

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira

**ATENÇÃO A DISFAGIA OROFARÍNGEA NO *HOME CARE*: GERENCIAMENTO
FONOAUDIOLÓGICO E ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E
CONTEÚDO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO**

CURITIBA
2015

KARINA DE FATIMA PORTELA DE OLIVEIRA PEREIRA

**ATENÇÃO A DISFAGIA OROFARÍNGEA NO *HOME CARE*: GERENCIAMENTO
FONOAUDIOLÓGICO E ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E
CONTEÚDO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Distúrbios da Comunicação da
Universidade Tuiuti do Paraná como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Rosane Sampaio Santos

CURITIBA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

P436 Pereira, Karina de Fatima Portela de Oliveira.

Atenção a disfagia orofaríngea no home care: gerenciamento fonoaudiológico e estudo de validação de aparência e conteúdo de um manual de orientação/ Karina de Fátima Portela de Oliveira Pereira; orientadora Prof^a. dr^a. Rosane Sampaio Santos. 88f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015

1. Disfagia. 2. Fonoaudiologia. 3. Estudo de validação. 4. Home care. I. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/ Mestrado em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

KARINA DE FATIMA PORTELA DE OLIVEIRA PEREIRA

**ATENÇÃO A DISFAGIA OROFARÍNGEA NO *HOME CARE*: GERENCIAMENTO
FONOAUDIOLÓGICO E ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E
CONTEÚDO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do título de Mestre em Distúrbios da Comunicação.
Curitiba, 09 de Dezembro de 2015.

Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação da
Universidade Tuiuti do Paraná.

Orientadora: Profa. Doutora Rosane Sampaio Santos
UTP

Prof. Doutor Jair Mendes Marques
UTP

Prof. Doutor Celso Luiz Gonçalves dos Santos Junior
UNICENTRO

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Rosane Sampaio Santos pela oportunidade, pelo incentivo, paciência, orientação e amizade.

Ao professor Doutor Jair Mendes Marques pela orientação, pelo suporte técnico e atenção dedicada à minha pesquisa.

Ao professor Doutor Celso Luiz Gonçalves dos Santos Junior, pela disponibilidade, pelo conhecimento compartilhado e por todas as contribuições indispensáveis para a realização deste trabalho.

Aos colegas do mestrado pela amizade estabelecida.

Aos fonoaudiólogos que participaram como juízes, pelo apoio, pela contribuição e confiança depositada em meu trabalho e pela amizade.

Aos cuidadores e pacientes voluntárias da pesquisa pela disponibilidade e confiança depositada em meu trabalho.

Aos amigos que de uma maneira ou de outra me auxiliaram na realização deste sonho.

Ao meu irmão Gerso Luiz Portela pelo incentivo e palavras de motivação para realização deste sonho.

Aos meus queridos pais (*in memoriam*) pela inspiração e ensinamentos de vida que procuro seguir. “...Os sonhos de Deus jamais vão morrer...”

Ao meu marido Adriano Pereira pelo imenso apoio, pelo incentivo, por todas as contribuições físicas e intelectuais para a realização desta pesquisa, pela compreensão por minhas ausências, pelo amor e pelo carinho.

Agradeço a Deus por ter me sustentado em suas mãos, me capacitado e me fortalecido, pelo amparo nos momentos de dificuldades e pelos oásis que preparou para mim em meio aos desertos que cruzei. A ele toda glória, honra e louvor.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de validar em aparência e conteúdo do “Manual de orientação para pacientes adultos com disfagia em terapia fonoaudiológica em home care” de orientação direcionado aos pacientes em acompanhamento fonoudiológico. A metodologia de sua elaboração trata de um estudo misto que foi dividido em três etapas sendo a primeira a construção do manual o qual foi encaminhado para 2 doutoras na área de fonoaudiologia as quais contribuíram com sugestões acatadas para melhora do material a segunda etapa foi direcionada na escolha dos 8 juízes especialistas na área com mestrado ou doutorado, os quais avaliaram o manual por meio de um questionário e a terceira etapa direcionada à escolha dos 8 juízes cuidadores de pacientes em atendimento *Home Care*, como parte representante da população em estudo. Para análise das respostas dos juízes foi utilizado correlação linear de Pearson e considerados como válidos as respostas que obtivessem correlação maior que 0,6 sendo este um parâmetro que representa existência de forte correlação linear. Entre os resultados encontrados, observou-se que, por meio da avaliação dos juízes foi possível aperfeiçoar o instrumento, os resultados obtidos pelas análises dos dados evidenciaram a existência e correlação maior que 0,6 em todas as questões avaliadas o que demonstra existir forte correlação entre as perguntas referentes ao conteúdo do manual dados que sugerem que o material é válido em aparência e conteúdo. Ressalta-se que apesar de ser um instrumento de fácil utilização, há necessidade de treinamento prévio do fonoaudiólogo para correta utilização do material. Do estudo feito conclui-se que, este manual foi validado em aparência e conteúdo pela forte correlação linear.

Palavras- chave: Disfagia. Fonoaudiologia. Estudo de validação. *Home Care*.

ABSTRACT

The objective of this research was to validate in appearance and content of the "guidance Manual for adult patients with dysphagia in speech therapy in home care" orientation directed to patients in fonoaudiologico monitoring. The methodology of its preparation is a mixed study that was divided into three stages being the first building of the manual which was forwarded to two Doctors in the speech area which contributed heeded suggestions for improvement of the material. The second stage was directed in the choice of eight expert judges in the area with master's or doctorate, which evaluated the manual through a questionnaire and the third stage directed to the choice of eight caregivers judges of patients in care Home Care, as a representative population of this study. To analysis the answers of the judges was used Pearson linear correlation and considered valid the answers that obtained correlation higher correlation than 0.6 being this a parameter that represents the existence of strong linear correlation. Among the found results, can be observed through the evaluation of the judges that was possible to improve the instrument, the obtained results by analyzes of the data show the existence of strong correlation bigger than 0.6 in all evaluated questions which demonstrates there is a strong correlation among the questions regarding the contents of the manual data suggesting that the material is valid in appearance and content. It is noteworthy that despite being an instrument easy to use, no need for prior training of the speech therapist for proper use of the material. The study concludes that, taking into account the existence of strong linear correlation, it is understood that the manual was valid in its appearance and content.

Key words: Dysphagia. Speech Therapy. Validation study. Home Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Assistência Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FOIS	<i>Functional Oral Intake Scale</i> (Escala Funcional de Ingestão por Via Oral).
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARD	Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia
PITA	Protocolo Fonoaudiológico da Introdução e Transição de Alimentação por Via Oral.
SEDEX	Serviço de Encomenda Expressa de Documentos e Mercadorias.
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL DOS FONOAUDIÓLOGOS JUÍZES (N = 8)	36
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O PERFIL DO CUIDADOR.....	38
TABELA 3 - RESULTADOS DOS ESCORES OBTIDOS PELOS JUÍZES FONOAUDIÓLOGOS.....	41
TABELA 4 - ÍNDICES PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA SEGUNDO A AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DOS JUÍZES FONOAUDIÓLOGOS.....	43
TABELA 5 - RESULTADOS DOS ESCORES OBTIDOS PELOS JUÍZES: ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO PARA O CUIDADOR.....	44
TABELA 6 - ÍNDICES PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA SEGUNDO A AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DOS JUÍZES CUIDADORES.....	46

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUADRO DE SUGESTÕES E RESPECTIVAS MUDANÇAS SUGERIDAS E ACATADAS. REALIZADAS PELOS JUÍZES NO MATERIAL PILOTO	68
APÊNDICE 2 - QUADRO DE SUGESTÕES APRESENTADO PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS. PROBLEMAS IDENTIFICADOS E RESPECTIVAS MUDANÇAS SUGERIDAS E ACATADAS.....	69
APÊNDICE 3 - DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE.....	70
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FONOAUDIÓLOGO.....	71
APÊNDICE 5 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE.....	74
APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) CUIDADOR.....	75
APÊNDICE 7 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE.....	78
APÊNDICE 8 - QUESTIONÁRIO 1. VALIDAÇÃO: FONOAUDIÓLOGO.....	79
APÊNDICE 9 - QUESTIONÁRIO 2. PARA CUIDADOR /PACIENTE (ANTES DA ENTREGA DO MANUAL).....	82
APÊNDICE 10 - QUESTIONÁRIO 3. PARA CUIDADOR /PACIENTE (APÓS MANUAL).....	85
APÊNDICE 11 - "MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES ADULTOS COM DISFAGIA, NO <i>HOME CARE</i> "	88

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
3.1	DEFINIÇÃO DE <i>HOME CARE</i>	17
3.2	ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO <i>HOME CARE</i>	19
3.3	DISFAGIA.....	21
3.4	REABILITAÇÃO DA DISFAGIA NO <i>HOME CARE</i>	23
3.4.1	Cuidados ao pacientes com disfagia no <i>home care</i>	25
3.5	MANUAL DE ORIENTAÇÃO.....	26
3.6	VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO.....	27
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	PRIMEIRA ETAPA: CONSTRUÇÃO DO MANUAL.....	31
4.1.1	O que é home care?.....	32
4.1.2	Disfagia e seu conceito.....	32
4.1.3	Sinais e sintomas.....	32
4.1.4	Higiene oral.....	33
4.1.5	Como o fonoaudiólogo pode ajudá-los?.....	33
4.1.6	Como evitar riscos.....	33
4.1.7	Materiais que podem auxiliar a refeição.....	34
4.1.8	Equipe de atendimento.....	34
4.1.9	Monitoramento fonoudiológico baseado na escala FOIS.....	34
4.1.10	Sugestões de dietas e formas de apresentação de pratos.....	35
4.2	SEGUNDA ETAPA: CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS.....	35
4.3	TERCEIRA ETAPA: CONVITE AOS JUÍZES CUIDADORES.....	37
5	RESULTADOS.....	40

6	DISCUSSÃO.....	47
7	CONCLUSÃO.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXO: ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA.....	62
	APÊNDICES.....	67

1 INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar consiste numa gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Os principais objetivos deste tipo de atendimento são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular a maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; ser um campo de ensino e pesquisa. Seus potenciais benefícios seriam: a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares; a redução do risco de infecção hospitalar; a manutenção do paciente no núcleo familiar; e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares (PERROCA e GAIDZINSKI, 2003).

São considerados candidatos a este tipo de atendimento aqueles indivíduos impossibilitados de deixar a sua casa sem esforço excepcional e apoio; os pacientes nesta condição recebem serviços de saúde em casa, incluindo tratamento médico e cuidado pessoal.

É possível constatar que, oferecer serviços de saúde em domicílio, é uma tendência da atualidade e que a Fonoaudiologia tem participação efetiva, embora haja ainda, pouco material na literatura referente à atuação deste profissional.

O objetivo desta pesquisa é o de validar em aparência e conteúdo, um manual de orientação direcionado aos pacientes em acompanhamento fonoudiológico em um serviço de *Home Care*.

Nesse contexto, verificando a literatura, constatou-se que há ausência de critérios e diretrizes específicos para direcionar as ações do fonoaudiólogo no processo de avaliação e orientação familiar dos pacientes adultos com disfagia, em especial os atendidos no seu domicílio, o que trouxe à tona o seguinte questionamento: como contribuir e obter melhores resultados para o trabalho fonoudiológico realizado no domicílio?

O desenvolvimento da pesquisa tem como hipótese fundamental, o fato que a criação de um manual de orientação no processo de atendimento do *Home Care*, pode contribuir de forma positiva para a melhoria do gerenciamento dos pacientes, ao mesmo tempo em que, além de possibilitar ao fonoaudiólogo a gerência mais efetiva do seu paciente adulto disfágico, também contribuiria de forma direcionada para a avaliação e capacitação do familiar e/ou cuidador do mencionado paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um manual que auxilie o fonoaudiólogo atuante em *Home Care* no gerenciamento e orientação familiar de pacientes adultos com disfagia e validá-lo em aparência e conteúdo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Desenvolver um manual de orientação que auxilie o cuidador durante o processo de reabilitação do paciente adulto com disfagia, em atendimento de *Home Care*.
- 2.2.2 Realizar o processo de validação de aparência e conteúdo do instrumento, pelo julgamento dos fonoaudiólogos e cuidadores escolhidos juízes.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a definição da ANVISA (BRASIL, 2003), o termo genérico assistência domiciliar representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o atendimento e a internação domiciliar, ou seja, alcança o atendimento *Home Care*. Porém, a atenção domiciliar envolve um amplo desenvolvimento de ações à saúde, prevenção de doenças abrangendo assistências domiciliares desenvolvidas no domicílio, e incluindo diversas modalidades médicas.

Esse atendimento domiciliar compreende um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multidisciplinar (CARVALHAIS e SOUSA, 2013).

De acordo com Bononi (2006), “cuidar da saúde do cidadão em sua própria residência aumenta a capacidade de atendimento da rede pública e humaniza o tratamento”. Esse cuidado também se origina na busca contínua de redução dos custos na área de saúde, e o *Home Care* é um procedimento que mostra ser uma excelente alternativa, nesse sentido.

Descrevem Barboza e Fracolli (2005), que equipe multidisciplinar é o nome dado a um grupo de especialistas, que interagem, cada um na sua área, a exemplo dos fonoaudiólogos, atuando de modo independente, para a realização de um trabalho de reabilitação ou educação de pessoas com deficiências em prol de um único objetivo, sua melhor qualidade de vida.

Para Duarte e Diogo (2000), ela tem como objetivo a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde do paciente, além do desenvolvimento e adaptação de suas funções que possam favorecer ao máximo o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.

3.1 DEFINIÇÃO DE *HOME CARE*

O conceito de *Home Care* é de origem inglesa. A palavra *home* significa lar e a palavra *care* traduz-se por cuidados. Portanto, a expressão *Home Care* designa literalmente: cuidados no lar (LEME, 2014).

Este termo surgiu nos Estados Unidos há mais de 60 anos, na época do pós-guerra. Mas foi na década de 1960 que a desospitalização passou a ser levada a sério como solução para a falta de leitos hospitalares e redução das grandes filas que se formavam diante dos ambulatórios. A prática do *Home Care* deve ser compreendida como uma modalidade contínua de serviços na área de saúde, cujas atividades são dedicadas aos pacientes/clientes e a seus familiares em um ambiente extra-hospitalar. (LEME, 2014).

No Brasil, a Assistência Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde desenvolvida a partir da década de noventa. A assistência domiciliar é uma forma de atendimento à saúde, por uma equipe de multiprofissionais, que tem como propósito tornar efetiva a internação do paciente em seu domicílio, para que este tenha toda assistência necessária, seja ela médica, paramédica e/ou hospitalar (RIOS, 2003).

