoio do profissional de saúde parece ser de suma importância para a proteção desta prática. Dado o conhecimento específico dos aspectos de desenvolvimento que são beneficiados pela amamentação, considera-se o Fonoaudiólogo profissional indispensável para a minimização das dificuldades acerca do aleitamento. Entretanto, pouquíssimos são os trabalhos que evidenciam a relevância e o conhecimento da atuação fonoaudiológica. Desta forma, espera-se que novas publicações, sejam realizadas com ênfase ao trabalho fonoaudiológico, contribuindo para a continuidade

da amamentação até o período preconizado para o desenvolvimento saudável do bebê.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha AMS, Martins VE, Lourdes ML, Paschoini MC, Parreira BDM, Ruiz MT. Prevalência de traumas mamilares e fatores relacionados em puérperas assistidas em um hospital de ensino. *Escola Anna Nery*, 2009; 23(4), 1-8
2. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Rev Paul Pediatr*, 2019; 37(4), 1-8, p.4.
3. Silva JLP, Linhares FMP, Barros AA, Souza AG, Alves D.S, Andrade PON. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(4), 1-10, p.8.
4. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). Brasil é referência mundial em aleitamento materno, diz OPAS/OMS. Mai. 2017. Disponível em:  
<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5418:brasil-e-referencia-mundial-em-aleitamento-materno-diz-opasoms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5418:brasil-e-referencia-mundial-em-aleitamento-materno-diz-opasoms&Itemid=820)>. Acesso em: 04 out. 2018.
5. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PELA INFÂNCIA – UNICEF (Brasil). A partir dos seis meses, os bebês precisam de uma alimentação variada, mas o aleitamento materno deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais. [2018]. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10010.html](https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10010.html)> Acesso em: 04 out. 2018.
6. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*, 2017; 51(108), 1-9.
7. Lima APC, Nascimento DS, Martins MMF. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *J Health Biol Sci*, Salvador, 2018; 6(2),189-96.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA-SIAB. Sistema de informação de atenção básica - situação de saúde - Brasil. [2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

9. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ, Vianna RPT. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(5), 1821-29.
10. Catelli CTR, Maahs MAP, Almeida ST. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *CEFAC*, 2014; 16(4), 1178-86, p.1178.
11. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Caderno de saúde pública*, 2017; 33(3), 1-11.
12. Leite RFP, Muniz MCMC, Andrade ISN. Conhecimento materno sobre Fonoaudiologia e amamentação em alojamento conjunto. *Rev Bras prom saude*, 2008; 22(1), 36-40.
13. Medeiros AMC, Batista BG, Barreto IDC. Aleitamento materno e aspectos fonoaudiológicos: conhecimento e aceitação de mães de uma maternidade. *Audiol Commun Res*, 2015; 20(3), 183-90, p. 187.
14. Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. *RFO*, 2008; 13(2), 76-81.
15. Tanigute CC. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marchesan IQ. *Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 2005. Cap. 1, 1-9.
16. BRASIL. Lei n. 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12303-2-agosto-2010-607594-publicacaooriginal-128606-pl.html>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
17. BRASIL. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Teste da orelhinha agora é lei. Ago. 2010. Disponível em:

<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2010/08/teste-da-orelhinha-agora-e-lei/>>. Acesso em: 25 out. 2018.

18. NISHINO, L.K.; GUILHERME, A. S. Triagem auditiva neonatal. In: LEVY, C.C.A.C. (Coor.). Manual de audiologia pediátrica. 1 ed. São Paulo: 2015. cap. 4, 47-55.

19. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PELA INFÂNCIA E MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promovendo o aleitamento materno. 2 ed, revisada. Brasília, 2007.

20. Almeida ISA, Pugliesi Y, Rosado LEP. Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseado em evidência: revisão sistemática. FEMINA, 2015; 43(3), 97-103, p. 99

21. Oliveira TRS, Souza LS, Dornelas R, Domenis DR, Silva K, Guedes-Granzotti RB. Associação entre o aleitamento materno, introdução alimentar e desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros seis meses de vida. Distúrb Comun, 2017; 29(2), 262-73.

22. Silva DD, Schmitt IM, Costa R, Zampieri MFM, Bohn IE, Lima MM. Promoção do aleitamento materno no pré-natal: discurso das gestantes e dos profissionais de saúde. Rev Min Enferm, 2018; v. 22,1-9, p. 2

23. Peixoto TC, Brito MJM. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. Saúde debate, 2015; 39(107), 1053-64, p.1056

24. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Paul Pediatr, 2014; 33(3), 355-62.

25. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo. Ago. 2018. Disponível em:

<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5729:aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5729:aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo&Itemid=820)>. Acesso em: 19 out. 2018.

26. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev saúde pública*, 2014; 48(4), 697-703.
27. Melo RS, Costa ACPJ, Santos LH, Saldan PC, Neto MS, Santos FS. Práticas de aleitamento materno exclusivo entre profissionais de saúde de um Hospital Amigo da Criança. *Cogitare Enferm*, 2017; 22(4), 1-10, p. 2
28. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil). Brasil é referência mundial em aleitamento materno, diz OPAS/OMS. Mai. 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5418:brasil-e-referencia-mundial-em-aleitamento-materno-diz-opasoms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5418:brasil-e-referencia-mundial-em-aleitamento-materno-diz-opasoms&Itemid=820)>. Acesso em: 04 out. 2018.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) [2018]. Disponível em: <<https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>>. Acesso em: 15 out. 2018.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). [2018]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>>. Acesso em: 15 out. 2018.
31. 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(2), 411-417.
32. Borges MSD, Mangilli LD, Ferreira MC, Celeste LC. Apresentação de um Protocolo de Assistência para Pacientes com Distúrbios da Deglutição. *CoDAS*, 2017; 29(5), 1-6, p. 5.
33. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascidos pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *CEFAC*, 2012; 14(1), 176-181, p. 177.

34. Agency for Health Care Policy and Research. Diagnosis and Treatment of Swallowing Disorders (Dysphagia) in Acute-Care Stroke Patients. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 8, March 1999.
35. Geeganage C, Beavan J, Bath PMW. Interventions for dysphagia after stroke: a Cochrane systematic review. *Int J Stroke*. 2012;7(Suppl 1):40.
36. Crary MA, Carnaby GD. Adoption into clinical practice of two therapies to manage swallowing disorders: exercise-based swallowing rehabilitation and electrical stimulation. *2014;22(3):172-80*.
37. Logemann JA, Pitts LL. Optimal Outcomes for Oropharyngeal Dysphagia. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1:223–30.
38. Lazarus CL. History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia*. 2017;(32):3–10.
39. FURKIM, A. M.; JUNIOR, J. R. N. Gestão e Gerenciamento em Disfagia Orofaríngea. In: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J.; TOMÉ, M. C. *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. 1 ed. 2014. cap. 10, 55-68.

## ANEXO 1

### ***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](mailto: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](mailto: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** deve ser interpretado, 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 *italico*. 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.