



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS E SAUDE**

**INDICADORES DE QUALIDADE E O GERENCIAMENTO DA DISFAGIA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

MARTA MARIA DA SILVA LIRA BATISTA

**TERESINA
2016**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS E SAUDE**

**INDICADORES DE QUALIDADE E O GERENCIAMENTO DA DISFAGIA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

MARTA MARIA DA SILVA LIRA BATISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência e Saúde. Área de Concentração: Política, planejamento e gestão em saúde.

Orientador: Dr. Maurício Batista Paes Landim

TERESINA

2016

MARTA MARIA DA SILVA LIRA BATISTA

**INDICADORES DE QUALIDADE E O GERENCIAMENTO DA DISFAGIA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência e Saúde. Área de Concentração: Política, planejamento e gestão em saúde.

Teresina, 6 de junho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Maurício Batista Paes Landim
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Banca: Prof. Dr. Viriato Campelo
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Banca: Dr. Kelson Nonato Gomes da Silva
Universidade Estadual do Piauí - UESPI

Banca: Dra. Zélia Maria de Araújo Madeira
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Dedico este trabalho a Deus, senhor de todas as coisas, meus amados Octávio Augusto e Rogério Batista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida e por ser tão bom para mim. Me fez existir.

A minha família pela paciência, amor e ternura proporcionados em períodos incertos durante esta caminhada tão árdua. Octávio Augusto sua alegria de viver regozija minha alma todas as manhãs. Rogério obrigada por estar comigo não apenas nos momentos bons de nossas vidas, sou muito grata por seu amor e amizade. Zilma Ferreira, obrigada por me amar e acreditar em mim. O ensino transforma... e logo será sua vez!!

Ao meu orientador, Maurício Batista Paes Landim, sábias considerações e por confiar no meu potencial quando nem eu mesmo mais acreditava nisto. Professor Viriato Campelo, meu “pai” científico, sempre norteou nossas pesquisas e esteve ao meu lado dentro e fora do mundo acadêmico. Prof^a Laurení Dantas, minha “mãe científica, professora orientadora da minha iniciação científica e sempre esteve comigo em toda a minha vida científica, neste momento especial não seria diferente e à profa Zélia Madeira por sua atenção e disposição.

Às amigas da turma de Mestrado: Anael, Flávia e Raquel; meninas nossa insensatez nesses dias de incerteza nos fez mais unidas e certamente mais sábias! Amo vocês!!

À equipe de Fonoaudiologia do HUPI, obrigada pela manutenção dos registros de forma confiável, em especial, a Fga Célia Torres, Denise Nogueira e a Galba Sá pela amizade incondicional.

Aos colegas de trabalho da UTI pelo companheirismo e pela possibilidade de tornar a multiprofissionalidade algo factível e tão benéfico para o paciente, vocês são incríveis.

Especialmente a Dra Rejane Prestes, sempre aberta ao diálogo, nos incentiva desempenhar o melhor de nós todos os dias. Aos Enfermeiros Eduardo, Isadora, Melina, Pollyana, Silvestre e Tágora: os pacientes têm muita sorte de serem cuidados por vocês!! Às Fisioterapeutas Jandisy e Mariana pelas discussões sempre construtivas e crescimento coletivo. Aos Médicos: Kelly Alencar, Ricardo Manguera,

Vicente Castro e Wysmar Silva pela construção do saber multiprofissional a beira do leito e confiar a efetividade da reabilitação Fonoaudiológica. Às Nutricionistas Ana Lina, Anita, Karolliny, Perpétua pelos compartilhamentos do conhecimento particular da nutrição e os desdobramentos com a Fonoaudiologia.

Ao meu chefe imediato, Kelson Gomes, por acreditar, assim como eu, que a pesquisa pode mudar o curso de uma profissão e, que uma profissão pode transformar tantas outras que se articular.

Às colegas de trabalho da Faculdade FAESPI, meninas com vocês aprendi a viver plenamente o exercício da Fonoaudiologia na academia, articulando o ensino à pesquisa. Orgulho da coesão da nossa equipe!!

À prof^a Renata pelas suas correções em tempo super hábil. Obrigada por sua disposição e prontidão, sem você este trabalho não teria tanto valor.

Ao ValorP Estatísticas Ltda pela rapidez na entrega e pela qualidade no serviço prestado.

*"Don't worry about a thing,
'Cause every little thing gonna be all right!"*

Bob Marley

"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."

José de Alencar

RESUMO

Os altos custos na internação hospitalar nem sempre refletem a qualidade do serviço prestado e a utilização e monitoramento dos indicadores de qualidade é fundamental para a avaliação da qualidade do serviço. O principal objetivo deste trabalho é avaliar os principais indicadores de qualidade no gerenciamento da disfagia na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, quantitativa e de caráter retrospectivo. Foram considerados como indicadores de processo: Taxa de Gravidade, Índice de Demanda Fonoaudiológica, Tempo para Avaliação da Deglutição; e, como indicadores de resultados: Tempo para retirada da Via Alternativa de Alimentação, Tempo para Reintrodução da alimentação por Via Oral e a Taxa de Decanulação. Foram incluídos 232 pacientes, apresentando uma leve predominância no sexo masculino, com 54,1%, com a média de idade de $54,9 \pm 20,2$ anos de idade. O tempo médio de internação na UTI foi de $11,4 \pm 15,1$ dias. Do total 49,5% foram intubados, permanecendo sob ventilação mecânica invasiva por 5,1 dias, em média, na primeira intubação e de 3,0 dias na segunda, sendo, 91,4% apresentavam algum grau de disfagia quando foram avaliados pelo Fonoaudiólogo, pela primeira vez. A presença do profissional em todo o seu turno de trabalho permite melhor interação com a equipe de cuidado, monitorização mais precisa do paciente no intuito de iniciar a terapêutica mais precocemente. No indicador Reintrodução Via Oral, 88,3% foram reabilitados nos primeiros 5 dias, bem com a Retirada da Via Alternativa de Alimentação, com 88,9%. Estes resultados foram positivos, demonstraram que o acompanhamento intensivo da Fonoaudiologia na UTI permite a interdisciplinaridade e cuidado integral do paciente, culminando em tempo menor de internação na UTI, menor percentual de colocação de vias alternativas para alimentação, além de proporcionar três vezes mais rápida a decanulação e a reintrodução da via oral como forma de nutrição.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Resultado e Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Fonoterapia; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The high costs in hospital do not always reflect the quality of service and the use and monitoring of quality indicators is critical for assessing the quality of service. The main objective of this study is to evaluate the main quality indicators in the management of dysphagia in the Intensive Care Unit. This paper is a descriptive, cross-sectional, quantitative and retrospective. They were considered as process indicators Severity Rate, Phonoaudiological Demand Index, Time Evaluation of Swallowing; and as a result indicators: Time to remove the Alternative Feeding Way, Time to Reintroduction of Oral Feeding and Decannulation Rate. The total number of patients was 232 patients, there was a slight predominance in males, with 54.1%, with a mean age of 54.9 ± 20.2 years old. The mean length of ICU stay was 11.4 ± 15.1 days. Of the total 49.5% were intubated, remaining under mechanical ventilation for 5.1 days on average in the first intubation and 3.0 days in the second, and 91.4% had some degree of dysphagia when they were valued at Phonoaudiologist for the first time. The presence of the professional throughout their work shift allows for better interaction with the care team, more accurate patient monitoring in order to start therapy earlier. In Time to Reintroduction of Oral Feeding, 88.3% were rehabilitated in the first five days, as well as the withdrawal of Alternative Feeding Way, with 88.9%. These results were positive, showed that intensive monitoring of speech therapy in the ICU allows interdisciplinary and holistic care of the patient, resulting in a shorter ICU stay, lower percentage of placement of alternative ways for food, in addition to providing three times faster to decannulation and the reintroduction of the mouth as a form of nutrition.

Key Words: Deglutition Disorders; Quality Indicators, Health Care; Outcome and Process Assessment (Health Care); Speech Therapy; Intensive Care Units.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	15
3.2 Atuação Fonoaudiológica na UTI.....	17
3.3 Indicadores de Qualidade na Assistência.....	19
4 METODOLOGIA	22
4.1 Desenho da Pesquisa	22
4.2 Local da Pesquisa	22
4.3 Duração da Pesquisa	22
4.4 Critérios de seleção da amostra	22
4.5 População e Variáveis.....	23
4.6 Método da Pesquisa.....	24
4.7 Aspectos Éticos	26
4.8 Análise Estatística.....	27
5 RESULTADOS	28
5.1 INDICADORES DE PROCESSO	31
5.2 INDICADORES DE RESULTADOS.....	34
6 DISCUSSÃO	38
6.1 INDICADORES DE PROCESSO	41
6.2 INDICADORES DE RESULTADOS.....	44
7 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, nestas últimas décadas, apresenta intensas modificações populacionais devido à sua transição epidemiológica. Se outrora doenças parasitárias ocupavam local de destaque no setor da saúde, hoje são as crônicas que demandam maior atenção dos profissionais, tendo um aumento percentual de quase 4 vezes, em menos quatro décadas, passando de 12% na década de 50, para 40% em meados dos anos 2000 (GORDILHO et al., 2000; BRASIL, 2009).

Estima-se que o gasto *per capita*, em média, com a hospitalização para pacientes no Brasil é de 1050,80 reais paciente/internação. O primeiro colocado é Santa Catarina, seguido por São Paulo e Paraná (com 1256,43; 1255,13; e 1244,12 reais respectivamente). O Piauí é o 21º colocado nacional, com o gasto de 693,14 reais; e Rondônia é o último colocado com o gasto de 541,50 reais. Cabe ressaltar que os gastos *per capita* são proporcionais à alocação de recursos destinados à saúde (BRASIL, 2012ab).

É importante lembrar que os altos custos na internação hospitalar nem sempre refletem a qualidade do serviço prestado. No antigo modelo de saúde, o do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, as despesas com saúde correspondiam a aproximadamente 30% do orçamento previsto para a previdência social. Além do pouco controle sobre os terceirizados (prestadores contratados ou conveniados), não havia planejamento racional, pois, as exigências para os credenciamentos eram políticas e não técnicas (FIOCRUZ, 2006).

Hoje no Brasil existem em seu território aproximadamente 46 Hospitais Universitários Federais (HUF), os quais aglutinam o tripé educacional: as práticas de ensino em saúde aos serviços de extensão universitária e as pesquisas em saúde. A união entre ensino e saúde é refletida por seus gestores executivos: Ministério da Educação (responsável pelo financiamento de recursos humanos) e Ministério da Saúde (pagamentos referentes às pactuações dos serviços a serem prestados) (COSTA, 2010; SODRÉ et al., 2013).

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HUUFPI) foi inaugurado em meados de novembro de 2012, iniciando parte dos atendimentos em

saúde. A plenitude dos atendimentos deu-se a partir do mês maio de 2014, com a abertura dos 10 leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os 213 leitos de enfermaria (COSTA, 2010; UFPI, 2012).

A UTI tornou-se foco de atenção dos gestores em saúde por exigir altos investimentos, para o seu bom funcionamento, e mão de obra extremamente qualificada. O gerenciamento do setor deve equilibrar a manutenção da qualidade com a correta alocação dos recursos (FERNANDES et al., 2011). Os pacientes que estão internados na UTI frequentemente são submetidos à intubação orotraqueal prolongada e/ou sob traqueostomia em ventilação mecânica, dois marcadores de incidência da disfagia (RODRIGUES et al., 2015).

A Resolução da Diretoria Colegiada(RCD) nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), datada do fevereiro de 2010, elenca os requisitos mínimos para funcionamento de UTI. Dentre as diversas orientações, o documento regulamenta oficialmente a atuação do Fonoaudiólogo neste ambiente (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016).

Prioritariamente, este profissional deve reabilitar os casos de disfagia, sintomas/sequelas de etiologias diversas, e contribuir na celeridade no processo de decanulação da traqueotomia. A disfagia é qualquer dificuldade apresentada em qualquer fase da deglutição, e tem como principal sinal a incapacidade de transporte do alimento da boca até o estômago com efetividade e segurança (RODRIGUES et al., 2015).

A intenção é garantir que a via oral seja segura para a oferta de alimentos, impedindo/ minimizando os efeitos sistêmicos das pneumonias aspirativas. Em consonância com o documento da ANVISA supracitado, o Conselho Federal de Fonoaudiologia previamente deliberou a Resolução 0356, em 06 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2016).

A definição de qualidade da assistência criada pela Organização Mundial da Saúde (1981) relaciona à saúde diversos fatores gerenciais, como: nível de competência profissional, a eficiência na alocação dos recursos, minimização de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes, produzindo como quociente o efeito favorável na saúde do paciente.

A adoção de indicadores de qualidade é fundamental para a avaliação da qualidade do serviço pois, por fornecer medidas quantitativas, promove o monitoramento e a identificação de oportunidades para a melhoria dos serviços, além de articular o melhor custo- benefício com satisfação do usuário (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

O cenário de gestão dos HUF descrito por Sodré et al.(2013) tem como nós críticos: a insuficiência nos quadros de servidores, a deficiência nas instalações físicas e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, culminando na redução sistemática de oferta de serviços à população.