O primeiro sistema de AD no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1963, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados. Para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (DIOGO e DUARTE, 2006).

Longe de ser o ideal para a recuperação de enfermos, a rotina da internação hospitalar tem alternativa para muitos casos: a Assistência Domiciliar, ou *Home Care*.

A estratégia básica é tirar o paciente do hospital e levá-lo de volta ao lar, onde o aconchego melhora seu ânimo, o que, em muitos casos, provoca também melhora na sua condição física (PONTES, 2009).

Portanto, o *Home Care* tem como objetivo retirar o paciente do hospital e levá-lo de volta ao lar, onde o afeto e a dinâmica familiar melhoram o seu estado emocional, o que, em muitos casos, propicia também à melhoria de seu estado físico, alcançando um equilíbrio geral.

A Organização Mundial da Saúde define Assistência Domiciliar como:

A provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas em um nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos (OMS, 2003).

O Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e a situação da família o permitirem (BRASIL, 1997).

Menciona-se também que, o *Home Care*, segundo Schahin (2014), "do ponto de vista das seguradoras e dos planos de saúde, o sistema é capaz de reduzir custos de tratamento entre 20% e 60%." O serviço de *Home Care* justifica-se, também porque,

(...) embora disponível o serviço de saúde, muitas vezes, não possui o paciente doente nem a família condições de locomoção ao local do atendimento, pelas mais variadas razões, especialmente quando o doente é portador de deficiência física e/ou pelas precárias condições fisiológicas decorrentes da própria doença de que é acometido, bem como pela própria limitação física etária, situação que por si só o tornam totalmente dependente (MOLINARI, 2007).

Entre os profissionais listados na área da Assistência Domiciliar, encontram-se Enfermeiros, Fisioterapeutas, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (FLORIANI e SCHRAMM, 2004).

Portanto, pode-se entender que *Home Care* é uma forma de prestação de assistência domiciliar à saúde, uma maneira de ofertar serviços de saúde às pessoas em suas residências, atuando com a mesma qualidade e cuidados de uma internação hospitalar.

Este tipo de serviço no Brasil vem atendendo aos modelos internacionais e, em seus resultados, têm se mostrado muito adequados pois utilizam a possível tecnologia de ponta, atendendo a interesses, não somente dos pacientes e da equipe multidisciplinar que os atendem, mas também aos interesses das empresas de saúde, quer privadas, quer públicas.

A grande contribuição dos serviços de *Home Care* também envolve viabilizar e alcançar o atendimento de maior demanda de modalidades a serem atendidas pelo programa, o que reduz a incidência de diversos riscos, a exemplo da reinternação hospitalar, da disseminação de infecções oportunistas, além de representar maior economia na relação custo/benefício.

Nos procedimentos do *Home Care* as mais diversas patologias são atendidas de forma individualizada e por profissionais direcionados, segundo as necessidades do seu tratamento. Esse cuidado pode abranger desde as simples visitas dos agentes de saúde, para a execução de curativos até a estrutura de uma UTI domiciliar completa, quando necessário.

E, para Molinari (2007), os aspectos éticos e morais são um dos cuidados que devemos tomar no atendimento domiciliar, visando sempre proporcionar aos pacientes um ambiente onde o mesmo sintam-se seguro e em condições de estabelecer condutas éticas e morais dentro do seu ambiente.

3.2 ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO *HOME CARE*

A partir do momento em que o paciente está em casa, o médico faz seu acompanhamento periódico, muitas vezes diário e estabelece quais serão os profissionais de outras áreas que deverão dar suporte ao tratamento.

Quadros (2007), evidenciou em seu estudo a importância da atuação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar, contribuindo para a reabilitação

do paciente com disfagia por meio de orientações aos cuidadores dos pacientes disfágicos, considerando que essa é uma das principais causas de reinternamento, mostrando a importância e carência de entendimento da situação que o paciente se encontra.

A Resolução CFFa. Nº 356, de 06 de dezembro de 2008, dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas. A grande contribuição do fonoaudiólogo é avaliar e reabilitar os distúrbios da fala, deglutição e linguagem, tendo em vista o paciente como um todo, favorecendo o convívio com a família de forma normal.

Em 20 de março de 2010, a Resolução CFFa. Nº 382, que dispõe sobre o reconhecimento da especialidade de Disfagia, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, também foi publicada, dando maior ênfase ao trabalho do fonoaudiólogo, nessa área.

Segundo Furkim (2004), para que o fonoaudiólogo seja capaz de fazer um prognóstico realista e possa orientar familiares e cuidadores de forma adequada no que diz respeito à disfagia, é necessário que ele conheça a etiologia das doenças neurológicas que levam a tal manifestação. Depois da avaliação, devem ser traçadas as condutas fonoaudiológicas em pacientes com disfagia.

A Fonoaudiologia busca ampliar as perspectivas prognósticas, contribuindo com a redução do tempo de internação e a redução na taxa de reinternações por pneumonia aspirativa, colaborando significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (HINCHEY *et al.*, 2005; SMITH-HAMMOND e GOLDSTEIN, 2006).

Silva *et al.*, (2005), identificaram em seu estudo a necessidade de uma diretriz que norteie a atuação do fonoaudiólogo no cuidado na internação domiciliar, estabelecendo métodos objetivos, princípios de avaliação consensuais e de aplicação, por profissionais com *expertise* na área, visando garantir a qualidade do que está sendo oferecido, além de permitir a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências.

Para Furia (2003), na ocorrência da disfagia a terapia fonoaudiológica é essencial, considerando que tem como objetivo realizar exercícios dos mais

diversos, para possibilitar a melhoria do tônus muscular, a adequação e funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição, bem como a estimulação das vias aferentes, que possam proporcionar reflexos eficazes na área da deglutição. A autora refere que faz parte das atividades profissionais do fonoaudiólogo e do nutricionista, reunir todas as informações necessárias para que possa realizar um trabalho de excelência junto aos pacientes que apresentem distúrbios da deglutição, averiguando as suas condições anátomo-fisiológicas e as suas deficiências, a fim de alcançar o conhecimento das alterações e queixas referidas pelo paciente, de tal forma que possa estabelecer a rotina adequada para o seu tratamento.

A fundamentação metodológica baseada em evidências permite que os dados sejam coletados, de maneira pré-estabelecida, possibilitando análise e definição de condutas. Em estudo prévio, Hinchey *et al.*, (2005), observaram uma redução da incidência de pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados, a partir da aplicação de um protocolo formal de avaliação da disfagia.

3.3 DISFAGIA

Para Vasconcelos (2013), a deglutição é um dos processos fisiológicos mais importantes para o ser humano, considerando que sua realização adequada proporciona aos indivíduos a possibilidade de alcançar o equilíbrio nutricional necessário para a sua sobrevivência, mesmo sem mencionar que alimentar-se bem é um dos prazeres vivenciados.

No entanto, toda e qualquer alteração que dificulte ou altere o processo da deglutição provoca o distúrbio denominado de disfagia, cuja incidência pode trazer sérias consequências para o indivíduo, que vão desde a desnutrição e desidratação, até a ocorrência de aspiração traqueal, que pode resultar em pneumonia, cuja presença leva até mesmo à morte.

Furia (2003) descreve os sinais e sintomas mais frequentes da disfagia com grande amplitude, relacionando-os como sendo: inabilidade de controlar o alimento; dificuldade de manter o alimento na boca; inabilidade de

controlar a saliva e alimento dentro da boca; tosse antes, durante e após a deglutição; tosse frequente ao término da refeição, ou imediatamente após; pneumonias recorrentes; perda de peso sem razão definida; qualidade vocal molhada; aumento de secreção na faringe ou pulmão após a deglutição ou refeição; queixas para deglutir; sonolência; cianose, engasgos, saída de alimento pela traqueostomia, sufocamento, dispnéia, taquipnéia, lágrimas, espirros, descoordenação entre a respiração e deglutição, entre outros.

A disfagia é um distúrbio que se desenvolve em decorrência de causas neurológicas e/ou estruturais, além de decorrer de traumas de cabeça e pescoço, de acidente vascular encefálico, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências e encefalopatias, entre outras incidências (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2004, *Apud* PADOVANI *et al.*, 2007).

Como refere Furia (2003), a disfagia orofaríngea é um distúrbio de deglutição, que apresenta sinais e sintomas específicos, caracterizados por alterações nas etapas ou entre as fases da deglutição. Seu surgimento pode ser congênito ou adquirido ao longo do tempo, em qualquer idade, principalmente em virtude de comprometimento neurológico e/ou mecânico, podendo trazer prejuízos sob os mais variados aspectos, tanto nutricionais, quanto pulmonares e de hidratação, comprometendo até mesmo a vida social dos indivíduos.

Conforme descrevem Padovani *et al.*, (2007),

(...) uma boa avaliação da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais, como exemplo, aumento no trânsito oral ou deglutição incompleta do bolo, alterações na qualidade vocal, disartria, alteração no reflexo de gag, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva, alteração de sensibilidade na laringe e alterações no teste de água. Esses testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e identificar os sintomas da disfagia.

É essencial que a avaliação fonoaudiológica em paciente acamado não pode ser extensa, considerando sua fragilidade, porém, deve ser capaz de identificar os pacientes que, potencialmente, correm risco para disfagia, de

forma a identificar os problemas e agir pró-ativamente, face às possíveis complicações. Entende-se que os fonoaudiólogos são os profissionais mais habilitados para avaliar e tratar as alterações de deglutição e, para tanto, deve-se estar atento e preocupado em agir de forma responsável e comprovada.

3.4 REABILITAÇÃO DA DISFAGIA NO *HOME CARE*

Segundo Bolzan *et al.*, (2013), além da realização de uma anamnese detalhada e um exame cuidadoso, a avaliação funcional da deglutição é um recurso que permite ao fonoaudiólogo identificar:

(...) as dificuldades apresentadas pelo paciente no processo de deglutição, sinais de penetração laríngea e/ou aspiração laringo-traqueal do alimento deglutido, a segurança na manutenção ou reintrodução da alimentação por via oral, a melhor consistência a ser utilizada e as possíveis causas das alterações identificadas.

Para Silva (2007), reabilitar o quadro disfágico significa atuar para se alcançar uma deglutição sem riscos de complicações, considerando que o objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é restaurar as condicionantes nutricionais, reduzir ao máximo os riscos de aspiração laringo-traqueal, bem como as suas complicações.

“Atuar na área da reabilitação é deparar-se diariamente com questionamentos sobre a eficiência e a eficácia dos procedimentos que norteiam esta prática,” afirma Silva (2007). Em virtude da dificuldade de se alcançar a normalidade, pacientes e familiares não compreendem que o principal objetivo do processo de reabilitação é a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, maximizando o seu potencial por meio do aprimoramento de métodos e eficácias.

Antes que a terapia tenha início, o fonoaudiólogo, a família e o paciente devem conversar e deixar bem claro o motivo pelo qual ele está em tratamento; também precisam concordar com as condutas e procedimentos planejados pelo fonoaudiólogo e, caso sejam modificadas, precisam ser

comunicados e estarem de acordo. Esses aspectos devem ser sempre discutidos antes do início do tratamento para que não haja frustrações.

É possível que se encontre resistência dos familiares ao tratamento, além da intervenção dos profissionais da assistência domiciliar em sua residência. Por isso, a comunicação direta, clara e franca é significativa e exige por parte dos profissionais e da equipe de assistência, muita experiência, eficiência e competência em relação aos familiares, e em especial, dos cuidadores do paciente, que muitas vezes assumem um posicionamento de dependência (BONONI, 2006).

Pode-se afirmar que a eficácia dos resultados está diretamente relacionada ao quadro geral do indivíduo, uma vez que haja procedimentos que permitam uma ingestão oral segura, a boa condição nutricional, bem como a redução ao máximo de possíveis comprometimentos pulmonares (PROSIEGEL *et al.*, 2005).

A eficácia da reabilitação fonoaudiológica em presença da disfagia orofaríngea vem sendo investigada desde a década de 70, e os resultados das pesquisas vem apresentando inúmeras variáveis a serem observadas, tais como "o tipo de doença, o topodiagnóstico da lesão, a faixa etária, a escolaridade, a presença de questões cognitivas associadas ou não a prejuízos motores, tempo do ictus, fase de recuperação espontânea e as questões éticas", passíveis de serem observadas no seu tratamento (SILVA *et al.*, 2010).

Klor e Milianti, (1999), sugerem em seu estudo que os pacientes com disfagia podem ser beneficiados de forma significativa,

(...) pela intervenção fonoaudiológica frente aos distúrbios da deglutição, promovendo o retorno à alimentação por via oral de forma mais rápida, contribuindo com os custos hospitalares, uma vez que o custo da alimentação por via oral representa 21-31% do custo da alimentação enteral.

Silva (2007), por sua vez, afirma que a eficácia da reabilitação nas disfagias orofaríngeas decorre de um programa terapêutico que selecione

procedimentos capazes de produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, ocasionando alterações no aspecto geral do indivíduo.

Ao final, pode-se comprovar a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea a partir do momento em que o paciente consegue alimentar-se eficientemente por via oral, ou ganhar peso, ou sob a evidência da redução de ocorrência de pneumonia aspirativa.

Entende-se que toda ação terapêutica possui limites e cabe aos profissionais reconhecê-los. Embora a eficácia na reabilitação da disfagia orofaríngea tenha apresentado progressos e se mostrado responsável pela melhora da qualidade de vida de muitos pacientes com quadro disfágico, é importante que se continuem buscando novas práticas e novos procedimentos para que se alcancem melhores e mais adequados critérios para tal fim.

Segundo Silva (1999), a alta do paciente somente ocorrerá quando ele e o seu cuidador estiverem orientados e treinados para realizar uma deglutição eficiente, sob a qual o paciente possa melhorar a sua condição nutricional. No dia-a-dia, pode-se afirmar que a reabilitação necessita ser construída com uma metodologia que exige rigorosos critérios para controle de variáveis, fundamentada em estudos científicos e coerentes, para que alcancem o propósito de conquista da melhoria e da qualidade de vida do paciente, além de ser aplicada por um trabalho atento da equipe multidisciplinar, inclusive, os fonoaudiólogos e nutricionistas.

Furia (2003), relata a necessidade de informações sobre o tratamento de indivíduos disfágicos e traqueostomizados. O fonoaudiólogo, inserido em uma equipe interdisciplinar, é o profissional responsável pelo manejo terapêutico desse paciente, com o objetivo de otimizar a proteção das vias aéreas, contribuir na reintrodução da dieta por via oral do modo mais rápido e seguro, e auxiliar no processo de decanulação.

