

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES

“PERFIL FONOAUDIOLÓGICO DOS PACIENTES DO PROGRAMA
MELHOR EM CASA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO”

Elisandra dos Santos Soares

Orientadora: Verlaine Balzan Lagni

PORTO ALEGRE

2015

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – *CÂMPUS* PORTO ALEGRE.**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES**

**“Perfil fonoaudiológico dos pacientes do programa melhor em casa
do Grupo Hospitalar Conceição”**

Elisandra dos Santos Soares

Orientadora: Verlaine Balzan Lagni

Projeto de Especialização apresentado como requisito à conclusão do curso de Especialização em Atenção domiciliar – com ênfase em gestão de redes.

**PORTO ALEGRE
2015**

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente pela vida, pelas pessoas que colocou em meu caminho, pela oportunidade em aprofundar os meus conhecimentos e pelos obstáculos enfrentados, os quais me fortaleceram e permitiram que eu chegasse até aqui.

Ao minha orientadora Verlaine, por seus ensinamentos, riquezas que levarei para minha vida profissional, pela troca de conhecimentos, por acreditar no meu projeto, por estar sempre à disposição, por sua dedicação impecável com o meu trabalho e por levá-lo adiante para futura publicação.

À minha querida professora Adelaide por compartilhar conosco todos os seus conhecimentos sobre atenção domiciliar, por estar sempre de prontidão a responder qualquer dúvida, por seus ensinamentos valiosos, por despertar o amor e o profissionalismo na atenção domiciliar e acima de tudo o olhar humanizado.

A todos os meus queridos colegas e amigos que formara-se nesse período de estudos, por compartilharem suas experiências, relatos e angustias de seu âmbito profissional fazendo-me crescer por meio de reflexões.

A todos os professores que ministraram de forma exemplar as suas aulas.

A toda equipe do PAD, por toda atenção dada e suporte oferecido nas vivências realizadas.

RESUMO

Conforme elucidado no trabalho a atenção domiciliar é uma modalidade de atenção que surge com objetivo de promover o atendimento humanizado ao paciente por meio de uma equipe multiprofissional, promovendo assim a integralidade do atendimento.

Dessa forma, é de suma importância identificar os pacientes que necessitam de avaliação e acompanhamento fonoaudiológico, visto que o profissional fonoaudiólogo pode compor a equipe. Entretanto, nem sempre esse profissional está inserido dentro das equipes.

A fonoaudiologia tem um papel importante dentro da equipe de atenção domiciliar, visto que é esse o profissional habilitado para tratar e reabilitar os distúrbios de deglutição e os problemas relacionados à comunicação.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva caracterizar a necessidade da atuação do profissional fonoaudiólogo no que se refere à demanda de solicitações e o tipo de atuação em um serviço de Atenção Domiciliar (AD) do Programa Melhor em Casa.

LISTA DE ABREVIATURAS

AD – Atenção Domiciliar

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

EMAD – Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

MS – Ministério da Saúde

PAD – Programa de Atenção Domiciliar

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROBLEMA	9
3 JUSTIFICATIVA	10
4 OBJETIVOS	11
4.1 Objetivo geral.....	11
4.2 Objetivos específicos.....	11
5 REFERENCIAL TEÓRICO	12
6 METODOLOGIA	17
6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	17
6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	17
6.3 PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	17
6.3.1 Critério de inclusão.....	17
6.3.3 Critérios de exclusão.....	17
6.3.4 Coleta de dados.....	17
6.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	18
6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
6.6 LOGÍSTICA.....	18
6.7ANALISE DOS RESULTADOS	18
7 CRONOGRAMA	20
8 ORÇAMENTO	21
9 RESULTADOS ESPERADOS	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE A – Questionário	25

INTRODUÇÃO

A reorganização do sistema de saúde brasileiro que iniciou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a garantia de saúde individual firmada através dos processos de equidade e integralidade da atenção, Mais do que isso critica a ação hegemônica dos paradigmas cartesianos e tecnicistas, produtores de procedimentos e não de processos de cuidado (FEUERWERKER, 2005). Dessa forma, o modelo tecnoassistencial deve sofrer mudanças e adaptações para que seja convergente aos princípios definidos pelo sistema.

