

Fonoaudiologia no primeiro ciclo de vida

Laura Davison Mangilli Toni
Isabelle Santos Guerra
Camila de Alencar Frois
(organizadoras)



EDITORA



UnB



Universidade de Brasília

**Reitora
Vice-Reitor**

Márcia Abrahão Moura
Enrique Huelva

EDITORA



UnB | BCE

UnB

**Diretora da
Editora UnB**

Germana Henriques Pereira

**Diretor da
Biblioteca
Central**

Fernando César Lima Leite

**Comissão de
Avaliação e
Seleção**

Alex Calheiros
Ana Alethéa de Melo César Osório
Ana Flávia Lucas de Faria Kama
Ariuska Karla Barbosa Amorim
Camilo Negri
Evangelos Dimitrios Christakou
Fernando César Lima Leite
Maria da Glória Magalhães
Maria Lídia Bueno Fernandes
Moisés Villamil Balestro

Fonoaudiologia no primeiro ciclo de vida



Laura Davison Mangilli Toni
Isabelle Santos Guerra
Camila de Alencar Frois
(organizadoras)

EDITORA



UnB

Coordenadora de produção editorial
Projeto gráfico e capa
Diagramação

Equipe editorial

Luciana Lins Camello Galvão
Wladimir de Andrade Oliveira
Mara Karoline Lins Teotônio Osdoski

Portal de Livros Digitais da UnB
Coordenadoria de Gestão da Informação Digital

Telefone: (61) 3107-2687

Site: <http://livros.unb.br>

E-mail: portaldelivros@bce.unb.br



Este trabalho está licenciado
com uma licença Creative Commons [Atribuição-
NãoComercial-CompartilhaIgual4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

F675 Fonoaudiologia no primeiro ciclo de vida [recurso eletrônico] /
Laura Davison Mangilli Toni, Isabelle Santos Guerra, Camila
de Alencar Frois (organizadoras). _ Brasília : Editora
Universidade de Brasília, 2021.
233 p. – (UnB livre).

Formato PDF.

ISBN 978-65-5846-012-1

1. Fonoaudiologia - Crianças. 2. Crianças - Desenvolvimento.
3. Orientação profissional. I. Toni, Laura Davison Mangilli (org.).
II. Guerra, Isabelle Santos (org.). III. Frois, Camila de Alencar
(org.). IV. Série.

CDU 612.7

Dedicamos este livro aos pacientes e familiares
que confiaram em nosso trabalho, depositando suas
vidas em nossa ciência. O nosso muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a confiança de todos os envolvidos em nosso trabalho – gestores, docentes e discentes desta instituição.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

09

PARTE I

Conceitos essenciais

CAPÍTULO I

Ciclo de vida – definindo a primeira infância: Lei nº 13.257,
de 8 de março de 2016

12

Isabelle dos Santos Guerra e Laura Davison Mangilli Toni

CAPÍTULO II

Como o bebê se torna uma criança: desenvolvimento físico
nos três primeiros anos de vida

15

Camilla Delmondes Rocha Cipriano, Laura Davison Mangilli Toni,
Rayane da Silva Santiago Lima e Soraya Lage de Sá Canabarro

CAPÍTULO III

Memória, inteligência, linguagem, emoções, personalidade
e relações sociais na primeira infância: aspectos do
desenvolvimento cognitivo e psicossocial

48

Gabriela Duarte Macedo, Soraya Lage de Sá Canabarro e
Washington Dourado Ferreira

CAPÍTULO IV

Alimentação: desenvolvimento, avaliação e intervenção

81

Camila de Alencar Frois e Laura Davison Mangilli Toni

CAPÍTULO V

Audição no primeiro ciclo de vida

Anna Paula Sampaio Costa, Brenda Cardoso Silva de Souza,
Camila Santana Lima, Isabella Monteiro de Castro Silva e Thaís
Magalhães da Silva

118

PARTE II

Evidências científicas

CAPÍTULO VI

Atuação fonoaudiológica junto a recém-nascidos internados em unidade de enfermaria hospitalar: revisão de literatura

Beatriz Cerqueira Alves, Camila de Alencar Frois, Evellyn Layla
Valoci, Laura Davison Mangilli Toni e Monique Marques Sampaio

137

CAPÍTULO VII

Alimentação do recém-nascido e lactente – orientação fonoaudiológica

Laura Davison Mangilli Toni e Raissa Karolyna Silveira Magalhães

175

CAPÍTULO VIII

Oficina teste sobre a alimentação do recém-nascido e lactente – orientação fonoaudiológica

Isabelle Santos Guerra, Laura Davison Mangilli Toni, Mariana
Marques Oliveira e Raissa Karolyna Silveira Magalhães

215

SOBRE OS AUTORES 230

PARTE I – CONCEITOS ESSENCIAIS

Alimentação: desenvolvimento, avaliação e intervenção

Camila de Alencar Frois e Laura Davison Mangilli Toni

A amamentação é o acontecimento mais importante dos primeiros meses de vida do bebê: ela reforça o vínculo entre mãe e filho, promove o aumento dos anticorpos e o ganho de peso, assim como ajuda no desenvolvimento das estruturas orais como lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, responsáveis pelo funcionamento adequado das funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fonoarticulação e propicia o padrão nasal de respiração (GAMBURGO; MUNHOZ; AMSTALDEN, 2002; SANCHES, 2000).

É ainda a principal alternativa nutricional para a criança, que associa elementos fundamentais da nutrição correta, entre eles alimento, saúde, cuidados e previne a desnutrição. Além desses aspectos, o uso do leite materno também previne a contração de doenças infecciosas, principalmente diarreias e infecções respiratórias, importantes causas de mortalidade infantil e contribui também para a estruturação psicoemocional da criança (SANCHES, 2000).

A literatura sugere que as práticas hospitalares são fortes preditoras de aleitamento materno exclusivo. Maior ênfase nas práticas hospitalares amigáveis aos bebês no período pós-parto inicial pode auxiliar no estabelecimento do aleitamento materno exclusivo, auxiliando as mães a alcançarem recomendações internacionais estabelecidas sobre a amamentação (COX *et al.* 2014).

As experiências de aleitamento materno durante o período pós-parto imediato têm associação com a autoeficácia da amamentação. Mães que não são capazes de iniciar a amamentação dentro de uma hora após o nascimento ou cujos filhos são suplementados durante a permanência no hospital podem necessitar de apoio adicional e aconselhamento sobre aleitamento materno (KOSKINEN *et al.*, 2014).

Para Sousa e Oliveira (2004), recém-nascidos e lactentes saudáveis, sem intercorrências clínicas que interfiram no processo de amamentação, podem apresentar movimentos orais atípicos durante a mamada, acarretando dificuldades na amamentação. Entretanto, estas são decorrentes de alterações transitórias do funcionamento oral, ou por características anatômicas que dificultem o encaixe entre a boca do bebê e a mama da mãe, ou, ainda, por fatores iatrogênicos. Por isso, um dos interesses da Fonoaudiologia é que esta função seja realizada assim que o bebê nasce de modo eficiente e prazeroso para o binômio mãe/bebê. Desta forma, a amamentação facilitará a adequação das funções orais e auxiliará a prevenção das alterações de linguagem e das estruturas orofaciais (CARVALHO, 2002).