3.4.1 Cuidados aos pacientes com disfagia no *Home Care*

Todos estes componentes interventores da deglutição acabam por interferir no conhecimento dos profissionais e, principalmente, na aplicação

dos cuidados das famílias e dos cuidadores, que são de fundamental importância para ajudar na recuperação e contribuir durante o processo terapêutico junto aos pacientes disfágicos.

Lacerda (2010), descreve a importância de verificar as condições do indivíduo que irá assumir este cuidado, o qual deverá ser acompanhado por profissionais de saúde e que cada um, segundo a sua atuação, possa instrumentalizar, capacitando o cuidador, antes de delegar responsabilidades que impliquem, tanto na qualidade de vida, quanto na evolução deste paciente.

Para Macedo Filho, Gomes e Furkim (2000) um dos principais cuidados a serem praticados junto ao paciente disfágico, é a higiene oral, que deve ser feita mesmo quando o paciente não estiver se alimentando por via oral, uma vez que a boca é um local de alto índice de colonização de micro organismos. Tanto cuidadores como o próprio paciente devem ser orientados para realizarem a higiene oral da mucosa e dentes com auxílio de espátula, gaze, cotonete, escova de dente e nistatina (se necessário).

Para Borba e Rockland (2005) o paciente deve ser preparado para se alimentar, estimulando a sua sensibilidade e atenção, com alimentos coloridos e atraentes. Também deve ser colocado em postura adequada, sentado a 90°, para estabilizar sua região cervical, o que possibilita melhor evolução de sua reabilitação.

Pode-se afirmar que fonoaudiólogo tem se mostrado um profissional determinante no que se diz respeito à avaliação, diagnóstico e reabilitação da disfagia orofaríngea na assistência domiciliar (FREITAS *et al.*, 2007) e, segundo Groher (1997), o fonoaudiólogo é, em 92% dos casos, o profissional mais diretamente envolvido na equipe interdisciplinar para o diagnóstico e reabilitação desta manifestação clínica.

3.5 MANUAL DE ORIENTAÇÃO

O planejamento para a elaboração do “Manual de Orientação para Pacientes Adultos com Disfagia, no *Home Care*” tem como finalidade facilitar o

trabalho dos profissionais e melhorar a qualidade da assistência por eles prestada.

Suas orientações também buscam acrescentar conhecimentos na área da educação em saúde, pois utiliza estratégias que podem ajudar o indivíduo a adotar condutas que possibilitem a vivência o mais saudável possível, em sua fase de tratamento e recuperação.

Destaca-se ainda a importância desse conhecimento, que, segundo Oliveira, Fernandes e Sawada (2008):

Um material bem elaborado ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve ações que influenciam o padrão de saúde e favorece a tomada de decisão, além de contribuir na redução do uso dos serviços e dos custos com a saúde.

O preparo e orientação adequada para o autocuidado e a promoção da saúde ultrapassam os limites estabelecidos por simples informações, as quais, sempre bem direcionadas e fundamentadas, devem acrescentar a noção e compromisso quanto à responsabilidade de aplicação prática das ações para o cuidado, por meio de “um processo de conhecimento que se faz necessário para o desenvolvimento de um trabalho educativo com as pessoas envolvidas na busca da qualidade de vida” (FRANCIONI e COELHO, 2004).

Por isso, independentemente da abordagem definida pelo Manual:

(...) acredita-se que a utilização de um manual educativo como estratégia e instrumento de apoio terapêutico fundamentado em termos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais, possa promover a saúde e a reinserção social (OLIVEIRA, FERNANDES e SAWADA, 2008).

3.6 VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO

O termo “validar” (v.t.d.), tem o significado de “legitimar; fazer com que se torne válido a partir das regras em vigor”. Também é fundamentado no verbo “valorizar-se”, ou seja, “exaltar seus próprios méritos”. Entre seus

sinônimos, estão relacionados: “aprovar, autenticar, confirmar, legalizar, legitimar, ratificar, revalidar e sancionar.” (FERREIRA, 2010).

Conforme descreve Alexandre e Coluci (2011), “a validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir. Isto é, avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado”.

Em termos gerais, a validação de determinado conteúdo, implica em tornar válido o seu atributo, a sua qualidade e, em se tratando de um instrumento voltado para realizar determinada medição, essa validação está relacionada à sua precisão, ao propósito de sua aplicação, destacando-se que, esse instrumento é válido quando a sua construção e aplicabilidade permitem que seja feita uma mensuração coerente, objetiva e adequada.

Na área da saúde, o conceito de validade é descrito como sendo o grau no qual determinado instrumento é adequado para mensurar o que está em seu direcionamento para ser medido. Assim, quando um instrumento é direcionado para a conquista de sua validação, a atenção volta-se para seu propósito, seu objetivo, elementos motivadores para a sua criação e seu uso (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

As diversas descobertas na área da saúde, grande parte dos recursos tecnológicos existentes ainda não atingem toda a comunidade. Diante destas lacunas, faz-se necessária a utilização de tecnologias alternativas, pois acredita-se que essas possuam melhor acessibilidade e a mesma eficiência, após validação e testagem (OLIVEIRA, FERNANDES e SAWADA, 2008).

Conforme refere Martins (2006), ao se tratar da validação de instrumentos de medidas, as técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo¹.

¹ *Constructo*: termo que indica uma construção puramente mental, criada a partir de elementos mais simples, para se inserir como parte de uma teoria. Dentro da conceituação utilizada pela Psicologia Social, “o constructo é a definição mental, dada por um ou mais autores, a termos/expressões/fenômenos/constatações que são difíceis de ser compreendidos ou que são novidades científicas. A finalidade é que não soem vagos e imprecisos. Busca-se, assim, estruturar e organizar uma linguagem determinante que sinalize e simbolize da maneira mais exata possível o que se está pesquisando ou do que se está falando a fim de que seja compreendido pelos outros (SILVA, 2015).

A validade de conteúdo busca determinar, por meio de uma investigação, qual seja a representatividade dos itens que reflete esse conteúdo, a ser declarada no julgamento feito por especialistas da área de escolha. Dentro de uma forma mais abrangente, ela “avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação” (ALEXANDRE e COLUCI, 2011). É a validação de conteúdo que vai determinar se o conteúdo do instrumento em análise consegue apresentar, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração do que está sendo investigado.

Como afirma Bellucci Júnior e Matsuda (2012), a validade de conteúdo, é um dos tipos de validação que estabelece “a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica”. Ou seja, é a validação de conteúdo determina se o conteúdo de determinado instrumento de medida traz em seu bojo, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração do fenômeno que está sendo investigado.

Portanto, a validade de conteúdo, conforme indica Cassiani (1987), é um método que se baseia primordialmente no julgamento e, para tanto, são convidados um grupo de juízes ou peritos, com comprovada experiência na área do conteúdo que integra o manual.

Os juízes indicados tem a tarefa de analisar cada item, estabelecer um juízo quanto à sua abrangência, representação e eficácia, e, ao final, indicar a evidência quanto ao conteúdo de cada item, bem como sua relação com o tema que se deseja medir. A propósito, afirmam Oliveira, Fernandes e Sawada (2008),

Para participar desta análise, os juízes devem ser peritos na área da tecnologia construída, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens avaliados estão se referindo ou não ao propósito do instrumento em questão. Uma concordância entre os juízes poderá servir de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item que teoricamente se refere.

Inicialmente, os juízes recebem do pesquisador um formulário que servirá de roteiro e registro dos padrões de medida definidos no julgamento.

Em geral é o próprio pesquisador que estabelece qual deve ser o número indicado de validadores e o percentual de concordância que pretende atingir.

Refere Martins (2006), que a validação de aparência, ou validade de face, embora seja considerada uma estratégia cuja técnica de apreciação é mais subjetiva e sem sofisticação, sua utilização é importante, pois estabelece um julgamento sobre a relevância e adequação dos itens relatados no seu conteúdo.

É por meio da validade de aparência que se analisa a redação ou clareza e facilidade do entendimento dos itens arrolados. A tarefa é realizada também de forma subjetiva, a exemplo da validação do conteúdo, e em seu julgamento, referem também à compreensão e forma como é apresentado o instrumento a ser validado.

Conforme descreve Pasquali (1997), a apreciação da aparência recebe uma avaliação superficial e, na prática, não pode ser utilizado como um critério isolado, mas precisa ser, visto de maneira coerente em todo o contexto da avaliação.

Após o julgamento e apuração dos resultados, serão verificados os conceitos e opiniões dos juízes, e as suas sugestões serão analisadas e acatadas, se procedentes, para que se alcance o aprimoramento do Manual e suas técnicas.

Partindo do pressuposto de que a validação de conteúdo é um fator crucial no desenvolvimento de um instrumento (POLIT e BECK, 2006), pretende-se demonstrar com esse estudo se os itens selecionados para compor o Manual, a partir do levantamento bibliográfico com suas respectivas definições construtivas e operacionais, medem adequadamente o domínio de conteúdo desejado (GRANT e DAVIS, 1997).

Para Polit e Beck (2006) a quantificação do julgamento por especialistas na área permite ponderar a abrangência da amostra de itens e se é representativa do conteúdo, bem como se está devidamente relacionada com o que se deseja medir. Lynn, *apud* Polit e Beck (2006), adverte que são necessários, no mínimo, três juízes especialistas e que uma quantidade maior do que dez é desnecessária.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo transversal de caráter quantitativo e qualitativo, identificados pela metodologia atual, como métodos mistos de pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa IPO, sob o nº 937570 EM 26/01/2015. (ANEXO 1).

O método misto é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa. Dito de outra forma, métodos mistos se refere a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses (DRIESSNACK, VALMI e SOUSA, 2007).

Menciona-se que o uso de mais de um método em uma pesquisa, pode apresentar maior e mais profundo potencial de entendimento, quanto aos diferentes problemas que engloba, em especial na área da saúde.

A pesquisa foi composta por três etapas: construção do manual; seleção dos juízes especialistas; seleção dos juízes cuidadores.

A construção do manual partiu do levantamento de estudos encontradas na literatura pertinente sobre o tema e da prática vivenciada na atuação de profissionais a serviço do *Home Care*. Foram utilizados os *sites* de busca Pubmed e Bireme, com os seguintes descritores: disfagia, transtorno da deglutição; *Home Care*; fonoaudiologia e *Home Care*; atendimento domiciliar e validação de aparência e conteúdo.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: CONSTRUÇÃO DO MANUAL

A primeira etapa foi dedicada à construção do Manual, intitulado, “*Manual de orientação para pacientes adultos com disfagia em terapia fonoaudiológica em Home Care*”. Seu texto abrange 27 páginas e é composto por elementos pré-textuais: capa, contracapa, apresentação, além de dez itens voltados para a orientação do cuidador do pacientes com disfagia, internado sob regime de *Home Care*, abordados na seguinte ordem:

4.1.1 O que é *Home Care*?

Essa modalidade de atenção altera minimamente o modo de vida do paciente; “O conceito é de origem inglesa. Portanto, a expressão *Home Care* designa literalmente: cuidados no lar” (LEME, 2014). É importante que o cuidador tenha conhecimento de como é essa assistência que objetiva garantir que o ambiente/domicílio que abrigará pacientes em internação domiciliar possua condições viáveis para o atendimento do mesmo com qualidade, segurança, conforto e riscos reduzidos (BRASIL, 2011).

4.1.2 *Disfagia e seu conceito*

A dificuldade de engolir pode levar estes indivíduos a diminuir sua ingestão hídrica e alimentar, contribuindo para piora do estado nutricional e aumento do risco de desidratação (SILVÉRIO, HERNANDEZ e GONÇALVES, 2010).

4.1.3 *Sinais e sintomas*

Quanto antes forem detectados os sinais clínicos no acompanhamento do paciente disfágico, maiores serão as possibilidades de reverter complicações clínicas (MACEDO FILHO, GOMES E FURKIM, 2000).

Para facilitar a reabilitação é importante fornecer informações e esclarecimentos necessários aos familiares e responsáveis sobre a doença e suas características principais os capacitando para reconhecer os seguintes sinais e sintomas frequentemente apresentados pelo indivíduo com disfagia, sendo eles: Dificuldade para mastigar tosse ou engasgo durante a alimentação; tempo de alimentação prolongado; recusa alimentar; mudança na voz após alimentação; sensação de algo parado na garganta; salivação excessiva ou reduzida; dificuldade para engolir; cansaço ao alimentar-se; presença de febre sem motivo identificável pelo médico; perda de peso desidratação e desnutrição. (FURKIM, 2004; PADOVANI *et al.*, 2007).

4.1.4 Higiene oral

Amaral, Cortês e Pires (2009) demonstram em seu estudo que a higiene oral precária, por si só, está relacionada às ocorrências como: infecções pulmonares subsequentes, ao maior número de episódios de febre e ao desenvolvimento de pneumonia quando comparados esse tipo de pacientes com grupos de pacientes com adequada higiene oral. Ou seja, são os de maior risco para o desenvolvimento de pneumonia.

4.1.5 Como o fonoaudiólogo pode ajudá-los?

Segundo a Resolução CFFa Nº 356, de 06 de dezembro de 2008, o fonoaudiólogo é o profissional habilitado para realizar a avaliação, o diagnóstico e o tratamento fonoudiológico das disfagias orofaríngeas, bem como o gerenciamento destas no recém-nascido, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso.

4.1.6 Como evitar riscos

Para evitar e reduzir os riscos, faz-se necessário realizar programas de reabilitação da disfagia orofaríngea em adultos, tendo como propósito educar, orientar e treinar o paciente disfágico e seu cuidador na reorganização de uma deglutição eficiente (SILVA, 1999).

A presença e participação da família no atendimento fonoaudiológico auxilia a terapia e diminui a apreensão em relação à doença instalada. (BUSCH, FERNANDES e SIMÕES, 2005).

É necessário seguir as seguintes orientações: não ofertar alimento ao paciente deitado ou sonolento; não ceder aos pedidos que não se enquadrem em sua dieta; evitar misturar as consistências sólidas e líquidas; evitar alimentar o paciente em ambientes distrativos; evitar conversar com o paciente durante a alimentação e como agirem em casos de engasgo.

4.1.7 Materiais que podem auxiliar a refeição

O auxílio possível de ser ofertado ao paciente com disfagia que está diretamente ligado à sua alimentação, encontra-se descrito por Macedo Filho, Gomes, Furkim (2000), que relacionam modelos de copos, pratos, canecas, canudos, os quais são encontrados em empresas comerciais, e ou adaptados pelo próprio terapeuta, para que possam auxiliar durante o processo de alimentação, contribuindo para a sua melhoria em qualidade de vida, além de ofertar uma alimentação mais adequada para a manutenção da sua saúde.