Este arranjo entre estrutura e processos de trabalho tem implicado no fechamento de leitos. Mas será que a situação descrita por Sodré et al. (2013) reflete a realidade do HUUFPI em 2016? Estes nós críticos também podem ser aplicados à equipe de Fonoaudiologia?

A hipótese deste trabalho é que pacientes assistidos pela equipe de Fonoaudiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HUUFPI) recebem boa qualidade nos serviços prestados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os principais indicadores de qualidade no gerenciamento da disfagia na UTI do HU-UFPI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores sociodemográficos da amostra;
- Estimar a prevalência da disfagia entre os pacientes;
- Julgar os indicadores de processos mais utilizados pela Equipe de Fonoaudiologia da UTI;
- Quantificar os indicadores de resultados da Equipe de Fonoaudiologia da UTI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A UTI é destinada essencialmente para o tratamento contínuo e com maior atenção aos pacientes críticos com os mais diversificados níveis de gravidade. É ordenativa a realização de cuidados e contínua monitorização, com a finalidade de estabilização ou melhora no quadro clínico de saúde.

A principal precursora da Terapia Intensiva também teve fundamental participação na construção do ensino de Enfermagem, chamada Florence Nightingale, em 1854. Por meio de seu poder observacional, gerava hipóteses baseada em seus saberes e práticas relacionadas ao exercício profissional. Ao estratificar o cuidado para com os doentes da guerra, Florence instituiu a lavagem das mãos como uma importante ferramenta para o controle de infecções, além de ofertar mais cuidado e observação àqueles que mais necessitavam (patologias mais graves) (FONTANA, 2006; COSTA et al.,2009; CREMESP, 2009).

Ao fiscalizar as condições sanitárias, de assistência e de conforto dos pacientes, além de segmentá-los pelo nível de gravidade de seus ferimentos, Florence instituiu um dos princípios básicos da UTI: vigilância constante do paciente. A partir de suas observações, passou-se a valorizar as condições ambientais como: higiene, iluminação, ventilação, odores, temperatura, ruídos (FONTANA, 2006; COSTA et al.,2009).

No Brasil, os rascunhos da Terapia intensiva foram iniciados em meados dos anos 50, com a inserção da ventilação mecânica controlada. Já a primeira UTI efetivamente respiratória surgiu no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1967. Com o intenso crescimento no número de profissionais especialistas e da demanda assistencial, uma década mais tarde foi fundada a Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (CREMESP, 2009).

Em franco desenvolvimento, houve a necessidade de regulamentações para atuação e organização, além das próprias atribuições legais. Sob este ponto de vista, em 1998, surgiu a Portaria nº 3.432 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), reconhecendo a importância da regulamentação da assistência das unidades que

realizam tratamento intensivo, além da necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo. Nessa portaria fica clara as diferentes atribuições de cada UTI por grupos etários, descrito no quadro 1, e determina os profissionais da equipe mínima do cuidado além da quantificação de todos os equipamentos e materiais.

Quadro 1. Tipos de UTI por faixa etária (1998).

Tipo	Faixa etária
Neonatal	Pacientes com idade entre 0 a 28 dias;
Pediátrico	entre 28 dias e 14 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
Adulto	Maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
Especializada	Voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupos específicos de doenças (queimados, cardiológica, cirúrgicas, respiratórios, neurológicos).

Fonte: Brasil (1998); Portaria 3432/98.

Estima-se que hoje, no Brasil, existem 1421 estabelecimentos com 25.367 leitos de UTI. Cerca de 70,6%(n=17.905) são de UTI Adulto, cuja instituição mantenedora, na maioria das vezes, é privada (37,6%), filantrópica ou pública (34,7%, 26,3%, respectivamente). Grande parte desses leitos, aproximadamente 54,7%, está situada na região sudeste, seguida da região sul com 17,3%; a região nordeste aparece em terceiro lugar, com 16,2% (AMIB,2010).

Finalmente em 2010 é instituída a lei base da Terapia Intensiva Atual, a 07 Resolução da Diretoria Colegiada (RCD). Ela dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva além de tratar de outros assuntos. É a primeira vez que o profissional Fonoaudiólogo é citado como parte da equipe de assistência à beira do leito, sem delimitação mínima de quantidade de profissionais/ leito (BRASIL, 2010a).

3.2 Atuação Fonoaudiológica na UTI

Publicada no dia 9 de dezembro de 1981, a lei que regulamenta a profissão do Fonoaudiólogo determinava que, em seu exercício profissional, ele estaria habilitado para prevenir e reabilitar, dentre outras providências, na área da comunicação, seja escrita ou oral, englobando também o aperfeiçoamento dos padrões de fala, linguagem, voz e audição (BRASIL, 1981).

Somente em 2008, por meio da resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia, houve o reconhecimento oficial/ habilitação profissional para a atuação na reabilitação das disfagias orofaríngeas (BRASIL, 2008). Com a obrigatoriedade, por meio da RDC 07/2010, o reconhecimento e resultados obtidos, houve aumento da inserção do Fonoaudiólogo, em 2016, a disfagia foi reconhecida como especialidade da Fonoaudiologia, cerceando o direito ao exercício da reabilitação da deglutição ao Fonoaudiólogo (BRASIL, 2016).

A deglutição consiste em contrações musculares que auxiliam na descida do alimento da cavidade oral até o estômago sem permitir a entrada de alimento nas vias aéreas, devido a uma atividade neuromuscular bastante complexa, cujos objetivos são: transportar do bolo alimentar, manter a limpeza do trato respiratório e proporcionar nutrição (PANSARINI, 2012; PADOVANI et al., 2013).

Como um processo dinâmico e de curta duração, a deglutição acontece de forma rápida e que pode ser dividida nas seguintes fases: Preparatória Oral, Oral propriamente dita, Faríngea e Esofágica (QUEIROZ, 2011; PANSARINI, 2012; PADOVANI et al., 2013).

O'Neil et al. (1999) classifica as disfagias em 7 níveis de severidade, nos quais: o nível 7 é considerado *normalidade*, o nível 6 é considerado *deglutição funcional*, o nível 5 é considerado *disfagia leve* (restrição de uma consistência), o nível 4 é considerado *disfagia leve a moderada* (restrição de uma ou duas consistências e supervisão intermitente), o nível 3 é considerado *disfagia moderada* (total assistência e supervisão), o nível 2 é considerado *disfagia moderadamente severa* (assistência máxima/ tolera apenas uma consistência de forma segura), o

nível 1 é considerado *disfagia severa* (incapacidade de tolerar de forma segura qualquer alimento por via oral).

Ele também destaca que a disfagia é qualquer dificuldade em todo o processo de deglutição. Na fase preparatória oral pode-se observar uma alteração na mastigação, manipulação do bolo alimentar bem como a sua progressão até a etapa seguinte; na fase oral pacientes tem dificuldade de propelir o bolo.

As alterações da fase faríngea são as mais conhecidas na clínica: engasgos e tosses durante a deglutição, sendo apenas alguns exemplos de alteração desta fase. Apesar de o Fonoaudiólogo não realizar reabilitação/ tratamento na fase esofágica, é prudente conhecer os sinais clássicos, para melhor tratar o paciente: sensação de bolo parado no peito, queixas relacionadas à regurgitação do bolo alimentar já deglutido.

No ambiente da Terapia Intensiva, o Fonoaudiólogo é fundamental para a avaliação da deglutição, uma vez que as principais complicações inerentes ao mau funcionamento deglutitório inevitavelmente desestabilizam o estado clínico do paciente. Ele é o profissional responsável pela prevenção e redução das possíveis complicações pulmonares, nutricionais/hidratação do paciente (FURKIM et al., 2014; RODRIGUES; GONÇALVES et al, 2014).

Pacientes que estão internados em terapia intensiva apresentam diversos fatores que contribuem significativamente para o aparecimento da disfagia: aparato medicamentoso, uso de ventilação mecânica (invasiva ou não), infecção por microorganismos multirresistentes, adequação da viscosidade do bolo para as condições do paciente, alteração do nível de consciência, estado nutricional previamente já rebaixado, além de associação com outras comorbidades como o colapso, ainda que temporário, dos sistemas respiratório, neurológico, renal, digestório ou cardíaco (LOGEMANN, 2007; PADOVANI et al., 2013; FURKIM; RODRIGUES, 2014).

São considerados como fatores de predição para a disfagia: intubação orotraqueal prolongada (ou seja, >48 horas), alterações na coaptação glótica, disartria, ausência ou deficiência na tosse voluntária, ausência ou deficiência na coordenação entre a respiração e a fala, tosse após a deglutição, qualidade vocal

molhada após a deglutição (KUNIGK, CHEHTER, 2007; BORDON et al., 2011; PADOVANI et al., 2013).

A atuação do fonoaudiólogo hospitalar visa, prioritariamente, à detecção precoce da disfagia a fim de diminuir de riscos da pneumonia aspirativa, além de oferecer tratamento mais eficaz ao paciente, promove o abreviamento da internação hospitalar (ABDULMASSIH et al., 2009).

A idade é um fator bastante relevante, pois foi determinado que pacientes idosos que tiveram a permanência ou utilização de ventilação mecânica prolongadas na UTI beneficiaram-se da fonoterapia precoce. Sabe-se que pacientes idosos já têm um padrão de deglutição diferenciado, mais ainda funcional, sendo a disfagia com um sintoma de uma patologia maior (ESTRELA; ELIAS; MOTTA, et al., 2009; BORDON et al., 2011).

3.3 Indicadores de Qualidade na Assistência

Em meados de anos 70, deu-se início das pesquisas na área avaliação em saúde, e priorizavam a satisfação do paciente. O foco era conseguir provar a relação entre os melhores resultados clínicos e o nível de adesão ao tratamento. Em especial no setor público, cujas políticas reformadoras priorizaram essencialmente a restrição de gastos baseados nos custos crescentes dos serviços de saúde. Entretanto era necessário manter o nível de qualidade ofertado, dando pontapé para o surgimento de novos modelos de gestão, visando a uma melhor qualidade e à eficiência dos serviços, bem como maior transparência em todo o processo de gestão (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

O primeiro autor que se dedicou a conhecer e publicar sobre qualidade em saúde foi Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, sendo o primeiro no setor da saúde. Os indicadores podem avaliar o estado de saúde da população em questão e o desempenho dos serviços oferecidos de saúde. A junção destas duas variáveis traça um cenário mais completo da situação sanitária de uma população. Baseado na Teoria de Sistemas, fez 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; ADAMI; CUNHA, 2006; MORAES; ANDRADE, 2011).

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

2 – Processo: Bifurca-se na avaliação das atividades referentes ao tratamento realizadas para com o paciente, são técnicas operacionais e seguem padrões técnico-científicos baseados no paradigma da literatura científica. E, na relação interpessoal entre paciente e profissional, mantendo este marcador com aspectos quanti-qualitativos.

3 – Resultados: Compreende a avaliação da interferência da atuação profissional prestada no reestabelecimento da saúde do paciente (ou não), considerando as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes. Avalia também o grau de satisfação do paciente e do profissional de saúde interveniente (DONABEDIAN, 1988; SOLLER; REGIS FILHO, 2011)

Os valores finais obtidos dos indicadores, isoladamente, não constituem um indicador de qualidade de assistência, é imprescindível a realização de avaliações conjuntas da estrutura e dos processos, para que a partir da razão entre estas variáveis consiga ser compreendido as diferenças, a fim de planejar intervenções para aperfeiçoar a melhoria na assistência (resultados), cujo objetivo final seja alcançado: eficiência nos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). É preciso observar os indicadores de qualidade como um instrumento de mensuração, mas também de acompanhamento do resultado e de mudança.

O Ministério da Saúde Brasileiro, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), determinou alguns itens da UTI que devem ser monitorizados mensalmente, na tentativa de instaurar melhores práticas de saúde, os indicadores de qualidade próprios à realidade da UTI, no quadro 2, abaixo (BRASIL, 2010b).

Quadro 2. Indicadores de Qualidade na UTI estimados pela ANVISA (2010).

I	Taxa de mortalidade absoluta e estimada.
II	Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva.
III	Taxa de reinternação em 24 horas.
IV	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV).
V	Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM).
VI	Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central.
VII	Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC);
VIII	Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.

Fonte: Brasil (2010b); Instrução Normativa nº04/10.

Mesmo estando na equipe de apoio, ainda não há leis que garantam a exclusividade do Fonoaudiólogo na UTI. No ano seguinte à determinação da ANVISA – quadro supracitado – e em atendimento às crescentes demandas para atendimento Fonoaudiológico, Moraes (2010) em sua dissertação de mestrado inicia os estudos na área de gerenciamento de qualidade nas unidades de internação e na UTI (MORAES; ANDRADE, 2011).

