

# Avaliação da qualidade intra-hospitalar de pacientes impossibilitados de falar que usam comunicação alternativa e ampliada

Quality assessment of inhospital patients unable to speak who use alternative and extended communication

Fabício Marinho Bandeira<sup>1</sup>, Flávia Perassa de Faria<sup>1</sup>, Everaldo Batista de Araujo<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Implementar o uso de pranchas de comunicação alternativa em pacientes hospitalizados e impossibilitados de se comunicarem pela fala. **Métodos:** Estudo descritivo com amostra de 30 pacientes hospitalizados e impossibilitados de se comunicarem pela fala. Foram confeccionadas pranchas por intermédio do *software* Boardmaker<sup>®</sup> que consiste em um banco de dados gráfico contendo Símbolos de Comunicação Pictórica (*Picture Symbols Communication*). Para avaliar a qualidade de vida desses pacientes, foi aplicado, antes e após o estudo, o questionário SF-36, versão em português do *Medical Outcomes Study* traduzido. **Resultados:** Verificou-se que todos os domínios do SF-36 apresentaram alterações após a aplicação das pranchas de comunicação. Observou-se que a mínima pontuação foi atribuída ao domínio "saúde mental", sendo o domínio "estado geral de saúde" o mais afetado e com menor comprometimento. **Conclusão:** A avaliação da qualidade de vida dos pacientes estudados apresentou melhora com o uso das pranchas de comunicação, demonstrando a importância e a necessidade da comunicação entre paciente-equipe e paciente-familiar.

**Descritores:** Pessoas com deficiência; Barreiras de comunicação; Qualidade de vida; Unidades de terapia intensiva; Questionários

## ABSTRACT

**Objective:** To implement the use of alternative communication boards in patients hospitalized and unable to communicate by speech. **Methods:** A descriptive study with a sample of 30 patients hospitalized and unable to communicate by speech. Boards were made with Boardmaker<sup>®</sup> Software that consists of a graphical database containing Pictorial Communication Symbols. To assess the quality of life of these patients, the Portuguese SF-36, a translated version of the Medical Outcomes Study, was applied before and after the study. **Results:** We found that all domains of the SF-36 showed changes after the application of communication boards. We observed

that the minimum score was assigned to the mental health domain, whereas the most affected and with greatest involvement and least compromise was the overall health status. **Conclusion:** The quality of life assessment of patients showed improvement with the use of communication boards, demonstrating the importance and necessity of communication between the patient and staff and the patient and family members.

**Keywords:** Disabled persons; Communication barriers; Quality of life; Intensive care units; Questionnaires

## INTRODUÇÃO

A comunicação é uma necessidade básica entre os homens. Faz-se necessária nas relações, constituindo-se um aspecto fundamental para a sobrevivência. A criança, desde seu nascimento, faz uso do choro e do riso para expressar suas vontades. Aprende a falar aos poucos, utilizando gestos e posturas, mantendo contato com os demais e se tornando ativa em seu meio<sup>(1,2)</sup>.

No Brasil, o trabalho da comunicação alternativa vem acontecendo em centros de reabilitação, consultórios privados e nas universidades<sup>(3)</sup>. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), há aproximadamente 500 milhões de pessoas no mundo impossibilitadas de se expressar pela fala, e 80% delas vivem em países em desenvolvimento como o Brasil. Segundo dados do Censo de 2005, 24,5 milhões de brasileiros são portadores de deficiências, o que representa 14,5% da população. Esse aumento ocorreu pela mudança nos instrumentos de coleta seguindo, atualmente, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(2,3)</sup>.

Trabalho realizado no Hospital Brasília – Brasília (DF), Brasil.

<sup>1</sup> Hospital Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Fabício Marinho Bandeira – QNL 30 VIA LN 30, casa, 32 – Taquatinga – Norte – CEP 72160-300 – Brasília (DF), Brasil – Tel.: (61) 9927 7332 – E-mail: fabriciomarinho3@hotmail.com