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

Um protocolo de assistência é o conjunto de passos, com intuito de sistematizar o tratamento e o acompanhamento, instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde.

A utilização deste tipo de ferramenta com base em estudos científicos é uma exigência defendida como forma de homogeneizar a prática e torná-la mais segura (SANCHES, 2000; COX *et al.*, 2014; SOUZA; OLIVEIRA, 2004; PRADE, 2006).

Alojamento conjunto e amamentação

Uma prática essencial para o parto seguro e saudável é manter as mães e os bebês juntos e garantir o contato pele a pele e a amamentação. Esta prática melhora significativamente os resultados de saúde maternos e neonatais, e educadores de parto e outros profissionais de saúde têm a responsabilidade de apoiar esta necessidade fisiológica (CRENSHAW, 2014).

Garcez (1999) também defende que estando permanentemente ao lado da mãe é possível a amamentação do neonato sempre que quiser, sendo este um fator importante para o estímulo do aleitamento materno e o favorecimento da interação mãe/bebê.

Um estudo de Agudelo *et al.* (2016) avaliou 300 recém-nascidos com objetivo de determinar o efeito da iniciação do contato pele a pele ao nascimento em recém-nascidos saudáveis a termo sobre a duração do aleitamento materno exclusivo. Embora a metanálise realizada tenha demonstrado os benefícios desta técnica, diferenças múltiplas nas intervenções foram identificadas, uma vez que critérios como o início ou a duração do contato pele a pele (dose) não foram unificados.

Chiou *et al.* (2014) examinou o progresso na prática do contato pele a pele e do alojamento conjunto, e sua associação com a amamentação, usando amostras nacionais de mulheres no pós-parto nos anos 2004 e 2011 em Taiwan. Foram avaliados 12.405 pacientes, tendo sido observadas melhorias significativas no contato precoce da pele com a pele, na duração

da internação e no aleitamento materno. O contato precoce pele a pele e a internação por mais de 12 horas foram associados com maiores chances de amamentação exclusiva e amamentação aos seis meses pós-parto.

A pesquisadora Edith Jackson, com o propósito de humanizar o nascimento, de forma a trazer o bebê para junto da mãe e promover o aleitamento materno, criou o experimento conhecido como Projeto Alojamento Conjunto. Assim, em 1946, no *Grace New Haven Hospital*, foi inaugurada a primeira *rooming-in unit* com quatro leitos e quatro berços (TASCA; ALMEIDA; SERVILHA, 2002). O alojamento conjunto (AC) consiste no sistema hospitalar em que o recém-nascido (RN) sadio permanece ao lado da mãe durante sua hospitalização pós-parto, quando lhes serão prestados todos os cuidados assistenciais e de orientação necessários à saúde desse binômio mãe-filho (UNICEF, 2006).

Em 1971, no Hospital Distrital de Brasília, o professor Ernesto Silva implantou a primeira experiência de utilização de alojamento conjunto no Brasil. Em 1977, na V Reunião de Perinatologia do Ministério da Saúde, foi recomendado que os recém-nascidos sem risco devessem ficar ao lado das mães, e não mais em berçários (ARAÚJO, 2002). Em 1987, foi estabelecido, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que utilizou a mídia para divulgação dos benefícios da amamentação. Dois anos depois, em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) elaboraram os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, com a criação da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), título que facilita a verba para os hospitais que seguem rigorosamente este programa, que promove, protege e incentiva o direito à amamentação, a fim de reduzir o desmame precoce e suas consequências sobre a morbimortalidade infantil (ARAÚJO; OTTO; SCHMITZ, 2003; PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010).

As normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto foram publicadas em 1993, no Diário Oficial da União nº 167, de 1 de setembro de 1993, seção I, por meio da portaria ministerial (portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto) (KACICA; KREIGER; JOHNSON, 2012). Sua implantação realiza-se de maneira gradual, sendo desta forma um sistema muito recente (LEE *et al.*, 2010).

Kacica, Kreiger e Johnson (2012) buscaram caracterizar as práticas de aleitamento materno em Nova York, a pesquisa foi enviada a 138 hospitais que prestavam serviços de maternidade. A taxa de resposta foi de 100%. Noventa e três por cento dos hospitais permitiram acomodar 24 horas por dia, em todas as salas pós-parto. Oitenta e seis por cento dos hospitais empregaram um coordenador de lactação designado. Menos de 1,5% dos hospitais rotineiramente deram fórmula, chupetas ou água de glicose a um bebê amamentado. Esses suplementos são mais comumente fornecidos por causa do pedido da mãe. A maior barreira relatada para iniciar a amamentação no hospital foi identificada como a cultura da mãe. Todos os hospitais forneceram equipe de enfermagem obstétrica com especialização em amamentação. O aleitamento materno exclusivo foi estatisticamente mais provável nos hospitais que iniciam a amamentação imediatamente após um parto vaginal ou cesárea sem complicações.

Lee *et al.* (2010) discutiram as vantagens do alojamento conjunto em Seul, Coreia. Foram incluídos no estudo 860 recém-nascidos saudáveis e normais, a taxa de sucesso de internação nos últimos três anos foi de 90,3%, ou seja, 777 entre os 860 casos. O percentual de aleitamento materno exclusivo foi de 64%, o de alimentação mista com mamas e alimentação de fórmula foi de 25%, e a alimentação de fórmula foi de apenas 11%.

Brodrribb, Kruske e Miller (2013) investigaram o efeito da acreditação da Iniciativa Hospital Amigo-da-Criança (IHAC) e das práticas hospitalares sobre as taxas de aleitamento materno ao primeiro e quarto meses e concluiu que quando as taxas de iniciação ao aleitamento materno são elevadas e as práticas baseadas em evidências que suportam a amamentação são comuns no ambiente hospitalar o credenciamento da IHAC por si só tem pouco efeito em taxas exclusivas ou de amamentação.

Sá *et al.* (2016) buscaram identificar os fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Foram avaliados 1.027 binômios, tendo sido encontrada prevalência de 77,3% de aleitamento materno na primeira hora de vida. Não ter realizado pré-natal de forma adequada (Razão de Prevalência = 0,72), ter feito parto cesáreo (Razão de Prevalência = 0,88) e mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto (Razão de Prevalência = 0,28) foram fatores que interferiram negativamente no aleitamento materno na primeira hora. Nenhuma característica materna e da criança esteve associada ao aleitamento materno na primeira hora. Estes fatores indicaram que as práticas dos serviços e dos profissionais de saúde foram os principais determinantes do aleitamento materno na primeira hora.

Receber ajuda suficiente com a amamentação no hospital e o detalhe de contatos para os grupos de apoio à amamentação está associado a amamentação de lactentes a termo com até seis semanas de vida e recém-nascidos pré-termo tardios aos dez dias de vida (MEIRELLES *et al.*, 2008).