Na dissertação, Moraes (2010) traça dados fundamentais para a estruturação de um serviço de Fonoaudiologia Hospitalar, estabelecendo os principais parâmetros de mensuração bem como os indicadores de qualidade Fonoaudiológicos (MORAES; ANDRADE, 2011). Na tese, dá continuidade ao estudo do gerenciamento da qualidade, traçando a definição dos indicadores de prognósticos de deglutição, principal área de trabalho do Fonoaudiólogo no ambiente da terapia intensiva (MORAES,2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, quantitativa e de caráter retrospectivo.

4.2 Local da Pesquisa

O HUUFPI foi construído em 1987, mas somente 23 anos depois, em 2012, iniciou o atendimento à população. Possui 8 profissionais de Fonoaudiologia, das quais 2 prestam serviços diários à UTI. Está localizado na Avenida Universitária s/n, bairro Ininga, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Teresina – Piauí (UFPI, 2012).

4.3 Duração da Pesquisa

O escopo considerado na pesquisa foi o biênio 2014-2016, sendo considerado como ano útil de abril a março.

4.4 Critérios de seleção da amostra

Os critérios de inclusão foram: pacientes avaliados pela equipe de Fonoaudiologia com, no mínimo, 3 atendimentos sequencializados, e que tiveram a via oral recomendada para avaliação e/ou apto para iniciar o processo de decanulação.

Para critérios de exclusão, foram considerados: pacientes que tiveram a alta da UTI com a dieta zero, dados incompletos no Livro Ata, não tiveram seguimento no atendimento Fonoaudiológico mínimo ou estavam no limite terapêutico, e óbitos durante a internação na UTI, mesmo que tenham sido atendidos pela Equipe de Fonoaudiologia.

Nos casos em que o paciente teve que ser reavaliado Fonoaudiologicamente (após intubações orotraqueais recorrentes ou alterações no estado de consciência), foram considerados os dados referentes à última avaliação. Pacientes com dados incompletos ou sem conformidade para esta pesquisa foram excluídos.

4.5 População e Variáveis

Foram utilizados os registros dos Livros Ata da equipe de Fonoaudiologia do HUUFPI. Do total de pacientes atendidos pela equipe, foram anotados os registros de idade, tempo de internação e procedimentos realizados:

- Intubação Orotraqueal – IOT ou Traqueostomia – TQT;
- Utilização de vias alternativas de alimentação: Gastrostomia - GTT; Nutrição Parenteral – NPT; Sonda Nasoenteral – SNE (poliuretano); Sonda Nasogástrica – SNG (polietileno); Sonda Oroenteral – SOE; e Sonda Orogástrica – SOG.

As variáveis que foram consideradas para esta pesquisa foram: idade, sexo, principal motivo de internação na UTI, presença de intubação orotraqueal, presença de traqueostomia, presença de via alternativa de alimentação, tipo de terapia Fonoaudiológica realizada e tipo de dieta liberada/ ofertada. A mensuração de dias da presença dessas variáveis também foi um dado considerado.

4.6 Método da Pesquisa

O grau de disfagia foi desenhada pela *American Speech-Language-Hearing Association*, através do instrumento da *National Outcomes Measurement System*, por isso é chamada de *ASHA NOMS*. Em seu desenho traz diversas áreas de atuação da Fonoaudiologia, como memória, voz, linguagem e deglutição. Cada desdobramento possui parâmetros próprios, ou *Functional Communication Measures* (ASHA, 2003; ASHA, 2013).

Para a avaliação da deglutição; há uma disposição escalar com variação de 1 a 7. Os últimos dois níveis (6 e 7) podem ser considerados com padrões de normalidade ou desvio mínimo na função deglutitória. Nos níveis 3, 4 e 5, é possível enquadrar uma deglutição segura, entretanto requer fonoterapia para realização de estratégias compensatórias. Já nos níveis 1 e 2, a deglutição não é segura e é imperativo o uso de vias alternativas para manutenção de hidratação e nutrição, além da reabilitação da função deglutitória por meio de fonoterapia (ASHA, 2013).

As intervenções realizadas foram divididas em 2 grupos:

1. Terapia para estimulação da deglutição (terapia indireta utilizando sabores alimentares, sem volume alimentar e ou terapia para adequação dos órgãos fonoarticulatórios – *ASHA NOMS* de 1 a 2);
2. Terapia para treino de deglutição (terapia direta utilizando diversas consistências alimentares e volumes, no intuito de reestabelecer a segurança da via alternativa como forma exclusiva de alimentação – *ASHA NOMS* 3, 4, 5).

Para coletar dados sobre os indicadores de qualidade, foram divididos em dois grandes grupos: indicadores de processo e indicadores de resultados. Os indicadores de qualidade para a Fonoaudiologia Hospitalar foram instituídos por Moraes e Andrade (2011), conforme o quadro abaixo.

Quadro 3. Indicadores de Processos.

Tipo de Indicador	Nome do indicador	Algoritmo (Fórmula para cálculo)	Principais correlações realizadas entre os indicadores
PROCESSO	Taxa de gravidade	$\frac{\text{Número de casos para cada classificação de gravidade}}{\text{Número de casos atendidos}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de demanda Fonoaudiologia;
	Índice de demanda Fonoaudiológica	$\frac{\text{Nº total de atendimentos}}{\text{Número de pacientes atendidos}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de gravidade; • Tempo para reintrodução da alimentação por via oral; • Tempo para retirada da VAA; • Tempo para decanulação.
	Tempo para avaliação da deglutição	Data da passagem da VAA – Data da Avaliação Fonoaudiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de gravidade; • Tempo para reintrodução da alimentação por via oral; • Tempo para decanulação.

Fonte: Moraes (2010); Adaptado pela Autora (2016).

Legenda: VAA- Via Alternativa de Alimentação; VO- Via Oral.

O tempo para avaliação da deglutição tem como objetivo mensurar o tempo compreendido entre a passagem da VAA e a efetividade na avaliação Fonoaudiológica (MORAES; ANDRADE, 2011).

O último, índice de demanda Fonoaudiologia, tem como função a identificação da demanda assistencial da Fonoaudiologia em proporção aos atendimentos diários gerais/ totais do nosocômio (MORAES; ANDRADE, 2011).

Os indicadores de resultados que foram considerados para coleta: tempo para reintrodução da alimentação por via oral, tempo para retirada da via alternativa de alimentação e tempo para decanulação, conforme o quadro 4 (MORAES, 2010; MORAES; ANDRADE, 2011).

Quadro 4. Indicadores de Resultados.

RESULTADO	Tempo para retirada da VAA	Segmentação em (%) simples de pacientes que retiraram a VAA, em dias: 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias.	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de gravidade; • Tempo para reintrodução da alimentação por via oral.
	Tempo para reintrodução da alimentação por via oral	Segmentação em (%) simples de pacientes que iniciaram a VO, em dias: 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias.	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de gravidade.
	Tempo para decanulação	Segmentação em (%) simples de pacientes decanularam da TQT, em dias: 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias.	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de gravidade; • Índice de demanda Fonoaudiologia.

Fonte: Moraes (2010); Adaptado pela Autora (2016).

Legenda: VAA- Via Alternativa de Alimentação; VO- Via Oral.

A partir da porcentagem simples dos pacientes que foram enquadrados em cada categoria, os resultados foram ranqueados em faixas de tempo (5 dias por faixa: 0 a 5 dias; 6 a 10 dias; 11 a 15 dias ou acima de 15 dias), estratificando a amostra por tempo de reabilitação (MORAES; ANDRADE, 2011).

4.7 Aspectos Éticos

Este trabalho foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa/ Faculdade Integral Diferencial, sob o número CAAE: 54399116.6.0000.5211, e propôs dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que a pesquisa não lida diretamente com os pacientes, e sim dados cadastrados previamente pelo Serviço de Fonoaudiologia. Pode-se inferir que não trouxe quaisquer prejuízos, lesões diretamente aos pacientes.

Foi garantido o sigilo dos participantes e das informações deles registradas, e a instituição fornecedora da carta de aceite, teve o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. Esta pesquisa está em conformidade com todas as prerrogativas legais trazidas no texto da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

4.8 Análise Estatística

Posteriormente à coleta dos dados necessários ao estudo, estes foram organizados e padronizados em Microsoft Office Excel® versão 2010. Os resultados foram apresentados em gráficos, tabelas e quadros para melhor visualização e discussão dos achados.

Foi utilizada a estatística descritiva da amostra, sendo testada a normalidade dos dados usando-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Para as correlações, foram utilizados os testes de *Spearman* e de *Wilcoxon*.

Para a análise estatística foi considerado um intervalo de confiança de 95% para as médias analisadas, foram calculados as médias e o desvio padrão, bem como as medidas descritivas da amostra. O nível de significância adotado foram valores de $p < 0,05$. O *software* que foi utilizado foi o Bioestat versão 5.3.

5 RESULTADOS

No ano de 2014, foram registradas 276 admissões, das quais: 84 evoluíram para óbito, 93 foram excluídos por delineamento dos critérios de inclusão, 01 transferência interinstitucional e 98 foram incluídos neste estudo. Para o ano de 2015 foi observado um aumento de quase 20% (19,5%; n=54) no total de internações, das quais: 107 evoluíram para óbito, 88 foram excluídos por delineamento dos critérios de inclusão, 01 transferência interinstitucional e 134 foram incluídos neste estudo.

A amostra do estudo foi composta por 232 pacientes, sendo observada uma leve predominância no sexo masculino, com 54,1%, com a média de idade de 54,9 \pm 20,2 anos de idade. O tempo médio de internação na UTI foi de 11,4 \pm 15,1 dias.

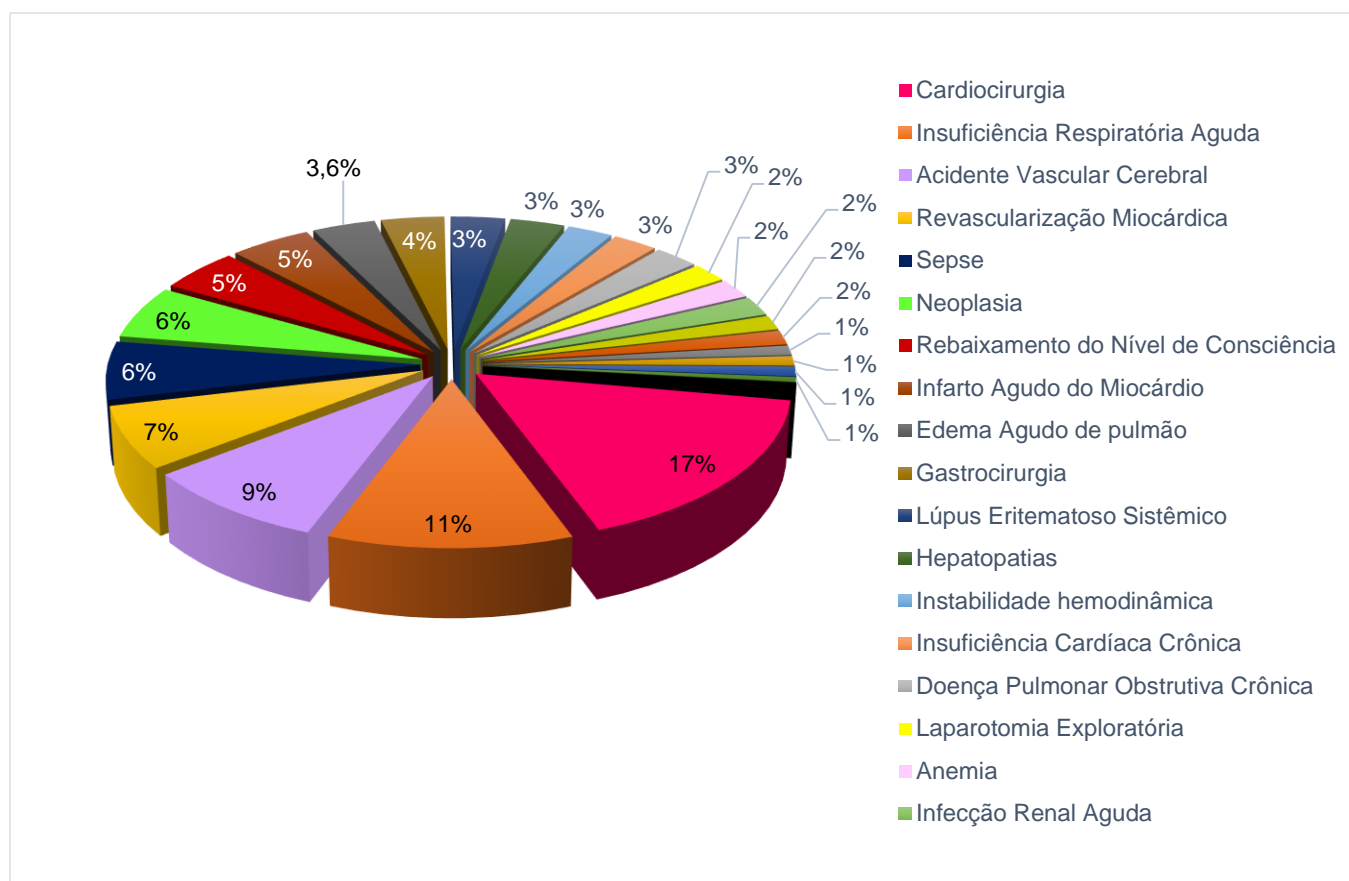
As três causas mais frequentes de internação na UTI foram: Cirurgias Cardíacas (trocas valvares e correções de anomalias de grandes vasos) com 16,6%(n=32), Insuficiência Respiratória Aguda com 11,4%(n=22), Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 8,8% (n=17). Com menor frequência aparecem: Revascularização Miocárdica com 6,7% (n=13), Sepses com 6,2% (n=12), Neoplasias com 5,7%(n=11), Rebaixamento do Nível de Consciência e Infarto Agudo do Miocárdio ambos com 4,7 (n=9), Edema Agudo de pulmão e Gastrocirurgia (exéreses + anastomoses e colecistectomias) ambos com 3,6 % (n=7).