Data de submissão: 26/4/2011 – Data de aceite: 25/10/2011

Conflitos de interesse: não há

A comunicação oral caracteriza a condição humana. A fala associada a gestos, expressões faciais e corporais, possibilita a comunicação com outras pessoas por meio da expressão das necessidades, desejos e opiniões. Quando uma pessoa fica impedida temporariamente ou de maneira definitiva de se comunicar pela fala, ela precisa de uma forma alternativa para desempenhar essa função. A Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) reúne outras formas de comunicação, como o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, uso de pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, até o uso de sistemas mais sofisticados, como comunicadores de voz gravada ou sintetizada e computadores<sup>(4)</sup>.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) muitos pacientes permanecem impossibilitados de se comunicar. As razões são as mais diversas, podendo incluir: pacientes intubados, traqueostomizados, sedados, com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE) ou, ainda, com dificuldades de comunicação pré-existentes. A dificuldade de se comunicar, não importando por quanto tempo tem sido identificada como um dos mais frustrantes e estressantes aspectos na UTI<sup>(5,6)</sup>.

Essa dificuldade pode comprometer a relação paciente-equipe e paciente-familiar, resultando em pacientes frustrados, nervosos, ansiosos, agitados e deprimidos<sup>(6)</sup>.

A percepção do dia e da noite fica prejudicada na UTI, que não para e que, normalmente, é um ambiente completamente fechado, sem janelas, e com ar condicionado. A todo tempo ocorre um entra e sai de profissionais no quarto dos pacientes, as televisões permanecem ligadas e as pessoas falam alto; muitas vezes não há relógio visível, dificultando a noção de tempo e espaço dos pacientes, o qual não sabe se já está na hora de dormir ou acordar, se o banho está próximo ou quanto tempo falta para a troca da equipe<sup>(5)</sup>.

As pesquisas vêm sendo realizadas com o intuito de oferecer alternativas de comunicação para os pacientes com dificuldade transitória ou permanente na comunicação oral. Os recursos utilizados podem ser de tecnologia simples ou complexa. No sentido de ampliar as possibilidades de comunicação, vários métodos de recepção e transmissão de mensagens têm sido usados, ao longo dos anos, com indivíduos não vocais, como a linguagem de sinais empregada por portadores de deficiência auditiva e a escrita Braille, método alternativo para a escrita de cegos<sup>(6)</sup>.

A *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) conceitua a CAA como uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa para terapias que tentam compensar e facilitar os prejuízos e incapacidades dos indivíduos com graves distúrbios da comunicação expressiva e/ou distúrbios da

compreensão<sup>(7)</sup>. A CAA busca meios que auxiliem o indivíduo que não pode ter fala funcional. A terminologia “alternativa” é empregada quando se refere a tudo que é alternativo à palavra, como figuras, desenhos e símbolos<sup>(8)</sup>.

O Boardmaker® é um banco de dados gráfico que consiste em um dispositivo simples e de baixo custo confeccionado em papel e plastificado para facilitar a limpeza e aumentar a durabilidade. Contém tópicos referentes à comunicação com símbolos básicos dos procedimentos hospitalares que permitem ao paciente fazer questionamentos e esclarecimentos sobre sua situação. Esse programa apresenta-se em português, o que permite confeccionar pranchas com qualidade profissional em minutos; localizar e aplicar símbolos e imagens (coloridas ou não); trabalhar as imagens em qualquer tamanho e espaçamento; imprimir e/ou salvar a prancha de comunicação para uso posterior; criar folhas de tema ou trabalho, lista de instruções pictóricas, livros de leitura, jornais e pôster<sup>(9)</sup>.

As pranchas de comunicação podem conter várias informações a depender: da idade do paciente, de sua compreensão, do nível de consciência, das atividades programadas para aquele dia, da rotina de higiene e alimentação além de registrar as atividades importantes que podem acontecer sem programação prévia, podendo conter letras para o paciente fazer seus comentários e/ou questionamentos. O objetivo da prancha de atividades é de diminuir a ansiedade do paciente em relação aos procedimentos aos quais será submetido e auxiliar no processo de orientação e programação do seu dia<sup>(7,9)</sup>.

Para avaliar a qualidade de vida tem sido utilizado o questionário *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36)<sup>(10)</sup>, que, entre nós, foi traduzido e validado por Ciconelli em 1997<sup>(11)</sup>. É um questionário genérico, autoaplicável, de fácil administração e compreensão, com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento. Considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde<sup>(10-12)</sup>.