Stranak *et al.* (2016) investigaram o efeito do uso de fórmula limitada e controlada durante a hospitalização em amamentação, usando a hipótese primária de que a fórmula limitada se ofertada a bebês com perda de peso precoce não irá afetar negativamente a taxa de aleitamento materno exclusivo na alta. Foram avaliados 104 lactentes

saudáveis, com 24 a 48 horas de idade, com 5% de perda de peso ao nascimento. Concluiu-se que o uso de fórmula limitada controlada não tem um efeito adverso nas taxas de aleitamento materno a curto e longo prazo.

A ocorrência de justificativas não aceitáveis indica a necessidade de um programa de capacitação para os profissionais de saúde, utilizando metodologias ativas de ensino que permitam melhor apreensão do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes, para a conscientização da magnitude do seu papel na manutenção e efetividade da iniciativa hospital amigo da criança (SILVA *et al.*, 2014).

Para Goyal, Attanasio e Kozhimannil (2014) as diferenças nas práticas hospitalares não explicam a diminuição da amamentação exclusiva entre os recém-nascidos pré-termo tardios. Já as práticas de apoio do hospital aumentam a probabilidade de amamentação.

Um estudo de Silva *et al.* (2014) permitiu identificar que a maioria das puérperas possuía algum conhecimento sobre amamentação exclusiva. As informações recebidas tanto de profissionais quanto de familiares exercem influência sobre o aleitamento, porém as entrevistadas pareceram não mostrar desejo em seguir tal orientação. Mesmo recebendo informações de profissionais de saúde no período pré-natal é possível compreender que há necessidade de melhorar as formas da comunicação e de acompanhamento das puérperas, como uma continuidade do cuidado pré-natal.

A literatura indica que a maioria das mães que pretendem amamentar exclusivamente não está cumprindo a duração pretendida. O aumento de práticas hospitalares amigáveis para os bebês, particularmente dando somente leite materno no hospital, pode ajudar mais mães a alcançar suas intenções de amamentação exclusiva (FONSECA *et al.*, 2005).

Os principais sentimentos referidos por mães de UTI neonatal resultaram em tristeza, culpa, decepção, frustração, insegurança, medo de tocar, segurar ou até mesmo de prejudicar seus delicados bebês quando amamentados. Porém, o vínculo formado entre mães e bebês quando esses recebem alta da unidade de terapia intensiva neonatal para o sistema de alojamento conjunto se reflete nos sentimentos de realização e orgulho, os quais são marcados pela satisfação da primeira mamada (CARRARA-DE-ANGELIS, 1999).

Para Fonseca *et al.* (2005) uma das vantagens do sistema de alojamento conjunto é a educação em saúde, não sendo apenas um local de acomodação de pessoas e economia de profissionais e sim um local com alto conteúdo educativo.

Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar

A Fonoaudiologia como ciência aplicada encontra-se em um processo de expansão do campo de estudos e práticas que vem se mostrando pelo rápido surgimento de áreas específicas de atuação e pesquisa. Assim cabe-nos registrar a afirmação de Carrara-de-Angelis (1999) de que: “a abrangência desta Fonoaudiologia ainda está sendo, [...], descoberta”.

Segundo Luz (1999) a Fonoaudiologia Hospitalar é a área da Fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando inclusive respaldo técnico e prático à equipe multiprofissional em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação que a patologia de base possa causar. Complementa a autora que agilizar a alta deve ser um dos objetivos da Fonoaudiologia Hospitalar, alterando os conceitos de saúde pré-

existentes junto a unidade de saúde hospitalar, significando saúde como o bem-estar físico e psíquico, evitando-se desta maneira as perdas e os danos que uma hospitalização possa vir a causar.

Pelegrini (1999, p. 40-44) define Fonoaudiologia Hospitalar com base nas funções do profissional fonoaudiólogo que atua nessa área:

Presente em berçário de risco, pediatria, centro de atendimento intensivo e enfermaria, tem como principais objetivos: avaliação, prognóstico, participação na decisão do tipo de dieta, orientação pré-cirúrgica, tipo de sonda a ser utilizada quando necessário, adequação de funções para retirada de sonda com segurança, controle no risco de bronco aspiração e aceleração no processo de alta.

Acrescenta ainda que o fonoaudiólogo ao atuar no berçário de risco promove ganho de peso, instalação de funções estomatognáticas de forma adequada, minimizando riscos de sequelas no desenvolvimento global, incentivo ao aleitamento materno, bem como diagnóstico e prevenção de perdas auditivas (PELEGRINI, 1999).

Carrara-de-Angelis (1999) refere que a atuação junto a pacientes disfágicos veio ampliar a atuação do fonoaudiólogo, antes restrita a qualidade de vida, para a manutenção da vida, possibilitando muitas vezes a diminuição de complicações, redução do tempo de permanência no hospital, propiciando uma redução de custos.

A contribuição que a Fonoaudiologia traz para o hospital caracteriza-se por uma avaliação precoce e um diagnóstico diferencial, por exemplo nos casos de disfagia em paralisia cerebral, nos quais esta atuação consegue prevenir, evitar ou minimizar complicações clínicas dos pacientes (ALMEIDA; MODES, 2005).

Essas definições mostram a complexidade da Fonoaudiologia Hospitalar quanto a sua forma e função, diferenciando-a de outras áreas de atuação da Fonoaudiologia, visto que, o fonoaudiólogo hospitalar necessita conhecer conceitos de outras especialidades médicas e de reabilitação: neonatologia, pediatria, otorrinolaringologia, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, geriatria, radiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição, enfermagem, farmacologia entre outras. De acordo com Pelegrini (1999) neste grande quadro que forma o serviço hospitalar, o fonoaudiólogo tem a mais importante e difícil função interdisciplinar, que é unir estes profissionais e relacioná-los ao paciente e a família, possibilitando uma mesma linguagem.

O fonoaudiólogo está inserido na equipe mínima de profissionais que atua junto aos recém-nascidos de risco em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Sua participação é prevista pelo Ministério de Saúde por meio da portaria nº 930 que está em vigor desde 10 de maio de 2012 (BERVIAN *et al.* 2008). A este profissional são encaminhados para avaliação, os recém-nascidos que não coordenam sucção, deglutição e respiração (SDR), neonatos letárgicos com sucção débil, casos de apneia, queda nos níveis de saturação durante alimentação, episódios de refluxo gastresofágico, tosse durante ou após a deglutição e aqueles que fazem uso de sonda gástrica (CASAGRANDE *et al.* 2008).

A intervenção fonoaudiológica em UTIN se baseia na estimulação do sistema estomatognático para adequação das funções orais, a fim de que o recém-nascido consiga, o mais breve possível, se alimentar por via oral e ser posicionado ao seio materno (PRADE, 2006).

O fonoaudiólogo atua nos alojamentos conjuntos realizando promoção de saúde e prevenção das doenças nas áreas relacionadas

às funções estomatognáticas, do desenvolvimento auditivo e de linguagem (GARCEZ, 1999).

O ato de sugar é a forma que o recém-nascido encontra para acalmar-se e satisfazer-se, sendo assim a primeira fonte de prazer. Através da sucção se desenvolvem a anatomia e a funcionalidade das estruturas bucais que posteriormente contribuirão para as funções de mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação (FUJIMORI *et al.*, 2010).

