

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
MESTRADO

MARIA ALICE LEITE COSTA

**INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO DE UMA
UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA
COMPLEXIDADE DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA 2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO
MESTRADO

MARIA ALICE LEITE COSTA

**INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO DE UMA
UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA
COMPLEXIDADE DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de mestrado no programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação pela Universidade de Brasília, da linha de pesquisa “Aspectos Biomecânicos e Funcionais Associados à Prevenção, Desempenho e Reabilitação”, e tema “Funcionalidade da face: aspectos biomecânicos e neurofuncionais central e periférico, associados a práticas de prevenção, desempenho, reabilitação e aprimoramento nos diferentes ciclos de vida”, orientado pela professora Dra. Laura Davison Mangilli Toni.

Aprovada em: 15/03/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Dra. Laura Davison Mangilli Toni
Presidente da banca e membro do PPGCR

Prof.a Dra. Aline Teixeira Alves
Membro vinculado ao PPGCR

Prof.a Dra. Camila de Castro Corrêa
Membro externo credenciado no PPGCR

Dra. Mariana de Sousa Dutra Borges
Membro externo credenciado no PPGCR (suplente)

*Dedico este trabalho:
A Deus e a Sagrada Família de Nazaré por ter segurado a minha mão e
me dado a oportunidade de chegar até aqui;
Ao meu grande amigo irmão Max;
A minha irmã amada Elisa;
E a minha filha, luz e amor das nossas vidas.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, fonte de abrigo, que não mediram esforços e dedicação pelos meus estudos e conquistas

A Elisa, minha irmã amada, por todo apoio, por ser fonte de inspiração e de coragem, por ter segurado minha mão em tantos momentos da minha vida.

A Maria Isabel, filha amada, sinônimo de esperança e fé que me encheu de forças para concluir esta etapa;

A toda minha família, especialmente aos meus avós, minhas tias e minhas primas que muito torcem por mim e se alegram por cada conquista;

As minhas grandes e melhores amigas por serem minhas pessoas no mundo;

Aos meus afilhados e sobrinhos que tanto me ensinam sobre o amor e que me fizeram amadurecer para ser mãe;

Aos meus amigos e familiares de Brasília, que tanto me acolheram, me apoiaram e por serem tão importantes e especiais na minha vida;

A professora Laura, pela paciência, apoio e divisão de tanto conhecimento em todos os momentos dessa jornada.

A todos que participaram desse capítulo da minha vida, meu muito obrigada.

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

CC838i COSTA, MARIA ALICE LEITE
INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO DE UMA
UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA
COMPLEXIDADE DO DISTRITO FEDERAL / MARIA ALICE LEITE COSTA;
orientador LAURA DAVISON MANGILLI TONI. -- Brasília, 2024.
63 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) Universidade
de Brasília, 2024.

1. FONOAUDIOLOGIA. 2. DEGLUTIÇÃO. 3. INDICADORES DE QUALIDADE EM
SAÚDE. 4. PRONTO SOCORRO. I. TONI, LAURA
DAVISON MANGILLI, orient. II. Título.

RESUMO

Introdução: A utilização de indicadores por serviços de Fonoaudiologia permite melhorias nos processos assistenciais e traz benefícios aos pacientes. **Objetivo:** Descrever e analisar os indicadores de processo e resultados relacionados à deglutição orofaríngea em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo analítico, observacional retrospectivo que utilizou como base dados de assistência fonoaudiológica prestada no pronto socorro. Os dados selecionados foram obtidos em um período de 12 meses, de setembro/2019 a agosto/2020. Os dados que permitiram a determinação dos indicadores de qualidade foram coletados do prontuário eletrônico, dos registros de atendimentos fonoaudiológicos e da utilização de fichas descritivas de indicadores de atendimentos realizados. Para este estudo as variáveis analisadas foram as informações sobre indicadores de qualidade de processo e de resultados do ponto de vista da deglutição. **Resultados:** Os dados obtidos apresentam informações sobre uma amostra de 459 pacientes atendidos no período determinado para este estudo, 12 meses. O total de atendimentos aos pacientes durante esse período foi de 1894. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino, com 58,38%. A média de idade foi de 61 anos. A média de atendimento por paciente foi de 4. Cada fonoaudiólogo atendeu 4,88 pacientes. O tempo de avaliação para deglutição foi de 1,54 dias. Em todos os meses da amostra os pacientes melhoraram de nível de acordo com a escala ASHA NOMS. Em todos os meses os pacientes foram avaliados e tiveram em sua maioria a Via alternativa de alimentação retirada no período de 0-5 dias, bem como sua maioria tiveram a via oral estabelecida no mesmo período 0-5 dias. **Conclusão:** o estudo está de acordo com a literatura e reforça que quanto mais cedo a alimentação oral for introduzida, maior será a probabilidade de obter bons resultados em relação a disfagia. A fonoterapia direcionada à deglutição, quando realizada de forma sistemática, gera resultados promissores, fortalecendo a ideia de que a atuação do profissional de Fonoaudiologia nas unidades de urgência e emergência, seja uma realidade a ser conquistada por todos os hospitais. A utilização de indicadores permitiu analisar os processos de qualidade do serviço hospitalar pretendido, sendo possível, com esses resultados, o acompanhamento do serviço e a proposição de melhorias nos processos assistenciais imprescindíveis para o avanço da profissão em suas diversas especialidades.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos de deglutição; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Fonoterapia.

ABSTRACT

Introduction: The use of indicators by speech therapy services allows for improvements in care processes and brings benefits to patients. **Objective:** To describe and analyze process and outcome indicators related to oropharyngeal swallowing in an emergency department of a highly complex public hospital in the Federal District. **Method:** This was an analytical, observational retrospective study based on data from the speech therapy services provided in the emergency department. The selected data was obtained over a 12-month period, from September/2019 to August/2020. The data used to determine the quality indicators was collected from the electronic medical records, the speech therapy records and the use of descriptive forms for the indicators of care provided. For this study, the variables analyzed were information on process and outcome quality indicators from the point of view of swallowing. **Results:** The data obtained presents information on a sample of 459 patients seen during the period determined for this study, 12 months. The total number of patients seen during this period was 1894. The majority of patients were male, 58.38%. The average age was 61 years. The average number of visits per patient was 4. Each speech therapist saw 4.88 patients. The evaluation time for swallowing was 1.54 days. In all months of the sample, patients improved their level according to the ASHA NOMS scale. In all months, the patients were assessed and most of them had their alternative feeding route withdrawn within 0-5 days, as well as most of them having their oral route established within the same 0-5 day period. **Conclusion:** the study is in line with the literature and reinforces that the earlier oral feeding is introduced, the greater the likelihood of obtaining good results in relation to dysphagia. Speech therapy aimed at swallowing, when carried out systematically, generates promising results, strengthening the idea that the work of speech therapy professionals in urgent and emergency care units is a reality to be achieved by all hospitals. The use of indicators made it possible to analyze the quality processes of the intended hospital service, making it possible to monitor the service and propose improvements in the care processes that are essential for the advancement of the profession in its various specialties.

KEYWORDS: Swallowing disorders; Health care quality indicators; Speech therapy.

LISTA DE TABELAS

FIGURA 1 – Fluxograma	21
FIGURA 2 - Escala ASHA NOMS	23
FIGURA 3 - Indicadores de processo	25
FIGURA 4 - Indicadores de resultado	27
 TABELA 1 - Caracterização geral da amostra	 30
TABELA 2 - Resultados dos indicadores de processo	31
TABELA 3 - Caracterização geral das taxas de gravidade e taxas de avaliação por unidade de internação hospitalar.....	32
TABELA 4 - Resultados dos indicadores de resultados	33
TABELA 5 - Correlação entre indicadores conforme sugerido pela literatura base..	34
TABELA 6 - Produtos desenvolvidos durante o mestrado	42

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

PS - Pronto socorro

ASHA - American Speech and Language and Hearing Association

VAA – Via alternativa de alimentação

IAP - Índice de atendimento por paciente

IAF - Índice de atendimento por fonoaudiólogo IPA - Índice de Pacientes Atendidos

TG - Taxa de gravidade

TAUIH - Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar IDRD - Índice de demanda para reabilitação da deglutição TPAD - Tempo para avaliação da deglutição

IFL - Índice de fonoaudiólogo por leito

TRVAA - Tempo para retirada da via alternativa de alimentação

TRAVO - Tempo para reintrodução de alimentação por via oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 HIPÓTESE.....	17
5 METODOLOGIA.....	18
5.1 Tipo de estudo.....	18
5.2 Delimitação do campo de estudo.....	18
5.3 Participantes da pesquisa.....	20
5.4 Instrumentos de coleta de dados/procedimentos.....	21
5.4.1 Sobre a avaliação fonoaudiológica.....	21
5.4.2 Sobre a terapia fonoaudiológica.....	24
5.4.3 Sobre os indicadores de processo.....	25
5.4.4 Sobre os indicadores de resultado.....	27
6 ANÁLISE DE DADOS.....	29
7 RESULTADOS.....	30
8 DISCUSSÃO.....	35
9 CONCLUSÃO.....	40
10 IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE.....	41
11 PRODUTOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO DO MESTRADO.....	42
12 REFERÊNCIAS.....	43
13 ANEXOS.....	49
Cep instituição proponente.....	50
Cep instituição coparticipante.....	55
Comprovante de submissão de artigo científico	58

1 INTRODUÇÃO

Deglutir nos permite a ingestão dos nutrientes necessários para manter nosso organismo vivo e ao mesmo tempo, é fonte de bem-estar e satisfação (Pernambuco, 2021). A deglutição normal requer uma atividade coordenada dos músculos da boca, faringe, laringe e esôfago, da inervação dos sistemas nervoso central e periférico envolvendo uma rede de estruturas corticais, subcorticais e do tronco cerebral através de um conjunto rápido de ações neuromusculares, começando com o vedamento labial e indo até o fechamento do esfíncter esofágico superior após a passagem do bolo alimentar (Frain, 2009; Cohen, 2016; Plowman et al., 2018).

Quando surgem transtornos na função de deglutição e respiração que colocam o indivíduo em risco, seja de ineficiência ou segurança para deglutir, estamos diante da disfagia. A disfagia se trata de uma condição clínica devido a uma causa de natureza neurológica ou mecânica que representa algum distúrbio nos componentes oral, faríngeo e/ou esofágico da biomecânica da deglutição (Cola e Gatto, 2014) e está dividida em três fases, sendo a fase oral e faríngea, denominada de disfagia orofaríngea, e esofágica, denominada de fase esofágica. (Logemann et al, 2008).

Os sinais e sintomas da disfagia orofaríngea estão associados ao aumento de morbidade e mortalidade, devido a uma variedade de complicações clínicas, entre elas a desidratação, a desnutrição e a pneumonia aspirativa. As alterações respiratórias e vocais como tosse e engasgos frequentes são os principais sinais clínicos de aspiração e penetração de vias aéreas inferiores (Sunata et al., 2020).