4.1.8 Equipe de atendimento

A assistência domiciliar é uma atividade que envolve uma equipe formada por multiprofissionais, que tem como propósito tornar efetiva a internação do paciente em seu domicílio, para que este tenha toda assistência necessária, seja ela médica, paramédica e/ou hospitalar (RIOS, 2004).

4.1.9 Monitoramento fonoudiológico baseado na escala FOIS

Crary, Mann e Groher (2005), a partir de diversos estudos, elaboraram e validaram a FOIS – *Functional Oral Intake Scale* (Escala Funcional de Ingestão por Via Oral). Que possui adequada confiabilidade, validade, e sensibilidade na ingestão oral, e pode ser aplicada ao longo do processo de fonoterapia, documentando a mudança na alimentação e habilidades funcionais do paciente com acidente vascular cerebral.

No Brasil e em outros países, outros autores já utilizaram a FOIS como marcador para mensurar a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. (CRARY, CARNABY, GROHER e HELSETH, 2004).

Entende-se, no entanto, que a avaliação nutricional deve vir associada à utilização da FOIS, para que seja possível um monitoramento eficiente das condições clínicas do paciente, agora em uso de via oral parcial ou total (SILVA, *et al.*, 2010).

4.1.10 Sugestões de dietas e formas de apresentação de pratos

A modificação da consistência dos alimentos normalmente resulta em dietas bastante monótonas, não só pela padronização da textura quanto pela aparência que é prejudicada e pelos sabores e aromas que são descaracterizados quando se homogeneiza vários alimentos em uma mesma preparação. Aliado a isso, uma dieta modificada, costuma não oferecer aporte calórico e proteico suficientes, contribuindo ainda mais para o risco de déficit nutricional (MACULAVECIUS e DIAS, 2006).

4.2 SEGUNDA ETAPA: CONVITE AOS ESPECIALISTAS

Foram convidados 08 (oito) profissionais fonoaudiólogos que fossem mestres ou doutores atuantes na área de disfagia com experiência na atuação em *Home Care*. A escolha do número de especialistas seguiu a orientação de Padovani (2010), que informa: “adverte-se que são necessários no mínimo três juízes especialistas e mais do que dez é provavelmente desnecessário”.

O contato com os profissionais foi individualizado e realizado por telefone para formalizar o convite, agendar a forma da entrega do material e explicação sobre o preenchimento do questionário. Destes, três foram enviados via SEDEX, pois os profissionais eram de outras cidades; e cinco foram entregues pessoalmente. Foi estabelecido o período de sete dias para devolutiva do de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4) e do Questionário 1 (Apêndice 8) constituído da seguinte forma PARTE I- identificação e PARTE II- Validação de aparência e conteúdo. Objetivos; Estrutura; Relevância.

Durante esse período, cada profissional leu e preencheu o questionário de análise sugerido, para que em seguida fazer a devolutiva ao pesquisador.

TABELA 1 – PERFIL DOS FONOAUDIÓLOGOS JUÍZES (N = 8)

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	%
Idade (*)		
Menos de 30 anos	1	12,50%
30 a 39 anos	4	50,00%
40 a 49 anos	2	25,00%
50 anos ou mais	1	12,50%
Tempo de formação		
5 anos ou menos	2	25,00%
6 a 10 anos	2	25,00%
Mais de 10 anos	4	50,00%
Formação complementar		
Doutorado	1	12,50%
Mestrado	7	87,50%
Tempo de serviço em <i>Home Care</i>		
5 anos ou menos	4	50,00%
6 a 10 anos	2	25,00%
Mais de 10 anos	2	25,00%
Tempo experiência em disfagia		
5 anos ou menos	3	37,50%
6 a 10 anos	2	25,00%
Mais de 10 anos	3	37,50%

(*) Estatísticas descritivas para as idades: Média = 38,1 anos; Mínima = 26 anos; Máxima = 56 anos; Desvio Padrão = 9,86 anos.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 1, identifica os juízes fonoaudiólogos com as seguintes características em destaque: 6 (75%) deles têm idade entre 30 e 49 anos, com 4 indivíduos (50%) com formação há mais de 10 anos, sendo 7 (87,5%) mestres e um doutor (12,5%).

Quanto ao tempo de serviço em *Home Care*, há uma divisão com índice de 50% entre aqueles que trabalham a menos de 5 anos (4 indivíduos), e os que atuam na área entre 6 e 10 anos.

No tocante ao tempo de experiência em disfagia, cerca de 3 pessoas (37,5%) atuam a menos de 5 anos, enquanto que 2 (25%) trabalham em um período de 6 a 10 anos e 3 (37,5%) há mais de dez anos.

4.3 TERCEIRA ETAPA: CONVITE AOS CUIDADORES

A escolha dos juízes cuidadores foi definida em razão do trabalho da pesquisadora, junto aos pacientes com diagnóstico instrumental de disfagia em fase de terapia fonoaudiológica. Foram convidados 8 cuidadores de pacientes em *Home Care* os quais aceitaram o convite para participar da pesquisa, que teve como característica específica de escolha a fase do pacientes em início da oferta da alimentação via oral de alguma consistência e/ou com necessidade de consistência adaptada.

Após o aceite de participação, os cuidadores tiveram a orientação da pesquisadora, quanto à aplicação das orientações do Manual, na prática, a fim de poder utilizar suas diretrizes, conforme as necessidades dos pacientes sob seus cuidados. Após esclarecimentos quanto ao propósito da pesquisa foi entregue a eles o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 6), os Questionários 2 e 3 (Apêndices 9 e 10), além de uma cópia do Manual.

Após a liberação do Manual e dos questionários, foi estabelecido um tempo para a devolutiva dos mesmos, entre os dias 18 de maio e 05 de junho de 2015, com a seguinte organização: PARTE I- identificação e conhecimento e PARTE II- Validação de aparência e conteúdo Objetivos; Estrutura; Relevância; Estilo da escrita; Aparência; Motivação.

No retorno, foram recebidos 8 devolutivas dos cuidadores que integraram a pesquisa. Menciona-se que a função dos juízes consistiu em anotar sua escolha nos itens arrolados no questionário, segundo o fator que julgasse adequado para cada item.

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA
SEGUNDO O PERFIL DO CUIDADOR**

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	%
Idade		
Menos de 30 anos	1	12,50%
30 a 39 anos	2	25,00%
40 a 49 anos	2	25,00%
50 anos ou mais	3	37,50%
Sexo		
Feminino	8	100,00%
Masculino	-	0,0%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	1	12,50%
Fundamental completo	1	12,50%
Ensino Médio completo	5	62,50%
Superior Completo	1	12,50%
Capacitação		
Não	7	87,50%
Curso de Enfermagem	1	12,50%
Parentesco		
Nora	1	12,50%
Cunhada	1	12,50%
Esposa	2	25,00%
Filho	3	37,50%
Técnico em enfermagem	1	12,50%
Estado civil		
Solteiro	4	50,00%
Casado	4	50,00%
Tempo dedicado		
4 horas	1	12,50%
8 horas	1	12,50%
24 horas	6	75,00%
Tempo como cuidador		
Menos de 1 ano	2	25,00%
1 ano a 5 anos	5	62,50%
Mais de 5 anos	1	12,50%

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2, identifica os juízes cuidadores, e apresenta as seguintes características: no que diz respeito à idade dos cuidadores, 5 (50%) deles tem idade entre 30 e 49 anos; somente 1 (12,5%) com idade abaixo de 30 anos e, 3 (37,5%) com idade acima de 50 anos. Todos os participantes cuidadores (100%) são do sexo feminino e sua escolaridade vai desde o ensino fundamental incompleto 12,5%; o fundamental completo 12,5%; 5 indivíduos 62,5% têm ensino médio completo, e apenas 12,5% tem curso superior completo.

Quanto à capacitação, 87,5% declaram não ter cursos nem experiência de cuidados em atendimento ao paciente com disfagia, considerando que todos são familiares. Apenas um juiz 12,5%, declarou ser técnico em enfermagem.

O parentesco declarado pelos cuidadores é: 12,5% é nora; 12,5% é cunhada; 2 25%, são esposas; 37,5% são filhas e a técnica de enfermagem é contratada pela família do paciente.

Cerca de 50% dos cuidadores são solteiros e os outros 50% são casados. Dentre eles, 75 declararam dedicarem-se totalmente, 24 horas por dia, aos cuidados com o paciente enquanto que 12,5% dedicam 4 horas e outro 12,5% trabalha 8 horas.

Quanto aos anos dedicados à função, obteve-se os seguintes índices: 25% atuam há mesmo de um ano; 62,5% trabalham entre 1 e 5 anos; e 12,5%, trabalha há mais de cinco anos na área.

5 RESULTADOS

O resultado da pesquisa feita entre juízes - fonoaudiólogos e cuidadores-, com intuito de experienciar o processo de validação de aparência e conteúdo do Manual de orientação a pacientes com disfagia atendidos no *Home Care*, elaborado pela pesquisadora, é demonstrado a seguir, tendo como base as evidências de necessidades apresentadas ou observadas pelo fonoaudiólogo na atuação do *Home Care*.

Adaptando-se à realidade encontrada na pesquisa, observa-se que a validação de um manual de orientação, voltado para o projeto em análise, possibilita a oportunidade de identificar os aspectos que podem ser melhorados, passíveis de serem aperfeiçoados, dentro da legalidade e validade de aparência e conteúdo. Tem-se como prioridade o melhor apoio possível aos pacientes atendidos no *Home Care*, com a monitorização e acompanhamento dos pacientes que exigem cuidados específicos durante determinado tempo, e considerando a possibilidade de ofertar maior conhecimento quanto às suas necessidades, por meio do Manual sugerido.

A avaliação dos resultados se fundamenta nas respostas dos questionários enviados pelos juízes e com base na estimativa apresentada pela correlação linear de Pearson, onde são demonstrados escores das variáveis observadas.

Callegari-Jacques (2003), ao descrever as aplicações e interpretação da valoração do método linear de Pearson, afirma que seu critério de medida depende muito dos objetivos de sua utilização e as razões pelas quais este é calculado. Porém, estabelece em sua escala de valores, o índice de 0,6 como parâmetro de forte correlação linear.

Sob o mesmo foco de análise da interpretação da correlação de Pearson, Oliveira (2006), refere em sua pesquisa que, a valoração acima de 0,6 apresenta uma boa correlação. Os achados da literatura mencionados por esses dois autores serviram de base para avaliar o conteúdo do Manual em foco quanto à sua validação da aparência e conteúdo.

TABELA 3 – RESULTADOS DOS ESCORES OBTIDOS PELOS JUÍZES
FONOAUDIÓLOGOS

DOMÍNIOS	ÍTEM	N	ESCORES			
			TA	A	PA	I
Objetivo	1.1 São coerentes com as necessidades do paciente com disfagia.	8	2	5	1	-
	1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação.	8	4	2	2	-
	1.3 Promove mudança de comportamento e atitude.	8	6	2	-	-
	1.4 Pode circular no meio científico na área da disfagia.	8	4	2	2	-
	1.5 Atende aos objetivos das instituições que trabalham com pacientes disfágicos em atendimento <i>Home Care</i> .	8	4	3	1	-
Estrutura	2.1 O manual de orientação é apropriado para cuidadores/pacientes disfágicos em <i>Home Care</i> .	8	5	3	-	-
	2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	8	4	4	-	-
	2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	8	3	5	-	-
	2.4 O manual está apropriado ao nível sociocultural do público - alvo proposto.	8	4	3	1	-
	2.5 Sequencia lógica do conteúdo proposto.	8	3	3	2	-
	2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	8	5	2	1	-
	2.7 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público – alvo.	8	3	3	2	-
	2.8 As informações e apresentação são coerentes.	8	6	2	-	-
	2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	8	5	3	-	-
	2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	8	1	4	2	1
	2.11 O material (papel, impressão está apropriado).	8	6	2	-	-
	2.12 O número de páginas está adequado.	8	5	3	-	-
Relevância	3.1 Os temas retratam aspectos – chaves que devem ser reforçados.	8	5	3	-	-
	3.2 o material permite aprendizado no contexto de <i>Home Care</i> .	8	6	2	-	-
	3.3 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento em disfagia.	8	5	3	-	-
	3.4 O manual aborda os assuntos necessários para a atenção, cuidado e monitoramento da disfagia.	8	5	3	-	-
	3.5 Está adequado para ser usado pelo fonoaudiólogo, como complemento ao seu trabalho no contexto do <i>Home Care</i> .	8	4	3	1	-
TOTAL		-	95	65	15	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Para a avaliação, foram consideradas as categorias de respostas: TA: totalmente adequada; A: Adequada; PA: Parcialmente Adequada; e I: Inadequada.

A Tabela 3 demonstra o propósito, ao analisar o Manual, quanto aos objetivos (5 questões), no item TA (totalmente adequado), alcançou o escore de 20 (50%); O A (Adequado) = 14 (35%); PA (Parcialmente Adequado) = 6 (15%); e I (Inadequado), nenhum. O item referente à estrutura (12 questões) recebeu os seguintes escores: TA (totalmente adequado), alcançou o escore de 50 (52%); A (Adequado) 37 (39%); PA (Parcialmente Adequado) 8 (8%); I (Inadequado), 1 (1%).

Quanto à relevância (5 questões), tem-se: TA (Totalmente Adequado), alcançou o escore de 25 (63%); O A (Adequado) 14 (36%); PA (Parcialmente Adequado) 1 (2%); I (Inadequado), nenhum.

TABELA 4 – ÍNDICES PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA SEGUNDO A AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DOS JUÍZES FONOAUDIÓLOGOS

DOMÍNIOS	ITENS	ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA
Objetivos	1.1 São coerentes com as necessidades do paciente com disfagia.	0,87
	1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação.	0,75
	1.3 Promove mudança de comportamento e atitude.	1,00
	1.4 Pode circular no meio científico na área da disfagia.	0,75
	1.5 Atende aos objetivos das instituições que trabalham com pacientes disfágicos em atendimento <i>Home Care</i> .	0,87
Estrutura	2.1 O manual de orientação é apropriado para cuidadores/pacientes disfágicos em <i>Home Care</i> .	1,00
	2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1,00
	2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1,00
	2.4 O manual está apropriado ao nível sociocultural do público - alvo proposto.	0,87
	2.5 Sequencia lógica do conteúdo proposto.	0,75
	2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	0,87
	2.7 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público – alvo.	0,75
	2.8 As informações e apresentação são coerentes.	1,00
	2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1,00
	2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	0,62
	2.11 O material (papel, impressão está apropriado).	1,00
	2.12 O número de páginas está adequado.	1,00
Relevância	3.1 Os temas retratam aspectos – chaves que devem ser reforçados.	1,00
	3.2 O material permite aprendizado no contexto de <i>Home Care</i> .	1,00

Nota: Para a avaliação, foram consideradas as categorias de respostas: TA: totalmente adequada; A: Adequada; PA: Parcialmente Adequada; e I: Inadequada.