Como menos representatividade: Lúpus Eritematoso Sistêmico e Hepatopatias com 3,1% (n=6), Instabilidade hemodinâmica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Insuficiência Cardíaca Crônica, todas com 2,6% (n=5), Laparotomia Exploratória, Anemia e Infecção Renal Aguda, todas com 2,1% (n=4), Infecção Renal Crônica e Doença de Crohn, ambas com 1,6%(n=3), Doenças de Chagas, Encefalopatias, Paraplegia e AIDS/ HIV+, todas com 1,0% (n=2).

O restante da amostra foi rateado em 39 outros motivos de internação e tiveram menor expressão na frequência, por isso não foram demonstradas em sua totalidade. Cabe ressaltar que mesmo sendo do mesmo sistema circulatório, a Cardiocirurgia não foi somada à Revascularização Miocárdica pelo fato de haver

etiologias distintas: fatores genéticos hereditários, estilo de vida, respectivamente, conforme figura 1.

FIGURA 1– Principais motivos de internação, por ordem de prevalência (2016).



Fonte: Autora (2016).

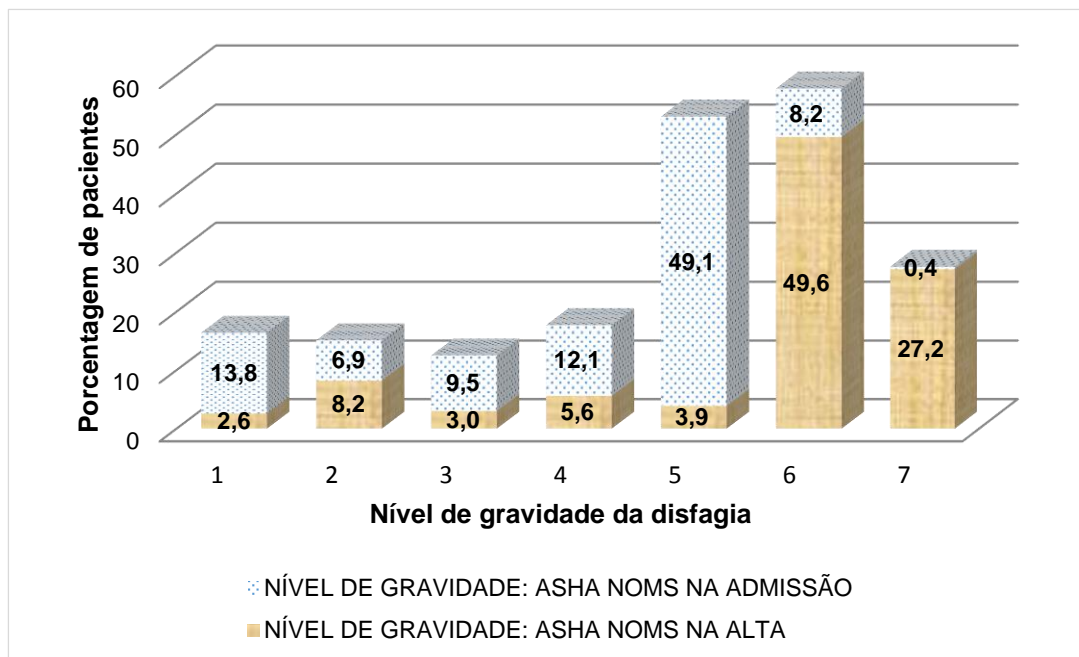
Do total de pacientes admitidos para a pesquisa, 49,5% (n=115) foram intubados, permanecendo sob ventilação mecânica invasiva por 5,1 dias, em média, na primeira intubação e de 3,0 dias na segunda. Foi observado que há uma média de 1,2 intubação orotraqueal por paciente, o que indica presença recorrente de falhas durante o processo de extubação, sendo considerado por Werle et al. (2014) um fator preditor para disfagia, além do decréscimo na força muscular para tosse reflexa/ disfunção de músculos respiratórios.

Nesta amostra, dentre 49,5% pacientes intubados, 44,4% (n=51) evoluíram para a traqueostomia plástica com *cuff* insuflado, uma possibilidade terapêutica que visa facilidade de acesso às vias aéreas inferiores, garantindo a perviabilidade e, por conseguinte, melhor ventilação, seja artificial ou não. Do total de pacientes que

foram traqueostomizados, 54,9% (n=28) receberam alta da UTI decanulados ou com a traqueostomia ocluída por mais de 24 horas.

Em relação à deglutição, foi utilizada a escala *ASHA NOMS* para determinar o grau de severidade da disfagia, no momento da admissão na UTI e no momento de alta para a enfermaria. Foi considerado como disfágico o paciente que foi pontuado entre 1 e 5 na escala (1 e 2 como disfagia grave; 3, 4, 5 como disfagia moderada a leve). Do total dos pacientes, 91,4% (n=212) apresentavam algum grau de disfagia quando foram avaliados pelo Fonoaudiólogo, pela primeira vez, conforme gráfico 1 abaixo.

GRÁFICO 1–O grau da disfagia: admissão e alta da UTI (n=212).



Fonte: Autora (2016).

A média de atendimento Fonoaudiológico 5,1/paciente, dos quais 82,4% (n=192) as condutas terapêuticas convergiram para a terapia direta de deglutição. Entretanto, para 49,8% (n=116) dos pacientes não foi possível manter a via oral segura e necessitaram de via alternativa para nutrição e hidratação, sendo a escolha mais comum a sonda nasogástrica (68,1%; n=79), seguida da sonda nasoentérica (24,1%; n=28), por nutrição parenteral com 5,2% (n=6), e a gastrostomia com 2,6% (n=3).

Em relação às intervenções realizadas, a terapia para estimulação da deglutição obteve média de 3,19/paciente. Já o treino de deglutição alcançou 3,64/paciente. A média de Fonoaudiólogas por período de reabilitação por paciente ficou de 2,38.

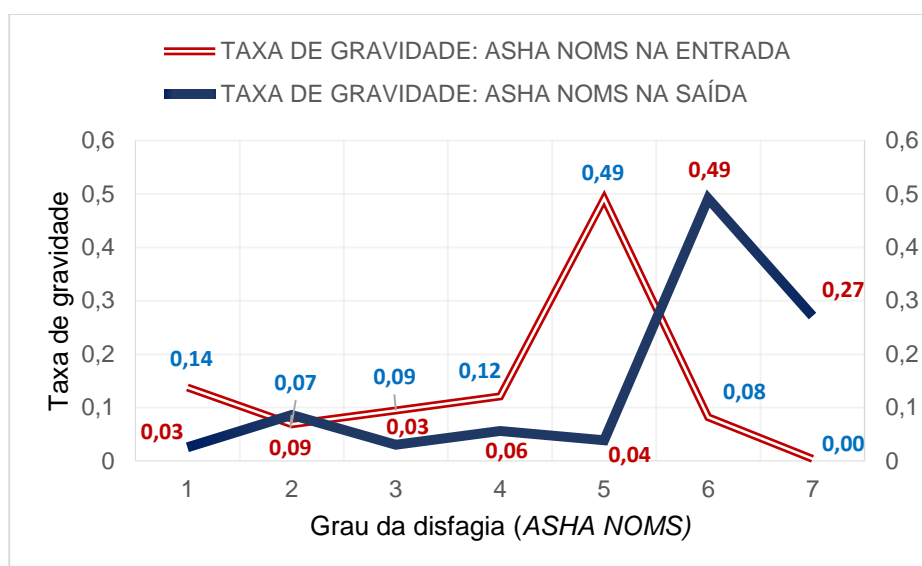
Entretanto, no momento da alta para a enfermaria, estima-se que 76,7% (n=178) dos pacientes estavam com a via oral segura para a alimentação e com alguma consistência alimentar liberada pela equipe de Fonoaudiologia. A consistência com maior prevalência no momento da alta foi o pastoso homogêneo com 62,7% (n=47), seguida das consistências: pastosa heterogênea com 20% (n=15); branda com 14,7% (n=11) e líquida fina com 2,6% (n=2).

5.1 INDICADORES DE PROCESSO

Pensando no método desta pesquisa, os resultados são inovadores e possuem pouquíssimos artigos com valores de outros serviços em saúde para comparação. Moraes (2010) e Moraes e Andrade (2011) são consideradas precursoras nesta área de gerenciamento de qualidade da Fonoaudiologia Hospitalar Brasileira. Entretanto, seus trabalhos servem de parâmetros para mensuração, fornecem fórmulas e algoritmos de cálculos de cada indicador elencado.

A taxa de gravidade entre os pacientes avaliados como disfágicos (*ASHA NOMS 1-5*) foi de 0,91, o que confere aos pacientes internados nesta unidade um alto grau de gravidade no momento da internação. Também pode-se inferir que, após a intervenção, houve um decréscimo, tendo como valor na alta uma taxa de 0,26; que pode ser melhor observada no gráfico 2.

GRÁFICO 2– Taxa de Gravidade: Comparativo entre a admissão e a alta.



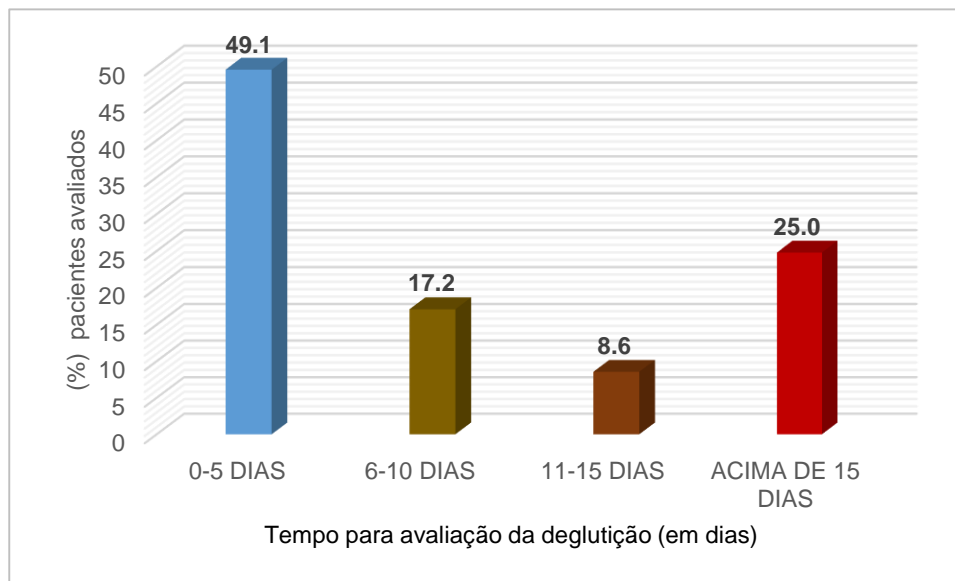
Fonte: Autora (2016).

Na tentativa de comprovar a efetividade do atendimento precoce na UTI, foi aplicado o teste de *Wilcoxon*, para estabelecer a relação/ comparação entre as taxas de gravidade (admissão e alta). Foi obtido valor estatisticamente significativo ($p < 0.0001$).

As VAA mais prevalentes utilizadas na UTI foram em ordem decrescente: SNG (69,8%; $n=81$), SNE (25,9%; $n=30$), GTT (3,4%; $n=4$) e SOG (0,9%; $n=1$). Dentre todos os pacientes que necessitaram de vias alternativas de alimentação ($n=116$), foi observado que 53,4% ($n=62$) deles tiveram a VAA retirada durante a internação na UTI. De forma estratificada, é possível observar que a maior prevalência ocorre na primeira etapa, ou seja, nos primeiros cinco dias de terapia Fonoaudiológica, conforme gráfico 3.

Cabe salientar que dos pacientes que foram avaliados após 15 dias (25,0%; $n=29$), 65,5% ($n=19$) tinham disfagia grave no momento da avaliação inicial, o que pode contribuir para o aumento do tempo para reabilitação.

GRÁFICO 3– Indicador de Qualidade de Processo: Tempo para Avaliação da deglutição (%).