Os fatores que estão associados a maior chance ou prevalência de disfagia orofaríngea são: alterações biológicas e fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, (Butler et al., 2011, Yang et al., 2014, Cha et al., 2019) condições de saúde que envolvem doenças crônicas, doenças neurológicas e uso de medicamentos (Yang et al., 2013, Michel et al., 2018, Rech et al., 2018, Bahat et al., 2019) e condições de saúde bucal, principalmente perda dentária e xerostomia (Inui et al., 2017, Mikami et al., 2019, Okamoto et al., 2012, Rech et al., 2018). A ocorrência de disfagia orofaríngea pode variar de acordo com o grupo estudado, porém pode alcançar índices de 70% a 90% nas populações mais idosas, acarretando maior tempo de internação, cerca de quatro dias a mais e risco de mortalidade 13 vezes maior do que pacientes internados sem disfagia (Altman et

al., 2010).

Como é considerado um sintoma frequente nos pacientes hospitalizados a disfagia e está presente em 63% do total das internações em Unidades de Terapia Intensiva, em 53% nos pacientes das internações decorrentes de Acidente Vascular Encefálico, em 71% nos pacientes que foram vítimas de Traumatismo Cranioencefálico e em 75% dos pacientes com Demência (Ehsaan et al., 2016; Secil et al., 2016). Portanto, a equipe multidisciplinar em saúde precisa conhecer os sinais e sintomas que caracterizam a disfagia, pois quando reconhecida e tratada adequadamente de forma precoce observa-se a diminuição de custos de internação e tempo de hospitalização do paciente (Bastos et al., 2016) e ainda contribui para diminuição dos índices de mortalidade/ morbidade (Karkos et al., 2009).

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado a avaliar os pacientes com potencial para disfagia, nas fases oral e faríngea, e realizar o diagnóstico diferencial desses distúrbios. O profissional deve reconhecer os sinais e sintomas de forma precoce e o acompanhamento pode ser útil na prevenção de pneumonia aspirativa e suas complicações associadas. Além disso, devem definir recomendações que podem incluir via de alimentação, consistência da dieta, posicionamento durante a alimentação e serviços de acompanhamento, como acompanhamento fonoaudiológico ambulatorial ou consulta especializada (Cichero et al., 2017).

A assistência fonoaudiológica hospitalar pode diminuir o tempo de uso de vias alternativas de alimentação, auxiliar na melhora do quadro pulmonar, prevenir complicações comunicativas e reduzir o tempo de internação, contribuindo assim para evitar ou minimizar perdas e danos provocados pela hospitalização (Mekaru et al., 2014). Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição segura, promovendo a melhora da qualidade de vida do paciente que é desospitalizado (Gonçalves, 2007).

A equipe de reabilitação é parte fundamental para prestar atendimentos em pacientes internados e a unidade de urgência e emergência é setor que presta o primeiro atendimento ao paciente, sendo cada vez mais interessante que cada pronto-socorro (PS) conte com a atuação do profissional de Fonoaudiologia, uma vez que existe grande demanda de pacientes potencialmente com disfagia (Itaquy et al., 2011). No entanto, a literatura é escassa sobre a atuação deste profissional em serviços de urgência e emergência. Segundo Pontius e colaboradores (2021), já se evidencia que a atuação da equipe de reabilitação, incluindo os

fonoaudiólogos no pronto-socorro, realmente diminuiu os tempos de espera, diminuiu o tempo de permanência no setor e melhorou o fluxo de trabalho.

As unidades de pronto-socorro devem estar estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizada por casos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco de morte imediato e, emergência, onde o risco de morte é iminente. Essas unidades têm representado a porta de entrada para os usuários com queixas crônicas e sociais, que procuram esses serviços e buscam resolubilidade para demandas que deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde. Geralmente apresenta demanda muitamaiore que a prevista, resultando em condições de trabalho nem sempre adequadas, decorrentes de uma dinâmica intensa de atendimentos (Fugulin et al., 2005).

Os sistema de saúde buscam nos ultimos anos a de idealização de quantificar e justificar os benefícios e custos associados aos serviços de saúde e terapias específicas, no sentido de haver decisões clínicas mais eficientes e por isso observa-se no contexto mundial um crescimento expressivo de estudos de avaliação de tecnologias em que são utilizadas técnicas sofisticadas para comparar distintas alternativas de tratamentos. A avaliação de tecnologia em saúde pode ser entendida como a pesquisa sistemática da melhor evidência disponível da eficácia ou de efetividade de uma tecnologia em saúde, e dos custos relacionados a ela e seu intuito é de que os serviços possam aumentar a qualidade e o bem estar do paciente e otimizar a relação de custo-efetividade, ou seja, a eficiência de produtos e técnicas para saúde (Nita et al., 2009).

Atuar na área da reabilitação é deparar-se diariamente com questionamentos sobre a eficiência e a eficácia dos procedimentos que norteiam esta prática (Gonçalves, 2007). A utilização do conceito de eficiência em disfagia orofaríngea deve ser compreendida como a capacidade que um procedimento terapêutico possui para produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição (Easterling, 2017). A eficácia, no entanto, está relacionada às melhoras no quadro geral do indivíduo, independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos garantam ingestão oral segura, manutenção da condição nutricional e estabilização de comprometimentos pulmonares (Pombo et al., 2019).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INDICADORES NA CIÊNCIA

A ideia de medir a qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 60 por Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan, nos Estados Unidos. O pesquisador lançou uma metodologia avaliativa e classificatória que se refere à estrutura, ao processo e aos resultados nos serviços de saúde que devem demonstrar qualidade na assistência ofertada e ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar (Donabedian, 2005; Sorteio et al., 2007). O autor definiu a eficiência como a relação entre o impacto real de um serviço (ou programa) em funcionamento (efetividade) e seu custo e ao mesmo tempo, assinala que a efetividade compreende a capacidade de diminuir os custos sem diminuir o nível de melhoria para a saúde atingível (Donabedian, 2003).

Os indicadores de qualidade hospitalar são ferramentas essenciais para o monitoramento do desempenho de um hospital e seus processos e oferecem dados reais e indicam como está o andamento de todas as atividades e serviços de saúde; o que está indo bem e o que precisa ser melhorado. Também proporcionam maior transparência e responsabilidade quanto à gestão hospitalar, e aos indivíduos que utilizam os serviços oferecidos (Bao et al., 2019; Buja, 2015;). Devem ser capazes de caracterizar os efeitos da intervenção quando mensurados antes e após o tratamento. Assim, atendem ao crescente interesse da prática baseada em evidências e permitem gerir e sistematizar o atendimento do paciente (Moraes e Andrade, 2011; Wang et al., 2020).

A partir da Teoria de Sistemas, houve a adaptação dos indicadores de qualidade para o ambiente hospitalar, gerando o tripé conceitual dos indicadores: de estrutura, de processo e de resultado (Donabedian, 1988, D'Innocenzo et al., 2006; Moraes e Andrade, 2011).

Os indicadores de estrutura avaliam as características locais e necessárias ao processo assistencial, abrangendo os recursos físicos (instalações, equipamentos), recursos humanos, recursos materiais e financeiros. Já os de processo avaliam as atividades referentes ao tratamento realizadas para com o paciente. São técnicas operacionais e seguem padrões técnico-científicos

baseados no paradigma da literatura científica. Por fim, os de resultados avaliam a interferência da atuação profissional prestada no restabelecimento da saúde do paciente, avaliando também, o grau de satisfação do paciente e do profissional de saúde interveniente (Donabedian, 1988; Moraes e Andrade, 2011; Soller e Regis Filho, 2011).

Devido à alta incidência e prevalência da disfagia em ambiente hospitalar, e suas potenciais consequências, os diagnósticos e gerenciamento dos distúrbios de deglutição e alimentação são críticos. A *American Speech and Language and Hearing Association* (ASHA) em suas atribuições inclui como responsabilidades do profissional fonoaudiólogo no gerenciamento da disfagia: identificar e usar apropriadamente as medidas de resultados funcionais, conhecer as políticas de aprimoramento de qualidade estabelecidas pelos órgãos de acreditação, os métodos usados para medir e monitorar a qualidade de importantes processos e resultados (Asha, 2003).

Um painel de indicadores favorece o gerenciamento da disfagia em ambiente hospitalar (Moraes e Andrade, 2011). A inclusão do processo de medição de indicadores é essencial para o claro entendimento e delineamento da qualidade e traz benefícios para os profissionais sobre as análises do desempenho, eficácia e eficiência dos programas de reabilitação. A adesão e a utilização de indicadores de desempenho por serviços de Fonoaudiologia permitirão melhorias nos processos assistenciais e trarão benefícios diretos aos pacientes, além do fortalecimento da prática baseada em evidências (Suntrup-Krueger et al., 2018).

Para esse estudo, analisaremos os processos que avaliam as atividades referentes ao tratamento realizado com o paciente e os indicadores de resultados, que avaliam a interferência da atuação profissional prestada no restabelecimento da saúde do paciente e suas principais correlações.

Devido à escassez de publicações sobre dados administrativos e/ou operacionais específicos da atuação fonoaudiológica, este estudo propõe a análise, por meio de indicadores de qualidade da assistência deste profissional na atuação relacionada à deglutição, em um serviço de urgência e emergência, buscando os principais indicadores de processo e resultados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar os indicadores de processo e resultados relacionados à deglutição nas fases oral e faríngea em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Descrever os indicadores de processo e resultados de um pronto socorro de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal em um recorte de tempo - setembro de 2019 a agosto de 2020;
- b. Analisar os indicadores de processo (índice de atendimento por paciente, índice de atendimento por fonoaudiólogo, índice de pacientes atendidos, taxa de gravidade, taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar, índice de demanda para reabilitação da deglutição, tempo para avaliação da deglutição, índice de fonoaudiólogo por leito) e resultados (tempo para retirada da via alternativa de alimentação e tempo para reintrodução de alimentação por via oral de um pronto socorro de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal, buscando identificar correlação entre eles;
- c. Fornecer dados para melhoria dos processos de trabalho no Pronto-socorro, do ponto vista da deglutição em suas fases oral e faríngea.

4 HIPÓTESE

A descrição, análise e correlação de indicadores de processo e resultados relacionados à deglutição em suas fases oral e faríngea em uma unidade de pronto socorro permitirá que sejam determinadas ferramentas para o monitoramento do desempenho na unidade hospitalar e de seus processos de trabalho do ponto vista da deglutição.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico e observacional com análise de dados secundários que utilizou como base dados de assistência fonoaudiológica prestada em três alas (ala norte, ala sul, ala psiquiátrica) do pronto socorro de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal entre agosto de 2019 a setembro de 2020. Este trabalho foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, conforme disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e foi aprovado pela instituição proponente - parecer nº 5.988.413.9 e pela instituição coparticipante número do parecer: 6.170.520.

Por se tratar de estudo que utilizou dados retrospectivo e por incapacidade de assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foi solicitada a dispensa do mesmo de acordo com modelo utilizado na instituição, visto que foram utilizados informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas, apenas de pacientes acima de 18 anos, nos quais os dados foram analisados de forma anônima e os resultados serão apresentados de forma agregada, onde não será permitido a identificação dos participantes da pesquisa, zelando pelo respeito e a ética com os dados de cada participante.

A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do CEP, da instituição proponente e instituição coparticipante.

5.2 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado utilizando dados retrospectivos, de um período de setembro de 2019 a agosto de 2020, referentes à assistência fonoaudiológica direcionada à deglutição de pacientes atendidos no serviço de Pronto Socorro de três alas do Hospital de Base do Distrito Federal, referência de Alta Complexidade no Distrito Federal.