A Tabela 4, demonstra que os percentuais de concordância da avaliação de aparência e conteúdo dos juízes fonoaudiólogos, tanto em seus objetivos, quanto em estrutura e relevância, sob os parâmetros de interpretação da correlação de Pearson, alcançaram forte correlação linear.

**TABELA 5 – RESULTADOS DOS ESCORES OBTIDOS PELOS JUÍZES
ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO PARA O CUIDADOR**

DOMÍNIO	ÍTEM	N	ESCORES			
			TA	A	PA	I
Objetivos	1.1 Atende aos objetivos de orientar aos cuidados com o paciente com disfagia	8	8	-	-	-
	1.2 Ajuda durante o processo de reabilitação	8	7	1	-	-
	1.3 Está adequado para ser usado pelo cuidador do paciente com disfagia	8	8	-	-	-
Estrutura	2.1 A capa é atraente? Indica o conteúdo do material?	8	5	3	-	-
	2.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado	8	8	-	-	-
	2.3 Os tópicos têm sequência	8	8	-	-	-
	2.4 As informações e apresentação são coerentes	8	6	2	-	-
	2.5 O numero de paginas está adequado	8	8	-	-	-
	2.6 O material (papel, impressão, está apropriado).	8	4	4	-	-
	2.7 Os temas retratam aspectos chaves importantes	8	7	1	-	-
Estilo da escrita	3.1 A escrita está em estilo adequado	8	4	4	-	-
	3.2 O texto é interessante	8	6	2	-	-
	3.3 O vocabulário é acessível	8	5	3	-	-
	3.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente	8	8	-	-	-
	3.5 O texto está claro	8	7	1	-	-
	3.6 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	8	6	2	-	-
Aparência	4.1 As páginas ou seções parecem organizadas	8	7	1	-	-
	4.2 As ilustrações são simples – (preferencialmente desenhos)	8	4	4	-	-
	4.3 As ilustrações servem para complementar os textos	8	6	2	-	-
	4.4 As ilustrações estão expressivas e suficientes	8	4	4	-	-
Motivação	5.1 O material é apropriado para idade, gênero e cultura.	8	8	-	-	-
	5.2 O material apresenta lógica	8	8	-	-	-
	5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações	8	7	1	-	-
	5.4 O manual aborda os assuntos necessário para o cuidado ao paciente com disfagia	8	8	-	-	-
	5.5 Promove mudança de comportamento e atitude	8	8	-	-	-
	5.6 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar cuidados referentes à disfagia.	8	8	-	-	-
TOTAL		-	173	35	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Para a avaliação, foram consideradas as categorias de respostas: TA: Totalmente Adequada; A; Adequada; PA; Parcialmente Adequada; e I: Inadequada.

Na Tabela 5 ao analisar o manual, os juízes cuidadores apresentaram os seguintes escores: quanto aos objetivos (3 questões), o item TA (Totalmente Adequado), alcançou o escore de 23 (95,8%); O A (Adequado) 1 (4,2%). Para eles, o PA (Parcialmente Adequado) e o I (Inadequado), não apresentaram nenhum escore.

Na estrutura (7 questões) o Manual recebeu os seguintes escores: TA (Totalmente Adequado), alcançou o índice de 46 (82,1%); o A (Adequado) = 10 (17,9%); PA (Parcialmente Adequado) e I (Inadequado), nenhum pontuação.

Quanto ao estilo de escrita (6 questões), tem-se: TA (Totalmente Adequado), alcançou o escore de 36 (75%); o A (Adequado) = 12 (25%); e nenhum para os outros parâmetros.

A aparência (4 questões), recebeu: TA (Totalmente Adequado), alcançou o escore de 10 (65,6%); O A (Adequado) = 11(34,4%); e nenhum escore para os outros itens.

No que diz respeito à motivação (6 questões) foram constatados os seguintes escores: TA (Totalmente Adequado), 37 (97,9%); A (Adequado) 1 (2,1%); e nenhum para os outros parâmetros.

**TABELA 6 – ÍNDICES PERCENTUAIS DE CONCORDÂNCIA SEGUNDO A
AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO DOS JUÍZES CUIDADORES**

DOMÍNIOS	ITENS	ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA
Objetivos	1.1 Atende aos objetivos de orientar aos cuidados com o paciente com disfagia.	1,00
	1.2 Ajuda durante o processo de reabilitação.	1,00
	1.3 Está adequado para ser usado pelo cuidador do paciente com disfagia.	1,00
Estrutura	2.1 A capa é atraente? Indica o conteúdo do material?	1,00
	2.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado	1,00
	2.3 Os tópicos têm sequência	1,00
	2.4 As informações e apresentação são coerentes	1,00
	2.5 O numero de paginas está adequado	1,00
	2.6 O material (papel, impressão, está apropriado).	1,00
	2.7 Os temas retratam aspectos chaves importantes	1,00
Estilo da escrita	3.1 A escrita está em estilo adequado	1,00
	3.2 O texto é interessante	1,00
	3.3 O vocabulário é acessível	1,00
	3.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente	1,00
	3.5 O texto está claro	1,00
	3.6 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1,00
Aparência	4.1 As páginas ou seções parecem organizadas	1,00
	4.2 As ilustrações são simples – (preferencialmente desenhos)	1,00
	4.3 As ilustrações servem para complementar os textos	1,00
	4.4 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1,00
Motivação	5.1 O material é apropriado para idade, gênero e cultura.	1,00
	5.2 O material apresenta lógica	1,00
	5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações	1,00
	5.4 O manual aborda os assuntos necessário para o cuidado ao paciente com disfagia	1,00
	5.5 Promove mudança de comportamento e atitude	1,00
	5.6 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar cuidados referentes à disfagia	1,00

Fonte: Dados da pesquisa.

A apreciação dos juízes cuidadores quanto ao processo de avaliação de aparência e conteúdo, apresentados na Tabela 6, ao serem comparados com os objetivos, estrutura, estilo de escrita, aparência e motivação, apresentaram o índice de concordância 1, para todas as questões; é uma correlação muito forte.

6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa surgiu pela inquietação profissional da pesquisadora, ao acompanhar a atuação dos fonoaudiólogos em suas atividades direcionadas para a avaliação e tratamento da deglutição. Da observação diária constatou-se a importância e necessidade de um material adequado e específico, disponível para esse atendimento, que pudesse auxiliar durante o processo terapêutico fonoaudiológico no serviço de *Home Care*.

Diante dessa dificuldade buscou-se como objetivo geral desenvolver um instrumento de trabalho que auxilie o fonoaudiólogo atuante em *Home Care*, para que possa realizar a avaliação e orientação familiar de pacientes adultos com disfagia. Sob esse mesmo propósito, procurou-se desenvolver um Manual de orientação que pudesse auxiliar os cuidadores durante o processo de reabilitação do paciente adulto com disfagia, em atendimento fonoaudiológico.

Como parte acadêmica necessária para a elaboração e aprovação do Manual e ser utilizado, buscou-se, após a elaboração de um plano piloto, a validação desse instrumento, em aparência e conteúdo, contando para tanto, com a apreciação e julgamento de outros fonoaudiólogos e cuidadores, convidados para esse propósito.

A utilização do manual de orientação para pacientes adultos com disfagia em terapia fonoaudiológica em *Home Care* esta prevista como parte do processo de reabilitação durante o período em que o paciente estiver em acompanhamento fonoaudiológico sob sistema de internação *Home Care*, que estejam em processo de reintrodução da dieta via oral de alguma consistência. O uso deste material não esta previsto para ser aplicado sem o acompanhamento do fonoaudiólogo uma vez que serve como monitoramento dos resultados obtidos durante as terapias, podendo ser documentado e mensurado no material a evolução de cada paciente segundo a escala FOIS. Crary, Mann e Groher (2005).

O manual deve ser visto como um instrumento complementar durante o processo terapêutico de reabilitação da disfagia, com a função de apoio com orientações importantes referentes à oferta segura da alimentação, uma vez que seus cuidadores geralmente não possuem conhecimento adequado para tal prática diante dos pacientes.

O julgamento por parte dos juízes especialistas possibilitou aperfeiçoar o instrumento (Tabela 1). A autora Padovani (2010), descreve a importância dos juízes fonoaudiólogos, ou profissionais com expertise na área, pois “a especialização e experiência clínica podem ser os principais critérios a serem utilizados para selecionar o conjunto de juízes”. Seus resultados estão demonstrados na (Tabela 3).

Entre as sugestões dos juízes (Apêndice 2), para o Manual, após as mudanças realizadas no projeto piloto, foram acatadas as seguintes: inicialmente, a ampliação de todas as imagens. Nos sinais e sintomas foi acrescentado “baba”. Na frase salivação (baba), “excessiva” ou “reduzida”. Quanto aos cuidados durante a oferta alimentar, foi acrescentado “a imagem e a orientação para paciente com traqueostomia” e substituído o “decúbito elevado” por “cabeceira elevada 90°”.

Na higiene oral, foram acrescentadas imagens e orientação passo a passo. Em como evitar riscos alinhar-se as imagens com o texto. Quanto aos Materiais que podem auxiliar na alimentação: acrescentar a informação “(tipo caneca)”, na frase como: com alças para segurar com firmeza “(tipo caneca)”.

Para a equipe de atendimento; sugeriu-se melhorar a visualização da escrita. No tema monitoramento fonoaudiológico; foi sugerido elaborar um relato breve acerca do monitoramento fonoaudiólogo. Nas dicas de receitas, substituir “apetitosos” por “mantido”, na frase: “o aroma e o sabor devem ser mantidos”.

Para Padovani (2010) “a quantificação do julgamento de especialistas na área, permite ponderar se a amostra de itens é abrangente e representativa do conjunto em foco e se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que deseja medir.”

A Tabela 4 tem como resultado o índice de concordância que apresenta a correlação de valores maiores que 0,6 em todas as questões avaliadas, o que demonstra existir forte correlação entre as perguntas referentes ao conteúdo do manual, segundo Callegari-Jacques (2003) e Oliveira (2006).

A avaliação realizada pelos juízes cuidadores demonstrou que o manual foi considerado totalmente adequado, ou adequado. A sua elaboração contribui para desenvolvimento da informação necessária no atendimento ao paciente disfágico em *Home Care*. Em seus escores (Tabela 5), constata-se que há um alto índice de concordância entre os mesmos, com 83% de aprovação para totalmente adequado.

Essa aprovação condiz com os achados do estudo realizado por Silva, (2007), que analisou 40 cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica e observou que estes possuíam poucos conhecimentos sobre os cuidados na alimentação, necessitando de orientações específicas fonoaudiológicas. Desta forma, é fundamental o estímulo do fonoaudiólogo e da equipe de saúde, bem como a dispensação de informações aos cuidadores para que a família se habitue às limitações, sejam elas temporárias ou definitivas, que serão enfrentadas pelo núcleo parental na convivência diária com o indivíduo incapacitado.

Entende-se que alguns cuidados podem evitar complicações maiores e precisam ser praticados e repetidos a cada refeição, para o bem estar desse paciente. Destaca-se que a motivação do cuidador em seguir recomendações dadas pelo fonoaudiólogo, principal reabilitador da disfagia, são fatores que determinam o prognóstico de reabilitação da via oral. (GIANNINI, 2007).

Na pesquisa feita para esse estudo, observou-se conforme Tabela 2 (de caracterização dos juízes cuidadores), que os cuidadores eram todos do sexo feminino. Uma vez que o cuidar é uma tarefa cultural e socialmente realizada pelas mesmas. Este dado foi confirmado por pesquisas realizadas por Gonçalves (2002); Lavinsky e Vieira (2004); Vieira e Fialho (2010); entre outros, os quais apontam que a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado, compreendido, muitas vezes, como uma extensão das atividades domésticas, mesmo quando há papéis e valores diferenciados na família.

Chama a atenção o fato que os juízes cuidadores, conforme a Tabela 6, também indicaram um índice de concordância maior do que 0,6, conforme indicado por Callegare-Jaques (2003) e Oliveira (2006).

Quanto aos achados da pesquisa, constata-se que os cuidadores pesquisados não possuem capacitação para os cuidados dos pacientes que cuidam, e somente um possui conhecimento para os cuidados básicos relacionados à disfagia, por ser técnico de enfermagem. Destaca-se que o item escolaridade não influenciou para o conhecimento acerca da disfagia.

O cuidador leigo necessita de conhecimentos, e orientações adequadas para cuidar de pacientes com dificuldades para engolir, conforme descreve (SANTANA e BARROS (2010). Observa-se a grande importância dessa afirmativa, pois nessa pesquisa, apenas uma cuidadora tinha conhecimentos mínimos para tal. Esses achados reforçam a necessidade e importância de cursos e orientações específicas para cuidadores, no intuito de prepará-los para as dificuldades que poderão ser encontradas (SOUZA, *et al.*, 2005).

A higiene oral em conjunto com o treinamento funcional orientado pelo fonoaudiólogo, tem se mostrado eficiente na prevenção de pneumonias aspirativas, pela redução da colonização de bactérias patogênicas, sendo negligenciada em casos de pacientes que fazem uso de sonda enterais de alimentação, aumenta a colonização destas bactérias (TONIOLO NETO, *et al.* 2007, SAINTRAIN, e VIEIRA, 2008). Entre os achados da pesquisa, constata-se que a metade dos entrevistados (50%), não sabem como fazer a higiene oral adequada, o que prejudica muito o paciente sob seus cuidados.

Este dado evidencia que o cuidador precisa ter o conhecimento adequado sobre as dificuldades encontradas no paciente, pois para pacientes disfágicos, o líquido e sólido são mais difíceis de serem preparados e deglutidos, provocando riscos dos mais diversos.

Observa-se que entre os cuidadores, 7 deles percebem a dificuldade na oferta de alimento líquido via oral. Desta forma, é necessário, na maioria dos casos, modificar a consistência dos alimentos, seja espessando os líquidos ou triturando os sólidos, a fim de evitar agravos como complicações respiratórias e

nutricionais o que traz à tona a necessidade de uma orientação específica a cada caso. (SOUZA, *et al.*, 2003).