Segundo Casagrande *et al.* (2008), a amamentação promove a sucção, a deglutição e a respiração, estimulando o crescimento e desenvolvimento da face e seus anexos, já que exige do recém-nascido um trabalho muscular intenso.

Bervian *et al.* (2008), apontam que durante a sucção do seio materno as estruturas orais se encontram em posicionamento correto e movimentam-se harmoniosamente, fazendo com que toda a função neuromuscular se desenvolva adequadamente.

Em estudo, Fujimori *et al.* (2010), defendem que um dos principais fatores associados ao baixo índice de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é a pega incorreta da mama pelo bebê, que pode ser causada por posicionamento inadequado, tornando a mamada ineficiente. Assim, o bebê não se satisfaz, tem intervalos curtos entre uma mamada e outra e chora com frequência. O desconhecimento sobre o assunto leva a mãe a acreditar que o leite seja “fraco” e passe a complementar a alimentação da criança com leite artificial ou outros alimentos em mamadeira. Dessa forma, é de interesse da Fonoaudiologia que a adequação da pega seja realizada logo após o nascimento do bebê, facilitando a adequação das funções orofaciais e prevenindo alterações estruturais e de linguagem (BECK *et al.* 2012).

Estudo feito por Silva *et al.* (2008) concluíram que a taxa de crianças amamentadas exclusivamente no peito é maior quando existe

grande apoio da equipe e intervenções relacionadas à amamentação logo após o nascimento.

Beck *et al.* (2012) dizem que, como profissional responsável pelos aspectos relacionados ao aleitamento materno, à alimentação, e ao desenvolvimento da audição, da linguagem, e da comunicação, o fonoaudiólogo tem o papel de promoção e orientações em relação ao aleitamento materno, proporcionando ao neonato uma alimentação segura, funcional e prazerosa, que favoreça a alta hospitalar precoce e o desenvolvimento global do mesmo. Assim como auxiliar as mães para que se sintam tranquilas e seguras no contato e no ato de amamentar seu filho.

Avaliação e tratamento fonoaudiológico em recém-nascidos

Os primeiros dias de vida correspondem a um momento importante para a amamentação, porque o recém-nascido pode apresentar distúrbios no padrão de sucção (disfunção oral), refletindo no desenvolvimento motor-oral (ANDRADE; GULLO, 1993), prejudicando assim, o desempenho da lactação (SANCHES, 2004).

Alguns fatores podem interferir no estabelecimento da lactação durante as primeiras 48/72 horas de vida do neonato, favorecendo o desmame precoce. Estes fatores podem estar relacionados à mãe, ao binômio mãe-bebê e especificamente, ao recém-nascido (MARQUES; MELO, 2008).

Sanches (2004) em um estudo do tipo transversal, na cidade de Santos em 1997, observou a mamada de 409 binômios mães/recém-nascidos, em um Hospital Amigo da Criança, identificando 13% de recém-nascidos com mamada insatisfatória que apresentaram disfunção oral, a despeito de tratar-se de uma população de crianças com condições orgânicas, psíquicas e funcionais favoráveis para a amamentação. Outro estudo analítico, com corte transversal, realizado na cidade de Maceió,

em uma maternidade pública estadual, identificou durante a avaliação da mamada, os piores resultados como sendo relativos à adequação da sucção dos bebês, uma vez que 44% dos binômios avaliados apresentaram alteração neste aspecto (VALÉRIO *et al.* 2010).

Os neonatos com disfunções orais requerem muita habilidade na aprendizagem para ordenhar o peito de suas mães, sendo necessário interceder precocemente mediante as primeiras dificuldades durante o estabelecimento da lactação mãe/recém-nascido. Assim, em casos de disfunções orais do neonato um profissional especializado deve atuar de imediato, visando o reequilíbrio das funções do sistema estomatognático, diagnosticando e intervindo nas desordens funcionais desse sistema, para facilitar um adequado funcionamento oral, principalmente levando-se em conta que tal dificuldade (disfunção oral), quando não abordada corretamente, pode implicar no desmame precoce (SANCHES, 2000; ANDRADE; GULLO, 1993 e VALÉRIO *et al.*, 2010).

Assim, algumas alterações encontradas podem ser transitórias, devendo, no entanto, serem valorizadas, visto que sua persistência repercute negativamente na lactação. Por esta razão, é importante sanar essas dificuldades iniciais antes mesmo da alta hospitalar (SANCHES, 2000).

Durante o manejo do aleitamento materno é importante que o profissional que atende ao binômio mãe/recém-nascido esteja atento à disfunção oral, pois quando presente pode interferir no desempenho da mamada, sendo fundamental iniciar o tratamento o quanto antes. O conhecimento das estruturas e suas funções, do desenvolvimento normal e das características específicas da população alvo, são a base para a avaliação e para o tratamento dos bebês de risco (CAETANO *et al.*, 2003).

Existem diversas formas de avaliação da alimentação do recém-nascido. Atualmente a Fonoaudiologia Neonatal analisa a função por meio da avaliação do sistema sensorio motor oral, ou seja, das estruturas orais

como boca, língua e bochechas, bem como os reflexos essenciais para uma alimentação segura e eficaz e a mamada em si (MEDEIROS *et al.*, 2011).

A avaliação da função motor-oral, na visão global, consiste em um processo de coleta de informações a partir de três momentos distintos: na situação de repouso e na movimentação de rotina da unidade, mediante o manuseio específico de testagem do sistema sensório-motor-oral e após a mesma. Nos três, procura-se verificar o funcionamento integrado dos subsistemas diante das demandas internas e externas, os limiares de stress e quais recursos o recém-nascido utiliza para se regular (CAETANO *et al.*, 2003).

A avaliação por meio do manuseio deve ser realizada nos horários de alimentação previstos pela rotina hospitalar, quando se espera que o bebê esteja faminto e de preferência em estado de alerta. Alguns protocolos de avaliação foram criados para auxiliar os profissionais de saúde na decisão de quando iniciar a alimentação oral em recém-nascido pré-termo (DODRILL *et al.*, 2004; LAU *et al.*, 2000; FUJINAGA *et al.*, 2000).

Lau (2000), propôs uma escala de cinco pontos para avaliação das habilidades de sucção, para que fosse utilizada na avaliação e manejo da alimentação oral em recém-nascido pré-termo. A escala é baseada na presença ou ausência da sucção e na ritmicidade de seus componentes sucção e expressão.

Fujinaga (2000), utilizando-se de um instrumento que avalia idade gestacional corrigida, estado de consciência, postura, tônus global, postura dos lábios e língua, reflexo de procura, sucção, mordida e vômito, movimentação e canolamento de língua, movimentação de mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado de alerta e sinais de estresse, estabeleceu um escore para uma avaliação objetiva da prontidão para início da alimentação oral em recém-nascidos prematuros.

Neiva *et al.* (2008) utilizou parâmetros da sucção não nutritiva como reflexo de procura, sucção iniciada facilmente, vedamento labial, acanolamento e peristaltismo da língua, elevação e rebaixamento da mandíbula, coordenação de movimentos de lábios, língua e mandíbula, força e ritmo de sucção para determinação da prontidão para alimentação oral em recém-nascido pré-termo.