O pronto socorro (PS) desta unidade é referência para trauma, pacientes referenciados de cardiologia, neurologia, otorrinolaringologia, alterações vasculares e endoscopia respiratória, além de atender pacientes com complicações decorrentes de quimioterapia e radioterapia. O prédio de internação do hospital

apresenta 12 andares, 10 deles reservados para os 472 leitos, separados por especialidades. Conta com um quadro de profissionais que atuam de forma multidisciplinar, que envolve as equipes de enfermagem, farmácia clínica, nutrição e dietética, psicologia, saúde funcional (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia) e serviço social trabalham de maneira integrada para dar suporte aos pacientes.

O quadro de profissionais de fonoaudiologia são de 13 fonoaudiólogos. Destes, três trabalham exclusivamente na unidade de urgência e emergência. O PS com 71 leitos é dividido entre ala norte (referência em trauma, neurocirurgia e ortopedia), ala sul (referência em neurologia, cardiologia e oncologia) e ala psiquiátrica. Os pacientes permanecem internados na unidade para realização de procedimentos, acompanhamento e observação, sem número determinado de dias, pois isso depende da realização de exames, cirurgias ou de encaminhamento para outro setor ou outra unidade de saúde.

A equipe de fonoaudiologia atende pacientes internados que preenchem os critérios clínicos (glasgow > 10, extubação e estabilidade clínica a pelo menos 24 horas) na unidade quando solicitados por meio de parecer em prontuário eletrônico realizando avaliação inicial por meio de um protocolo de disfagia. Esta avaliação vai direcionar para as etapas seguintes que podem incluir as terapias fonoaudiológicas (que se baseiam em terapia direta, indireta, ou forma combinada) onde serão aplicadas técnicas que envolvem ou não a oferta de alimento, ou gerenciamento da via de alimentação.

Essa atuação fornece informações gerenciais quanto a: total de sessões realizadas; número de sessões necessárias por paciente até a alta fonoaudiológica ou alta hospitalar; número de atendimentos fonoaudiológicos; e número de profissionais envolvidos com este processo. Os resultados de cada atendimento são registrados em planilhas com dados gerais dos pacientes, e dados relacionados à aspectos fonoaudiológicos e em fichas descritivas dos indicadores propostos pela equipe/serviço.

Os pacientes com suspeita de AVC agudo são encaminhados ao referido hospital, pois dispõe de recursos apropriados para o atendimento, e está habilitado como Centro de Atendimento de Urgência ao Acidente Vascular Cerebral, inclusive para realização de infusão trombolítica. Na portaria nº 665/2012 do Ministério da Saúde, pode-se encontrar os critérios que são utilizados para classificar e habilitar

os hospitais como centros de referência para atendimento, incluindo requisitos como: realização de atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana, bem como exame de tomografia computadorizada de crânio. Com relação aos recursos humanos, o centro precisa dispor de médico clínico e neurologista, enfermeiro, um técnico de enfermagem para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia, incluindo finais de semana e feriados, suporte diário de fisioterapia e fonoaudiologia (um profissional a cada 10 leitos), pelo menos seis horas por dia.

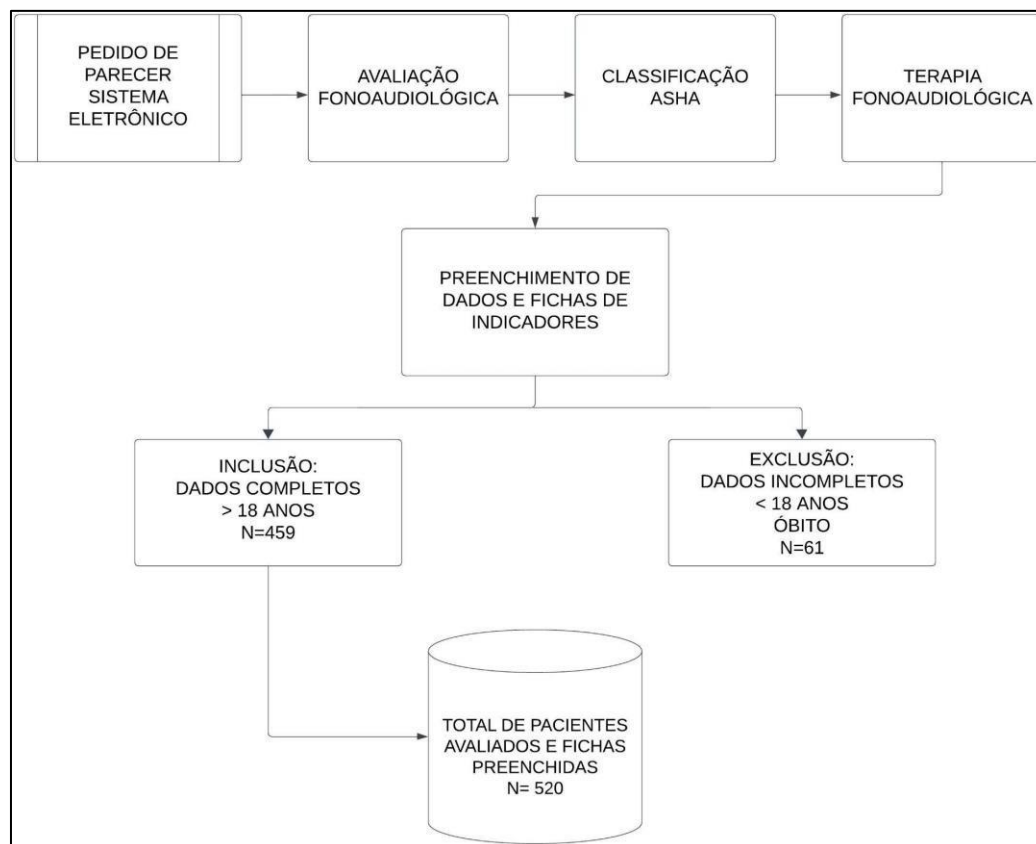
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram incluídos neste estudo dados de todos os pacientes das três alas que pertencem ao setor, (ala norte, ala sul e ala psiquiátrica) avaliados e atendidos, de setembro de 2019 a agosto de 2020, pela equipe de Fonoaudiologia, conforme solicitação de parecer em prontuário eletrônico, sem diferenciação de sexo e de diagnóstico. A única ressalva foi ter a idade acima de 18 anos.

Foram excluídos dados de pacientes que, mesmo atendidos pela equipe de Fonoaudiologia, apresentaram-se incompletos ou sem conformidade (n=7) pacientes que foram a óbito (n=24) e os que tiveram o atendimento suspenso devido a alguma intercorrência ou piora clínica (n=30) que ocasionou a interrupção do atendimento fonoaudiológico. De acordo com um levantamento inicial dos prontuários, a amostra dos participantes atendidos no recorte temporal totalizou 520, sendo incluídos 459 e excluídos 61.

A Figura 1 apresenta o percurso dos pacientes em relação à assistência fonoaudiológica e o processo de seleção dos participantes do estudo.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA APRESENTANDO O PERCURSO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA E A SELEÇÃO DOS PACIENTES.



5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS/PROCEDIMENTOS

O Serviço de Fonoaudiologia do referido hospital apresenta práticas/procedimentos operacionais que seguem um fluxo que vão desde o recebimento do parecer em sistema eletrônico, protocolo de avaliação/escala para classificação de disfagia, processo de terapia fonoaudiológica, anotação e preenchimento de dados extraídos dos prontuários e repassados para programas de planilhas e compilamento de dados nas fichas descritivas dos indicadores. Abaixo serão descritos de forma pormenorizada essa prática, a fim de apresentar aos leitores como os dados utilizados neste estudo são gerados rotineiramente. E os indicadores selecionados para este estudo foram referentes a indicadores de processos e de resultados.

5.4.1 Sobre a avaliação fonoaudiológica

A avaliação clínica é realizada pelo fonoaudiólogo à beira do leito, sendo

considerada de baixo custo, não invasiva, e é determinante para as próximas etapas (intervenções). Consiste em realizar anamnese para levantamento dos dados do paciente, identificar o motivo da internação, definir e traçar objetivos e estratégias para a reabilitação. Uma vez constatado o distúrbio da deglutição, a responsabilidade da reabilitação será principalmente do fonoaudiólogo.

Nesta avaliação, são realizadas:

- Avaliação da Motricidade Orofacial levando em consideração aspectos de postura, sensibilidade, mobilidade e tônus de lábios, língua, bochechas e mandíbula; avaliação da qualidade vocal, através de uma avaliação perceptiva auditiva; avaliação da fala, baseada nas bases motoras principais: ressonância, articulação, fonação, respiração e prosódia. Alterações em quaisquer desses níveis podem comprometer a inteligibilidade de fala, caracterizando desvios ou distúrbios fonéticos, disfonias, disartria (Padovani et al., 2007; Marchesan, 2004).
- Avaliação da deglutição, a qual determina a classificação da disfagia. A classificação seguirá a escala funcional determinada pela ASHA. A escala ASHA NOMS (ASHA, 2003) foi eleita por ostentar uma validação internacional e, principalmente, por englobar a consistência sólida que não é contemplada em outros métodos de avaliação. Ressalta-se, entretanto, que o ASHA NOMS é uma escala, não um programa de avaliação. Trata-se de ferramenta multidimensional, organizada para determinar o tipo de dieta que o paciente pode ingerir e a necessidade de supervisão que deve ser empregada em cada caso, variando de nível 1 a 7, conforme Figura 2.

FIGURA 2 - ESCALA ASHA NOMS.

Nível 1	O indivíduo não é capaz de deglutir nada com segurança pela boca. Toda nutrição e hidratação são recebidas através de recursos não orais (ex.: sonda nasogástrica, gastrostomia).
Nível 2	O indivíduo não é capaz de deglutir com segurança pela boca para nutrição e hidratação, mas pode ingerir alguma consistência, somente em terapia, com uso máximo e consistente de pistas. Método alternativo de alimentação é necessário.
Nível 3	Método alternativo de alimentação é necessário, uma vez que o indivíduo ingere menos de 50% da nutrição e hidratação pela boca; e/ou a deglutição é segura com o uso moderado de pistas para uso de estratégias compensatórias; e/ou necessita de restrição máxima da dieta.
Nível 4	A deglutição é segura, mas frequentemente requer uso moderado de pistas para uso de estratégias compensatórias; e/ou o indivíduo tem restrições moderadas da dieta; e/ou ainda necessita de alimentação por tubo e/ou suplemento oral.
Nível 5	A deglutição é segura com restrições mínimas da dieta; e/ou ocasionalmente requer pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias. Ocasionalmente pode se auto monitorar. Toda nutrição e hidratação são recebidas pela boca durante a refeição.
Nível 6	A deglutição é segura e o indivíduo come e bebe independentemente. Raramente necessita de pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias. Frequentemente se automonitora quando ocorrem dificuldades. Pode ser necessário evitar alguns itens específicos de alimentos (ex.: pipoca e amendoim); tempo adicional para alimentação pode ser necessário (devido à disfagia).
Nível 7	A habilidade do indivíduo em se alimentar independentemente não é limitada pela função de deglutição. A deglutição é segura e eficiente para todas as consistências. Estratégias compensatórias são utilizadas efetivamente quando necessárias.

Fonte: ASHA: American Speech-Language-Hearing Association. National Outcomes Measurement System (NOMS): Adult Speech-Language Pathology User's Guide. Rockville, 2003.