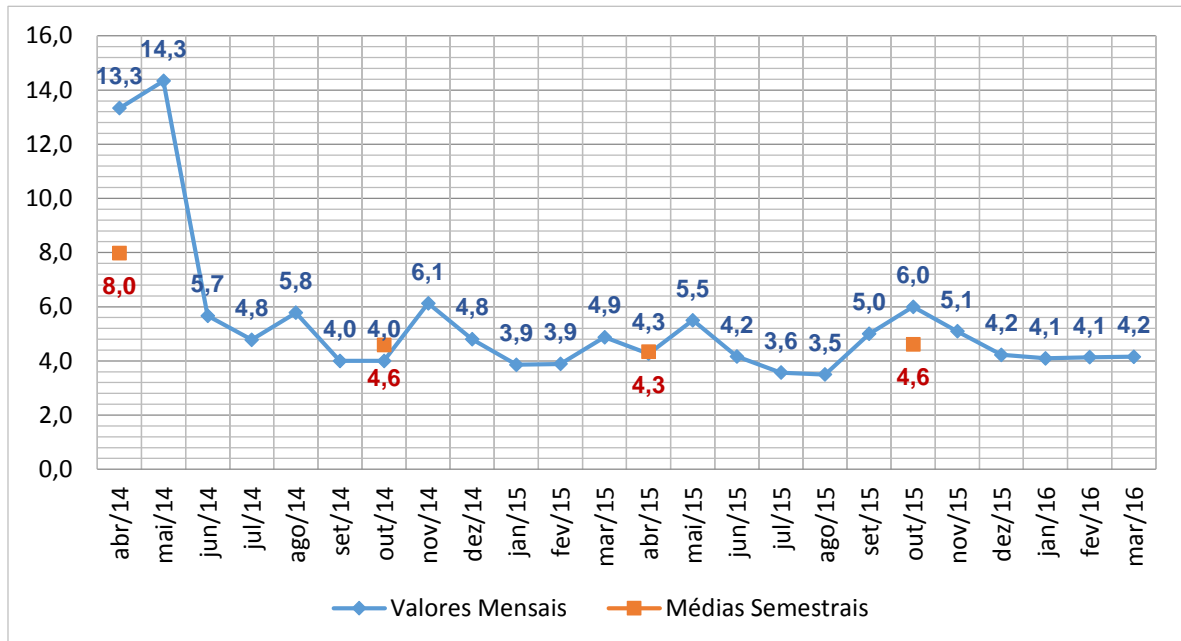


Fonte: Autora (2016).

A duplicação do número de leitos da UTI do HU-UFPI ocorreu na segunda quinzena do mês de maio, no ano de 2014. Até então, ela operava com 05 leitos e atendia pacientes graves com média de permanência de 15 dias e de 08 atendimento/paciente, o que explica a alta demanda da Fonoaudiologia nos dois meses iniciais. Com a abertura de novos leitos, abriram também novas possibilidades de intervenção como também maior chance de rotatividade.

Com uma média global de 5,4 atendimentos, a demanda para atendimento Fonoaudiológico apresentou distribuição mensal e semestral para melhor visualização dos dados colhidos. Observa-se que os dados mais altos coincidem com os momentos em que havia redução no número de admissões e a manutenção de pacientes mais graves, e que necessitam de maior atenção de cuidado, aumentando a frequência de terapias diárias de deglutição, uma vez que a quantidade de terapia realizada deve ser inversamente proporcional a gravidade do quadro geral de saúde, visto que os pacientes mais graves são avaliados com menor numeração na escala *ASHA NOMS*.

GRÁFICO 4– Indicador de Qualidade de Processo: Índice de Demanda Fonoaudiológica.



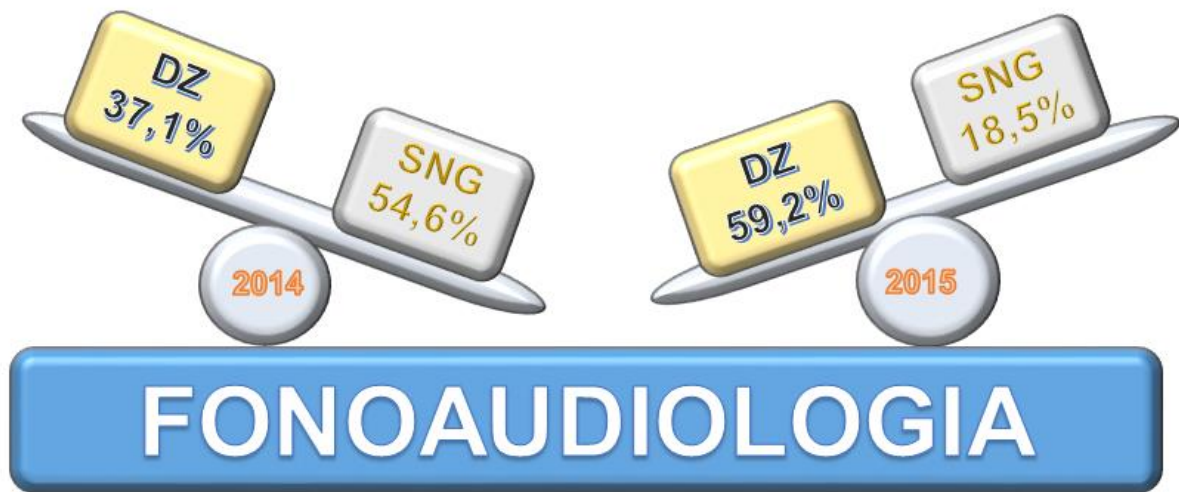
Fonte: Autora (2016).

5.2 INDICADORES DE RESULTADOS

O Fonoaudiólogo na UTI do HUUFPI tem presença fixa diariamente, diferentemente de outros serviços. A presença do profissional em todo o seu turno de trabalho permite melhor interação com a equipe de cuidado, monitorização mais precisa do paciente no intuito de iniciar a terapêutica mais precocemente.

Esse dado pode ser confirmado pela análise qualitativa dos pacientes e conduta médica em relação ao uso de VAA. De 2014 para 2015, houve redução real de 33,8% de SNG em pacientes com seguimento Fonoaudiológico, conforme figura 2 abaixo.

FIGURA 2 – Prevalência das VAA mais utilizadas.

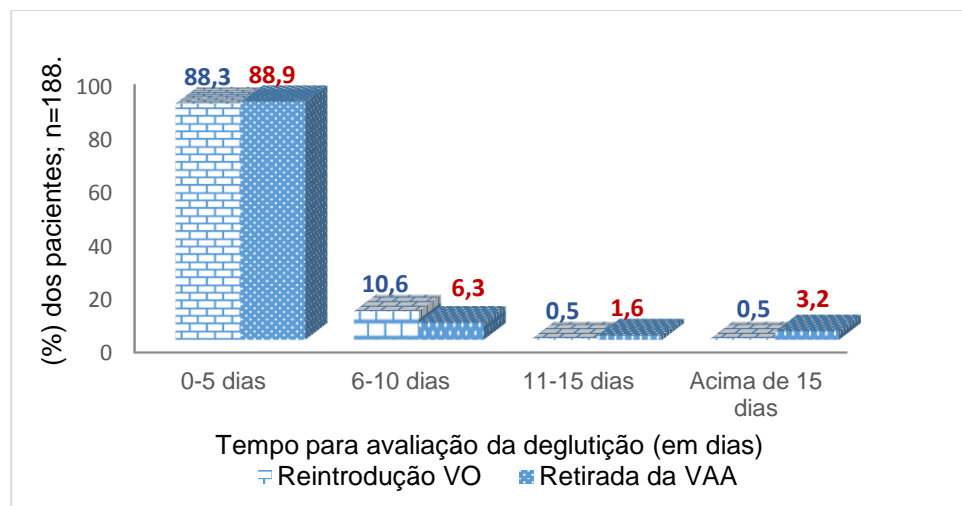


Fonte: Autora (2016).

Legenda: SNG: Sonda Nasogástrica; DZ: Dieta Zero.

No indicador Reintrodução VO participaram 188 pacientes, dos quais: n=166, n=20, n=1 e n=1 tiveram, respectivamente, a VAA retirada entre 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias. Já para o indicador Retirada da VAA participaram 63 pacientes, dos quais: n=56, n=4, n=1 e n=2; tiveram, respectivamente, a VAA retirada entre 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias, melhor demonstrados no gráfico 5.

GRÁFICO 5– Indicador de Qualidade de Resultados: Retirada de VAA e Reintrodução VO (%).

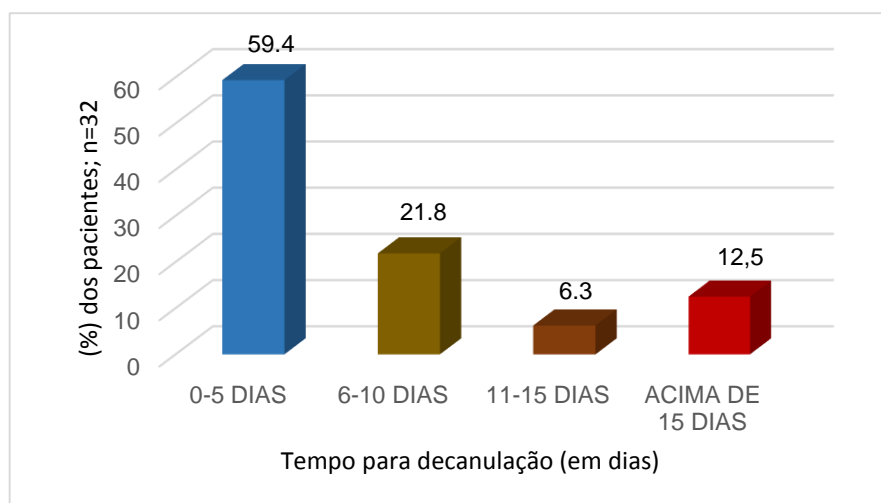


Fonte: Autora (2016).

Dos 232 participantes, apenas 19% (n=44) permaneceram em treino de deglutição após a alta da UTI, ou seja, não aptos para receber refeição por VO, ainda que fosse em terapia e com volumes controlados, sendo imprescindível a supervisão do profissional Fonoaudiólogo. Eles tiveram a alta da UTI para a enfermaria, dando continuidade ao processo de reabilitação.

Para o indicador do tempo para decanulação, foram selecionados 32 pacientes, dos quais: 59,4%; 21,8%; 6,3% e 12,5% foram decanulados, respectivamente, em até 5 dias; de 6 a 10 dias; de 11 a 15 dias e acima de 15 dias. O tempo médio para decanulação foi estimado em 7,6 dias.

GRÁFICO 6– Indicador de Qualidade de Resultados: Decanulação.



Fonte: Autora (2016).

O tempo para decanulação é um indicador importante no sentido de convergência da multiprofissionalidade. A decanulação efetiva depende da sinergia entre os sistemas respiratório e deglutitório, ou seja, o paciente precisa apresentar boa coordenação entre deglutição e respiração, bem como manter a ventilação espontânea sem esforço. Observa-se que 59,4% (n=19) conseguiram ser decanulados ou permanecer com o ostoma da traqueostomia ocluído por mais de 48 horas nos primeiros 5 dias de internação na UTI.

Entretanto, dentre os pacientes necessitaram de 15 dias ou mais para decanulação (12,5%; n=4), obtiveram na taxa de gravidade, em relação à deglutição,

escore menor ou igual a 3, o que demonstra ligação íntima entre as funções fonatória e deglutitória.

TABELA 1. Matriz de correlação entre os indicadores.

Variáveis	Parâmetros	Variáveis				
		TGS	TAD	TRVAA	TRVO	TD
TGE	r	0,648	-0,158	-0,474	-0,134	-0,316
	p	<0,001*	0,092*	<0,001*	0,067*	0,078*
	n	232	116	63	187	32
TGS	r		-0,202	0,024	-0,103	-0,111
	p		0,030*	0,857	0,162	0,547
	n		116	63	187	32
TAD	r			0,157	-0,137	-0,139
	p			0,228	0,227	0,472
	n			63	63	29
TRVAA	r				0,099	0,099
	p				0,453	0,773
	n				60	11
TRVO	r					-0,315
	p					0,177
	n					20

Fonte: Autora (2016).

Legenda: TGE – Taxa de gravidade de entrada; TGS – Taxa de gravidade de saída; TAD – Tempo para avaliação da deglutição; TRVAA - Tempo para retirada da via alternativa de alimentação; TRVO - Tempo para reintrodução da via oral; TD - Tempo para decanulação; r – Correlação de Spearman; n – total de participantes; valores considerados significativos com $p > 0,05$.

Foram encontradas correlações positivas estatisticamente para os indicadores taxa de gravidade de entrada e de saída, o que confere a efetividade do atendimento Fonoaudiológico, ou seja, apresentou melhores desempenhos no processo de deglutição após acompanhamento.

As correlações negativas entre a taxa de gravidade de entrada e o tempo para a retirada da via alternativa denota que quanto maior a nota da ASHA NOMS no momento da entrada (melhor desempenho de deglutição), menor é o tempo de retirada da via de alimentação. E, a correlação negativa entre a de gravidade de saída com a taxa de decanulação traz a informação que a melhora no desempenho de deglutição foi facilitado pela agilidade no processo de decanulação e vice-versa.