Ao final da pesquisa pode-se afirmar a importância do Manual, e das ações realizadas quanto à validação de aparência e conteúdo, pois servem de auxílio eficaz para os cuidadores de pacientes com disfagia em atendimento de *Home Care*, mesmo quando não estão diretamente capacitados quanto às técnicas necessárias na promoção da melhor qualidade de vida dos pacientes sob seus cuidados.

Diante dos achados identificados pela pesquisa, considera-se que é de suma importância a disponibilidade do manual planejado, considerando, inicialmente, que o mesmo pode ser utilizado como um indicador de evolução por meio do acompanhamento da Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS). Crary, Mann e Groher (2005).

O gerenciamento por indicadores contribui, ainda, para que a eficácia e eficiência dos programas de reabilitação sejam evidenciadas.

Hirata e Santos (2012), referem que a “educação continuada baseia-se na promoção da formação de um cuidador ou do próprio paciente como instrumento maior de reabilitação, visando à independência funcional motora do indivíduo. Utiliza orientações e programas de educação em disfagia”. Esse direcionamento conduz também à valorização quanto à disponibilidade de um Manual específico, que possa orientar e direcionar cuidadores, familiares e pacientes, por meio de maior conhecimento acerca de suas possibilidades, na qualidade de facilitador de cuidados específicos, e também na busca de melhor qualidade de vida do paciente em atendimento no *Home Care*.

Pode-se afirmar que o Manual, voltado para o processo de atendimento do *Home Care*, possibilita ao fonoaudiólogo o melhor gerenciamento dos cuidados do paciente adulto disfágico além de gerar a possibilidade de levantamento de indicadores de tempo como parâmetro preditivo do início do retorno à alimentação por via oral, conforme já mencionado.

Entende-se que a adesão e a utilização de indicadores de desempenho nos serviços de Fonoaudiologia permitirão melhorias nos processos assistenciais e trará benefícios diretos aos pacientes, além do fortalecimento da prática baseada em evidências. Também se pode afirmar que a melhor condição de

avaliação e da capacitação do cuidador pode contribuir de forma positiva para a melhoria da reabilitação do paciente sob seus cuidados.

Conforme referem Moraes e Andrade (2011),

A ASHA estabelece a manutenção do controle de qualidade e gerenciamento de programas de risco da disfagia como conhecimento e habilidade necessários ao profissional que atua nesta área. Especifica, ainda, que o profissional deve ter conhecimento sobre os apropriados indicadores de desempenho para desenvolver programas de melhoria da qualidade.

Em conformidade com os achados da literatura mencionados, e diante dos resultados favoráveis alcançados nessa pesquisa, pode-se sugerir que seja consolidada a sua aplicação com maior amplitude, para testar e confirmar em sua sensibilidade e especificidade, com vistas a confirmar sua validade.

7 CONCLUSÃO

Por meio da avaliação dos juízes foi possível aperfeiçoar esse instrumento e os resultados obtidos pelas análises dos dados evidenciam a existência e correlação maior que 0,6 em todas as questões avaliadas o que demonstra uma apreciação positiva quanto ao mesmo e seus dados que sugerem a validade de aparência e conteúdo do manual.

Essa avaliação e apreciação conduzem ao entendimento de que é importante também, sua aplicação, tanto como apoio para os cuidadores em *Home Care*, aos profissionais da área, assim como um recurso específico voltado para a orientação e educação em serviço daqueles que atuam junto aos pacientes com disfagia orofaríngea em seu gerenciamento fonoaudiológico.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_arttext> Acesso em 28 jun. 2015.

AMARAL, S. M.; CORTÊS, A. de Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: Acesso em: 22 jun. 2015.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. ASHA. *Model Medical Review Guidelines for Dysphagia Services* [monograph on the Internet]. 2004. *Apud*: PADOVANI, A. R.; MORAES, D. P.; MANGILI, L. D.; ANDRADE, C. R. F. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** v. 12, n. 3, p. 199- 205, 2007.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. The use of an analytic flowchart to organize healthcare in the Brazilian Family Health Program. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, 2005.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. Bras. Enferm.** v. 65, n. 5, p. 751-57, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000500006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 28 jun. 2015.

BOLZAN, G. de P.; CHRISTMANN, M. K.; BERWIG, L. C.; COSTA, C. C.; ROCHA, R. M. Contribuição da ausculta cervical para a avaliação clínica das disfagia orofaríngeas. **Rev. CEFAC.** v. 15, n. 2, p. 455-65, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462013000200023&script=sci_arttext> Acesso em 28 jan. 2015.

BONONI, D. O. **A viabilidade do home care como ferramenta na promoção de saúde.** Monografia (Pós-Graduação em Auditoria em Saúde). Universidade Gama Filho, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.fundacaounimed.org.br/site/Monografias/Daniella%20Oliveira%20Bonomi.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2015.

BORBA, J.; ROCKLAND, A. **Primeiros passos da fonoaudiologia.** Recife: Fasa Editora, 2005.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003.** D.O.U de 14/10/2003 (prorrogada por mais 60 dias, por meio da RDC 361, de 23/12/2003). Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B5668-10-0%5D.PDF>> Acesso em 26 abr. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 1.892, de 18 de dezembro de 1997.** Dispõe sobre a internação domiciliar no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 247-E, de 22 dez. 1997. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/6026299/pg-38-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-22-12-1997>> Acesso em 12 mar. 2014.

_____. _____. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em 12 mar. 2014.

BUSCH, R.; FERNANDES, A. M. F.; SIMÕES, V. *Disfagias neurogênicas*. In: LOPES FILHO, O. **Tratado de fonoaudiologia**. 2. ed. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005. cap. 48, p. 839-851.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255p.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. **Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes**. Saúde Soc. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 160-172, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>> Acesso em 22 set. 2015.

CASSIANI, S. H. B. **A coleta de dados nas pesquisas de enfermagem: estratégia, validade e confiabilidade**. 1987. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Resolução CFFa. Nº 356, de 06 de dezembro de 2008.** Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20356-08%20DISFAGIA.pdf>> Acesso em 13 fev. 2015.

_____. **Resolução CFFa. Nº 382, de 20 de abril de 2010.** Dispõe sobre o reconhecimento das especialidades em Fonoaudiologia Escolar/Educacional e Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. DOU. 22.04.2010. Disponível em: < http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucaocffa382_2010.htm.pdf> Acesso em 13 fev. 2015.

CRARY, M. A.; CARNABY, G. D.; GROHER, M. E.; HELSETH, E. Functional benefits of dysphagia therapy using adjunctive sEMG biofeedback. **Dysphagia**. v. 19, n. 3, p. 160-4, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15383945> Acesso em 13 jun. 2015.

CRARY, M. A.; MANN, G. D. C.; GROHER, M. E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.*, v. 86, p. 1516-20, 2005. *Apud:* SILVÉRIO, C. C.; HERNANDEZ, A. M.; GONÇALVES, M. I. R. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. **Rev. CEFAC.**, nov/dez, v. 12, n. 6, p. 964-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/81-09.pdf>> Acesso em 20 jan. 2015.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. *Cuidados em domicílio: conceitos e práticas.* *Apud:* FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X., DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap.118, p. 1123-30.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.15, n. 5, Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf> Acesso em: 21 set. 2015.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 5 ed. Edição revista, aumentada e atualizada. Curitiba: Positivo, 2010.

FLORIANI, C. A., SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 986-94, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/13.pdf>> Acesso em 08 jun. 2014.

FRANCIONI, F.F.; COELHO, M.S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Texto Contexto Enferm.** v. 13, n. 1, p. 156-62. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71413121.pdf>. Acesso em: 08 junho 2015.

FREITAS, M. I. d'A. *et al.* Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar. **Einstein**, v. 5, n. 1, p. 6-7, 2007.

FURIA, C. L. B. *Abordagem interdisciplinar na disfagia orofaríngea.* *Apud:* RIOS, I. J. A. Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar. São José dos Campos: **Pulso**, 2003, Cap. 3, p. 31.

FURKIM, A. M. *O gerenciamento fonoaudiológico nas disfagias orofaríngeas neurogênicas.* *Apud:* FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias Orofaríngeas.** 2. ed. Barueri: Pró Fono, 2004. cap. 14, p. 229-58.

GIANNINI, M. I. B. **Tratamento fonoaudiológico da disfagia e a prática da bioética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

GONÇALVES, L. O. **Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí**. UNIVALI. 2002.96f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/82797/188223.pdf>> Acesso em 21 jun. 2015.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*, 1997, 20 (3): 269-274. *Apud*: ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_arttext> Acesso em 28 jun. 2015.

GROHER, M. E. **Dysphagia diagnosis and management**. 3 ed. Butterworth Hunemann, 1997.

HINCHEY, J. A.; SHEPARD, T.; FURIE, K.; SMITH, D.; WANG, D.; TONN, S. S. Practice improvement network investigators. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. **Stroke**. v. 36, n. 9, p. 1972-6, 2005.

HIRATA, Gisela Carmona; SANTOS, Rosane Sampaio. Reabilitação da disfagia orofaríngea em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da abordagem fonoaudiológica. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.** v. 16, n. 3, São Paulo jul/set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-48642012000300016&script=sci_arttext> Acesso em: 04 ago. 2015.

KLOR, B. M.; MILIANTI, F. J. Rehabilitation of neurogenic dysphagia with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Dysphagia*. n. 14, p. 162-64, 1999. *Apud*: SILVÉRIO, C. C.; HERNANDEZ, A. M.; GONÇALVES, M. I. R. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. **Rev. CEFAC.**, nov./dez, v. 12, n. 6, p. 964-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/81-09.pdf>> Acesso em 20 jan. 2015.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família, na perspectiva da área pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2621-26, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>> Acesso em 20 jan. 2015.

LAVINSKY, A. E; VIERA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá. n. 26, v. 1, p. 41-45, 2004. Disponível em : <https://desenvrepositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1762/1/1056.pdf> Acesso em: 09. ago.2013.

LEME, E. de O. **O que significa o termo *home care***. Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/>> Acesso em 08 junho, 2014.

LYNN, M. R. *Determination and quantification of content validity*. Nursing Research, 35, 382– 385, 1986. Apud: POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, 2006; 29:489-97. Disponível em: <http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta_6871_6791004_64131.pdf> Acesso em 28 jun. 2015.

MACEDO FILHO, E. D. de; GOMES, G. F.; FURKIM, A. M. *Abordagem clínica e fonoaudiologia do paciente disfágico*. Apud:_____. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. 1.ed. São Paulo: Lovise, 2000. cap. 4, p.33-36.

_____. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000. p. 2, 127.

MACULEVICIUS, J.; DIAS, M. C. G. *Dietas orais hospitalares*. Apud: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 465-79.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão e Negócios** v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>> Acesso em 03 maio, 2015.

MOLINARI, J. C. **Home care**: estrutura, funcionamento e fisioterapia. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Curso de Terapia Ocupacional. Lins, SP, 2007. Disponível em: <www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/34819.pdf> Acesso em 03 maio, 2015.

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**. v. 23, n. 1, p. 89-94, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v23n1/v23n1a18.pdf>> Acesso em: 04 ago. 2015.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa. Dissertação. Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. 2006. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1972/1/2006_dis_msoliveira.pdf> Acesso em: 04 jul. 2015.

OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O.. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto - Enferm.**, [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 115-123, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf>> Acesso em: 04 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. *Definições de assistência domiciliar*. Apud: LOPES, J. M. C. (Org.). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf> Acesso em 07 mar. 2014.

PADOVANI, A. R. P. Protocolo fonoaudiológico da introdução e transição de alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA). Dissertação. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2010. 81 p. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde.../PadovaniARP2010.pdf> Acesso em: 20 jul. 2015.

PADOVANI, A. R.; MORAES, D. P.; MANGILI, L. D.; ANDRADE, C. R. F. de. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n3/a07v12n3>> Acesso em: 26 jan. 2015.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 32, n. 2, p. 153-68, 1998.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R.. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 37, n. 1, São Paulo, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080623420030001009&script=sci_arttext> Acesso em: 13 set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, 2006; 29:489-97. Disponível em: <http://cfd.ntunhs.edu.tw/ezfiles/6/1006/attach/33/pta_6871_6791004_64131.pdf> Acesso em 28 jun. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, M. de F. Tratamento e afeto: receita de sucesso. **Jornal do CFFa: Conselho Federal de Fonoaudiologia** Ano X, n. 41, abr./jun. 2009, p. 14.

PROSIEGEL, M. *et al.* Swallowing therapy: a prospective study on patients with neurogenic dysphagia due to unilateral paresis of the vagal nerve, Avellis' syndrome, Wallenberg's syndrome, posterior fossa tumours and cerebellar

hemorrhage. *Acta Neurochir. Suppl.*, Wien, v. 93, p. 35-37, 2005. *Apud*: SILVA, R. G. da. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono R. Atual. Cient.** v. 19, n. 1. Barueri jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000100014> Acesso em 22 jan. 2015.

QUADROS, V. A. da S. de. **Educação em saúde para familiares cuidadores de pacientes disfágicos pós-acidente vascular cerebral.** Dissertação. UTP, Curso de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação. Curitiba, 2007. Disponível em: <http://tede.utp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=197> Acesso em 30 março, 2014.

RIOS, I. J. de A. Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar. São José dos Campos: **Pulso**, 2003, Cap. 3, p. 31.

_____. *Trabalho fonoaudiológico em atendimento domiciliar.* *Apud*: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S.. **Disfagias Orofaríngeas.** 2.ed. Barueri: Pró Fono, 2004. p. 285-286.

SAINTRAIN, M. V.; VIEIRA, L. J. E. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.13, v.4, p.1127-1132, 2008.

SANTANA, R. B.; BARROS, A. P. B. *Acidentes Vasculares Encefálicos.* *Apud*: JOTZ, G. P; ANGELIS, E. C.; BARROS, A. P. B. **Tratado da deglutição e disfagia:** no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, p. 260-265, 2010.

SCHAHIN, G. **Home care:** possibilidade real de saúde. 2014. Disponível em: <<http://www.santapaula.com.br/noticias/home-care-possibilidade-real-em-saude/53>> Acesso em 30 abr. 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública.** v. 39, n. 3, p. 391-97. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>> Acesso em 20 mar. 2014.

SILVA, M. M. **Cuidadores de paciente com disfagia neurogênica:** perfil e conhecimentos relacionados à alimentação. 2007. 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2007.

SILVA, M. M. da. **O que é constructo?** Disponível em: <<http://www.avesso.net/psico29.htm>> Acesso em: 19 jul. 2015.

SILVA, R. G. da. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono R. Atual. Cient.** v. 19, n. 1, Barueri jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000100014> Acesso em 22 jan. 2015.