5.4.2 Sobre a terapia fonoaudiológica

A reabilitação será baseada nos dados encontrados durante a avaliação. A causa e a magnitude do déficit irão determinar a natureza da terapia a ser implementada para cada indivíduo. De acordo com a classificação da disfagia na escala ASHA NOMS os pacientes são submetidos a terapias fonoaudiológicas que se baseiam em terapia direta, indireta, ou forma combinada (Duncan et al., 2019; Sassi et al., 2021).

- A terapia indireta consiste na utilização de exercícios, manipulações e manobras musculares e/ou de estruturas, estimulação tátil/térmica/gustativa, para que haja uma deglutição segura;
- A terapia direta é utilizada quando é possível a introdução de alimentos por via oral. O fonoaudiólogo realiza a oferta do alimento pela boca, de forma segura e gradual e utiliza dos elementos da terapia indireta durante essa oferta, conforme a necessidade de cada paciente.

5.4.3 Sobre os indicadores de processo

A Figura 3 descreve os indicadores de processo que serão utilizados neste estudo, assim como seus objetivos, fórmulas para os cálculos e suas principais correlações.

FIGURA 3 - INDICADORES DE PROCESSO.

Nome do indicador	Objetivo	Fórmulas	Principais Correlações
Índice de atendimento por paciente (IAP)	Acompanhar o número de atendimentos prestados a cada paciente	Total de atendimentos/ n° de pacientes atendidos	- Taxa de Gravidade - Índice de atendimento por fonoaudiólogo - Tempo médio para reintrodução da alimentação por via oral - Tempo médio para retirada da via alternativa de alimentação
Índice de atendimento por fonoaudiólogo (IAF)	Monitorar o número de atendimentos realizados por cada terapeuta	Total de atendimentos/ n° de fonoaudiólogos	- Índice de pacientes atendidos - Índice de demanda para reabilitação da deglutição
Índice de pacientes atendidos (IPA)	Monitorar a demanda de pacientes atendidos por dia frente ao indicador hospitalar paciente-dia	Paciente-dia da Fonoaudiologia/ pacientes do hospital	- Índice de demanda para reabilitação da deglutição - Taxa de avaliação por UIH
Taxa de gravidade (TG)	Acompanhar a gravidade dos casos atendidos.	N° de casos para cada classificação de gravidade/ n° de casos atendidos	- Tempo médio para reintrodução de alimentação por via oral - Índice atendimento por paciente - Tempo médio para retirada da via alternativa para alimentação - Tempo para avaliação da deglutição
Taxa de avaliação por UIH (TAVUIH)	Verificar quais UIHs demandam maior número de atendimento para reabilitação da deglutição	N° de avaliação por UIH/ total de avaliações	- Índice de demanda para reabilitação da deglutição - Índice de fonoaudiólogo por leito

Índice de demanda para reabilitação da deglutição (IDRD)	Identificar a expressividade de demanda assistencial para o SRP frente ao indicador paciente-dia do Hospital	Nº de atendimentos / número de pacientes-dia	- Índice de pacientes atendidos
Tempo para avaliação da deglutição (TPAD)	Verificar o tempo compreendido entre a passagem da via alternativa de alimentação (VAA) e a solicitação para avaliação da deglutição	Nº médio de dias compreendido entre a passagem da VAA e a avaliação fonoaudiológica	- Taxa de gravidade
Índice de fonoaudiólogo por leito (IFL)	Verificar o número de profissionais do SRP e as correlações com a eficiência dos resultados.	Nº de profissionais por dia/ número de leitos	- Índice de pacientes atendidos - Índice de demanda para reabilitação da deglutição - Índice de atendimento por paciente

O IAP permite observar a produção de serviço, quanto ele depende da gravidade do caso e o quanto sua variação pode impactar nos indicadores de resultados.

O IAF tem como objetivo avaliar a eficiência dos profissionais e seu impacto direto nos resultados.

As TGs permitem descrever a respeito do prognóstico do caso, com importante influência de indicadores de resultados relacionados ao processo terapêutico, comparando a escala, no caso a ASHANOMS, de pré e pós-terapia, ou no momento da alta fonoaudiológica ou hospitalar. Para este estudo, a taxa de gravidade foi subdividida em ASHA 1 (inicial e final) que engloba a classificação de I-IV e ASHA 2 (inicial e final) com classificação de V-VII com valores em porcentagem (Moraes et al., 2013; Medeiros et al., 2014).

Já o indicador TAUH verifica as variações sofridas ao longo do ano e ainda, quais unidades demandam maior atendimento e permite acompanhar resultados indesejados pontuais, favorecendo a implementação ou revisão de processos em unidades específica e neste estudo foram analisados os seguintes setores dentro do pronto socorro: ala norte (referência em trauma, neurocirurgia e ortopedia), ala sul (referência em neurologia, cardiologia e oncologia) e ala psiquiátrica também com valores em porcentagem.

Tanto o IDRD, quanto o IFL buscam refletir a produção de serviços com as práticas de reabilitação utilizadas. O IDRD visa monitorar as demandas das diferentes unidades de internação e o IFL analisa a produção e eficiência dos serviços a depender do número de profissionais que ali atuam. Ambos se correlacionam diretamente com o IPA que verifica a demanda diária de atendimentos frente às internações hospitalares também diárias.

O último indicador de processo proposto, TPAD monitora o tempo compreendido entre a passagem da via alternativa de alimentação e a solicitação para avaliação da deglutição, e sua principal meta é: quanto mais precoce for o atendimento fonoaudiológico maior será o sucesso a reabilitação da deglutição.

5.4.4 Sobre os indicadores de resultados

A Figura 4 descreve os indicadores de resultados que serão utilizados neste estudo, assim como seus objetivos, fórmula para os seus cálculos e suas principais correlações.

Os indicadores de resultados propostos neste estudo são: tempo para retirada da via alternativa de alimentação (TRVAA) e tempo para reintrodução da alimentação por via oral (TRAVO). Essas medidas são obtidas através da média ou da proporção de pacientes que retornam à alimentação e que retiram a via alternativa de alimentação numa escala de tempo calculadas em dias e variam de: 0 a 5 dias, 6 a 10 dias, 11 a 15 dias e mais de 15 dias (Batista et al, 2021).

FIGURA 4 - INDICADORES DE RESULTADOS.

Nome do indicador	Objetivo	Fórmulas	Principais indicadores de correlação
Tempo para retirada da via alternativa de alimentação (TRVAA)	Verificar o tempo (em dias) desde a primeira avaliação da deglutição até a retirada da via alternativa de alimentação	% de pacientes que retiram a VAA de 0-5 dias ou 6 a 10 ou 11 a 15 ou acima 15 dias e/ou média	- Taxa de gravidade - Índice de atendimento por paciente - Índice de atendimento por fonoaudiólogo - Tempo médio para reintrodução de alimentação por via oral

Tempo para reintrodução de alimentação por via oral (TRAVO)	Verificar o tempo (em dias) desde a primeira avaliação da deglutição até o início do processo de reintrodução de alimentação por via oral.	% de pacientes que conseguem iniciar alimentação por VO em 0-5 dias ou 6 a 10 ou 11 a 15 ou acima 15 dias e/ou média	- Taxa de gravidade - Índice de atendimento por paciente, - Índice de atendimento por fonoaudiólogo
---	--	--	---

6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa, de acordo com as variáveis analisadas. O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para testar a normalidade da distribuição dos dados. As variáveis foram descritas através de estatísticas descritivas como porcentagem e média. Para correlacionar os indicadores de processo com os de resultados conforme correlações sugeridas pela literatura, foi utilizada a correlação de Pearson. O nível de significância estabelecido para todas as análises foi de 5%. O software utilizado para análise será o SPSS versão 28.0 para Windows.

7 RESULTADOS

Os dados obtidos apresentam informações sobre uma amostra de 459 pacientes atendidos no período determinado para este estudo, 12 meses, sendo 184 no ano de 2019 e 275 no ano de 2020. A média de pacientes atendidos por mês foi de 38 ($\pm 18,04$). O total de atendimentos aos pacientes durante esse período foi de 1894, com média de 157 ($\pm 84,96$) atendimentos/mês. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino, com 58,38%. A média de idade foi de 61 anos, com variação de 18 a 107 anos. A média de atendimento por paciente foi de 4,12. A Tabela 1 descreve a caracterização geral da amostra de acordo com os dados de cada mês.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA - MÊS A MÊS

MÊS	SEXO MASCULINO (n)	SEXO FEMININO (n)	MÉDIA DE IDADE (anos)	TOTAL DE ATENDIMENTOS (n)	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS (n)
set/19	19	16	58,19	135	35
out/19	32	22	67,33	233	54
nov/19	26	20	57,97	215	46
dez/19	28	21	60,85	207	49
jan/20	40	20	63,44	206	50
fev/20	44	28	64,77	314	72
mar/20	31	18	62,26	213	49
abr/20	11	8	56,82	66	17
mai/20	7	4	64,27	37	11
jun/20	18	13	58,19	109	31
jul/20	16	9	55,48	72	25
ago/20	7	13	66	87	20

Legenda: n = número bruto

Os indicadores de processo foram analisados e calculados e encontram-se descritos na Tabela 2.

TABELA 2 - RESULTADOS DOS INDICADORES DE PROCESSO

		MIN	MAX	MÉDIA	DP
	IAP (n)	2,88	4,67	4	0,5
	IAF (n)	12,3	104,66	51,5	30
	IPA (n)	3	22	11,4	6,2
TG Avaliação INI	ASHA 1 (%)	26	64	46	9,73
	ASHA 2 (%)	36	74	54	9,73
TG Avaliação FIN	ASHA 1 (%)	18	63	33	11,47
	ASHA 2 (%)	37	82	67	11,47
TAUIH	ALA SUL (%)	9	80	53,2	21,07
	ALA NORTE (%)	5	82	37,36	20,04
	PSIQUIATRIA (%)	2	20	9,45	6,22
	IDRD (n)	0,72	4,8	2,42	1,4
	TPAD (dias)	0,62	3,4	1,54	0,7
	IFL (n)	4,22	5,88	4,87	0,8

Legenda: n = número bruto; % = porcentagem; ASHA - American Speech and Language and Hearing Association; IAP - Índice de atendimento por paciente; IAF - Índice de atendimento por fonoaudiólogo; IPA - Índice de Pacientes Atendidos; TG - Taxa de gravidade; TAUIH - Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar; IDRD - Índice de demanda para reabilitação da deglutição; TPAD - Tempo para avaliação da deglutição; IFL - Índice de fonoaudiólogo por leito.

A Tabela 3 apresenta a caracterização das taxas de gravidade da avaliação (TG) e das taxas de avaliação por unidade de internação hospitalar (TAUIH), considerando os dados mensais.

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DAS TG E TAUH

MÊS	TGAvaliação(%)				TAUIH%		
	ASHA 1 INICIAL	ASHA 2 INICIAL	ASHA 1 FINAL	ASHA 2 FINAL	ALA SUL	ALA NORTE	PSIQUIATRIA
set/19	51	49	31	69	63	35	2
out/19	46	54	27	73	68	28	4
nov/19	37	63	31	69	54	37	9
dez/19	51	49	36	64	73	20	7
jan/20	40	60	30	70	58	34	8
fev/20	39	61	31	69	61	36	3
mar/20	47	53	18	82	57	40	3
abr/20	47	53	35	65	17,5	65	17,5
mai/20	64	36	63	37	9	82	9
jun/20	26	74	19	81	42	42	16
jul/20	56	44	36	64	56	24	20
ago/20	45	55	40	60	80	5	15

LEGENDA: n = número bruto; % = porcentagem; TG - Taxa de Gravidade; ASHA - American Speech and Language and Hearing Association; ASHA 1 – classificação entre níveis I a IV; ASHA 2 – Classificação entre níveis V a VII; TAUH - Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar.