Thoyre *et al.* (2005) desenvolveu uma avaliação denominada *Early Feeding Skills* (EFS) para avaliar a prontidão e a tolerância para alimentação oral em recém-nascidos prematuros. A avaliação classifica os neonatos em estágios de desenvolvimento a partir de habilidades de alimentação específicas como persistência na alimentação, organização das funções motoras-orais, coordenação deglutição-respiração, manutenção da estabilidade fisiológica.

A literatura preconiza a utilização de um protocolo amplamente divulgado e conhecido entre os profissionais da saúde, proposto pelo United Nations Children's Emergency Fund (Unicef) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerado como padrão ouro (Unicef, 2006; ARAÚJO, 2002). No entanto, a prática guiada por protocolos é recente e inexistem protocolos de avaliação, orientação e tratamento desenvolvidos especificamente para a amamentação natural e que tenha passado por um processo de validação (ARAÚJO, 2002; ALTUNTAS *et al.*, 2014). Outros instrumentos de avaliação da alimentação do recém-nascido são encontrados na literatura internacional como a “Ferramenta de Avaliação da Alimentação Infantil (IBFAT)” e a “Avaliação da Mãe-bebê (MBA)”, que tem como objetivo quantificar o comportamento da amamentação e medir a eficácia a mesma. Existe ainda a Escala de Avaliação Neonatal Motora Oral (NOMA), a única ferramenta de avaliação da alimentação neonatal disponível que pode ser usada com recém-nascido a termo ou

prematturos e com crianças que se alimentam pelo peito ou mamadeira (ZAREM *et al.*, 2013).

Existe ainda, o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED), o qual foi desenvolvido com base na literatura referente à avaliação clínica da disfagia, considerando-se as particularidades da dinâmica da deglutição infantil (ALMEIDA; BUHLER; LIMONGI, 2014).

O encaminhamento para avaliação da função motora oral e intervenção fonoaudiológica nem sempre ocorre no momento mais adequado, principalmente quando o fonoaudiólogo não faz parte da equipe. Algumas estratégias são utilizadas para melhorar as habilidades motoras-orais do prematturo, tais como a sucção não nutritiva e programas de estimulação oral. Estas estratégias são importantes por contribuir para que o recém-nascido prematturo atinja a alimentação oral independente mais precocemente e porque diminuem o tempo de hospitalização, reduzindo custos médicos hospitalares e permitindo maior interação e o vínculo mãe-bebê (NEIVA; LEONE, 2007).

A literatura descreve a estimulação da sucção não nutritiva como benéfica, pois adequa a musculatura oral, contribui com o ganho ponderal do recém-nascido, regula os estados de consciência e facilita o processo de digestão, permitindo que a transição da alimentação por sonda para via oral seja antecipada (DODRILL *et al.*, 2008). A técnica também tem por objetivo observar o ritmo, a força e o número de eclosões realizadas pelos bebês, a revisão da literatura evidenciou que a sucção não nutritiva em dedo mínimo enluvado, quando associada a massagens intraorais acelera a transição da alimentação por sonda para a via oral, sem comprometer o ganho de peso dos recém-nascidos pré-termo (FUJINAGA *et al.*, 2007).

As técnicas mais evidenciadas no âmbito internacional seguiram, no geral, uma combinação de procedimentos para estimulação oro-motora

concomitante à estimulação tátil sinestésica. Fucile *et al.* (2011) realizaram estudo experimental com 75 recém-nascidos prematuros, baseando a intervenção fonoaudiológica em técnicas de estimulação do sistema sensorio motor oral e estimulação tátil-sinestésica corporal. A estimulação do sistema sensorio motor oral consistiu no acariciamento das bochechas, lábios, gengivas e língua, enquanto que a estimulação tátil foi realizada por meio de toques na cabeça, pescoço, costas, braços e pernas. Esse estudo evidenciou que os grupos que receberam as estimulações tanto isoladas quanto combinadas apresentaram melhora na coordenação de sucção/deglutição/respiração e anteciparam a transição da dieta por sonda para via oral plena.

Indicadores de qualidade em assistência à saúde

A qualidade pode ser definida de diversas formas, conforme a visão de cada pessoa. Entende-se qualidade como um conjunto de atributos capazes de produzir alto grau de satisfação na pessoa e isso significa considerar amplamente os valores existentes (GABRIEL *et al.*, 2011).

Segundo Gabriel *et al.* (2011), a busca pela melhoria da qualidade tem sido incorporada na rotina dos profissionais de saúde e para tanto se faz necessário o controle da qualidade da assistência fundamentado em avaliações sistematizadas do cuidado, avaliações essas que podem ser realizadas por meio da adoção de indicadores que demonstrem sua evolução ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos.

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controlado das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou

utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Para quantificar a qualidade, pode-se utilizar uma ferramenta de gestão denominada de indicadores. Esta trata-se de uma unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionada, em outras palavras é uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados providos ao usuário e às atividades dos serviços. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um número absoluto ou um fato (DONABEDIAN, 1988).

O primeiro autor que se dedicou a conhecer e publicar sobre qualidade em saúde foi Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, sendo o primeiro no setor da saúde. Os indicadores podem avaliar o estado de saúde da população em questão e o desempenho dos serviços oferecidos de saúde. A junção destas duas variáveis traça um cenário mais completo da situação sanitária de uma população. Com base na Teoria de Sistemas fez-se a adaptação dos indicadores de qualidade para o ambiente hospitalar, gerando o tripé conceitual dos indicadores: de estrutura, de processo e de resultado (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; MORAES; ANDRADE, 2011; SOLLER; REGIS FILHO, 2011). Descritos a seguir:

1-Estrutura: avaliam as características locais e necessárias ao processo assistencial, abrangendo os recursos físicos (instalações, equipamentos), recursos humanos (quantidade, organização e qualificação), recursos materiais e financeiros (p. 591-610);

2-Processo: Bifurca-se na avaliação das atividades referentes ao tratamento realizadas para com o paciente, são

técnicas operacionais e seguem padrões técnico-científicos baseados no paradigma da literatura científica. E, na relação interpessoal entre paciente e profissional, mantendo este marcador com aspectos quanti-qualitativos (p. 591-610);

3-Resultados: Compreende a avaliação da interferência da atuação profissional prestada no reestabelecimento da saúde do paciente (ou não), considerando as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes (p. 591-610). Avalia também o grau de satisfação do paciente e do profissional de saúde interveniente.

Na gestão pela qualidade total, indicadores também são chamados de itens de controle (NOGUEIRA, 1999). Os indicadores são importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores dos serviços de saúde para o aprimoramento de processos e melhoria dos resultados da assistência. Obviamente, um valioso instrumento de gestão para a superação dos desafios impostos pela atualidade e para a busca da eficácia gerencial (BRASIL, 2011).

Trochin *et al.* (2010) refere que o emprego de indicadores possibilita aos gestores dos serviços de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários.

Os indicadores originam-se, de acordo com Couto e Pedrosa (2003), das seguintes fórmulas básicas da estatística:

- a) Média – é a soma das observações de uma variável dividida pelo número de observações avaliadas;

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

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

Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Os de meio ambiente ou meio externo, de acordo com Bittar (1997) são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde.