No entanto, apesar dos avanços obtidos nos seus quase 30 anos de implantação, o SUS está distante de legitimar sua proposta política e social de acesso, de gestão e de atuação multiprofissional (FEUERWERKER, 2005). Em todos os pontos da rede ainda há concentração de alguns profissionais de saúde e escassez de outros.

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção que surge com objetivo de promover o atendimento humanizado ao paciente por meio de uma equipe multiprofissional. Embora a portaria determine a presença de fisioterapeutas ou assistentes sociais nas equipes básicas, persistem dificuldades no que concerne à formação das equipes (BRASIL, 2012). Será que o paciente tem acesso a todos os profissionais necessários para sua reabilitação? Será que se conhecem as demandas dos usuários pelos diferentes profissionais de saúde? Quais as necessidades fonoaudiológicas dos pacientes assistidos por um programa de atenção domiciliar?

A AD surge no Brasil na década de 1960 e vem crescendo paulatinamente com o passar dos anos. Nos últimos 20 anos, foram necessárias regulamentações e políticas para incorporar sua prática ao SUS (SILVA et al.; 2010) . Em 2013, foi criado o Programa Melhor em Casa que define o modo de funcionamento da AD no SUS. (PORTARIA Nº963, de 27 de maio de 2013 do MS). A criação do programa é responsável pela rápida expansão da AD pelo país. A cidade de Porto Alegre que possuía somente um serviço de AD, por exemplo, aderiu ao Programa no ano passado e planeja a implantação de 14 novas equipes até dezembro de 2015.

A fonoaudiologia tem um papel importante dentro da equipe de atenção domiciliar, visto que é esse o profissional habilitado para tratar e reabilitar os

distúrbios de deglutição e os problemas relacionados à comunicação. Entretanto, nem sempre esse profissional está inserido dentro das equipes e algumas vezes os outros profissionais da área da saúde precisam tomar atitudes sem ter o acompanhamento direto do fonoaudiólogo.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva caracterizar a necessidade da atuação do profissional fonoaudiólogo no que refere-se à demanda de solicitações e o tipo de atuação em um serviço de Atenção Domiciliar (AD) do Programa Melhor em Casa, para posterior confecção do material educativo com exercícios fonoaudiológicos mais adequados aos casos estudados.

2 PROBLEMA

Qual a necessidade da inserção do fonoaudiólogo na equipe de Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição e quais as necessidades dos pacientes que precisariam do acompanhamento desse profissional?

3 JUSTIFICATIVA

A fonoaudiologia é uma das especialidades que fazem parte das equipes de apoio da atenção domiciliar (EMAP) que começarão a ser constituídas somente a partir da implementação das equipes básicas. Dessa forma, conhecer os dados epidemiológicos que requerem sua atuação trará luz ao perfil e às proposições de condutas deste profissional.

Além do mais, a pesquisa será realizada em um serviço de atenção a pacientes de média e alta complexidade como propõe a portaria nº 963/2013 do Ministério da Saúde do Programa Melhor em Casa, com experiência de 11 anos de atuação e com grande número de internações anuais de adultos e crianças sem delimitação de perfil ou especialidade. Esse fato deve conferir resultados importantes considerando-se relações entre tipos de patologias, tipos de distúrbios e modos de atuação.

Não obstante, a produção bibliográfica por ela gerada deve contribuir para o aprimoramento do Serviço de Atenção Domiciliar do GHC, assim como para o enriquecimento da literatura científica de um tema tão atual, mas pouco documentado.