Os indicadores de resultados foram calculados de acordo com as fórmulas e encontram-se descritos na Tabela 4.

TABELA 4 - RESULTADOS DOS INDICADORES DE RESULTADOS

INDICADOR DE RESULTADO		MIN	MAX	MÉDIA	DP
TRVAA	0 a 5 dias (%)	69	100	83,17	12,02
	6 a 10 dias (%)	0	29	15,67	10,99
	11 a 15 dias (%)	0	7	0,58	2,02
	acima de 15 dias (%)	0	0	0	0
TRAVO	0 a 5 dias (%)	75	100	94,92	9,19
	6 a 10 dias (%)	0	25	3,92	8,16
	11 a 15 dias (%)	0	7	1,17	2,72
	acima de 15 dias (%)	0	0	0	0

Legenda: % = porcentagem; TRVAA - Tempo para retirada da via alternativa de alimentação; TRAVO - tempo para reintrodução de alimentação por via oral.

As correlações entre os indicadores de processo e de resultados conforme sugeridas pela literatura, e já citado nas figuras 3 e 4, estão apresentados na Tabela 5. Foram encontradas 09 correlações positivas que variaram de níveis de força moderada a muito forte. Com destaque para o IAF que apresentou todas as correlações positivas com nível muito forte, confirmando sua força de correlação como descrito na literatura. O IPA apresentou resultados significantes para os pacientes atendidos na psiquiatria e não variou com relação as alas sul e norte.

Os resultados das correlações do IAP com o indicador TRAVAA nos permite compreender que quanto maior o IAP obteremos resultados positivos em menos tempo e a força correlação positiva entre as TGs Asha 1 e Asha 2 e o indicador de TRAVAA confirma que os pacientes conseguem variar os níveis da escala entre 0 a 10 dias.

As variáveis > 15 dias não foram correlacionadas, pois não apresentou amostra.

TABELA 5 - CORRELAÇÕES ENTRE INDICADORES CONFORME SUGERIDO PELA LITERATURA DE BASE

		IAP	IAF	IPA	TG Avaliação		TAUIH (ala)			IDRD	TPAD	IFL	TRVAA (dias)				TRAVO (dias)			
					ASHA1	ASHA 2	Sul	Norte	Psiquiatria				0 a 5	6 a 10	11 A 15	> 15	0 A 5	6 A 10	11 A 15	> 15
TG Avaliação	IAP		$r=0,70$ $p=0,01^*$		$r=-0,38$ $p=0,21$	$r=0,38$ $p=0,21$							$r=0,72$ $p<0,01$	$r=0,66$ $p=0,01^*$	$r=0,41$ $p=0,17$	SA	$r=0,20$ $p=0,51$	$r=-0,35$ $p=0,25$	$r=0,36$ $p=0,24$	SA
	IAF			$r=0,96$ $p<0,001^*$						$r=0,94$ $p<0,001^*$										
	IPA						$r=0,47$ $p=0,012$	$r=-0,027$ $p=0,039$	$r=-0,72$ $p<0,01^*$	$r=0,99$ $p<0,001^*$										
	ASHA 1	$r=-0,38$ $p=0,21$									$r=0,10$ $p=0,74$		$r=-0,72$ $p<0,01$	$r=0,31$ $p=0,31$	$r=0,14$ $p=0,65$	SA	$r=-0,93$ $p=0,77$	$r=0,19$ $p=0,95$	$r=0,25$ $p=0,41$	SA
	ALA SUL									$r=0,42$ $p=0,16$		$r=0,45$ $p=0,14$								
	ALA NORTE									$r=-0,22$ $p=0,47$		$r=0,33$ $p=0,28$								
	PSIQUIATRIA									$r=-0,72$ $p=0,008$		$r=0,44$ $p=0,14$								
	IDRD											$r=0,40$ $p=0,18$								
TAUIH	TPAD				$r=-0,10$ $p=0,74$	$r=-0,10$ $p=0,74$														
	IFL	$r=0,40$ $p=0,19$		$r=0,45$ $p=0,13$						$r=0,40$ $p=0,18$										

Legenda: células em preto = correlações não sugeridas pela literatura; r =coeficiente de correlação, *(azul)= p -valor estatisticamente significativo; ASHA - American Speech and Language and Hearing Association; IAP - Índice de atendimento por paciente; IAF - Índice de atendimento por fonoaudiólogo; IPA - Índice de Pacientes Atendidos; TG - Taxa de gravidade; TAUIH - Taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar; IDRD - Índice de demanda para reabilitação da deglutição; TPAD - Tempo para avaliação da deglutição; IFL - Índice de fonoaudiólogo por leito; TRVAA - Tempo para retirada da via alternativa de alimentação; TRAVO - Tempo para reintrodução de alimentação por via oral (TRAVO); SA - sem amostra.

8 DISCUSSÃO

Atuar na área da reabilitação é deparar-se diariamente com questionamentos sobre a eficiência e a eficácia dos procedimentos que norteiam esta prática (Silva, 2007).

A utilização do conceito de eficiência em disfagia orofaríngea deve ser compreendida como a capacidade que um procedimento terapêutico possui para produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição (Easterling, 2017). A eficácia, no entanto, está relacionada às melhoras no quadro geral do indivíduo, independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos garantam ingestão oral segura, manutenção da condição nutricional e estabilização de comprometimentos pulmonares (Pombo et al., 2019).

A ASHA estabelece que a manutenção do controle de qualidade e gerenciamento de programas de risco da disfagia são necessários ao profissional de fonoaudiologia que atua nesta área. Segundo a ASHA, a idade pode ser considerada um fator de risco para distúrbios da deglutição, pelas próprias consequências da presbifagia, ou seja, alterações de deglutição decorrentes do avanço da idade, complicações clínicas ou ainda possibilidade de problemas dentários (Asha, 2001).

O índice de atendimento por paciente (IAP) teve média de 4 atendimentos por paciente. Como essa variável depende da gravidade do caso, neste estudo mensurado com base na classificação da ASHA, e devido à escassez de estudos comparativos, não podemos afirmar se esta média se encontra satisfatória/positiva, porém sua variação deve impactar indicadores de resultados desejados (Moraes, Andrade, 2011). Nos resultados desse estudo, observamos que esta variação impactou de forma positiva, pois quanto maior foi o IAP o paciente foi reabilitado em um intervalo de tempo menor. No estudo de Batista e colaboradores (2021) os autores relataram uma média de 5,1 atendimentos por paciente, porém não se referem a atendimento no pronto socorro e sim em um serviço de unidade de terapia intensiva.

O índice de atendimento por fonoaudiólogo (IAF) monitora o número de atendimentos realizados por cada terapeuta e como estes atendimentos impactam nos resultados desejados (Moraes, Andrade, 2011). O número de profissionais nesse período variou entre três e quatro terapeutas e o índice variou entre 104,30

(máximo) e 12,30 (mínimo) atendimentos por mês. De acordo com a Resolução nº419 do Conselho Federal de Fonoaudiologia (2008), as consultas fonoaudiológicas, diagnósticas ou terapêuticas, a critério do profissional, compreendem procedimentos como: anamnese, análise de histórico clínico, realização de avaliações, indicação e plano terapêutico, prescrição de manobras e procedimentos, orientações e treinamento quanto a posturas a serem seguidas pelo paciente. Resolve também que o profissional fonoaudiólogo, com jornada de trabalho de seis horas, deverá realizar em média oito atendimentos com duração aproximada de 40 minutos cada, porém nos atendimentos hospitalares o profissional poderá flexibilizar a duração de cada atendimento, considerando os critérios de risco, condições físicas e psicológicas do paciente.

Segundo Moraes e Andrade (2011), quanto maior o IAF, e sua qualidade nos atendimentos, maior será o IAP e o IDRD refletindo assim nos indicadores de resultados. O IAF foi o único índice que quando correlacionados obteve significância correlação bastante forte em todos seus resultados.

Os resultados do IPA foram variados no período da amostra, pois se refere a um período pre declaração da pandemia da Covid-19. De setembro de 2019 a fevereiro de 2020, período pré -pandemia, houve uma crescente desse índice, sendo o mês de fevereiro com o maior resultado. A partir de março de 2020, já no período pandêmico, houve uma redução de vinte leitos no setor que fez com que o hospital alinhasse todos os seus processos e realocassem os pacientes para outros setores, a fim de que pacientes com Covid-19 estivessem melhor assistidos junto a equipe de linha de frente e que os demais pacientes não apresentassem prejuízos no tratamento das demais patologias. Em junho de 2020 houve um retorno do número de leitos, mesmo assim o índice permaneceu abaixo da média. Refletindo sobre esta diminuição, entendeu-se que equipe de Fonoaudiologia atendeu pacientes apenas com prioridade máxima, a fim de reduzir os riscos de contaminação e evitar disseminação do vírus.

O IDRD monitora as demandas das diferentes unidades de internação, porém nesse estudo foi utilizada a soma de todos os leitos das três alas do pronto socorro, ou seja, 71. O número de leitos variou no período antes e durante a pandemia e as alas sul e norte se equilibram na média de atendimentos. A maioria dos estudos da literatura remete este índice ao número de sessões. O resultado da média do período da amostra foi de 2,42 sessões por paciente, sendo o mês de

maio/20 com o menor índice, que se justifica pela pandemia da Covid-19 e as mudanças que ocorreram no setor e o mês de fevereiro com a maior média, 4,80.

O IPA e o IDRD se correlacionam pela literatura, e neste estudo, estas variáveis apresentaram resultados com significância positiva muito forte ($p < 0,001$ e $R = 0,99$), porém a equipe de fonoaudiologia não atendeu toda a demanda surgida, pois de acordo com os resultados da amostra, a partir de março de 2020 apresentou resultados abaixo da média.

A taxa de gravidade é baseada em uma escala de gravidade (ou em escala de funcionalidade), no caso deste estudo a escala escolhida foi a ASHA NOMS. Esse indicador tem importante influência nos indicadores de resultados estabelecidos.

Nos resultados da amostra deste estudo comparando a escala, no caso, de pré e pós-terapia, ou inicial ou final, foi observado que em todos os meses analisados houve mudança de classificação da escala, com resultados positivos, ou seja, os pacientes evoluíram do menor nível para melhor nível de classificação. Portanto, já que a distribuição dos participantes entre os diferentes níveis do ASHA NOMS na avaliação inicial e na resolução da disfagia/alta hospitalar observamos que os pacientes melhoraram sua deglutição.

Ao revisar a literatura, a relação entre o grau e o resultado dos problemas de deglutição e o tipo e o grau do tratamento primário ainda são muito limitados. Uma compreensão mais clara dos indicadores de prognóstico tem o potencial de permitir que a equipe de reabilitação preveja melhor a recuperação e facilite o atendimento adequado e econômico para indivíduos com distúrbios de deglutição. (Moraes, Andrade, 2011).