6 DISCUSSÃO

Oliveira (2013), ao delimitar o perfil epidemiológico da UTI de um hospital referência, encontraram dados semelhantes a este trabalho, pois a idade média na admissão de $56,1 \pm 20,2$ anos de idade, sendo 48,7% (n=193) do sexo masculino. A principal causa de internação foram as doenças cardiovasculares seguidas das respiratórias, com tempo médio de UTI de 18,78 dias.

Entretanto dados referentes à idade destoam no trabalho de Abdulmassih et al. (2009), realizado com 39 pacientes, todos com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral. Foi obtida média de idade de 66 anos, com prevalência no sexo masculino (61,5%; n=24); dados semelhantes aos encontrados no estudo de Nogueira, Sousa e Sousa (2009) que investigou o perfil dos pacientes atendidos na UTI, e foi observada a prevalência para o sexo masculino, com idade maior que 75 anos de idade, cuja hipótese diagnóstica mais prevalente foi a infecção respiratória seguida de sepse e AVC (28,7%; 15,9% e 10,8%, respectivamente).

Malandraki et al. (2016a) ao delimitar o perfil dos pacientes internados em uma UTI grega encontraram valores próximos a este trabalho: 70,1% do sexo masculino, com idade média de 55,8 anos. Nogueira, Sousa e Sousa (2009) estudaram o perfil de uma UTI em uma capital do Nordeste e, além da prevalência ter sido maior no sexo masculino, a UTI tinha uma elevada faixa etária. Eles relacionaram tal fato ao indivíduo idoso por apresentar mais alterações fisiológicas, é sensível aos procedimentos invasivos bem como a terapêutica antimicrobiana frequentemente empregada.

Oliveira et al. (2015) discorrem em seu trabalho que 44% dos homens cadastrados no Programa Médico da Família, no Rio de Janeiro, nunca foram ao serviço de saúde no período de cinco anos. Dentre as justificativas, são: a pouca valorização, pelo homem, do autocuidado e do próprio adoecimento; e, que o horário de trabalho é incompatível com o funcionamento dos serviços de saúde.

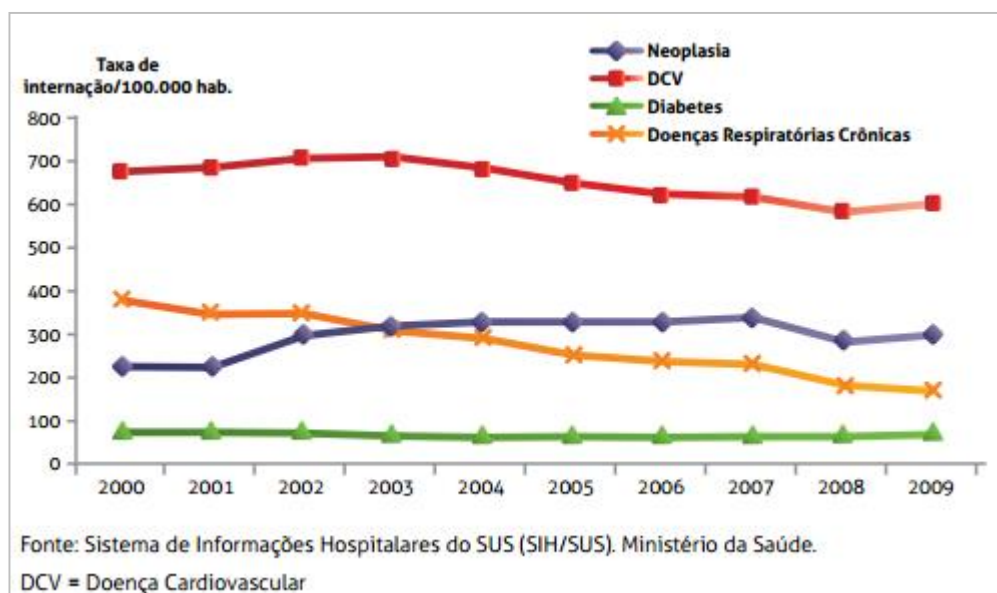
A baixa adesão aos programas de saúde preventiva também se relacionam com o grau de escolaridade e idade, uma vez que pessoas idosas e com baixo nível

de escolaridade têm mais resistência às políticas preventivas de saúde, dados ratificados por Oliveira et al. (2015) e Pereira et al. (2015).

Apesar de as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estarem presentes em todos os ciclos da vida, foram responsáveis por 72% das mortes dos brasileiros (sendo 1/3 com menores de 60 anos) em 2007; e 36 milhões de mortes em todo o mundo em 2008, com destaque especial para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011ab; COSTA; FEDOSSE; LEFÈVRE, 2014).

O perfil encontrado pelo Sistema de Informações Hospitalares corrobora com os dados encontrados neste trabalho, cujo maior percentual é oriundo das doenças cardiovasculares (e/ou agravos/cirurgias), seguidas de neoplasias e doenças respiratórias crônicas, conforme a figura 3 (BRASIL, 2011ab).

FIGURA 3– Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil, 2000 a 2009.



O trabalho de Macht et al. (2011) foi desenhado na tentativa de compreender a deglutição causada apenas pela intubação prolongada. Excluindo pacientes sabidamente neurológicos e/ou com miopatias, observaram que 84% da amostra cursavam com disfagia e, deste percentual, 44% foi considerada suave, 23% moderada e 17% grave. A disfagia grave teve relação direta com a longa duração da

ventilação mecânica (acima de 7 dias), reintubação, pneumonia, mortalidade intra-hospitalar, aumento do tempo de permanência hospitalar.

Na tentativa de realizar associações entre o tempo de intubação orotraqueal o desenvolvimento de aspiração de pós-extubação, Kim et al.(2015) realizaram um estudo retrospectivo de pacientes não neurológicos encaminhados à videofluoroscopia para ratificação do diagnóstico fonoaudiólogo. Observou-se que 59% da amostra cursou com aspiração endotraqueal, e com a correlação de Spearman houve correlação significativamente positiva entre gravidade da disfagia com o tempo de intubação.

Malandraki et al. (2016a) constataram em seu estudo que a intubação prolongada está associada com aumento da probabilidade de disfagia moderada/grave ($p = 0,042$; odds ratio = 12,35) em relação ao curto período de intubação (<24hs). A disfagia moderada/grave está intimamente correlacionada com pneumonia ($p=0,02$), sondas alimentares ($p = 0,004$) e mortalidade intra-hospitalar ($p= 0,034$).

Oliveira (2014) detectou em sua pesquisa dados convergentes a este trabalho, pois 50,27% dos pacientes intubados evoluíram para traqueostomia, entretanto o tempo médio para decanulação, de 15,4 dias, foi de quase três vezes maior que o encontrado neste trabalho. Cabe ressaltar que o profissional de Fonoaudiologia não foi mencionado em seu trabalho ou participou de forma indireta do estudo.

Teixeira (2014), em sua dissertação de mestrado, reitera que a equipe multidisciplinar composta pelo Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e pelo Médico é essencial para o desmame e retirada da cânula com prognóstico seguro. A autora elenca que o protocolo de avaliação utilizado pertence à Clínica Fonoaudiológica, e os seis critérios, ordem decrescente de importância, devem ser atendidos para melhores prognósticos, a saber: nível de consciência, respiração, secreção traqueal (quali/quantidade); fonação/coaptação glótica; ingesta oral/deglutição e tosse (AMIB, 2013; ZANATA, SANTOS, HIRATA, 2014).

Considera-se sucesso na decanulação o paciente que consegue manter sua ventilação espontânea por, no mínimo, 48 horas, após o procedimento de oclusão

da cânula, mas há divergências na literatura quanto ao tempo a ser considerado como seguro para decanulação (STELFOX et al., 2008; AMIB,2013; FURKIM et al., 2014; RODRIGUES; GONÇALVES et al., 2014; TEIXEIRA, 2014).

Dentre os pacientes que seguiram o fluxograma de decanulação multiprofissional obtiveram 81% de sucesso, sendo a presença do *cuff* insuflado um fator determinante, já que ele altera três dos seis critérios supracitados: fonação, ingestão oral (deglutição) e respiração (FURKIM et al., 2014; TEIXEIRA, 2014).

6.2 INDICADORES DE PROCESSO

Em relação à literatura internacional, há boas quantidades de publicações nas áreas médica e de enfermagem clínicas, e não intensivistas, como o objeto de estudo deste trabalho (SALIBA et al., 2005; ADLER et al., 2015; PARK et al., 2015)

Padovani et al. (2013) encontraram na amostra de seu trabalho uma prevalência de 63% de disfagia, dos quais 39% tinham disfagia moderada/grave. Foi sugerido no estudo que a alta idade média da amostra (74% tinham mais de 60 anos) associada às condições neurológicas e intubações orotraqueais prolongadas podem ter contribuído para a apresentação dos resultados.

Malandraki et al. (2016a) detectaram que a gravidade da disfagia (moderada a grave) influencia diretamente: aumento do tempo de permanência da intubação (prolongada >48h), vias alternativas de alimentação, pneumonia. A conclusão do estudo foi a importância da atuação precoce na gestão da disfagia em pacientes críticos, pois em seus dados, encontraram apenas 2,3% dos pacientes da UTI com deglutição normal; 21,8% com disfagia leve e 75,9% foram diagnosticados com disfagia moderada/grave (MALANDRAKI et al., 2016a).

Tem sido dado grande ênfase na estimulação Fonoaudiológica precoce em pacientes com AVC, com a obrigatoriedade de um profissional a cada dez leitos na Unidade de Cuidado Integral ao AVC – Portaria 665 de Brasil (2012b), isso reforça que a presença do profissional exclusivamente na unidade pode oportunizar a

estimulação no momento mais adequado e, por meio do diálogo multiprofissional, traçar metas terapêuticas mais cedo, concatenadas ao quadro global de saúde.

Padovani et al. (2013) encontraram em seus resultados uma prevalência estimada de 63% de disfagia orofaríngea na UTI, ou seja, a cada 10 leitos, seis tinham indicação para acompanhamento Fonoaudiológico. Abdulmassih et al. (2009) detectaram 100% de prevalência de disfagia, com estratificação conforme a gravidade encontrada.

Malandraki et al. (2016b) realizaram um experimento em dez pacientes com disfagia grave, confirmada por exame de imagem, com etiologias distintas (AVC, TCE, Doença Crônica Progressiva), na terapia de deglutição intensiva estimulando grupos musculares diferentes: intrínsecos de língua, faringe, supra-hioideos com diferentes objetivos – força ou amplitude do movimento.

Dentre os 10 pacientes, 8 relataram melhora no desempenho da deglutição (mesmo com a manutenção da via alternativa de alimentação), e dentre os cinco que estavam em treino com alimento, 1 finalizou o estudo recebendo mais de 50% da nutrição por via oral. Isso reflete que a fonoterapia da deglutição, quando realizada de forma sistemática, gera resultados promissores (MALANDRAKI et al., 2016b).

Considerando os pacientes que foram avaliados à beira do leito, 95% no momento da alta hospitalar recebiam a alimentação por via oral (de forma segura); ou, com bom prognóstico para brevemente ter retorno à via oral. 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 (ABDULMASSIH et al., 2009; FURKIM et al., 2014; RODRIGUES et al., 2014).

A mais recente resolução das Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica da Amib (2013) recomenda a utilização da via enteral como primeira opção, basta haver viabilidade do trato gastrointestinal e estabilidade hemodinâmica. No momento da admissão na UTI o paciente apresenta risco iminente de morte, e muitas vezes a Via Oral (VO) é contraindicada, uma vez que é imprescindível a estabilidade hemodinâmica, nível de consciência. A via enteral é efêmera, mas deve garantir o

suporte nutricional necessário de acordo com a especificidade de cada patologia (PRYOR et al., 2014).

A SNG parece ser a primeira escolha dentre as vias alternativas possíveis (CAVALCANTE; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014). Acredita-se sua versatilidade para entrada ou saída de conteúdo alimentar associada à opção do custo (mais barata para o hospital) lhe conferem popularidade entre os hospitais de alta e média complexidade, pois dispensa a utilização do RX para verificação de alocação correta, como ocorre na SNE (NOGUEIRA et al., 2013; PRYOR et al., 2014). Entretanto, ambas as sondas possuem meia vida curta, estipuladas pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia (2011) de no máximo 4 semanas.

Apesar de ser bastante popular a utilização, a SNG (polietileno), ela apresenta maiores calibres e o material não traz conforto (alto grau de rigidez, quando comparada com a de Poliuretano – SNE) e, quando utilizadas por mais de quinze dias traz diversas complicações, como: sinusites, erosões gástricas e esofágicas, estenose de esôfago, perfuração de esôfago e a própria aspiração laringotraqueal por acúmulo de resíduos no percurso da própria sonda (WRENN, 1993; PEREIRA; GARCÍA-LUNA,2004; PRYOR et al., 2014).