Dessa forma, identificar a demanda de pacientes que necessitam de avaliação e acompanhamento fonoaudiológico é de suma importância, já que esse profissional pode compor a equipe de atenção domiciliar. Assim, propor a reflexão a cerca do papel do fonoaudiólogo dentro do Programa Melhor em Casa do SAD/GHC torna-se relevante à integralidade do atendimento.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil fonoaudiológico dos pacientes do serviço de atenção domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição para composição de material educativo com exercícios fonoaudiológicos mais adequados aos casos estudados.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os distúrbios fonoaudiológicos mais comuns relativos à demanda verificada no SAD-GHC;
- Verificar a relação entre os distúrbios fonoaudiológicos e as diferentes patologias;
- Desenvolver material educativo com exercícios fonoaudiológicos mais adequados aos casos estudados.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Fono e Atenção Domiciliar

O Fonoaudiólogo é um profissional da área da saúde que pode atuar no âmbito público ou privado, sendo responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação, diagnóstico e terapia. Os campos de atuação são amplos podendo esse profissional atuar em unidades básicas de saúde, hospitais, atendimento home care, consultórios, clínicas, domicílios, asilos, creches, escolas especiais e regulares, associações e veículos de comunicação. As especialidades fonoaudiológicas são: linguagem, voz, audição, motricidade orofacial, saúde coletiva, fonoaudiologia escolar e disfagia.

De acordo com Silva, Musse e Nembr (2009), o profissional que atua no âmbito domiciliar encontra como principais sintomas para tratamento a disfagia e as afasias. De acordo com a resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 383/10 as atribuições e competências relativas à especialidade em disfagia são: avaliação, diagnóstico e tratamento dos distúrbios de deglutição. A atuação do especialista em disfagia vai desde o âmbito *hospitalar até o âmbito domiciliar*, além de clínicas, asilos, entre outros.

Patologias que causam múltiplas sequelas requerem a atuação do profissional fonoaudiólogo para reabilitação dos distúrbios de comunicação, linguagem e deglutição, dentre outras mais que exigem a atuação de uma equipe multiprofissional.

Acidentes vasculares cerebrais (AVC's), doenças crônicas, neoplasias, traumas de face, neuropatias, câncer de cabeça e pescoço, infecções respiratórias, distúrbio de deglutição, entre outras, se destacam como perfil fonoaudiológicos de pacientes atendidos em home care. (LIGOCKI, et al 2003).

Os pacientes que apresentam distúrbio de deglutição, linguagem e/ou comunicação necessitam de um profissional capacitado para reabilitação. Esse profissional pode contribuir junto à equipe multidisciplinar no processo de retirada ou indicação de via alternativa de alimentação, reestabelecimento da via oral, adaptação de válvula fonatória, desenvolvimento da comunicação alternativa para os pacientes que apresentarem a fala e/ou voz comprometida, orientação aos familiares

e cuidador, adequação das estruturas orofaciais, adequação do trato deglutório visando à redução de pneumonias por aspiração e como consequências internações hospitalares recorrentes. (FILHO; GOMES; FURKIM, 2000).

5.2 Breve Histórico da Atenção Domiciliar e do Programa Melhor em Casa

O conceito de atenção domiciliar surge em 1980 nos Estados Unidos com o termo de Home Care ou Assistência Domiciliar. Porém, é importante ressaltar que na década de 50 esse processo de cuidados já existia e era desenvolvido, mas não com a definição de atenção domiciliar, e que se expandiu na cidade de Nova York, visto a elevação dos custos de saúde e a redução dos leitos hospitalares. (HERNANDEZ; MARCHESAN, 2001)

De acordo com Ligocki et al (2008), no Brasil as primeiras atividades domiciliares aconteceram no século passado com o trabalho desenvolvido por visitadoras sanitárias da Cruz Vermelha Brasileira. O conceito Home Care, teve início a partir da década de 80, de forma privada, organizadas com equipe multiprofissional e com prestação de serviços particulares, ou seja, aos pacientes que podiam custear o seu atendimento. Num segundo momento, os planos de saúde voltam a sua atenção para a assistência domiciliar com o objetivo de reduzir os altos custos das internações hospitalares prolongadas e das reinternações. Torna-se importante ressaltar que a forma de atendimento nesse período permanecia de maneira privada e particular. (HERNANDEZ; MARCHESAN, 2001)

No Brasil a primeira experiência como serviço de atendimento domiciliar aconteceu na década de 50 vinculada ao Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU).