Já o indicador TAUH verifica as variações sofridas ao longo do tempo em relação às unidades assistenciais, e quais unidades demandam maior atendimento. Neste estudo a maior demanda ao longo do período da amostra foi na ala sul do hospital em questão. Esta ala refere-se a pacientes com diagnósticos em neurologia, cardiologia e oncologia. Apenas nos meses de abril e maio de 2020 foi observado uma demanda maior na ala norte e esses números são justificados, acredita-se, devido a realocação de 20 leitos destinados a pacientes que antes seriam da ala sul devido a pandemia da Covid-19 e o realinhamento necessários para esse processo.

Neste estudo evidenciou-se que não houve variações estatísticas

significantes entre as alas norte e sul, porém houve significância para a ala de psiquiatria quando relacionados com as variáveis propostas na literatura.

O índice de tempo para avaliação da deglutição (TPAD) avalia e monitora o tempo compreendido em dias entre a passagem de via alternativa de alimentação e a solicitação para avaliação da deglutição, e sua meta é a precocidade da solicitação. A média desse indicador foi de 1,54 dias.

Neste estudo e no estudo de Batista e colaboradores (2021) observou-se que em menos de dois dias e um dia, respectivamente, foi o tempo que levou para que o profissional atendesse ao chamado da equipe.

O Índice de fonoaudiólogo por leito (IFL) é calculado de acordo com o número de profissionais disponíveis no setor por dia de acordo com o número de leitos diários (Kroger, 2007). Os meses de março, abril e maio/20 foram os que obtiveram melhores resultados com média de 5,88, pois apesar dos ajustes operacionais devido a Covid- 19, houve uma redução de 20 leitos, mas se manteve o mesmo número de profissionais, o que justifica essa média. Apesar de não estar definido na literatura ou órgãos reguladores, o índice impacta diretamente os resultados de produção, mas não foi encontrado nenhum estudo que discorre sobre este índice.

Esta medida fornece evidências a respeito da eficiência ou performance dos profissionais e traz informação sobre o impacto da variação do número de profissionais na produção e nos resultados qualitativos dos cuidados ao paciente (Moraes et al., 2013)

O TRVAA verifica o tempo em dias da primeira avaliação da deglutição até a retirada da via alternativa de alimentação e são subdivididos em quatro grupos (0-5 dias, 06 a 10, 11 a 15 e acima de 15 dias ou média) e de acordo com essa subdivisão é calculado seu índice. Os resultados desta variável neste estudo demonstraram que em todos os meses os pacientes foram avaliados e tiveram em sua maioria a VAA retirada no período de 0-5 dias, sendo os meses de abril e maio/20 obtiveram o índice 100% do nesse período. Com base nos resultados de Moraes e colaboradores (2013) verificou-se que quanto mais cedo a alimentação oral for introduzida, maior foi a probabilidade de obter bons resultados em relação a disfagia.

Já o indicador TRAVO segue o mesmo raciocínio do TRVAA, calculado em dias e com suas subdivisões, porém com o índice relacionado aos pacientes que

conseguem iniciar alimentação por via oral. Os resultados demonstraram que em todos os meses os pacientes foram avaliados e tiveram em sua maioria via oral estabelecida no período de 0 a 5 dias. No estudo de Moraes e colaboradores (2013) encontrou resultados positivos em relação à recuperação do comprometimento da deglutição até a resolução da disfagia/alta hospitalar apresentando uma progressão favorável da ingestão oral. Isto sugere que a fonoterapia da deglutição, quando realizada de forma sistemática, gera resultados promissores.

9 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo demonstraram que o acompanhamento da Fonoaudiologia nas três alas do pronto socorro do hospital em questão foram positivos, pois com a média de quatro atendimentos por paciente, em um período de 1,54 dias após o chamado da equipe, com uma média de 4,87 pacientes por profissional, verificou-se que em todos os meses da amostra os pacientes melhoraram de nível conforme a escala ASHA NOMS.

Os resultados do TRVAA e do TRAVO demonstraram que em todos os meses os pacientes foram avaliados e tiveram em sua maioria a VAA retirada no período de 0-5 dias, bem como no TRAVO sua maioria tiveram a via oral estabelecida no mesmo período (0 a 5 dias) confirmando que quanto mais cedo a alimentação oral for introduzida, maior foi a probabilidade de obter bons resultados em relação a disfagia e que a fonoterapia da deglutição, quando realizada de forma sistemática, gera resultados promissores.

A efetividade da terapia fonoaudiológica garante segurança durante a alimentação e retorno das funções sociais da alimentação, promovendo boa qualidade de vida, melhor aporte emocional e nutricional dos pacientes.

Acredita-se que este trabalho será precursor para novas publicações quanto à atuação do profissional de Fonoaudiologia nas unidades de urgência e emergência, afinal a gestão de qualidade é uma realidade e imprescindível para o avanço da profissão em suas diversas especialidades.

10 IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE

Os resultados apresentados neste estudo vêm a somar e acrescentar informações à base científica já existente, indicando que descrição, análise e correlação de indicadores de processo e resultados relacionados à deglutição são ferramentas positivas para o monitoramento do desempenho do atendimento fonoaudiológico na unidade hospitalar. Os resultados encontrados mostram também a necessidade de ampliar os estudos sobre o tema afim de aumentar os embasamentos teóricos além de sua aplicabilidade e ampliação de conhecimento sobre indicadores de qualidade.

A dissertação apresenta a seguinte avaliação de qualidade:

- Abrangência: nacional. Apesar dos dados dessa pesquisa terem sido coletados no Distrito Federal, acreditamos que o alcance seja de abrangência nacional, já que os aspectos avaliados serão os mesmos se aplicados em qualquer outra região do país, seguindo a mesma metodologia.
- Aplicabilidade: alta. A pesquisa utilizou instrumentos de fácil aplicabilidade, estando estes padronizados e validados no Brasil como citado no corpo da dissertação. Dessa forma, a replicabilidade desse estudo é possível em todo território nacional.
- Complexidade: é uma produção com média complexidade, pois resulta de desenvolvimento baseado em alteração/adaptação de conhecimento existente e estabelecido sem, necessariamente, a participação de diferentes atores. Apresenta definições conceituais e operacionais descritos.
- Inovação: médio teor inovativo. Houve uma combinação e adaptação de conhecimentos pré-estabelecidos e existentes. O estudo não apresenta inovação do ponto de vista tecnológico, mas do ponto de vista científico sim, tendo em vista que traz questões pouco discutidas em literatura, mas de grande necessidade aos serviços de saúde.

A avaliação de qualidade demonstra que a dissertação apresenta poder de verificabilidade e aplicabilidade em ambiente hospitalar, com base na realidade desses cenários no Sistema Único de Saúde, sem uso de alta tecnologia, porém com conhecimento dos pesquisadores sobre o tema. Dessa forma, pesquisas futuras poderão ser feitas com base nos achados desta dissertação e nos artigos que serão publicados.

11 PRODUTOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO DO MESTRADO

Na Tabela 6 a seguir estão apresentados os produtos desenvolvidos durante o mestrado e seus impactos.

TABELA 6 - PRODUTOS DESENVOLVIDOS DURANTE O MESTRADO

Produto	Impacto	Observações
Elaboração de folder para distribuição a equipe da unidade de clínica médica e aos pacientes internados ou de alta do setor.	Sociocultural	Detalhamento do tipo de produto/atividade: Elaboração de folder visando orientações para pacientes disfágicos que se encontram na internação da unidade de clínica médica do hospital regional do guará, sendo distribuídos pela equipe de fonoaudiologia para pacientes e seus cuidadores Data ou período: Janeiro/2022
Submissão de artigo científico: Indicadores de qualidade relacionados a deglutição de uma unidade de pronto socorro de um hospital público de alta complexidade.	Científico	Submetido a Revista CoDAS em 05/02/2024 SCOPUS 2021: 69% CODAS-2024-0031. Em anexo comprovante de submissão.
Apresentação em Congresso: IV Congresso Nacional de Inovações em Saúde – 16/09/2023	Científico	Título: Costa, M. A. L, Sarmet, M., & Toni, L. D. M. (2023). INDICADORES DE RESULTADOS RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO OROFARÍNGEA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL. <i>Revista Multidisciplinar Em Saúde</i> , 4(3), 403–407. https://doi.org/10.51161/conais2023/2194 .
Apresentação em Congresso: XXIX Congresso brasileiro e XI Congresso internacional de Fonoaudiologia – 16/10/2021	Científico	Título: MELLO, M. S. M. S.; MANGILLI, LD; COSTA, M. A. L.; SANTOS, D. B.; MALDANER, V.; ZEREDO, J. L. L.. Insuficiência respiratória crônica afeta negativamente a função de fala em pacientes com esclerose lateral amiotrófica de início bulbar e espinhal: dados retrospectivos de um centro de referência , In: XXIX Congresso Brasileiro e XI Congresso Internacional de Fonoaudiologia, São Paulo, 2021.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;136(8):784-9. PMID:20713754. <http://dx.doi.org/10.1001/archoto.2010.129>.

American Speech-Language-Hearing Association. Roles of SpeechLanguage Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders: Technical Report [Internet]. 2001. [cited 2011 Mar 9]. Available from <http://www.asha.org/policy>.

ASHA: American Speech-Language-Hearing Association. National Outcomes Measurement System (NOMS): Adult Speech-Language Pathology User's Guide. Rockville: ASHA; 2003.

Báo ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):360-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.

Bahat G, Yilmaz O, Durmazoglu S, Kilic C, Tascioglu C, Karan MA. Association between Dysphagia and Frailty in Community Dwelling Older Adults. *J Nutr Heal Aging.* 2019;23(6):571-77.

Bastos LS, Ramos RL, Silva PS. Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: reflexões teórico-prática sobre como estamos tratando. *Rev. Práxis*, v. 8, n. 15, p. 43 – 50, 2016.

Batista, MM, Brito, FE, Torres de Sá, GMMI, Araújo, MS. Indicadores de qualidade, reintrodução de alimentação por via oral e a atuação fonoaudiológica na UTI. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, e390101018950, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18950>.

Buja A, Canavese D, Furlan P, Lago L, Saia M, Baldo V. Are hospital process quality indicators influenced by socio- demographic health determinants. *The European Journal of Public Health*, v. 25, n. 5, p. 759-765, 2015.

- Butler SG, Stuart A, Leng X, Guilherme E, Williamson J, Kritchevsky SB. The relationship of aspiration status with tongue and handgrip strength in healthy older adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2011;66 A (4):452-58.
- Cha S, Kim WS, Kim KW, Han J, Jang HC, Lim S, Paik NJ. Sarcopenia is an Independent Risk Factor for Dysphagia in Community-Dwelling Older Adults. *Dysphagia*. 2019;34(5):92-697.
- Cichero JAY. Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty: Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. *Geriatrics (Basel)*. 2018 Oct 12;3(4):69. doi: 10.3390/geriatrics3040069. PMID: 31011104; PMCID: PMC6371116.
- Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S. Disfagia pós-AVC: uma revisão e considerações de design para estudos futuros. *Int J AVC* 2016; 11: 399-411.
- Cola, Pc; Gatto, A.R. Análise videofluoroscópica qualitativa e quantitativa da deglutição orofaríngea. In: Marchesan IM, Justino H, Tomé MC. *Tratado de especialidades em Fonoaudiologia*. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2008). Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas. *Diário Oficial da União*. Brasília.<http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%2035608%20DISFAGIA.pdf>.
- D'Innocenzo, M, Adami, NP, & Cunha, ICKO. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *RevBrasEnferm*, 59(1), 84-8. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, New York, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. PMID:16279964. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford. University Press.