É na avaliação Fonoaudiológica que se percebe a habilidade dos órgãos da deglutição (lábios, língua, bochechas, véu palatino, faringe, laringe) do nível estrutural (mobilidade, tônus postural, coordenação e sensibilidade) desempenha a função conforme a consistência ofertada (avaliação funcional – consistências principais líquida, pastosa e sólida).

Clavé et al. (2008) determinaram que a consistência mais segura para a avaliação da deglutição é a consistência de pudim, ou pastosa homogênea, mesmo sendo a que possibilita maior chance de resíduo em região faríngea. Consistências mais leves como os líquidos espessados (néctar) e líquidos finos (sucos ralos e água) tem maior chance de penetração/ aspiração laringotraqueal independentemente da quantidade ofertada.

A consistência líquida fina é muito utilizada em protocolos para rastreio de disfagia, entretanto pacientes em UTI são mais sensíveis e susceptíveis a infecções,

sendo desnecessária essa abordagem, uma vez que o profissional Fonoaudiólogo o acompanhará até a alta Fonoaudiológica (deglutição segura para três as consistências mais prevalentes: sólido, líquido e pastoso homogêneo) e/ou hospitalar (com referenciamento dos atendimentos para outro serviço de saúde dar continuidade) (FURKIM et al., 2014; RODRIGUES; GONÇALVES, 2014).

6.2 INDICADORES DE RESULTADOS

A intervenção Fonoaudiológica precoce em ambiente hospitalar (atrelada à estabilidade hemodinâmica) visa à identificação rápida da disfagia, bem como a prevenção de suas complicações clínicas, culminando na redução do tempo de internação, melhor qualidade de vida e redução dos custos de internação.

Frank, Mader e Sticher (2007) já tinham descrito a relação entre o tempo gasto na reabilitação e os avanços clínicos dos pacientes. Isso ratifica que o trabalho da Fonoaudiologia traz resolutividade da disfagia ainda na UTI, o que confere ao paciente melhor aporte nutricional por via oral e maiores chances de alta precoce.

A efetividade da Fonoterapia precoce tem sido comprovada em diversas áreas da Fonoaudiologia, mas não foi encontrado nenhum trabalho publicado nacionalmente com a intervenção precoce em adultos internados da UTI (COSTA et al., 2007; ALMEIDA et al., 2015; MIRANDA et al., 2015).

A inserção da Fonoaudiologia na UTI de forma diária e integral possibilitou o resultado apresentado no gráfico 3: quase metade da amostra pode ser avaliada pelo profissional nos primeiros 5 dias de internação na UTI. Tão logo o quadro geral seja estabilizado, o profissional pode avaliá-lo e em consonância com a equipe decidir a melhor intervenção terapêutica para o paciente (RODRIGUES; GONÇALVES, 2014; SILVA; COLA; GATTO, 2014).

Outro dado importante e que deve ser mencionado é o seguimento dos protocolos: para pacientes jovens, espera-se, em média, 24 horas após extubação para avaliação Fonoaudiológica; em pacientes idosos, esse período deve ser

duplicado (ALBUQUERQUE; DAVID, 2014; ÍSOLA; FUSSI, 2014; RODRIGUES et al., 2014).

A piora no quadro clínico, a instabilidade hemodinâmica, a Ventilação Mecânica Não Invasiva, Ventilação Mecânica Invasiva apenas para reexpansão pulmonar, hemodiálise, realização de procedimentos (que requerem dieta zero), troca de cânulas de traqueostomias ou procedimentos cirúrgicos são os principais motivos que atrasam o início ou a manutenção da terapia Fonoaudiológica de deglutição, entretanto o Fonoaudiólogo mantém-se inserido ao ambiente ao trabalhar questões relacionadas à comunicação e à linguagem (AMIB, 2013; ALBUQUERQUE; DAVID, 2014; CORREIA; MANSUR, 2014; ÍSOLA; FUSSI, 2014; RODRIGUES et al., 2014; SILVA; COLA; GATTO, 2014).

Costa e Guimarães (2012) na tentativa de descrever a presença do Fonoaudiólogo nos serviços de pronto socorro entre 2005 e 2011, encontraram o índice de 0,34 em 2011, sendo o maior do período avaliado, apesar de ter sido observado um leve aumento no número total de Fonoaudiólogos.

No trabalho de Marson et al. (2012) houve a proposta de comprovar a efetividade da Fonoterapia clínica e proposta de intervenção breve, e foi concluído que houve um ganho terapêutico de 12 semanas, para reabilitação completar de quadro crônico, comprovando que quando há a intervenção direcionada e objetiva os resultados são mais ágeis.

Inaoka e Albuquerque (2014) visaram analisar a efetividade da terapia Fonoaudiológica na progressão da alimentação oral de pacientes disfágicos pós AVC na enfermaria. Foram obtidos dados destoantes dos achados deste estudo, pois foi constatado que 38,5% (n=5) tiveram a VAA retirada, e 53,8% dos pacientes (n=7) iniciaram a alimentação total VO em até 5 dias. Para Mangilli et al. (2012) a média de dias para reintrodução VO de 12,9; e, de 14,7 para retirada de VAA, cabe destacar que seu grupo de pesquisa envolvia apenas pacientes com pós sequelas de tétano.

Pode-se inferir que a rotina de atendimento da terapia Fonoaudiológica influencia diretamente em seus resultados, uma vez que na UTI do HUPI as profissionais estão inseridas diariamente na rotina de trabalho (facilita a

proatividade), e os resultados chegam a ser quase três vezes mais rápidos quando comparados com resultados de terapias que iniciaram após a percepção e solicitação médica.

Aproximadamente 40% dos pacientes disfágicos com recorrência de AVC, do estudo de Inaoka e Albuquerque (2014) não progrediram na consistência alimentar. Pode-se inferir que o curso da própria patologia tem melhores resultados em fase aguda estabilizada (UTI) com tendência à estabilidade dos sintomas e resultados, uma vez que foi detectado que 60% (n=9) do grupo com não progressão de VO foram acometidos por um AVC prévio.

É possível observar que em alguns percentuais, a retirada da VAA supera a reintrodução VO para o mesmo período. Isso pode ser explicado pela ocorrência de perdas acidentais/ não planejadas das sondas de alimentação e a manutenção do aporte calórico por VO em fonoterapia diária com o profissional da Fonoaudiologia.

Pereira et al. (2013) revelam que a perda das sondas de alimentação em ambiente de UTI é mais prevalente quando comparada com cateteres vasculares ou tubos traqueais, beirando o percentual de 69,3%, ou 73/1000 pacientes/dia.

Eles finalizam o estudo relatando que as medidas para evitar a obstrução (elencado com um dos maiores percentuais de perda) das sondas obtiveram baixo impacto, como: a redução do uso de fibras pelos pacientes; e a redução do número de medicações administrados pela sonda, quando na verdade o retorno da deglutição por via oral deveria ser estimulado, entretanto o estudo não relata o perfil de deglutição dos pacientes tampouco menciona o profissional Fonoaudiólogo como parceiro reabilitador.

Cavalcante, Araújo e Oliveira (2014) buscaram compreender o efeito da SNG em pacientes pós AVC e a disfagia. Empregaram a revisão sistemática da literatura e, do total de 120 estudos encontrados, apenas 3 foram selecionados, todavia mesmo sendo discutida amplamente a disfagia e suas complicações no quadro clínico geral nenhum dos trabalhos citou o Fonoaudiólogo, profissional principal reabilitador das disfagias orofaríngeas.

Frank, Mader e Sticher (2007) ratificaram que a equipe multidisciplinar obtém melhores e mais duradouros resultados pertinentes à reabilitação, principalmente à

decanulação. A fim de conseguir introduzir protocolos para evolução e tratamento de pacientes traqueostomizados, eles propuseram: selecionaram pacientes com disfagia grave (uso de GTT ou de jejunostomia) e os dividiram em dois grupos com base nas características do grupo.

Eles mensuraram que o tempo médio entre a admissão e a decanulação foi entre 28,3 a 75,4 dias ($p < 0,005$). A variação ocorreu devido à aplicação de protocolo específico para decanulação atrelado à atuação conjunta entre o enfermeiro o Fonoaudiólogo em oposição a condutas sem tratamento sistemático/uniprofissional.

Outro dado relevante que deve ser mencionado é a intensidade da terapia Fonoaudiológica. Com o seguimento sistemático do protocolo, o Fonoaudiólogo gastava em média 23,04h/paciente para decanular efetivamente, com redução de 16,73% do tempo utilizado retrógrado à adoção do protocolo (FRANK; MADER; STICHER, 2007; MANGILLI et al., 2012).

Mangilli et al. (2012) obteve a média de 14,6 dias, quase duas vezes maior que este estudo que foi de 7,6 dias, para o mesmo indicador quando avaliado em pacientes com sequelas de tétano. É sabido que alterações neurológicas necessitam de um tempo maior de reabilitação.

Dados similares aos encontrados por Mangilli et al. (2012), que listaram um programa de exercícios para pacientes com disfagia grave (ASHA NOMS níveis 1, 2 e 3). Eles não se restringiam à deglutição, e sim envolviam o sistema motor orofacial bem como o vocal. A adequação de tônus e mobilidade permite a melhora geral da função muscular de laringe, faringe e de língua tanto de força quanto de resistência, culminando em resultados muito positivos.

7 CONCLUSÃO

Em cada 10 pacientes internados na UTI, 5,4 apresentaram algum grau de dificuldade de deglutição. O tempo médio de internação na UTI (11 dias), a taxa de intubação de 1,2/paciente e a taxa de gravidade de 0,91 confere a UTI um padrão de alta gravidade, o que corrobora com os dados inversamente proporcionais entre o nível de gravidade e quantidade de atendimentos diários por paciente.

Estes resultados foram positivos, demonstraram que o acompanhamento intensivo da Fonoaudiologia na UTI permite a interdisciplinaridade e cuidado integral do paciente, culminando em tempo menor de internação na UTI, menor percentual de colocação de vias alternativas para alimentação, ou quando extraviadas acidentalmente a fonoterapia mantém o aporte calórico por VO de forma segura, além de proporcionar quase três vezes mais rápida a decanulação e a reintrodução da via oral como forma de nutrição.

Os aspectos positivos observados neste trabalho foram: a consonância entre a pesquisa científica e os aspectos clínicos apresentados nos pacientes da equipe de Fonoaudiologia, e a excelente relação e troca de saberes multiprofissionais em prol do paciente crítico.

Em contrapartida, relata-se que a grande variabilidade de informações nos registros escritos, atuaram negativamente na coleta dos dados, pois o inevitável avanço dos meios digitais de armazenamento possibilitam melhor qualidade e ordenamento das informações.

Sugerem-se trabalhos complementares a fim de conhecer os indicadores de estrutura e correlaciona-los com os indicadores de resultados, para obter o perfil exato da gestão atual, bem como traçar diretrizes a médio e longo prazo, priorizando a qualidade nos serviços de saúde do HUUFPI.

REFERÊNCIAS

ABDULMASSIH, Edna Márcia da Silva et al. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaringea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.* São Paulo, v.13, n.1, p. 55-62, 2009.

ADLER, Douglas G et al. Quality indicators for ERCP, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 81, Issue 1, January 2015, Pages 54-66. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016510714020495>>. Acesso em 06 Mai 2016.

ALMEIDA, Ana Alice Figueiredo de et al. Efetividade de duas modalidades de terapia Fonoaudiológica na redução dos sintomas vocais em pacientes disfônicos. In: XXIII CONGRESSO BRASILEIRO E IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. Salvador: 2015. **Anais eletrônicos do XXIII CONGRESSO BRASILEIRO E IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA** Disponível em < <http://www.sbfa.org.br/portal/anais2015/premios/PP-100.pdf>>. Acesso 05 Mai 2016.

AMIB. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Censo AMIB**. 2010. São Paulo. Acesso em 19 Mar 2016. Disponível em <<http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>>.

_____. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. 2013 S/L. Disponível em < http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Dir_VM_2013/Diretrizes_VM2013_SBPT_AMIB.pdf>. Acesso em 04 Mai 2016.

ASHA. American Speech-Language-Hearing Association **Functional Communication Measures: Dysphagia**. EUA. Disponível em < http://community.csusm.edu/pluginfile.php/85584/mod_resource/content/1/Adult-NOMS-FCMs-2.pdf>. Acesso em 22 Mar 2016.

_____. National Outcomes Measurement System (NOMS): Adult Speech-Language Pathology User's Guide. 2003. Disponível em < <http://www.gawendaseminars.com/wpgawenda/wp-content/uploads/2013/03/ASHA-NOMS-Documents-for-G-Codes.pdf>>. Acesso em 04 Dez 2015

BORDON A et al. Swallowing dysfunction after prolonged intubation: analysis of risk factors in trauma patients. **AM J SURG**. 2011; 202(6):679-82.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. LEI Nº6965. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**. 1981. Brasília. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm>. Acesso em 02 Abr 2016

_____. MINISTERIO DA SAUDE. Portaria nº 3432. Dispõe sobre a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília, **Diário Oficial da União**. 1998. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em 12 Abr 2016;

_____. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas. **Diário Oficial da União**. 2008. Brasília. Acesso em 05 Jan 2016. Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20356-08%20DISFAGIA.pdf>>

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no **Brasil**. **IBGE**: Rio de Janeiro. 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em 04 Jan 2016.