O SF-36 é constituído por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (CF, 10 itens); aspectos: físicos (4 itens), sociais (2 itens) e emocionais (3 itens); dor (2 itens); estado geral de saúde (EGS, 5 itens); vitalidade (4 itens); saúde mental (SM, 5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de 1 ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos quanto os positivos a respeito da saúde. Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escala de 0 a 100, de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um EGS melhor ou pior<sup>(11,13)</sup>.

## OBJETIVO

Implementar o uso de pranchas de comunicação alternativa (espécie de tabela) em pacientes hospitalizados e impossibilitados de se comunicarem pela fala.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo em pacientes hospitalizados e impossibilitados de se comunicarem pela fala. Foram confeccionadas pranchas (espécie de tabela) por intermédio do *software* Boardmaker®.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Brasília (UnB) sob ofício CEP/UCB número 052 /2011 e desenvolvido no Hospital Brasília, Brasília (DF). Todos os participantes do estudo, ou seus responsáveis, leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando em participar da pesquisa.

A amostra foi composta por 30 pacientes adultos de ambos os sexos portadores de doenças que o impossibilitou de se comunicar pela fala com faixa etária variando de 20 a 70 anos de idade. Para a orientação em relação ao dia e noite, foram utilizados relógios digitais e analógicos da marca Ibraclok® com ponteiros e números grandes para que pudesse ser visualizado pelo paciente a uma certa distância além de símbolos que complementavam a informação do período do dia (manhã, tarde ou noite).

Com intuito de avaliar a qualidade de vida desses pacientes, foi aplicado antes e após a coleta o questionário SF-36, versão em português do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey 10*, traduzido e validado por Ciconelli<sup>(11)</sup>.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) pacientes adultos internados no Hospital Brasília com idade entre 20 a 70 anos e que estivessem impossibilitados de se comunicar pela fala; b) que a família apresentasse interesse na inclusão de seu familiar no estudo em questão; c) paciente ou responsável ter assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foram excluídos do estudo: a) paciente com idade inferior a 20 anos de idade; b) que não conseguiram concluir os testes propostos ou que se recusaram a participar da pesquisa; c) com instabilidade hemodinâmica; d) sedados ou inconscientes.

Os pacientes foram entrevistados e avaliados por dois pesquisadores devidamente treinados para todas as etapas do trabalho. Inicialmente, foi realizada uma breve entrevista com esses pacientes ou com seus familiares para obter informações sobre o tempo e a forma de evolução da doença que o impossibilitou de se comunicar pela fala, temporária ou permanentemente. Os demais dados sociodemográficos e pessoais foram coletados dos prontuários.

As pranchas de comunicação foram confeccionadas conforme a necessidade de cada paciente da pesquisa. Após sua confecção, as pranchas foram impressas e plastificadas para serem apresentadas aos pacientes. O mesmo foi posicionado no leito com a cabeceira elevada entre 30 e 45° para que visualizassem da melhor maneira possível as pranchas de comunicação (Figura 1).



Figura 1. Aplicação da prancha de comunicação

Para o tratamento estatístico, foi realizada análise descritiva dos dados e teste *t* independente para comparar a média da qualidade de vida dos sujeitos e o teste de *Spearman* para avaliar a correlação entre domínios do questionário SF-36. Os dados foram plotados nos softwares Excel e *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 14.0, ambos compatíveis com Windows, e o nível de significância adotado foi de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 30 pacientes sendo que 80% deles eram homens e a média de idade do grupo todo foi de  $43,56 \pm 15,14$  anos. Quando estratificados por sexo, o grupo dos homens teve média de idade de  $45,67 \pm 13,39$  anos, enquanto que o grupo das mulheres foi de  $40,41 \pm 17,56$  anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra por gênero e faixa etária

		Masculino	Feminino
Amostra	30	18	12
Faixa etária	20 a 70 anos	21 a 67 anos	22 a 70 anos
Média de idade	43,56 anos ( $\pm 15,14$ )	45,67 anos ( $\pm 13,19$ )	40,41 anos ( $\pm 17,56$ )

Foram analisados os domínios do questionário SF-36 aplicado, em todos os pacientes, antes e após o uso da prancha de comunicação. Os valores médios encontrados, para cada domínio, podem ser visualizados na tabela 2, a qual também mostra os domínios em que houve a existência de significância estatística.