- Duncan S, Gaughey JM, Fallis R, McAuley DF, Walshe M, Blackwood B. Interventions for oropharyngeal dysphagia in acute and critical care: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2019;8(1):283.
- Ehsaan F, Khan MSG, Malik SN, Kanwal S. Frequency of post-stroke dysphagia in Pakistan: a hospital-based study. *J Pak Med Assoc*. 2016;66(10):1281-5. PMID:27686304.
- Easterling C. 25 Years of Dysphagia Rehabilitation: What Have We Done, What are We Doing, and Where are We Going? *Dysphagia*. 2017;32(1):50-54. doi:10.1007/s00455-016-9769-8.
- Frain MP, Tschopp MK, Bishop M. Predictors of Outcomes in Rehabilitation. *J Rehabil*. 2009;75(1):27-35.
- Fernández-Pombo A, Seijo-Raposo IM, López-Osorio N, Cantón-Blanco A, González-Rodríguez M, Arias-Rivas S, Rodríguez-Yáñez M, Santamaría-Nieto A, Díaz-Ortega C, Gómez-Vázquez E, Martínez-Olmos MÁ. Lesion location and other predictive factors of dysphagia and its complications in acute stroke. *Clin Nutr ESPEN*. 2019 Oct; 33:178-182. doi: 10.1016/j.clnesp.2019.05.019. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31451257.
- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1): 72-8.
- Inui A, Takahashi I, Kurauchi S, et al. Oral conditions and dysphagia in Japanese,community-dwelling middle- and older- aged adults, independent in daily living. *Clin Interv Aging*. 2017;12:515-21.
- Itaqui RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(4):385-9.
- Karkos, PD, Papouliakos S, Karkos CD, EG Theochari Current evaluation of the dysphagic patient. *Hippokratia*. v.13, n.3, p.141-146, 2009.
- Kröger, E, Tourigny A Morin D, Coté L, Kergoat MJ, Lebel P, Robichaud L, Imbeault S, Proulx S, Benounissa, Z. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health. Serv. Res*. v. 7,p. 195,2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18047668>>.
- Lima MS, Sassi FC, Medeiros GC, Ritto AP, Andrade CRF. Preliminary results of a

- clinical study to evaluate the performance and safety of swallowing in critical patients with COVID-19. CLINICS. 2020;75: e 2021.
- Logemann J, et al. Treatment of Oral and Pharyngeal Dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008; 19: 803–16.doi:10.1097/MD.00000000000021778.
- Marchesan, I. Q. Deglutição - Normalidade. In: Furkim, AM Santini, CS. (Org.). *Disfagias Orofaríngeas*. 2 ed. Barueri: Pró-fono, 2004, cap. 1, p. 340.
- Medeiros, GC, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CRF. Clinical Dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. *Clinics*, 2014. 69 - (1): 8-14.
- Mekaru DT, Shibayama MT, Lianza S. Reabilitação fonoaudiológica hospitalar na afasia após acidente vascular cerebral. *Med Reabil*. 2014;33(1):19-22.
- Michel A, Vérin E, Gbaguidi X, Druésne L, Roca F, Chassagne P. Oropharyngeal Dysphagia in Community-Dwelling Older Patients with Dementia: Prevalence and Relationship with Geriatric Parameters. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(9):770-74.
- Mikami Y, Watanabe Y, Motokawa K. Association between decrease in frequency of going out and oral function in older adults living in major urban areas. *Geriatr. Gerontol. Int*. 2019;1(6).
- Moraes DP, Andrade CRF. Quality indicators for integrated care of dysphagia in hospital settings. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(1):89-94. PMid:21552739. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100018>.
- Moraes, DP, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CRF. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. *Critical Care* 2013, 17: R243 Page 2 of 10. <http://ccforum.com/content/17/5/R243>.
- Nita ME, Campino AC, Secoli S, Sarti FM, Nobre M, Costa AM, Ono-Nita SK, Carrilho FJ. *Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Okamoto N, Tomioka K, Saeki K, Iwamoto J, Morikawa M, Harano A, Kurumatani, N. Relationship between swallowing problems and tooth loss in community-dwelling independent elderly adults: The Fujiwara-kyo study. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(5):849-53.
- Padovani AR, Moraes DP, LD Mangili , CRF de Andrade. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) Dysphagia Risk Evaluation Protocol. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.
- Pernambuco, LA. *Deglutição & disfagia orofaríngea : práticas de ensino, pesquisa, extensão e assistência*. João Pessoa : Editora UFPB, 2021. E-book.

- Plowman EK, Humbert IA. Elucidating inconsistencies in dysphagia diagnostics: Redefining normal. *Int J Speech Lang Pathol*. 2018;20(3):310-317. doi:10.1080/17549507.2018.1461931
- Pontius E, Anderson Jr. Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech Language Pathology in the Emergency Department: Specialty Consult Services to Enhance the Care of Older Adults. *Emerg Med Clin North Am*. 2021 May;39(2):419-427. doi: 10.1016/j.emc.2021.01.005.
- Rech RS, Baumgarten A, Colvara BC, Brochier CW, De Goulart B, Hugo FN. Association between oropharyngeal dysphagia, oral functionality, and oral sensorimotor alteration. *Oral Dis*. 2018; 24(4):664-72.
- Secil Y, Arıcı S, İncesu TK, Gürgör N, Beckmann Y, Ertekin C. Dysphagia in Alzheimer's disease. *Neurophysiologie Clinique. Clin Neurophysiol*. 2016;46(3):171-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neucli.2015.12.007>.
- Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pro-fono Revista de atualização científica*. 2007;19 123-130, 2007.
- Soller, S. A. L. & Regis Filho, G. I. (2011). Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro*, 45(3), 591-610.
- Sorteio AE, Cinza JAM. *Triagem de evidências e prática*. Oxford: Imprensa da Universidade de Oxford; 2007. PMCID:1952478. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199214495.001.000>.
- Sunata K, Terai H, Seki H, Mitsuhashi M, Kagoshima Y, Nakayama S, Wakabayashi K, Muraoka K, Suzuki Y, Suzuki Y. Analysis of clinical outcomes in elderly patients with impaired swallowing function. *PLoS One*. 2020;15(9):e0239440. Published 2020 Sep 18. doi: 10.1371/journal.pone.0239440.
- Suntrup-Krueger S, Minnerup J, Muhle P, Noel I, Schröder JB, Mariana T, Warnecke T, Kalic M, Berger K, Dziewas R. The Effect of Improved Dysphagia Care on Outcome in Patients with Acute Stroke: Trends from 8-Year Data of a Large Stroke Register. *Cerebrovasc Dis*. 2018;45(3-4):101-108. doi:10.1159/000487811.
- Wang C, Su S, Li X, Li J, Bao X, Liu M. Identifying Performance Outliers for Stroke Care Based on Composite Score of Process Indicators: an Observational Study in China. *J Gen Intern Med*. 2020;35(9):2621-2628. doi:10.1007/s11606-020-05923-x.
- Yang EJ, Kim MH, Lim JY, Paik NJ. Oropharyngeal Dysphagia in a community-based elderly cohort: the korean longitudinal study on health and aging. *J Korean Med Sci*.

2013; 28(10):1534-9.

Yang EJ, Kim KW, Lim JY, Paik NJ. Relationship between dysphagia and mild cognitive impairment in a community-based elderly cohort: The Korean Longitudinal Study on Health and Aging. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(1):40-46.

ANEXOS

Cep instituição proponente

Cep instituição coparticipante

Comprovante de submissão de artigo científico

Comprovante impacto sociocultural

Comprovantes impactos científico

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO OROFARÍNGEA DE UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE DO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: MARIA ALICE LEITE COSTA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 66036722.7.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.988.413

Apresentação do Projeto:

RESUMO: "Os distúrbios de deglutição, também denominados de disfagia, não são considerados uma doença, mas um sintoma de alguma doença de base. Estão associados ao aumento de morbidade e mortalidade, podendo conduzir a uma variedade de complicações clínicas, entre elas: desidratação, desnutrição e pneumonia aspirativa. O fonoaudiólogo é o profissional capacitado a avaliar precocemente a deglutição e a estabelecer a via mais segura de alimentação. A unidade de urgência e emergência é o setor que presta o primeiro atendimento ao paciente, é interessante que cada pronto-socorro (PS) conte com a atuação desse profissional, uma vez que existe grande demanda de pacientes potencialmente disfágicos. A adesão e a utilização de indicadores de desempenho por serviços de Fonoaudiologia permitirão melhorias nos processos assistenciais e trarão benefícios diretos aos pacientes, além do fortalecimento da prática baseada em evidências. Objetivo: Analisar os indicadores de qualidade de pacientes com distúrbios de deglutição internados em um serviço de Pronto Socorro (PS) em um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal, avaliados pela equipe de Fonoaudiologia. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo analítico. Os dados serão coletados dos prontuários dos pacientes utilizando um sistema de prontuário eletrônico e tabulados no Microsoft Excel. Serão considerados para esta análise os atendimentos realizados entre Setembro de 2019 e Agosto de 2020. Para este estudo as variáveis analisadas serão as informações sobre indicadores de qualidade de processo e resultados.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Critério de Inclusão:

Continuação do Parecer: 5.988.413

"Serão incluídos nesta pesquisa, todos os pacientes que foram avaliados e atendidos, de Setembro de 2019 a Agosto de 2020, pela equipe de Fonoaudiologia conforme solicitação de parecer em prontuário eletrônico sem diferenciação do sexo nem do diagnóstico médico, a única ressalva será ter a idade acima de 18 anos. De acordo com um levantamento inicial das fichas, a amostra dos participantes da pesquisa está em torno de 520."

Critério de Exclusão:

"Serão excluídos, pacientes que mesmo atendidos pela equipe de Fonoaudiologia apresentaram dados incompletos ou sem conformidades, pacientes que foram a óbito e os que tiveram o atendimento suspenso devido a alguma intercorrência ou piora clínica."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

"Analisar e descrever os indicadores de processo e resultados relacionados à deglutição orofaríngea em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de alta complexidade do Distrito Federal."

Objetivos Específicos

- "a. Caracterizar a atuação fonoaudiológica dentro do Pronto-socorro;
- b. Correlacionar indicadores de processo e resultados;
- c. Fornecer dados a equipe de gestão hospitalar para melhoria dos processos de trabalho no Pronto-socorro, do ponto vista da deglutição."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

"Os riscos previstos para esta pesquisa envolvem:

Divulgação de informações e vazamento de dados; Invasão de privacidade;

Divulgação de dados confidenciais;

De acordo com a classificação da graduação, este estudo apresenta risco MÍNIMO, pois se caracteriza como um estudo que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais do indivíduo que irá participar da amostra, e que apesar de ser uma revisão de prontuário não será feita nenhuma identificação nem será invasivo e nem envolver a intimidade do indivíduo. Para minimizar os riscos elencados serão utilizadas senhas nos arquivos, os dados não serão armazenados em nuvem e haverá um método de codificação para cada participante no banco de dados."