Na década de 90, o Sistema Único de Saúde (SUS), inicia suas atividades de atenção. Em 2013 redefine-se a atenção domiciliar, conforme Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, quando é lançado e regulamentado o Programa Melhor em Casa. A atenção domiciliar é vista como uma nova modalidade de atenção à saúde, de caráter substitutivo ou complementar a internação hospitalar, de forma a possibilitar, por meio de ações, a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde em domicílio. (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar vem crescendo, por causa dela, e não por consequência, o Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, oferece assistência multiprofissional e gratuita a pessoas que podem continuar seu tratamento de saúde em domicílio. O Serviço de atenção domiciliar é responsável pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como tipo 1 (um) e tipo 2 (dois) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Na EMAD estão inseridos os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e/ou assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem. O que diferencia a EMAD tipo 1 (um) do tipo 2 (dois) é a carga horária, tendo como ressalva que nenhum profissional poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho. O programa também tem como um dos critérios para aderência ao serviço a presença de um cuidador com ou sem laço familiar com o usuário para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades de vida diária, estando esse capacitado. A EMAP terá composição mínima de três profissionais, dentre eles: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Para composição de um SAD o número de habitantes determinará os requisitos para formação das equipes: EMAD e EMAP. Os municípios com população igual ou superior a 40.000 habitantes serão compostos por uma EMAD tipo 1 (um) e poderá formar uma EMAP. Para os municípios com população entre 20.000 e 40.000, o SAD poderá contar com uma EMAD tipo 2 (dois) e poderá contar com uma EMAP. Os municípios que somem população igual ou superior a 20.000, de forma agrupada, o SAD será composto por uma EMAD tipo 2 (dois), uma EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Ressaltando a EMAP, visto que o profissional fonoaudiólogo compõe essa equipe, a fim de dar suporte ou complementar as ações de saúde da atenção domiciliar, todos os municípios com uma EMAD poderão implantar uma EMAP, sendo possível a implantação de mais uma EMAP a cada três EMAD implantadas.

A partir daí o atendimento é organizado em três modalidades: AD1, AD2 e AD3 caracterizando o tipo de paciente e o nível de complexidade, o tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para a realização do cuidado. Na modalidade AD1 os pacientes apresentam condições de acessar o serviço de atenção básica, o AD2 é acompanhado pelo serviço de atenção domiciliar necessitando de visitas frequentes

e o AD3 além das visitas frequentes pode necessitar de suporte ventilatório, diálise peritoneal e paracentese.

Nas três modalidades as seguintes atribuições deverão ser desenvolvidas: trabalho em equipe de forma multiprofissional e integrada, identificação e treinamento dos familiares/cuidadores, acolhimento das demandas e das queixas, elaboração das reuniões para cuidadores e familiares, participação na educação permanente, garantia de emissão da certidão de óbito e apoio na alta programada dos pacientes internados nos hospitais no município no qual atuam, por meio de fluxos e protocolos, com esses estabelecimentos de saúde. (BRASIL, 2013).

5.3 Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (SAD-GHC)

O SAD-GHC foi criado em 2004 através da iniciativa de setores da Instituição e da pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde na tentativa de diminuir a superlotação da emergência. Dessa forma, inicia-se um processo de racionalização de leitos hospitalares e de custos com internação de pacientes, ao mesmo tempo em que se desenvolvem a humanização e a integralidade na saúde e se fortalecem os processos de transição do cuidado e de formação de redes.

O serviço é responsável pelos mais de 400.000 moradores da Zona Norte do município de Porto Alegre e, atualmente, é composto por quatro equipes de atendimento adulto e duas equipes de atendimento pediátrico. As equipes básicas são compostas por um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem e a equipe de apoio é composta por duas fisioterapeutas, uma nutricionista e duas assistentes sociais.

Podem ser incluídos no programa todos os pacientes que estão internados em qualquer uma das unidades hospitalares do GHC (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor, Hospital Fêmea) ou provenientes da UPA Zona Norte Moacyr Scliar e das Unidades Básicas de Saúde da região. Para inclusão, o médico assistente solicita consultoria para o SAD. As equipes do programa avaliam o paciente e, se houver critérios para inclusão, o termo de consentimento é oferecido e o serviço passa a ser prestado.