Segundo Ferreira (2002) os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, a partir dessa avaliação, verificar a necessidade de melhorias. Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- Simplicidade – quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador menos distorções apresentará;
- Inteligibilidade – de fácil entendimento aos usuários e analistas;
- Objetividade – não depender da interpretação do observador;
- Estabilidade – seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;
- Especificidade – capta eventos bem definidos;
- Sensibilidade – capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;

- Rastreabilidade – conhecimento e controle de suas variáveis; e
- Baixo custo de obtenção – utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição. Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de sofisticados e complicados modelos.

Kurcgant *et al.* (2009) referem que não basta apenas ter o conhecimento a respeito dos indicadores, é preciso utilizá-los. É necessário ampliar a cultura de qualidade nos serviços e capacitar os profissionais para trabalhar com os indicadores, buscando a melhoria contínua da assistência.

A prática da reabilitação baseada em evidência envolve a demonstração da relação entre as intervenções e os resultados. Como tem havido uma maior atenção quanto à análise dos resultados baseados em evidências, faz-se necessário maior esforço para identificar, operacionalizar e organizar as metas dos indicadores de reabilitação por parte dos profissionais, além de melhorar a prática da reabilitação (FRAIN; TSCHOPP; BISHOP, 2009).

Os valores finais obtidos dos indicadores, isoladamente, não constituem um indicador de qualidade de assistência, é imprescindível a realização de avaliações conjuntas da estrutura e dos processos, para que a partir da razão entre estas variáveis consigam ser compreendidas as diferenças, a fim de planejar intervenções para aperfeiçoar a melhoria na assistência (resultados), cujo objetivo final seja alcançado: eficiência nos serviços de saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; MORAES; ANDRADE, 2011).

A divulgação pública do desempenho dos hospitais por meio de indicadores de qualidade é incentivada para promover a transparência e aumentar a responsabilidade do serviço quanto à qualidade dos cuidados à saúde (GLICKMAN *et al.*, 2008; PORTER; TEISBERG, 2006). A má qualidade quase sempre eleva os custos

devido à ineficiência, prolongamento da necessidade de tratamento e ocorrências de tratamentos de remediação, muitas vezes desnecessários e ineficazes (ASHA, 2001).

A American Speech and Language and Hearing Association (ASHA) em suas atribuições específica, relata, que o profissional fonoaudiólogo deve ter conhecimento sobre os apropriados indicadores de desempenho para desenvolver programas de melhoria da qualidade (MORAES, 2010).

Moraes (2010) e Moraes e Andrade (2011) são consideradas precursoras nesta área de gerenciamento de qualidade da Fonoaudiologia Hospitalar brasileira, seus trabalhos servem de parâmetros para mensuração, fornecem fórmulas e algoritmos de cálculos de cada indicador elencado.

Moraes (2010) em sua dissertação de mestrado inicia os estudos na área de gerenciamento de qualidade nas unidades de internação e na UTI, traça dados fundamentais para a estruturação de um serviço de Fonoaudiologia Hospitalar, estabelecendo os principais parâmetros de mensuração bem como os indicadores de qualidade fonoaudiológicos. Na tese, dá continuidade ao estudo do gerenciamento da qualidade, traçando a definição dos indicadores de prognósticos de deglutição, principal área de trabalho do fonoaudiólogo no ambiente da terapia intensiva.

A inclusão do processo de medição de indicadores é essencial para o claro entendimento e delineamento da qualidade. O gerenciamento por indicadores contribui, ainda, para que a eficácia e eficiência dos programas de reabilitação sejam evidenciadas. A adesão e a utilização de indicadores de desempenho por serviços de Fonoaudiologia permitirão melhorias nos processos assistenciais e trará benefícios

diretos aos pacientes, além do fortalecimento da prática baseada em evidências (MORAES; ANDRADE, 2011).

Validação de instrumentos

O fonoaudiólogo, para realizar uma prática clínica baseada em evidências, deve ter conhecimento e habilidade para proporcionar serviços com alta qualidade profissional, sendo muito importante saber utilizar procedimentos de avaliação e diagnóstico com eficiência, para tomar condutas assertivas. Sendo assim, torna-se imprescindível a elaboração e utilização de instrumentos validados e confiáveis (MARCHESAN *et al.*, 2002).

Goulart e Chiari (2007) relatam que os instrumentos devem ser validados de acordo com a população a que se destinam, ou seja, para bebês, crianças, adultos, ou ainda para indivíduos com ou sem deficiências. A decisão pela utilização de um instrumento para diagnóstico deve considerar a relação custo-benefício, o tempo necessário para realizar a avaliação e a preparação prévia do paciente, bem como a capacidade de agregar informações que possibilitem o diagnóstico.

Para verificar a eficácia de um teste diagnóstico, deve-se observar:

- A validade ou exatidão, que reflete se o teste realmente mede o que pretende medir;
- A confiabilidade ou precisão, que reflete se os resultados podem ser replicados pelo mesmo examinador ou por diferentes examinadores;
- A sensibilidade, que mede a proporção de pacientes doentes corretamente identificados como positivos;
- A especificidade, que mede a proporção de pacientes livres da doença identificados corretamente como negativos;

- Os valores preditivos positivos (VP+) e negativo (VP-), que indicam o número correto de doentes e não doentes.

A validade ou exatidão de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe a medir. Em se tratando de avaliação de instrumento, devem-se considerar dois importantes critérios: a confiabilidade primária, que é o grau de consistência ou precisão com que um instrumento mede o atributo. Quanto maior a confiabilidade do instrumento, menor a quantidade de erro nos escores obtidos. O segundo é a validade, que é o grau em que um instrumento mede o que supostamente deve medir (RAYMUNDO, 2009).

A validação é um processo em que se examina, com precisão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores estabelecidos.

Validar mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida é todo um processo de investigação. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e devem ser repetidas inúmeras vezes para o mesmo instrumento. (MORLEY; SNAITH, 2000, p. 26).

Durante a execução de um processo de validação devem ser analisados três aspectos: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto (MENEZES, 1998).

A validade de conteúdo indica se o instrumento abrange os diferentes aspectos do seu objeto; a validade de critério é o grau com que o instrumento discrimina entre indivíduos que diferem em determinada(s) característica(s), de acordo com um critério padrão; e

a validade de construto, que é a demonstração de que o instrumento realmente diferencia sujeitos sintomáticos de sujeitos assintomáticos, bem como, se é capaz de medir diferenças antes e depois do tratamento (MENEZES; NASCIMENTO, 2000; POLIT *et al.*, 2004).

A validação de conteúdo de um instrumento baseia-se, necessariamente, em um julgamento; indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio (RAYMUNDO, 2009). Ela examina a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a ser abordado no instrumento. Tende a ser julgada de forma empírica, uma vez que não existem métodos totalmente objetivos para garantir que um instrumento abrange adequadamente o conteúdo a ser medido (PERROCA; GAIDZINKI, 2003; PASQUALI, 1998).

Validar conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se tenciona medir. Os instrumentos são submetidos à apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens (PERROCA; GAIDZINKI, 2003; PASQUALI, 1998).