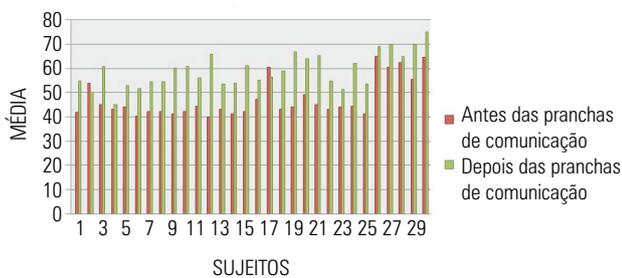
**Tabela 2.** Valores referentes à média e à significância obtidos para cada domínio do questionário SF-36, antes e após a aplicação da prancha de comunicação

Domínio do SF-36	Pranchas de comunicação ANTES	Pranchas de comunicação DEPOIS	p<0,05
	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade funcional (CF)	54,12 ± 4,64	56,5 ± 5,67	
Limitação por aspectos físicos (LAF)	57,8 ± 5,11	61,2 ± 4,65	
Dor (DOR)	52,5 ± 3,42	56,5 ± 4,32	
Estado geral de saúde (EGS)	64,9 ± 4,23	67,3 ± 4,32	
Vitalidade social (V)	42,94 ± 5,93	60,1 ± 5,32	*
Aspectos sociais (AS)	52,4 ± 3,67	63,4 ± 4,34	*
Limitação por aspectos emocionais (LAE)	47,2 ± 4,87	59,5 ± 5,43	*
Saúde mental (SM)	52,5 ± 2,43	55,2 ± 4,35	

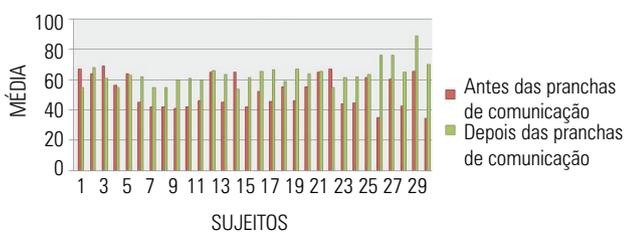
DP: desvio padrão; \* p < 0,05.

**Tabela 3.** Correlação de Spearman (RS) – análise dos domínios vitalidade (V) e limitações por aspectos emocionais (LAE)

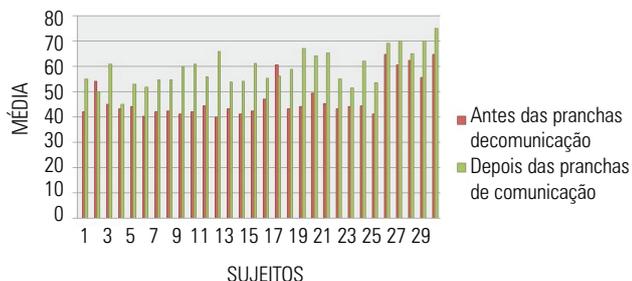
Correlação de Spearman			Alimentação	Comunicação
Spearman rho	Vitalidade (V)	Coefficiente de correlação	1,000	0,832
		Sig. (2-tailed)	0,0	0,000
		n	16	16
	Limitações por aspectos emocionais (LAE)	Coefficiente de correlação	0,832	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,0
		n	16	16



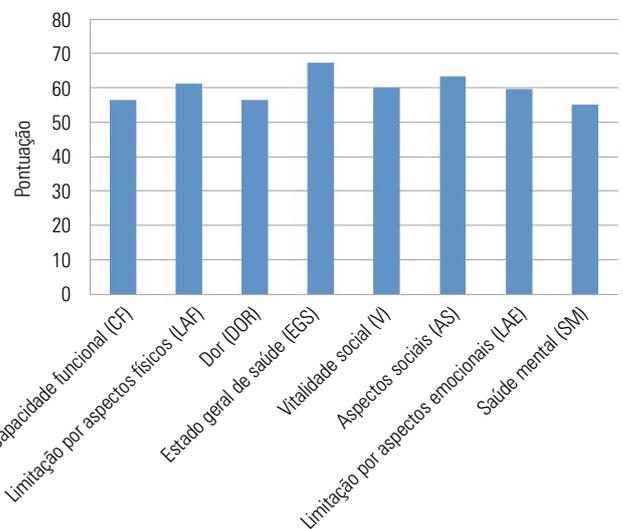
**Figura 2.** Vitalidade (V) – Antes e após a prancha de comunicação