Os pacientes elegíveis deverão preencher critérios de inclusão, que são: ter um diagnóstico definido, estar clinicamente estável, ter um cuidador responsável

(principalmente em caso de pacientes dependentes), residir na área de abrangência e assinar o termo de consentimento, que versa sobre o aceite do acompanhamento, responsabilidades e normas do serviço.

Os pacientes admitidos no Programa têm acesso a medicamentos (enterais e parenterais), insumos médico-hospitalares (materiais de curativo, sondas, etc), dispositivos (cânulas de traqueostomia, cateteres), aparelhos portáteis (aspiradores de vias aéreas, nebulizadores) e fórmula de nutrição enteral industrializada, entre outros.

Após a estabilização do quadro clínico e o desenvolvimento da autonomia no manejo do cuidado e depois de realizados todos os encaminhamentos necessários, o usuário pode receber alta do Programa. Nesse momento, é realizada a transição do cuidado com o Serviço de Atenção Básica de referência, garantindo assim a continuidade do cuidado.

A sede do Programa fica no Hospital Nossa Senhora da Conceição, onde realizam atividades administrativas e de planejamento do cuidado dos pacientes.

O SAD procura aperfeiçoar-se continuamente e, sobretudo, nos últimos cinco anos tem divulgado o trabalho produzido pela equipe em congressos, jornadas e palestras. Em 2013, participou do Laboratório de Experiências da Organização Panamericana de Saúde com quatro trabalhos premiados. Até final do ano de 2015, deve submeter à publicação de dois artigos científicos.

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo transversal com coleta retrospectiva de dados pela análise do banco ou de prontuários eletrônicos do PAD-GHC.

6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Pacientes internados pelo PAD-GHC de janeiro a dezembro de 2015.

6.3 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Os dados de todos os pacientes internados durante o ano de 2015 serão coletados.

6.3.1 Critério de inclusão

Serão incluídos neste estudo:

- Pacientes internados pelo Programa Melhor casa do Grupo Hospitalar Conceição, adultos e crianças, entre janeiro e dezembro de 2015.

6.3.2 Critérios de exclusão

- Pacientes internados em outros anos diferentes de 2015.
- Prontuários que não forem encontrados.

6.3.3 Coleta de dados

Análise do banco de dados e dos prontuários acontecerá pelo preenchimento do protocolo de busca estruturada conforme APÊNDICE A.

6.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Serão variáveis do estudo:

- Os dados de identificação, diagnósticos principais conforme classificação internacional de doenças (CID 10), tempo de internação domiciliar, uso de traqueostomia, uso de via alternativa de alimentação, distúrbios de deglutição e comunicação.

6.5 LOGÍSTICA

A pesquisa será realizada em três etapas: A primeira etapa será no Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição por meio de coleta de dados e acesso ao banco de dados do serviço. Quando as informações não constarem no banco, serão buscadas nos prontuários eletrônicos dos usuários, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME, constituindo a segunda etapa. A terceira etapa será a análise dos dados

6.6 ANÁLISES DOS RESULTADOS

Os dados serão agrupados em tabelas, analisados pelo programa SPSS 18.0 e apresentados em forma de médias, desvios padrão e frequências.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa será realizada pela análise de dados secundários, não necessitando identificação dos usuários e implicações éticas.

O acesso ao banco de dados do programa de atenção domiciliar do Hospital Nossa Senhora da Conceição será realizada após autorização do setor, conforme solicitação formal.

Esse estudo faz parte do projeto de pesquisa autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob número 457.781 e respeita a declaração no. 466 da CNS.

8 ORÇAMENTO

ITEM	VALOR
Material bibliográfico (livros, xerox de artigos)	R\$ 20,00
Revisão ortografia	R\$ 100,00
Editoração e impressão final	R\$ 50,00
Deslocamento (gasolina)	R\$ 100,00
Cartucho de tinta para impressora	R\$ 40,00
Folhas A4	R\$ 20,00
Total previsto	R\$ 330,00

*Todas as pesquisas ficarão a cargo da pesquisadora não havendo ônus para o Serviço ou para a Instituição.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Justificar a presença do fonoaudiólogo dentro do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição identificando e quantificando os pacientes que necessitam de acompanhamento fonoaudiológico e suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

ARONIS, Ethel Akkerman; DEGIOVANI, Verena Maiorino. Atuação Fonoaudiológica junto à Maternidade: Alojamento Conjunto e Berçário de Alto Risco. In: LAGROTTA, Márcia Gomes Mota; CÉSAR, Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro. **A Fonoaudiologia nas Instituições**: terceira idade; hospital; escola; centro de saúde; clínica - escola; creche. São Paulo: Lovise, 1997.