Benefícios:

"Já os benefícios envolvem:

Ofertar elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

Informar e auxiliar a comunidade em geral e científica sobre os resultados obtidos; Baixo custo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Faculdade de Ceilândia da UnB, da pesquisadora Maria Alice Leite Costa e orientado pela Profa Laura Davison Mangilli Toni. A pesquisa prevê 520 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

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



se pela aprovação do protocolo de pesquisa.
Continuação do Parecer: 5.988.413

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2008508.pdf	30/03/2023 18:33:23		Aceito
Outros	CARTACEPAJUSTADO.pdf	30/03/2023 18:30:20	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMARIAALICECOSTA.pdf	30/03/2023 18:24:55	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMARIAALICECOSTA.docx	30/03/2023 18:24:40	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAAJUSTADO.docx	22/03/2023 16:09:10	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAAJUSTADO.pdf	22/03/2023 16:08:02	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	07/02/2023 22:26:36	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTATCLE.pdf	07/02/2023 22:25:55	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	TERMODECOPA.pdf	07/02/2023 22:24:17	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOPDF.pdf	07/02/2023 22:22:35	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/02/2023 22:22:21	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	2.docx	15/11/2022 13:12:43	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	2.pdf	15/11/2022 12:51:55	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	15/11/2022 12:48:11	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	TERMODERESPONSA.pdf	10/11/2022 15:33:43	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	cartaenca.pdf	10/11/2022 15:30:14	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito

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

Outros	LATTESMARIAALICE.pdf	02/11/2022 19:24:56	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	LATTESLAURA.pdf	02/11/2022 19:24:39	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Abril de 2023

Assinado por:
MARIANA SODARIO CRUZ
(Coordenador(a))

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO OROFARÍNGEA DE UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE DO DISTRITO FEDERAL.

Pesquisador: MARIA ALICE LEITE COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67027622.2.0000.8153

Instituição Proponente: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.170.520

Apresentação do Projeto:

Trata-se o presente relatório da apresentação das respostas às pendências do parecer elaborado por este CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Consta em relatório anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previstos para esta pesquisa envolvem: Divulgação de informações e vazamento de dados; Invasão de privacidade; Divulgação de dados confidenciais; De acordo com a classificação da graduação, este estudo apresenta risco MÍNIMO, pois se caracteriza como um estudo que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais do indivíduo que irá participar da amostra, e que

apesar de ser uma revisão de prontuário não será feita nenhuma identificação nem será invasivo e nem envolver a intimidade do indivíduo. Para minimizar os riscos elencados serão utilizadas senhas nos arquivos, os dados não serão armazenados em nuvem e haverá um método de codificação para cada participante no banco de dados.

Benefícios:

Já os benefícios do estudo envolvem: Ofertar elevada possibilidade de gerar conhecimento para

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF TERREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.297-400
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-8900 **E-mail:** cep@igesdf.org.br

entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos; Informar e auxiliar a comunidade em geral e científica sobre os resultados obtidos; Baixo custo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a academia e para a assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos do TCLE e do Cronograma foram ajustados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo o presente relatório de resposta às pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (CEP/IGESDF), de acordo com as atribuições definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na resolução do 466/2012 e na norma operacional 001/2013, em reunião, realizada no dia 06/07/2023, cumpridas as pendências deliberou pela “APROVAÇÃO” do presente protocolo de pesquisa.

O pesquisador deve seguir o disposto no item recomendações e demais aspectos éticos vigentes, emitindo relatórios parciais semestrais e final sucinto quando da conclusão do projeto, por meio de notificação, via Plataforma Brasil. Além disso, deve seguir o protocolo como apresentado e aprovado.

Qualquer alteração que seja feita, inclusive se houver necessidade de interrupção da pesquisa, também deve ser imediatamente comunicada ao CEP/IGESDF, via Plataforma Brasil

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2044551.pdf	07/04/2023 23:22:41		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Formularioresppendparecer5918851.docx	07/04/2023 23:22:10	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF TERREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.297-400
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-8900 **E-mail:** cep@igesdf.org.br

Continuação do Parecer: 6.170.520

Cronograma	CRONOGRAMAIGESDF.docx	07/04/2023 23:21:48	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAIGESDF.pdf	07/04/2023 23:21:34	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMARIAALICECOSTA3.pdf	07/04/2023 23:21:20	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOIGESDF.pdf	07/04/2023 23:19:37	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	TERMODECOPAMODIFICADO.pdf	01/03/2023 14:52:28	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	COPARTICIPANTE.pdf	02/02/2023 22:14:10	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	TERMOCOMPROMISSO.pdf	28/01/2023 15:44:00	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	COMPROMISO.docx	09/12/2022 10:34:24	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/12/2022 10:33:12	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Declaração de concordância	TERMOCOPAR.pdf	09/12/2022 10:32:45	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	10/11/2022 16:00:25	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	LATTESLAURA.pdf	03/11/2022 15:58:35	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Outros	LATTESMARIAALICE.pdf	03/11/2022 15:58:23	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOIGESDF.pdf	03/11/2022 15:57:40	MARIA ALICE LEITE COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 08 de Julho de 2023

Assinado por:
OSORIO LUIS RANGEL DE ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF TERREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.297-400
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-8900 **E-mail:** cep@igesdf.org.br

Programa de Orientação ao Paciente Disfágico



NÚCLEO DE SAÚDE FUNCIONAL
HOSPITAL REGIONAL DO
GUARÁ - HRGU
JANEIRO/2022

 UNIVERSIDADE DE BRÁSILIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA



PPGCR
Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Reabilitação



FGA. MARIA ALICE COSTA – CRFa. 10518-5

FGO. MAX SARMET M. S. MELO – CRFa. 8033 - 5

PROF. DRA. FGA. LAURA DAVISON M TONI – CRFa. 13493-2





1- Oferecer sempre a dieta para o paciente acordado e atento para evitar engasgos. Caso esteja muito sonolento na hora da refeição é preferível aguardar um pouco até ele estar mais alerta.

2- Procure um lugar mais silencioso para oferecer a dieta ao paciente. Assim, ele conseguirá se concentrar na alimentação, mastigar melhor e engolir com maior segurança

3- Durante a alimentação o paciente deve estar o mais sentado possível e com o queixo encostado no peito na hora de engolir para evitar engasgos. Também é importante que o cuidador fique na mesma altura do paciente na hora de oferecer a dieta.



Elevado 90°



Elevado 45°

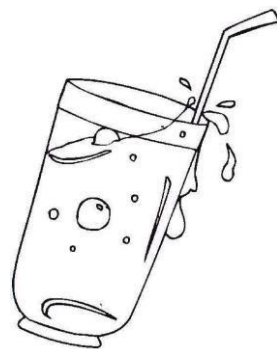
4- Alimentos de consistência pastosa são mais fáceis para o paciente engolir. Normalmente o líquido é mais difícil. Inicie com pouca quantidade e em temperatura ambiente ou fria.

5- O alimento deve ter uma aparência e sabor agradáveis. O paciente deve ver e sentir o cheiro dos alimentos. Lembrar o paciente de que ele deve mastigar bem e depois engolir.

6- Coloque a colher com o alimento no meio da língua do paciente e peça para que ele puxe o alimento com os lábios, enquanto o cuidador pressiona a colher para baixo e levanta o seu cabo e vai retirando a colher da boca.

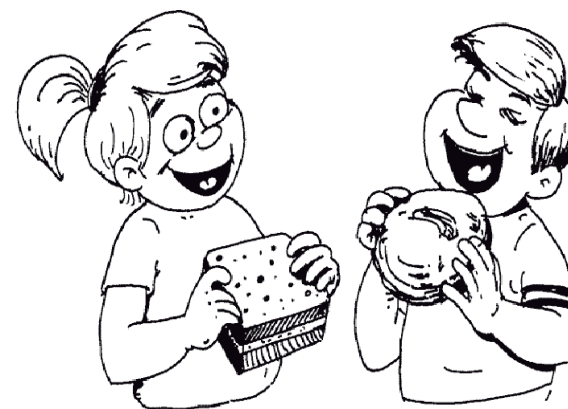
7- Espere cerca de 15 a 30 segundos antes de oferecer mais alimento e observe se ficou comida na boca.

8- Peça para o paciente engolir várias vezes e fazer as manobras indicadas pelo fonoaudiólogo.



9- Os líquidos, na maioria das vezes, são mais difíceis de engolir. Portanto, sempre siga as recomendações do fonoaudiólogo na hora de oferecer essa consistência.

10- Os alimentos sólidos precisam ser bem mastigados. Para isso o paciente precisa ter condições dentárias capaz de fazê-lo, além de ser orientado pelo fonoaudiólogo a melhor forma de serem oferecidos esses alimentos.



11- Caso o paciente use prótese dentária (dentadura), ela deve permanecer com o paciente para que esse possa se alimentar melhor.

12- Após a dieta é importante manter o paciente sentado ou com a cabeceira elevada entre 30° e 45° por cerca de 1 hora para facilitar a digestão e evitar vômitos.

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
CoDAS

Manuscript ID
CODAS-2024-0031

Title
INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE DO DISTRITO FEDERAL

Authors
Leite Costa, Maria Alice
Sarmet Moreira Smiderle Mello, Max
Toni, Laura

Date Submitted
05-Feb-2024

Author Dashboard



© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2024. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

 [@Clarivate for Academia & Government](#) |  [System Requirements](#) |  [Privacy Statement](#) | 
[Terms of Use](#) | [Definições de cookies](#)



Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado INDICADORES DE RESULTADOS RELACIONADOS À DEGLUTIÇÃO OROFARÍNGEA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL do tipo RESUMO EXPANDIDO de autoria de MARIA ALICE LEITE COSTA, MAX SARMET E LAURA DAVIDSON MANGILI TONI foi aprovado e publicado nos anais do IV Congresso Nacional de Inovações em Saúde, através da Revista Multidisciplinar em Saúde (ISSN: 2675-8008) no seu Volume 4, número 3, com código DOI 10.51161/CONAIS2023/21944.

Fortaleza/CE, 24 de fevereiro de 2024.

Antônio Diego Costa Bezerra

Antônio Diego Costa Bezerra
DIRETOR PRESIDENTE DA CONAIS

Luana B. Lima

Luana Lima Benevides
COORDENADORA DE PROGRAMAÇÃO



CERTIFICADO

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia a
MAX SARMET MOREIRA SMIDERLE MELLO

pela apresentação do trabalho intitulado INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA AFETA NEGATIVAMENTE A FUNÇÃO DE FALA EM PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA DE INÍCIO BULBAR E ESPINHAL: DADOS RETROSPECTIVOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA, do(s) autor(es) MAX SARMET MOREIRA SMIDERLE MELLO, LAURA DAVISON MANGILLI, MARIA ALICE LEITE COSTA, DANTE BRASIL SANTOS, VINICIUS MALDANER, JORGE LUIS LOPES ZEREDO, na modalidade E-pôster, na área Linguagem (LGG), apresentado no **XXIX CONGRESSO BRASILEIRO e XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA**, no formato on-line, no período de 13 a 16 de outubro de 2021.

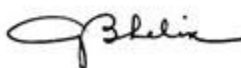
São Paulo, 16 de outubro de 2021.



Dr. Leonardo Lopes
Presidente da SBFa



Dra. Ingrid Gielow
Vice-Presidente da SBFa



Dra. Giédre Berretin-Félix
Diretora Científica SBFa



Dr. Giorvan Anderson Alves
Diretor Científico SBFa

REALIZAÇÃO



SBFa
Sociedade Brasileira
de Fonoaudiologia