**Figura 3.** Aspectos sociais (AS) – Antes e após a prancha de comunicação



**Figura 4.** Limitações por aspectos emocionais (LAE) – Antes e após a prancha de comunicação



**Figura 5.** Resultado da pontuação do questionário SF-36

Verifica-se por meio dos resultados da análise estatística do questionário SF-36 que, nos 30 pacientes avaliados, todos os domínios foram afetados antes e após a aplicação da pranchas de comunicação. Os domínios CF, limitações por aspectos físicos (LAF), EGS e SM tiveram aumento após a aplicação da prancha, porém não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Os valores encontrados para os domínios “aspectos sociais” (AS), “vitalidade social” (V) e “limitações dos aspectos emocionais” (LAE) tiveram significância estatística após a aplicação das pranchas (Tabela 2, Figuras 2 a 4).

A figura 5 mostra o resultado global das pontuações obtidas nos diferentes domínios.

Analisado pelo teste de *Spearman* observou-se que houve correlação entre as variáveis CF e LAF ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,31$ ). Pode-se observar na tabela 3, correlação positiva e forte entre as variáveis V e LAE, indicando que as dificuldades para vitalidade e para LAE se equivalem.

Ao analisar os escores das variáveis “dor” e AS, o teste de *Spearman* não apontou correlação significativa ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,34$ ).

## DISCUSSÃO

O predomínio no sexo masculino e a média de idade encontradas nesta pesquisa correlacionam com estudos epidemiológicos<sup>(14)</sup>. O estudo de Hulka et al.<sup>(14)</sup> afirma que a faixa etária é uma característica naturalmente associada ao uso de serviços hospitalares em razão de sua influência biológica na morbimortalidade. Em comparação com Garbinato et al.<sup>(15)</sup>, que realizou um estudo de base populacional ( $n = 1.954$  pessoas) no Sul do Brasil entre 2002 e 2003, observa-se que os indivíduos do sexo masculino e com 60 anos ou mais eram 4 vezes mais hospitalizados.

Os resultados mostraram alteração em todos os domínios do questionário SF-36 em todos os pacientes avaliados. Em relação aos domínios V, AS e LAE, as médias finais obtidas entre os sujeitos mostraram significativa diferença. Isso pode ser explicado pelo fato de a fisioterapia e a fonoaudiologia proporcionarem técnicas que aumentam o desempenho das atividades funcionais normais, acelerando a recuperação do paciente, minimizando os efeitos da incapacidade, pela correção da ineficiência de músculos específicos<sup>(16)</sup>, uma vez que a comunicação, por meio da fala, ocorre de forma natural, desde seu desenvolvimento na infância até o uso pleno na idade adulta. Por isso, raramente se pensa em sua complexidade ou nas consequências da sua perda, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva<sup>(17-19)</sup>.

Para Menzomo<sup>(20)</sup>, a perda ou a diminuição da função impede ou modifica a capacidade de viver do paciente, independentemente de continuar seu trabalho. Um outro relato literário afirma que o exercício terapêutico consiste em restabelecer, melhorar ou manter uma ou mais características relacionadas ao músculo quanto a seu poder de força, estiramento e coordenação<sup>(21)</sup>.

A forte associação entre as variáveis V, AS e LAE, pode sugerir que as dificuldades para alimentação e para comunicação se equivalem<sup>(22)</sup>. Confirma que a disartria afeta a maior parte dos indivíduos, resultado da atrofia e da fraqueza da musculatura da face, língua, faringe e laringe.

De modo geral, o procedimento de intubação ou a traqueostomia provoca distúrbios motores envolvendo as estruturas responsáveis pela produção da fala e

da voz (fonoarticulação) e da deglutição<sup>(23)</sup>. A disfagia após intubação prolongada pode estar relacionada a inúmeros fatores, como a redução do nível de alerta por efeitos residuais de sedação, presença da sonda de alimentação, alterações da sensibilidade orofaringolaríngea, atrofia muscular provocada por desuso, supressão dos reflexos protetores de tosse e a alteração do reflexo de deglutição<sup>(24)</sup>.