_____a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 7. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**. 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em 05 Jan 2016.

_____b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrução normativa nº 4. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**. 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/int0004_24_02_2010.html>. Acesso em 14 Abr 2016

_____a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DataSUS. Indicadores de Mortalidade. Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2011. Acesso em 01 Jan 2016. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#recur>>.

_____b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em 06 Abr 2016.

_____a. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos – Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2012. Acesso em 01 Jan 2016. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e11.def>>.

_____b. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Portaria nº 665. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral – Brasil. Brasília. 2012. Acesso em 01 Mai 2016. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html>.

_____. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa nº 492. Dispõe sobre a regulamentação da atuação do profissional fonoaudiólogo em disfagia. **Diário Oficial da União**. 2016. Brasília. Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/resolucoes/>>. Acesso em 05 Mai 2016.

CAVALCANTE, Tahissa Frota; ARAÚJO, Thelma Leite de; OLIVEIRA, Ana Railka de Souza. Efeitos da sondagem nasogástrica em pacientes com acidente cerebrovascular e disfagia. **Rev Bras Enferm**. 2014 set-out;67(5):825-31. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0825.pdf>>. Acesso em 06 Mai 2016.

CLAVÉ P et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. **Clinical Nutrition** (2008) 27, 806-815.

CORREIA, Sheila Medeiros; MANSUR, Letícia Lessa. Abordagem da comunicação e da linguagem em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. IN: FURKIM, Ana Maria; RODRIGUES, Katia Alonso. **Disfagias nas Unidades de Terapia Intensivas**. São Paulo: Editora Roca, 2014. (21), 241-250p

COSTA, Cristiane Nogueira et al . Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 72-78, Mar. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2016.

COSTA K. N.; GUIMARÃES, V.C. Fonoaudiologia nos serviços de urgência e emergência do Brasil: série histórica de 2005 a 2011. **Distúrb Comun**, São Paulo, 24(1): 69-75, abril, 2012.

COSTA, Maria Lúcia Gurgel; FEDOSSE, Elenir; LEFÈVRE, Ana Paula. Doenças crônicas não transmissíveis – Cuidado em Fonoaudiologia. IN: MARCHESAN, IQ; SILVA, HJ; TOMÉ, MC. **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2014. 806-813p.

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 4, p. 661-669, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2016.

COSTA, Rosana dos Santos. Planejamento de gestão dos resíduos sólidos para 2011 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. **HUUFPI**. Teresina. 2010. Disponível em < http://portal.mec.gov.br/component/docman/?task=doc_download&gid=7311&Itemid= >. Acesso em 26 Mai 2016.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Especialidades: Medicina Intensiva**. Edição 261.n(07). São Paulo. 2009. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1183>>. Acesso em 02 Abr 2016.

D'INNOCENZO Maria, ADAMI Nilce Piva, CUNHA Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006 jan-fev; 59(1): 84-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em 02 Jan 2016

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

ESTRELA, Fabiana; MOTTA, Lígia; ELIAS, Vanessa Santos. Deglutição e processo de envelhecimento. In: JOTZ, Geraldo Pereira; CARRARA-ANGELIS, Elisabete; BARROS, Ana Paula Brandão. **Tratado da deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

FERNANDES, Haggeas da Silveira et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2011 mar-abr;9(2):129-3. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>>. Acesso em 05 Jan. 2016.

FIOCRUZ. O SUS como política pública. s/l. 2006 . Disponível em < http://www.ead.fiocruz.br/_downloads/material-745.pdf>. Acesso em: 04 Jan 2016.

FONTANA, Rosane Teresinha. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 5, p. 703-706, Oct. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500021&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2016.

FRANK, Ulrike; MADER, Mader; STICHER, Heinke. Dysphagic patients with tracheotomies: a multidisciplinary approach to treatment and decannulation management. **Dysphagia**, 22

(1). 2007, pp. 20–29. Disponível em < <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-006-9036-5>>. Acesso em 05 Mai 2016

FURKIM, Ana Maria et al. Gerenciamento Fonoaudiológico da disfagia no paciente crítico na Unidade de Terapia Intensiva. IN: FURKIM, AM; RODRIGUES, KA. **Disfagias nas Unidades de Terapia Intensivas**. São Paulo: Editora Roca, 2014. (10), 111-126p

GORDILHO, Adriano. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral do idoso*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade, 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf>. Acesso em: 04 Jan 2016.

INAOKA, Clarissa; ALBUQUERQUE, Christiane. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 187-196, Feb. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000100187&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2016.

ISOLA, Alexandre Marini; FUSSI, Camila. Ventilação mecânica não invasiva e sua relação com a deglutição. IN: FURKIM, AM; RODRIGUES, KA. **Disfagias nas Unidades de Terapia Intensivas**. São Paulo: Editora Roca, 2014. (8), 87-100p.

KIM, Min Jung et al. Associations Between Prolonged Intubation and Developing Postextubation Dysphagia and Aspiration Pneumonia in Non-neurologic Critically Ill Patients. **Ann Rehabil Med**. 2015 Oct;39(5):763-71. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26605174>>. Acesso em 25 Abr 2016.

KUNIGK, Michele Ramos Grigio; CHEHTER, Ethel. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo , v. 12, n. 4, p. 287-291, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Apr. 2016.

LOGEMANN, Jeri Ann. Swallowing disorders. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**. Vol. 21, No. 4, pp. 561–751, 2007.

MACHT, Madison et al. Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. **Crit Care**. 2011;15(5):R231. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21958475>>. Acesso em 25 Abr 2016

MALANDRAKI, Georgia et al. Postextubation Dysphagia in Critical Patients: A First Report From the Largest Step-Down Intensive Care Unit in Greece. **American Journal of Speech-Language Pathology**, 2016. Grécia. Disponível <<http://ajslp.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=2518768>>. Acesso em 30 Abr 2016.

_____. b. The Intensive Dysphagia Rehabilitation Approach Applied to Patients With Neurogenic Dysphagia: A Case Series Design Study, **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Volume 97, Issue 4, April, 2016, Pages 567-574. Disponível em<<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.11.019>>. Acesso em 22 Abr 2016.

MANGILLI, Laura Davison et al. Rehabilitative management of swallowing and oral-motor movements in patients with tetanus of a public service in Brazil, **Acta Tropica**, Volume 122, Issue 3, June 2012, Pages 241-246. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001706X12001374>>. Acesso em 06 Mai 2016.

MARSON, Andréia et al. Efetividade da fonoterapia e proposta de intervenção breve em respiradores orais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 1153-1166, Dec.2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000600017&lng=en&nrm=iso>. Access on 08 May 2016.

MIRANDA, Vanessa da Hora Machado et al. Efetividade da fonoterapia em pacientes com paralisia facial pós-parotidectomia. **Rev. CEFAC** São Paulo; 2015. Maio-Jun; 17(3):984-995. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00984.pdf>>. Acesso em 23 Mar 2016.

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

MORAES, Danielle Pedroni et al. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. *Crit Care*. 2013 Oct 18;17(5):R243. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138781>>. Acesso em 25 Abr 2016

MORAES, Danielle Pedroni; ANDRADE, Claudia Regina Furquim de. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-94, Mar. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Jan. 2016.

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

NOGUEIRA, Nádia Accioly Pinto; SOUSA, Paulo César Pereira de; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de. Perfil dos pacientes atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público do Brasil. **InterScience Place**. Ano 2 - N5. Fev. 2009. Campos dos Goytacazes – RJ.

NOGUEIRA, Serjana Cavalcante Jucá et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 94-104, Feb. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000100011&lng=en&nrm=iso>.

O'NEIL, Karen H. et al. Dysphagia Outcome and Severity Scale. **Dysphagia** 14:139–145 (1999).

OLIVEIRA, Max Moura de et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 273-278, Jan. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100273&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2016.

OLIVEIRA, Patrícia Conceição. **Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital de reabilitação**. Goiânia. 2013. Monografia (Especialização) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Disponível em <<http://www.ceafi.com.br/publicacoes/download/abe99ec8299f931be8d49a55afd0a7c64>>. Acesso em 30 mar 2016.

PADOVANI, Aline Rodrigues et al. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822013000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Apr. 2016.

PANSARINI, Amanda Checchinato et al. Deglutition of pasty and solid food: a critical review of the literature. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 357-362, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000300020&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar 2016.

PARK, Walter Guy et al. Quality indicators for EGD, **Gastrointestinal Endoscopy**, Volume 81, Issue 1, January 2015, Pages 17-30. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016510714020501>>. Acesso em 06 Mai 2016.

PEREIRA J.L; GARCÍA-LUNA P.P. Vías de acceso en nutrición enteral, **Endocrinología y Nutrición**. Volume 51, Issue 4, 2004, Pages 149-157. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092204746008>>. Acesso em 05 Mai 2016.

PEREIRA, Sandra Regina Maciqueira et al . Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2016.

PEREIRA Vagna Cristina Leite da Silve et al. Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(supl. 1):440-7, jan. 2015. Disponível em < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5520/11369>>. Acesso em 30 mar 2016

PRYOR, Lee et al. Impact of nasogastric tubes on swallowing physiology in older, healthy subjects: A randomized controlled crossover Trial. **Clinical Nutrition**. 2015;34 (2015) 572-578p. Disponível em < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561414002234> >. Acesso em 12 Mai 2016.

QUEIROZ, Moisés Andrade dos Santos de et al . Avaliação clínica e objetiva da deglutição em crianças com paralisia cerebral. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 210-214, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar 2016.

RODRIGUES, Kátia Alonso et al. Considerações sobre a atuação fonoaudiológica em pacientes disfágicos dependentes da ventilação mecânica invasiva. IN: FURKIM, AM; RODRIGUES, KA. **Disfagias nas Unidades de Terapia Intensivas**. São Paulo: Editora Roca, 2014. (9), 101-110p.

RODRIGUES, Kátia Alonso et al. Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: a feasibility study. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 64-71, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000100064&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jan. 2016.

RODRIGUES, Kátia Alonso; GONÇALVES, Maria Inês Rebelo. Avaliação Fonoaudiológica de pacientes disfágicos internados na Unidade de Terapia Intensiva. IN: FURKIM, Ana Maria; RODRIGUES, Katia Alonso. _____. São Paulo: Editora Roca, 2014. (11), 127-132p.

SALIBA, Debra et al. Feasibility of Quality Indicators for the Management of Geriatric Syndromes in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, Volume 6, Issue 3, Supplement, May–June 2005, Pages S50-S59. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861005002124>>. Acesso em 06 Mai 2016.

SILVA, Roberta Gonçalves; COLA, Paula Cristina; GATTO, Ana Rita. Critérios de enquadramento para a Terapia Fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva para indivíduos adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. IN: FURKIM, AM; RODRIGUES, KA. **Disfagias nas Unidades de Terapia Intensivas**. São Paulo: Editora Roca, 2014. (14), 151-160p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral**. s/l. 2011 <http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/acessos_para_terapia_de_nutricao_parenteral_e_enteral.pdf>. Acesso em 02 Mai 2016.

SODRE, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 26 May 2016.

SOLLER, Schelle Aldrei de Lima da; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 591-610, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Mar 2016.

STELFOX, Henry Thomas; CRIMI, Claudia; BERRA, Lorenzo; NOTO, Alberto; SCHIMIDT, Ulrich; BIGATELLO, Luca; HESS, Dean. Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. **Critical Care**, 2008.

TEIXEIRA, Karla Katarine Rodrigues. **Abordagem do paciente traqueostomizado no processo de desmame e decanulação**. 23p. 2014. Dissertação de mestrado profissionalizante em terapia intensiva. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI. Brasília – DF. Acesso em 28 Abr 2016. Disponível em <http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_802.doc>.

UFPI. **Solenidade marca inauguração oficial do Hospital Universitário**. 2012. Teresina. Disponível em <<http://www.ufpi.br/ultimas-noticias-ufpi/1817-solenidade-marca-inaugura%C3%A7%C3%A3o-oficial-do-hospital-universit%C3%A1rio>>. Acesso em 26 Mai 2016.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar 2016.

WERLE, Roberta Weber et al. Análise da força muscular respiratória pico de tosse reflexa e tempo de ventilação mecânica em pacientes com e sem disfagia. **ASSOBRAFIR Ciência**. 2014, Ago;5(2):11-24.

WRENN, Keith. The lowly nasogastric tube: Still appropriate after all these years (at times), **The American Journal of Emergency Medicine**, Volume 11, Issue 1, 1993, Pages 84-89, ISSN 0735-6757. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073567579390068M>>. Acesso em 02 mai 2016.

ZANATA, Isabel de Lima; SANTOS, Rosane Sampaio; HIRATA, Gisela Carmona. Tracheal Decannulation Protocol in Patients Affected by Traumatic Brain Injury. **Int. Arch**.

Otorhinolaryngol., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 108-114, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48642014000200108&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2016.