Para proceder à validação de conteúdo, faz-se premente a análise de cada item por um grupo de juízes, considerados especialistas no conceito em estudo, sendo suficiente um número de seis juízes (SALMOND, 1994).

Um instrumento passa a ser validado quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma única questão de pesquisa. Quanto maior o número de convergência dos resultados, após a utilização de várias técnicas para identificar sua viabilidade, maior a possibilidade de comprovar a confiabilidade e validade nos resultados do estudo. O valor

de concordância entre os juízes-especialistas deve ser de 80%, tendo como referência os valores empregados em outros estudos (SILVA, 2005; FERNANDES, 2005; OLIVEIRA, 2006).

Poucos estudos reforçam a importância de sistematizar rotinas e criar protocolos para a prática do fonoaudiólogo no alojamento conjunto. Portanto, este cenário lacunar motiva a elaboração de protocolo assistencial que visa documentar as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, permitindo a identificação de diagnósticos e conseqüentemente a determinação de ações fonoaudiológicas, na esperança de que possa inspirar e auxiliar fonoaudiólogos interessados na área, contribuindo com a evolução da Fonoaudiologia Hospitalar como um todo.

O uso de protocolos como forma de sistematizar a assistência possibilita a equipe multidisciplinar avaliar os fatores relacionados aos aspectos clínicos gerando uma assistência de excelência.

Referências

AGUDELO, S. *et al.* The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, v. 17, p. 521, 2016.

ALMEIDA, E. C.; MODES, L. C. *Leitura do prontuário: avaliação e conduta fonoaudiológica com recém-nato de risco*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

ALMEIDA, F. C. F.; BUHLER, K. E. B.; LIMONGI, S. C. O. *Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED)*. *Pró-fono*, Barueri, 2014.

ALTUNTAS, N. *et al.* Validity and Reliability of the Infant Breastfeeding Assessment Tool, the Mother Baby Assessment Tool, and the Latch Scoring System. *Breastfeeding Medicine*, v. 9, n. 4, 2014.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). *Roles of Speech Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders*: Technical Report, 2001.

ANDRADE, C. R. F.; GULLO, A. C. P. As alterações do sistema motor oral dos bebês como causa das fissuras/ rachaduras mamilares. *Pediatrics*, v. 15, n. 28, p. 28-33, 1993.

ARAÚJO, M. F. M. Situações e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” nos hospitais Amigos da Criança do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v. 3, n. 4, p. 411-419, 2003.

BECK, A. M. O. *et al.* Influência do ambiente hospitalar nos aspectos relacionados ao aleitamento materno. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol*, v. 17, n. 4. p. 464-468, 2012.

BERVIAN, J.; FONTANA, M.; CAUS, B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura. *RFO*, Passo Fundo, n. 2, p. 76-81, 2008.

BITTAR. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*, v. 3, n. 12, jul-set. 2001.

BITTAR, O. J. N. V. *Hospital: qualidade & produtividade*. Sarvier, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*, 2011. Disponível em: <encurtador.com.br/jmsQW>.

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.

BRODRIBB, W.; KRUSKE, S.; MILLER, Y. Baby-Friendly Hospital Accreditation, In-Hospital Care Practices. *Pediatrics*, v. 131, n. 4, 2013.

CAETANO, L. C.; FUJINAGA, C. I.; SCOCHI, C. G. S. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm*, v. 11, n. 2, p. 232-236, 2003.

CARVALHARES, M. A. B. L.; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr*, v. 79, n. 1, p. 13-20, 2003.

CARVALHO, G. D. Amamentação e o sistema estomatognático. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARRARA-DE-ANGELIS, E. Fonoaudiologia Hospitalar: uma nova especialidade? *Jornal do CFFa*, v. 2, n. 5, 1999.

CASAGRANDE, L. *et al.* Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Rev. Fac. Odontol*, Porto Alegre, n. 2. p. 11-17, 2008.

CHIOU, S. T. *et al.* Early skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding: a comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth*, v. 41, n. 1, p. 33-38, 2014.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. *Hospital – Gestão Operacional e Sistemas de Garantia de Qualidade*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda., 2003.

COX *et al.* Factors Associated with Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge in Rural Western Australia. *Journal of Human Lactation*, v. 30, n. 4, p. 488-497, 2014.

CRENSHAW, J. T. Healthy Birth Practice #6. *The Journal of Perinatal Education*, v. 23, n. 4, 2014.

DAVIM RM, ENDERS BC, DA SILVA RA. Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Rev Esc Enferm*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 713-718, 2010.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan-fev. 2006.

DODRILL, P. *et al.* Attainment of early feeding milestones in preterm neonates. *J Perinatol*, v. 28, p. 549-555, 2008.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, New York, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, sept. 1988.

FERNANDES, M. V. L. *Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter: construção e validação*. 2005. Dissertação. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERREIRA, D. P. Indicadores de Saúde: construção e uso. *In: CIANCIARULLO, T. I.; CORNETTA, V. K. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio*. São Paulo: Ícone, 2002.

FLABIANO-ALMEIDA, F. C.; BUHLER, K. E. B.; LIMONGI, S. C. O. Protocolo para avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Editores Científicos: Claudia Regina Furquim de Andrade e Suelly Cecilia Olivan Limongi. *Pró-Fono*, Barueri, v. 1, 2014. 33p. Série Fonoaudiologia na Prática Hospitalar.

FONSECA, A. S. *et al.* Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo saúde*, v. 2, n. 29, abr-jun. 2005.

FRAIN, M. P.; TSCHOPP, M. K.; BISHOP, M. Predictors of Outcomes in Rehabilitation. *J Rehabil*, v. 75, n. 1, p. 27-35, 2009

FUCILE, S. *et al.* Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*, v. 53, n. 9, p. 829-835, 2011.

FUJIMORI, E. *et al.* Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface*, Botucatu, v.14 n. 33, p. 315-327, 2010.

FUJINAGA, C. I. *et al.* Aplicação de um Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral: estudo descritivo. *Revista Salus*, Guarapuava, v. 1, n. 2, p. 129-317, 2007.

FURKIN, A. M. Fonoaudiologia Hospitalar. *Jornal do CRFa*, v. 30, n. 7, 1999.

GABRIEL, C. S. *et al.* Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 19, n. 5, 2011.

GAMBURGO, L. J. L.; MUNHOZ, S. E. M.; AMSTALDEN, L. G. Alimentação do recém-nascido: aleitamento natural, mamadeira e copinho. *Fono Atual*, v. 5, n. 20, p 39-47, 2002.

GARCEZ, L. W. *Possibilidades e limites da atuação fonoaudiológica em berçários*. 1999. Monografia de conclusão de curso (Especialização em Motricidade Orofacial)– Centro de Especialização em Fonaudiologia Clínica, Porto Alegre, 1999.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr*, v. 80, n. 5, p. 147-154, 2004.

GLICKMAN, S. W. *et al.* Evidence-based perspectives on pay for performance and quality of patients care and outcomes in emergency medicine. *Ann Emerg Med*, v. 51, n. 5, p. 622-631, 2008.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. *Pró-fono*, v. 19, n. 2, p. 223-232, 2007.