AVEJONAS, D.R.M; MENDES, V.L; AMATO, C.A.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.3, p. 465-74, 2010.

BEFI, Débora. **Fonoaudiologia na atenção primária à Saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. V. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. V. 2

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CRFA). **Resolução CRFA n. 383/10**, de 20 de fevereiro de 2010 . Dispõe as atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia. Disponível em: http://www.crefono7.org.br/especialidades_disfagia.php. Acesso em: 13 out. 2015.

DANESI, Marlene; MARTINEZ, Zulmira. **Reconstrução histórica da fonoaudiologia no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Marta Castilhos, 2001.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v.09, n.18, p. 489-506, Set./Dez. 2009.

FILHO, Evaldo Dacheuz de Macedo; GOMES, Guilherme F; FURKIM, Ana Maria. **Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000.

FONSECA, S.T; LOILA, R.F; COELHO, E.P. Atuação fonoaudiológica no atendimento domiciliar. **Revista Tecer**, Belo Horizonte, v.8, n.14, Ago./ 2015.

FURKIM, Ana Maria; SILVA, Roberta Gonçalves da. **Programa de reabilitação em Disfagia Neurogênica**. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999.

LEWIS, Kim Corbin; LISS, Julien. M, SCIORTINO, Kellie L. **Anatomia Clínica e Fisiologia do Mecanismo de Deglutição**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

LIGOCKI, C.G; FERREIRA, D.C; SOARES, W.M.I; PAULA, E.B. A inserção da fonoaudiologia em serviço de atendimento domiciliar vinculado ao Sistema Único de Saúde. **Revista Tecer**, Belo Horizonte, v.1, n.1, Dez/ 2010.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria n. 963, de 27 de Maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_13.html>. Acesso em 13 out. 2015.

MOREIRA, M.D; MOTA, H.B. Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.11, n.3, p. 516-521, Jul./Set. 2009.

NETTO, Cincinato Rodrigues Silva. **Deglutição no feto, no infante, no adulto, no idoso**. São Paulo: Funpec, 2005.

RIOS, Iamara Jacintho de Azevedo; SGUIZZARDI, Andrea; MARLIÈRE, Gina Lúcia Laranjeiras. Atendimento Fonoaudiológico em “Home Care”. In: HERNANDEZ, Ana Maria; MARCHESAN, Irene. **Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 169-175.

SILVA, L.S; SENA, R.R; SEIXAS, C.T; FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.44, n.1, p. 166-76, 2010.

SILVA, S.L.B; MUSSE, R.I.P; NEMR, K. Assistência Domiciliar na cidade de Salvador-BA: Possibilidade de atuação fonoaudiológica em Motricidade Orofacial. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 94-101, Jan./Mar. 2009.

TURCO, Viviane. A reabilitação fonoaudiológica no Home Care. Em: <http://devoltapracasa.orb.br/revista/o-recomeco/materiais/a-reabilitacao-fonoaudiologia-no-home-care>. Acesso em: 10 Maio. 2012.

APÊNDICE A – PROTOCOLO

DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS PACIENTES COM INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO.

Prontuário nº _____

Identificação: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo F () M ()

CID's principais:

CID 1 _____

CID 2 _____

CID 3 _____

CID 4 _____

Data da admissão hospitalar: ___/___/___

Data da alta hospitalar: ___/___/___

Data da inserção no SAD-GHC: ___/___/___

Data de alta do SAD-GHC: ___/___/___

Necessidade de avaliação fonoaudiológica SIM () NÃO ()

Motivo da solicitação:

() Distúrbio de Deglutição

() Distúrbio Orofacial

() Distúrbio de Comunicação

() Uso de TQT

Uso de Sonda: () nasoenteral () Gastrostomia () Jejuno

() Outros: _____