_____. *Reabilitação fonoaudiológica na disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: a educação continuada como princípio*. Apud: MACEDO FILHO, E; PISANI, J. C.; CARNEIRO, J.; GOMES, G. **Disfagia: abordagem multidisciplinar**. 2.ed. São Paulo: Frontis, 1999. p.145-152.

SILVA, R. G. da; JORGE, A. G.; PERES, F. M.; COLA, P. C.; GATTO, A. R.; SPADOTTO, A. A. Protocolo para controle de eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). **Rev. CEFAC**. v. 12, n. 1, p. 75-81, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n1/a10v12n1>> Acesso em: 26 janeiro, 2015.

SILVÉRIO, C. C.; HERNANDEZ, A. M.; GONÇALVES, M. I. R. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. **Rev. CEFAC**., Nov-Dez, v. 12, n. 6, p. 964-970, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/81-09.pdf>> Acesso em 20 jan. 2015.

SMITH-HAMMOND, C. A.; GOLDSTEIN, L. B. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. **Chest**.. v. 129 (1 Suppl), p. 154S-168S, 2006.

SOUZA, B. B. A. de; MARTINS, C.; CAMPOS, D. J.; BALSINI, I. D.; MEYER, L. R. **Nutrição e disfagia**. Guia para profissionais. NutroClínica, Curitiba, Paraná, 2003.

SOUZA, N. R.; OLIVEIRA, M. M. L.; SANTOS, C. V. S.; SILVA, A. C. C.; VIEIRA, A.B. A. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. **Revista Saúde.com**. v. 1, n. 1, p. 51-59, 2005.

TONIOLO NETO, J.; PINTARELLI, V. L.; YAMATO, T. H. **À beira do leito: geriatria e gerontologia na prática hospitalar**. Barueri: Manole, 2007.

VASCONCELOS, A. P. de. A importância do trabalho em conjunto do fonoaudiólogo e do nutricionista no atendimento ao paciente disfágico. **Profala**. 24 de março de 2013. Disponível em: <<http://www.profala.com/arttf159.htm>> Disponível em: 22 jan. 2015.

VIEIRA, C. P. B.; FIALHO, A. V. M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista Rene**. Fortaleza. n. 11, v. 2, p. 161-169, abr./jun. 2010.

ANEXO
ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL PARANAENSE DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
LTDA - IPO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO FONAUDIOLÓGICO NAS DISFAGIAS OROFARÍNGEAS NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ADULTO EM HOME CARE

Pesquisador: KARINA DE FATIMA PORTELA DE OLIVEIRA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33829014.1.0000.5529

Instituição Proponente: Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia Ltda - IPO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 937.570

Data da Relatoria: 26/01/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto já avaliado conforme parecer 800.423 datado de 19/09/2014.

Parecer apenas para avaliar as respostas as pendências emitidas no parecer citado.

Estudo prospectivo voltado para avaliação e tratamento da deglutição, que auxilie na atuação fonoaudiológica dentro do serviço de Home Care.

O estudo tem como público alvo Fonoaudiólogos atuantes em Instituições de Home Care dentro da cidade de Curitiba, Estado do Paraná.

O projeto de pesquisa obedece as diretrizes e normas vigentes de pesquisa em seres humanos

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentam clareza e coerência e demonstram relação com o objeto da investigação

Os objetivos apresentados pela pesquisadora são: OBJETIVO GERAL - Validar em aparência e conteúdo um instrumento de trabalho que auxilie o fonoaudiólogo atuante em Home Care na

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080

Bairro: AGUA VERDE

CEP: 80.620-010

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3094-5751

Fax: (41)3314-1500

E-mail: nep@ipo.com.br



HOSPITAL PARANAENSE DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
LTDA - IPO



Continuação do Parecer: 937.570

avaliação e orientação familiar de pacientes adultos com disfagia.

E os objetivos específicos são:

Sugerir ao fonoaudiólogo um protocolo de avaliação da disfagia para pacientes adultos atendidos dentro de serviços de Home Care.

Desenvolver um manual de orientação que auxilie o cuidador durante o processo de reabilitação do paciente adulto com disfagia em atendimento de Home Care.

Validar o instrumento, pelo julgamento dos fonoaudiólogos escolhidos como juízes, em aparência e conteúdo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Observou-se que o Projeto de Pesquisa deixa todos os pontos importantes explícitos, esclarecendo o seu desenvolvimento e não oferece maleficência ao paciente. É levado em consideração o grau de instrução e formação dos profissionais fonoaudiólogos, os quais vão aplicar o Protocolo de Avaliação da Disfagia, além de realizar a entrega do Manual para seus pacientes e familiares cuidadores.

Devido ao fato de estarem integrados a um serviço de Home Care, pode-se afirmar que possuem a infraestrutura necessária para contemplar os requisitos materiais a serem utilizados durante o procedimento de avaliação.

Observa-se que as informações obtidas trarão beneficência, influenciando positivamente, com a entrega do manual de orientação ao familiar e/ou cuidador, podendo auxiliar durante o trabalho fonoaudiológico e nos cuidados do paciente com disfagia.

Dever-se-á orientar previamente os Fonoaudiólogos participantes em como aplicar e orientar os seus pacientes e cuidadores a manusearem o instrumento proposto, de forma que fique claro a todos e contemple o objetivo da pesquisa.

O projeto está bem fundamentado e a aplicação do questionário não parece apresentar riscos aos participantes da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador atendeu as recomendações do colegiado que solicitava a inclusão de TCLE para os participantes da pesquisa (público alvo da investigação) Neste caso o projeto deverá conter os dois TCLE um que será aplicado para os profissionais que farão parte do objeto do estudo e outro para os pacientes que responderão aos questionários.

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080
Bairro: AGUA VERDE CEP: 80.620-010
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3094-5751 Fax: (41)3314-1500 E-mail: nep@ipo.com.br



HOSPITAL PARANAENSE DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
LTDA - IPO



Continuação do Parecer: 937.C

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as considerações éticas pertinentes ao projeto de estudo, assim como os instrumentos legais estão presentes no projeto apresentado.

Esta aprovação contempla os seguintes documentos apresentados e analisados pelo Comitê de Ética desta instituição;

- Folha de rosto plataforma Brasil;
- Protocolo do Estudo versão 1
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pacientes versão 1
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os fonoaudiólogos versão 1
- Declaração referente ao vínculo com as instituições participantes.
- Termo de compromisso de utilização de dados;
- Termo de confidencialidade;
- Declaração de tornar público os resultados;
- Carta de compromisso com atualização da plataforma Brasil;
- Carta de aceitação da instituição cooparticipante K&S;
- Carta de aceitação da instituição cooparticipante MEDILAR;
- Carta de aceitação da instituição cooparticipante Lar & Saúde
- Carta de encaminhamento do pesquisador ao CEP;
- Currículo vitae pesquisador;
- Currículo vitae orientador;
- Termo de compromisso com as resoluções;

Recomendações:

Recomenda-se apresentar ao Comitê de Ética todas as atualizações, adendos e ou modificações no projeto original aprovado, bem como quaisquer eventos adversos e enviar relatório semestral de acompanhamento de acordo com a resolução da CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a inclusão do TCLE para os pacientes o projeto não apresenta mais pendências e poderá ser iniciado na instituição.

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080
Bairro: AGUA VERDE CEP: 80.620-010
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3094-5751 Fax: (41)3314-1500 E-mail: nep@ipo.com.br



HOSPITAL PARANAENSE DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
LTDA - IPO



Continuação do Parecer: 937.570

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a regulamentação da Anvisa e Conep o TCLE deverá ser assinado e datado em duas vias originais e uma via deverá ser entregue ao sujeito de pesquisa.

As vias deverão ser rubricadas em todas as páginas e assinadas na última página pelo sujeito e ou seu responsável em caso de menor, ou testemunha em caso de incapacidade ou sujeito analfabeto

CURITIBA, 23 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Evaldo Dacheux de Macedo Filho
(Coordenador)

Endereço: REPUBLICA ARGENTINA 826/2080
Bairro: AGUA VERDE CEP: 80.620-010
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3094-5751 Fax: (41)3314-1500 E-mail: nep@ipo.com.br

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – QUADRO DE SUGESTÕES E RESPECTIVAS MUDANÇAS
SUGERIDAS E ACATADAS. REALIZADAS PELOS JUÍZES NO
MATERIAL PILOTO**

Tópicos avaliados	Problemas identificados	Mudanças sugeridas e acatadas
Capa	Nenhum	Nenhum
Contra capa	Nenhum	Nenhum
Apresentação	Explicar que o material é para ser utilizado durante o processo terapêutico e com acompanhamento do fonoaudiólogo.	Acrescentado à fase “Este manual foi elaborado para auxiliá-lo durante o trabalho terapêutico fonoaudiológico”
O que é <i>Home Care</i> ?	Nenhum	Nenhum
Disfagia	Colocar imagem representando a anatomia da deglutição.	Incluído imagem
Sinais e sintomas	Explicar melhor “sinal de febre”	Acrescentado à explicação : (Sem motivo identificável pelo médico).
Cuidados durante a oferta alimentar	Rever a orientação “Ofertar líquido com seringa”. Acrescentar explicação do termo broncopneumonia.	Opto por retirar a orientação. Acrescentado à frase “infecção no pulmão”.
Higiene oral	Nenhum	Nenhum
Como o fonoaudiólogo pode ajudá-lo	Nenhum	Nenhum
Como evitar riscos	Nenhum	Nenhum
Mateiras que podem auxiliar na alimentação	Nenhum	Nenhum
Equipe de atendimento	Incluir imagem do nutricionista	Incluído imagem
Monitoramento fonoaudiológico	Nenhum	Nenhum
Escala funcional de ingestão oral	Rever referência	Alterado referência.
Níveis da escala pág. 15 a 20	Nenhum	Nenhum
Sugestões de dietas e formas de apresentação de pratos	Nenhum	Nenhum
Dicas de receitas	Nenhum	Nenhum
Consistência líquida	Nenhum	Nenhum
Consistência néctar	Nenhum	Nenhum
Consistência mel	Nenhum	Nenhum
Consistência pastosa	Rever citações de classificação de texturas.	Opto por utilizar textura Pudim
Referências	Nenhum	Nenhum

Fonte: Dados da pesquisa.

APÊNDICE 2 –QUADRO DE SUGESTÕES APRESENTADAS PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS. PROBLEMAS IDENTIFICADOS E RESPECTIVAS MUDANÇAS SUGERIDAS E ACATADAS.

Tópicos avaliados	Problemas identificados	Mudanças sugeridas e acatadas
Capa	Nenhum	Nenhum
Contra capa	Nenhum	Nenhum
Apresentação	Nenhum	Nenhum
O que é <i>Home Care</i> ?	Aumentar a imagem	Ampliação da imagem
Disfagia	Aumentar imagem da via respiratória	Ampliação da imagem
Sinais e sintomas	Incluir termos	Acrescentado (baba) Na frase salvação (baba) excessiva ou reduzida
Cuidados durante a oferta alimentar	Aumentar as imagens Acrescentar orientação Substituir termos	Ampliação da imagem. Acrescentado imagem e orientação para paciente com traqueostomia. Substituído “decúbito elevado” por “cabeceira elevada 90°”.
Higiene oral	Acrescentar orientação	Acrescentado imagens e orientação passo a passo.
Como o fonoaudiólogo pode ajudá-lo	Nenhum	Nenhum
Como evitar riscos	Aumentar imagem. Organizar apresentação.	Ampliação da imagem. Alinhar imagem com o texto
Materiais que podem auxiliar na alimentação	Incluir termos	Acrescentado (tipo caneca) Em “com alças para segurar com firmeza” (tipo caneca)
Equipe de atendimento	Escrita sobreposta	Melhorar a visualização da escrita
Monitoramento fonoaudiológico	Acrescentar o que é o monitoramento	Relato breve sobre o monitoramento fonoaudiólogo
Escala funcional de ingestão oral	Nenhum	Nenhum
Níveis da escala p. 15 a 20	Aumentar a imagem	Ampliação da imagem
Sugestões de dietas e de apresentação de pratos	Nenhum	Nenhum
Dicas de receitas	Substituir termos	Substituir “apetitosos” por “mantido”. Na frase “o aroma e o sabor devem ser mantidos”
Consistência líquida	Retirar termo improprio	Retirado a palavra salgado
Consistência néctar	Nenhum	Nenhum
Consistência mel	Nenhum	Nenhum
Consistência pudim	Retirar termo	Retirar da receita a frase queijo ralado e salsa picada (para de corar não ofertar).
Referências	Nenhum	Nenhum

Fonte: Dados da pesquisa.

APÊNDICE 3

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE

Pesquisador(a) Responsável : Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira

Título da Pesquisa: GERENCIAMENTO FONOAUDIOLÓGICO NAS
DISFAGIAS OROFARINGEAS NO ATENDIMENTO AO
PACIENTE ADULTO EM *HOME CARE*.

Instituição Co-Participante: K&S Fonoaudiologia Clinica e *Home Care*

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima descrito, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa em tela, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. É necessário aguardar o Parecer final do Comitê de Ética da Instituição Proponente, bem como da Instituição coparticipante para início da pesquisa.

Curitiba, 15 de julho de 2014.

Karina de Fatima Portela De Oliveira Pereira
Fonoaudióloga, Gerente do Setor de Fonoaudiologia

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FONOAUDIOLOGO

Prezado Fonoaudiólogo,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Gerenciamento fonoaudiológico nas disfagias orofaríngeas no atendimento ao paciente adulto em *Home Care*”**, desenvolvida por **Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira**, discente do Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, sob a orientação da Professora Dra. Rosane Sampaio Santos.

Sobre o objetivo central

O objetivo central do estudo ,é validar em aparência e conteúdo um instrumento de trabalho que auxilie o fonoaudiólogo atuante em *Home Care*, na avaliação e orientação familiar de pacientes adultos com disfagia.

O convite à sua participação se deve à necessidade de saber se o Manual está coerente em aparência e conteúdo, e se auxiliará o trabalho do Fonoaudiólogo durante o processo terapêutico.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

DECLARAÇÃO DE RISCOS PARA O PACIENTE

A sua participação no estudo não lhe acarretará riscos.

BENEFICIO DO ESTUDO

Os benefícios esperados com esta pesquisa são: auxiliar na conduta do Fonoaudiólogo no domicílio, orientar o familiar ou cuidador a como manter os cuidados com o paciente no domicílio, segundo sua dificuldade, contribuir com o plano terapêutico sugerido pelo Fonoaudiólogo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de questionário, realizadas pelo Fonoaudiólogo (pesquisador) sobre o manual entregue.

Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento

O prazo de devolução do questionário e do Manual para o pesquisador será de 5 (cinco) dias úteis a partir da data de recebimento do material.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Os custos serão de responsabilidade do pesquisador

Rubrica/Assinatura do
Voluntário

Rubrica/Assinatura do
Responsável em aplicar o Termo

CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe:

Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira.

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00

e 14:00 às 18:00,
Telefones: (41) 96229519 ou (041) 88392280 (41)84516674.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do IPO, pelo telefone: (41) 33945791. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

APÊNDICE 5**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

NOME DO PARTICIPANTE

ASSINATURA

DATA ____ de ____ de 2015.

NOME DO INVESTIGADOR
(Pessoa que aplicou o TCLE)

ASSINATURA

DATA ____ de ____ de 2015.

OBS.: Foi entregue ao voluntário uma cópia deste TCLE contendo na íntegra todas as informações aqui descritas e necessárias e o modo de uso do produto.

APÊNDICE 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - CUIDADOR

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Gerenciamento fonoaudiológico nas disfagias orofaríngeas no atendimento ao paciente adulto em *Home Care*”**, desenvolvida por **Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira**, discente do Programa de Mestrado em Distúrbios da comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, sob a orientação da Professora Dra. Rosane Sampaio Santos.

Sobre o objetivo central

O objetivo central do estudo é validar em aparência e conteúdo um instrumento de trabalho que auxilie o fonoaudiólogo atuante em *Home Care*, na avaliação e orientação familiar de pacientes adultos com disfagia (dificuldade de engolir).

O convite à sua participação, se deve à necessidade de saber se o Manual apresentado e deixado pelo Fonoaudiólogo em sua casa, lhe ajudará no entendimento sobre seu quadro de disfagia (dificuldade de engolir) e o auxiliará com dicas importantes para serem seguidas durante o processo terapêutico.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira, caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Mecanismos para garantir a confidencialidade e a privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

DECLARAÇÃO DE RISCOS PARA O PACIENTE

A sua participação no estudo não lhe acarretará riscos, sendo levado em consideração o grau de instrução e formação dos profissionais Fonoaudiólogos, os quais vão aplicar o Protocolo de Avaliação da Disfagia e realizar a entrega e orientação do Manual.

BENEFICIO DO ESTUDO

Observa-se que você terá como benefício, o acesso às informações do Manual que poderão auxiliá-lo durante o trabalho fonoaudiológico.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário, realizadas pelo Fonoaudiólogo sobre o Manual entregue.

Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento

O tempo de duração da Avaliação é de aproximadamente 30 min à 1 hora , e do questionário aproximadamente trinta minutos.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP/ENSP.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Os custos serão de responsabilidade do pesquisador.

Curitiba, julho de 2015.

Rubrica/Assinatura do
Voluntário

Rubrica/Assinatura do
Responsável em aplicar o Termo

CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você ou seus parentes tiver (em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o Investigador do estudo ou sua equipe:

Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira.

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira das 08:00 às 12:00
e 14:00 às 18:00,

Telefones: (41) 96229519 ou (041) 88392280 (41)84516674.

Se você tiver dúvidas sobre os seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do IPO, pelo telefone: (41) 33945791.

O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

APÊNDICE 7**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

NOME DO PACIENTE

ASSINATURA

DATA ____ de ____ de 2015.

NOME DO RESPONSÁVEL
(Se incapacitado)

ASSINATURA

DATA ____ de ____ de 2015

NOME DO INVESTIGADOR
(Pessoa que aplicou o TCLE)

ASSINATURA

DATA ____ de ____ de 2015.

OBS.: Foi entregue ao voluntário uma cópia deste TCLE contendo na íntegra todas as informações aqui descritas e necessárias e o modo de uso do produto.

APÊNDICE 8

QUESTIONÁRIO 1. VALIDAÇÃO - FONOAUDIÓLOGO

<p>PARTE I- IDENTIFICAÇÃO</p> <p>1 - Nome completo:_____ Idade:_____</p>				
<p>2 - TEMPO DE FORMAÇÃO.</p> <p>() Recém formado () < ou = 5 anos</p> <p>() 6 a 10 anos () > 10 anos</p>				
<p>3 - POSSUI FORMAÇÃO COMPLEMENTAR</p> <p>() Curso de aprimoramento na área de disfagia.</p> <p>() Pós Graduação em outras áreas da fonoaudiologia.</p> <p>() Especialização em disfagia.</p> <p>() Mestrado.</p> <p>() Doutorado.</p>				
<p>4 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM SERVIÇOS DE HOME CARE.</p> <p>() < ou = 5 anos () 6 a 10 anos () > 10 anos</p>				
<p>5 - TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE DISFAGIA.</p> <p>() < ou = 5 anos () 6 a 10 anos () > 10 anos</p>				
<p>PARTE II – INSTRUÇÕES</p> <p>Leia minuciosamente o Manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “x” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:</p> <p>VALORAÇÃO:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1-Totalmente adequado</td> <td style="width: 50%;">2- Adequado</td> </tr> <tr> <td>3-Parcialmente adequado</td> <td>4- Inadequado</td> </tr> </table> <p>Para as opções 3 e 4 , descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.</p> <p><u>Obs:</u> não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.</p>	1-Totalmente adequado	2- Adequado	3-Parcialmente adequado	4- Inadequado
1-Totalmente adequado	2- Adequado			
3-Parcialmente adequado	4- Inadequado			

1-Objetivos: referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do Manual.

1.1 São coerentes com as necessidades do paciente com disfagia.	1	2	3	4
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de reabilitação.	1	2	3	4
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico na área da disfagia.	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos das instituições que trabalham com pacientes disfágicos em atendimento <i>Home Care</i> .	1	2	3	4

NOTAS: _____

2-Estrutura e apresentação: refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O Manual de orientação é apropriado para cuidadores/pacientes disfágicos em <i>Home Care</i> .	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4 O manual está apropriado ao nível sociocultural do público - alvo proposto.	1	2	3	4
2.5 Sequencia lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
2.7 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público – alvo.	1	2	3	4
2.8 As informações e apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4
2.11 O material (papel, impressão está apropriado).	1	2	3	4
2.12 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

NOTAS: _____

3- Relevância: refere-se às características o grau de significação do material educativo apresentado.

3.1 Os temas retratam aspectos – chaves que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2 O material permite aprendizado no contexto de <i>Home Care</i> .	1	2	3	4
3.3 O Manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento em disfagia.	1	2	3	4
3.4 O Manual aborda os assuntos necessários para a atenção, cuidado e monitoramento da disfagia.	1	2	3	4
3.5 Está adequado para ser usado pelo Fonoaudiólogo, como complemento ao seu trabalho no contexto do <i>Home Care</i> .	1	2	3	4

NOTAS: _____

APÊNDICE 9**QUESTIONÁRIO 2. PARA CUIDADOR /PACIENTE
(ANTES DA ENTREGA DO MANUAL)****PERFIL DO CUIDADOR:**

NOME: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

GRAU DE ESCOLARIDADE:

() Analfabeto

() Fundamental _____ () Completo () Incompleto

() Ensino médio _____ () Completo () Incompleto

() Superior _____ () Completo () Incompleto

() Curso de cuidador

() Curso Técnico de Enfermagem

() Enfermeiro

GRAU DE PARENTESCO:

() Cônjuge

() Filho (a)

() Tio (a)

() Irmão (ã)

() Vizinho (a)

() Cuidador

() Téc. de enfermagem

() Outro _____

ESTADO CIVIL:

() Solteiro

() Casado

() União Estável

() Separado/Divorciado

QUAL É O TEMPO QUE VOCÊ SE DEDICA NA FUNÇÃO DE CUIDADOR?

() Meio período (4 horas por dia)

() Período integral (8 horas por dia)

() Outros _____

HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ EXERCENDO O PAPEL DE CUIDADOR?

() menos de 1 mês

() menos de 6 meses

() Outros _____ (quanto tempo?).

DADOS DO PACIENTE:

Doença de base do paciente: _____

Tempo de internamento hospitalar: _____

Tempo de internamento em *Home Care* _____

Idade: _____

Alimentação:

() Via Oral () Via sonda () Via gastro

Respiração:

() Ar Ambiente () Oxigênio dependente () VM () Traqueostomia

VOCÊ SABE O QUE É DISFAGIA?

() Sim () Não

CONHECIMENTOS SOBRE CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO:

QUAL É A POSTURA ADEQUADA PARA ALIMENTAR PACIENTES COM PROBLEMAS PARA ENGOLIR A COMIDA?

() Sentado () Deitado () Em pé

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DE DIFICULDADE DE COMER (DISFAGIA)?

() Cansaço para comer () Tosse nas refeições
 () Escapa alimentos da boca () Tempo aumentado das refeições
 () Esquece os alimentos na boca () Restos de comida na boca
 () Febre sem causa aparente () Voz rouca durante a refeição
 () Todas as opções estão certas

QUANDO DEVE SER O MOMENTO DE REINICIAR A ALIMENTAÇÃO POR BOCA PARA OS PACIENTES COM DIFICULDADES DE COMER QUE USAM SONDA DE ALIMENTAÇÃO?

() Quando eu achar necessário
 () Quando for orientado pelo fonoaudiólogo
 () Quando o paciente pedir
 () Quando o médico recomendar

EXISTEM RISCOS DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS (PNEUMONIAS, POR EXEMPLO) OU NUTRICIONAIS (DESNUTRIÇÃO, ANEMIA, POR EXEMPLO), QUANDO O PACIENTE APRESENTA DIFICULDADES DE ENGOLIR O ALIMENTO PELA BOCA?

() Sim () Não () Não sei

VOCÊ SABE COMO A HIGIENE DA BOCA CONTRIBUI PARA PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SEGURA?

() Sim () Não () Não sei

COM O QUE VOCÊ FAZ A HIGIENE DA BOCA?

() Escova de dente, pasta e copo de água.

- () Espátula de Madeira, gaze e CLOREXEDINE.
 () Enxaguante bucal
 () Somente molho a boca com água ou gaze úmida
 () Não faço /motivo_____

QUAL A CONSISTÊNCIA DE ALIMENTO PODERÁ SER INICIADA A ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE COM PROBLEMAS DE ENGOLIR COM USO OU NÃO DE SONDA NASOENTERAL?

- () Líquido () Néctar () Mel () Sólidos () Pastosos

DE QUEM VOCÊ JÁ RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADOS DURANTE A ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE DISFÁGICO (COM DIFICULDADE DE ENGOLIR)?

- () Neurologista () Enfermeira
 () Fonoaudiólogo () Nutricionista
 () Técnico de Enfermagem () Terapeuta Ocupacional
 () Fisioterapeuta () Não recebi
 () Curso de Cuidadores
 () Outros_____

QUAL É A MAIOR DIFICULDADE PARA O CUIDADOR DE PACIENTE COM DISFAGIA (DIFICULDADE DE COMER)?

- () Ofertar dieta pela sonda de alimentação
 () Ofertar alimentos pela boca (carne, purês, bolachas, pão...).
 () Ofertar líquidos pela boca (água, café, sucos...).
 () Outros _____
 (tais como: posicionar o paciente? Utensílios inadequados? Falta de material?)

QUAL É A MAIOR DIFICULDADE QUE VOCÊ OBSERVA NO PACIENTE COM DIFICULDADE DE ENGOLIR QUE VOCÊ CUIDA?

- () Morder os alimentos
 () Mastigar os alimentos
 () Aceitar a dieta em bom volume
 () Engolir a comida
 () Tomar líquidos
 () Outros _____

QUAL SUA ATITUDE DIANTE DE UM ENGASGO?

- () Bate nas costas
 () Espera e vê o que acontece
 () Depende posso fazer manobra de Heinrich ou estímulo fúrcula;
 () Levantar os braços da pessoa
 () Procura assistência médica ou da enfermagem
 () Outros_____

APÊNDICE 10

QUESTIONÁRIO 3. PARA CUIDADOR /PACIENTE (PÓS MANUAL)

PARTE I- IDENTIFICAÇÃO

1 - Nome completo: _____

PARTE II – INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente o manual. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um x em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

VALORAÇÃO:

1-Totalmente adequado

2- Adequado

3-Parcialmente adequado

4- Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.

Obs: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1-Objetivos: referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do Manual.

1.1 Atende aos objetivos de orientar aos cuidados com o paciente com disfagia	1	2	3	4
1.2 Ajuda durante o processo de reabilitação	1	2	3	4
1.3 Está adequado para ser usado pelo cuidador do paciente com disfagia	1	2	3	4

NOTAS: _____

2 – Estrutura e apresentação: refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 A capa é atraente? Indica o conteúdo do material?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado	1	2	3	4
2.3 Os tópicos têm sequência	1	2	3	4
2.4 As informações e apresentação são coerentes	1	2	3	4
2.5 O número de páginas está adequado	1	2	3	4
2.6 O material (papel, impressão, está apropriado).	1	2	3	4
2.7 Os temas retratam aspectos-chaves importantes	1	2	3	4

NOTAS: _____

3- Estilo da escrita: refere-se à característica linguística, compreensão e estilo de escrita do material educativo apresentado.

3.1 A escrita está em estilo adequado	1	2	3	4
3.2 O texto é interessante	1	2	3	4
3.3 O vocabulário é acessível	1	2	3	4
3.4 Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente	1	2	3	4
3.5 O texto está claro	1	2	3	4
3.6 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	2	3	4

NOTAS: _____

4- Aparência: refere-se à característica o grau de significância do material educativo apresentado.

4.1 As páginas ou seções parecem organizadas	1	2	3	4
4.2 As ilustrações são simples (preferencialmente desenhos)	1	2	3	4
4.3 As ilustrações servem para complementar os textos	1	2	3	4
4.4 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4

NOTAS: _____

5- Motivação: refere-se à capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do material educativo apresentado.

5.1 O material é apropriado para idade, gênero e cultura.	1	2	3	4
5.2 O material apresenta lógica	1	2	3	4
5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações	1	2	3	4
5.4 O Manual aborda os assuntos necessário para o cuidado ao paciente com disfagia	1	2	3	4
5.5 Promove mudança de comportamento e atitude	1	2	3	4
5.6 O Manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento para realizar cuidados referentes à disfagia	1	2	3	4

NOTAS: _____

APÊNDICE 11

**“MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES ADULTOS
COM DISFAGIA EM TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA NO *HOME CARE*”**

Karina de Fatima Portela de Oliveira Pereira
Rosane Sampaio Santos

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES ADULTOS COM DISFAGIA EM TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM *HOME CARE*