GOYAL, N. K.; ATTANASIO, L. B.; KOZHIMANNIL, K. B. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth*, v. 41, n. 4, p. 330-338, 2014.

HERNANDEZ, A. M. Atuação Fonoaudiológica em Neonatologia: Uma proposta de intervenção. *Fonoaudiologia em Berçário Normal e de risco*, São Paulo, v. 1, p. 43-97, 1996.

KACICA, M. A.; KREIGER, L.; JOHNSON, G. D. Breastfeeding Practices in New York State Maternity Hospitals: Results from a Statewide Survey. *Breastfeed Med*, v. 7, n. 6, p. 409-416, 2012.

KELSEY, J. L. *et al.* *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1996.

KOSKINEN, K. S. *et al.* Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery*, v. 30, p. 464-470, 2014.

KURCGANT, P. *et al.* Indicadores de qualidade e avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2009.

LAU, C. *et al.* Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. *Acta Paediatr*, Oslo, v. 89, n. 7, p. 846-852, Jul. 2000.

LEE, Y. M. *et al.* Complete rooming-in care of newborn infants. *Korean J Pediatr*, v. 53, n. 5, p. 634-638, 2010.

LEITE, I. G. *et al.* Relação da amamentação com o desenvolvimento do sistema estomatognático. *J Bras Fonoaudiol*, v. 12, n. 3, p. 237-242, 2002.

LUZ, E. A Fonoaudiologia Hospitalar em questão. *Jornal do CFFa*, v. 2, n. 4, 1999.

MARCHESAN, I. Q. *et al.* Documento oficial 2/2002 do Comitê de Motricidade Oral da SBFa. São Paulo: SBFa, 2002.

MARQUES, M. C. S.; MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. *Rev. CEFAC*, v. 10, n. 2, p. 261-271, 2008.

MEDEIROS *et al.* Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *J Soc Bras Fonoaudiol*, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2011.

MEIRELLES, C. A. B. *et al.* Justifications for formula supplementation in low-risk newborns at a Baby-friendly Hospital. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2001-2012, set. 2008.

MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiatr Clín*, v. 25, n. 2, p. 214-216, 1998.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A. W. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 23-28.

MORAES, D. P. *Estruturação de um serviço de Fonoaudiologia Hospitalar.* 2010. 75f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MORAES, D. P. *Indicadores de prognósticos clínicos de deglutição funcional em pacientes de um hospital público de grande porte.* 2012. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MORAES, D. P.; ANDRADE, C. R. F. *Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar.* J. Soc. Bras. Fonoaudiol., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-94, mar. 2011.

MORLEY, S.; SNAITH, P. Principles of psychological assessment. *In: FREEMAN, C.; TYRER, P. (Editors). Research methods in psychiatry.* London: Gaskell, 1989.

MOSELE, P. G. *et al.* Instrumento de avaliação da Sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. *Rev. CEFAC*, v. 16, n. 5, p. 1548-1551, 2014.

MOURA, L. T. L.; TOLENTINO, G. M.; COSTA, T. L. S. Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Rev CEFAC*, v. 11, p. 448-456, 2009.

NEIVA, F. B.; LEONE, C. R. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr*, v. 25, n. 2, p. 129-134, 2007.

NEIVA, F. B.; LEONE, C. R. . Non-nutritive sucking score system for preterm newborns. *Acta Paediatr*, v. 97, n. 10, p. 1370-1375, 2008.

NOGUEIRA, L. C. L. *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

OLIVEIRA, M. S. *Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e de conteúdo de uma tecnologia educativa*. 2006. Dissertação. Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

PASQUAL, K. K.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento Conjunto: Espaço Concreto de Possibilidades e o Papel da Equipe Multiprofissional. *Cogitare Enfermagem*, São Paulo. v. 15. n. 2. p. 334-339, 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín*, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

PELEGRINI, A. P. N. Fonoaudiologia Hospitalar: reflexões além das fronteiras. *Fonoaudiologia Brasil*, v. 2, p. 40-44, 1999.

PERRINE, *et al.* Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*, v. 130, n. 1, p. 54-60, Jul. 2012.

PERROCA, M. G.; GAIDZINKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. Coeficiente de Kappa. *Rev. Esc. Enf. Usp*, v. 37, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. *In: POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.167-198.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard: Harvard Business School Press, 2006. 540p.

PRADE, S. R. *Recém-nascidos pré-termo: critérios para a introdução da alimentação por via oral*. 2006. Dissertação – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

RAYFIELD, S.; OAKLEY, L.; QUIGLEY, M. A. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK. *BJM Open*, v. 5, n.11, p:e009144, nov. 2015.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

SÁ, N. N. B. *et al.* Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011. *Rev Bras Epidemiol*, v. 19, n. 3, p. 509-524, jul.-set. 2016.

SALMOND, S. W. Orthopedic nursing research priorities: Delphi study. *Ortop Nurs*, v. 13, n. 2, p. 31-45, 1994.

SANCHES, M. T. C. *Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico*. 2000. Dissertação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SANCHES, M. T. C. Amamentação: enfoque fonoaudiológico. *In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.50-59.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr*, v. 80, n. 5, p. 155-162, 2004.

SILVA, C. P. R. *Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação*. 2005. Dissertação. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, *et al.* Mothers' knowledge about exclusive breastfeeding. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 2, p. 290-295, mar-abr. 2014.

SILVA, M. B. *et al.* Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, 2008.

SOLLER, S. A.; REGIS FILHO, G. I. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 591-610, Jun. 2011.

SOUZA, C. S.; OLIVEIRA, C. B. Contribuições do aleitamento materno no âmbito da fonoaudiologia. *Saúde Sexo Educ*, v. 13, n. 34-35, p. 49-51, 2004.

STRANAK, Z. *et al.* Limited Amount of Formula May Facilitate Breastfeeding: Randomized, Controlled Trial to Compare Standard Clinical Practice versus Limited Supplemental Feeding. *PLoS One*, v. 11, n. 2, 2016.

TASCA, S. M. T.; ALMEIDA, E. O. C.; SERVILHA, E. A. M. Recém-nascido em alojamento conjunto: visão multiprofissional. *Pró-Fono*, Carapicuíba, p. 35-49, 2002.

TEIXEIRA, J. D. R. *et al.* A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 271-278, 2006.

THOYRE, S. M.; SHAKER, C. S.; PRIDHAM, K. F. The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Netw*, v. 24, n. 3, p. 7-16, 2005.

TRONCHIN, D. M. R.; MELEIRO, M. M.; TAKAHASSHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. *In: KURCGANT, P. et al. Gerenciamento em enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.77-107.

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

VALÉRIO, K. D.; ARAÚJO, C. M. T.; COUTINHO, S. B. Influência da disfunção oral do neonato a termo sobre o início da lactação. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2010.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant*, v. 6, n. 99, p. 99-105, 2006.

ZAREM, C. S. *et al.* Psychometrics of the neonatal oral motor assessment scale. *Dev Med Child Neurol*, 2013.

WEINER, J. B. *et al.* Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. *Health Serv Res*, v. 41, n. 2, p. 307-334, 2006.