Postma et al.<sup>(25)</sup> observaram, por meio de avaliação laringoscópica, uma grande incidência de alterações laringofaríngeas nos pacientes previamente intubados e estas eram maiores com o aumento do tempo de permanência do tubo. A lesão laríngea após intubação orotraqueal (IOT) pode ser decorrente da colocação traumática do tubo, da necessidade de ventilação mecânica prolongada e da agitação do paciente causando atrito do tubo contra a mucosa laríngea ou pela mera presença do mesmo. Kunigk et al.<sup>(23)</sup> ressaltaram que a fonoarticulação e os processos de deglutição são considerados funções oromotoras controladas pelos mesmos mecanismos neuronais, prejudicados pelo controle sensorio-motor das estruturas envolvidas e requeridas nas duas funções. Manifesta-se com dificuldade de mastigação e deglutição, engasgos frequentes, resultando em diminuição da ingesta alimentar, perda de peso, desidratação e pneumonia aspirativa. O mecanismo de deglutição depende de uma complexa ativação de circuitos neuronais que exigem uma execução harmônica, envolvendo a integridade das vias aferentes, eferentes, sensitivas e motoras. Portanto, a presença de disfunção nervosa pode acarretar alterações no controle neuromotor, ocasionando a disfagia neurogênica com sintomatologias específicas<sup>(24,26)</sup>.

Não houve correlação significativa entre os domínios “dor” e AS, demonstrando que a dor prejudica os pacientes em seu convívio social levando-os ao embotamento, podendo, é claro, refletir em seu estado emocional. Durante a aplicação do teste de qualidade de vida, observou-se que a maioria dos pacientes estava comunicativa, com relativo bom humor e acompanhados de parentes que os acolhiam durante o procedimento de coleta de dados desse estudo.

Os estudos evidenciam que pacientes que estiveram internados em UTI passam por uma experiência de grande potencial traumático e que muitos desenvolvem quadros emocionais graves, incluindo o transtorno de estresse pós-traumático. Essas experiências são acompanhadas de um sofrimento psicológico e que repercute de forma prejudicial na reabilitação global do paciente.

O papel do fisioterapeuta, juntamente do fonoaudiólogo em uma equipe multidisciplinar é imprescindível para o paciente internado em uma UTI. Em vários momentos, a atuação conjunta pode ser restrita à orientação da equipe e da família em relação às capacidades

de comunicação do paciente e à melhor forma de estabelecer contato com ele. Mesmo nessa situação, há um ganho significativo para a equipe e para a família com a compreensão do que ocorre em termos da comunicação e, conseqüentemente, a diminuição de ansiedade e estresse, evitando situações de frustração para o paciente, para a família e para a equipe que o assiste.

## CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes estudados foi melhor após a aplicação das pranchas de comunicação, demonstrando a importância e a necessidade da comunicação entre paciente-equipe e paciente-familiar.

## REFERÊNCIAS

- Mendes FC. A mediação da linguagem falada e da escrita: uma alternativa para superar as falhas na formação do professor [dissertação]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2001.
- Neri M. Retrato da deficiência. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
- Pelosi MB. Inclusão e tecnologia assistida [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
- Nunes LR. Linguagem e comunicação alternativa [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
- Gonçalves MJO. Significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar. Mundo da Saúde. 2008;32(1):79-84.
- Costello JM. Intervention in the Intensive Care Unit: The Children's Hospital Boston Model. AAC. 2000;16(3):137-53.
- American Speech-Language-Hearing Association Ad Hoc Committee on Communication Processes and Non-speaking Persons. Position statement on nonspeech communication. ASHA. 1981;23(8):577-81.
- Gava ML. AAC-Comunicação aumentativa e alternativa como resposta às deficiências verbais. In: Tupy TM, Pravettoni DG, organizadores. É se falta a palavra, qual comunicação, qual linguagem? São Paulo: Memnon; 1999. p. 79-99.
- Hemsley B, Sigafoos J, Baladin S, Forbes R, Taylor C, Green VA, et al. Nursing the patient with severe communication impairment. J Advan Nurs. 2001;35(6):827-35.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-83.
- Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- Martinez MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
- Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. Med Care. 1985;23(5):438-60.
- Garbinato LR, Béria JU, Figueiredo ACL, Raymann B, Gigante LP, Palazzo LS, et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23(91):217-24.
- Honsinger M, Yorkston K, Dowden P. Communication options for intubated patients. Respir Manag. 1987;17(3):45-52.
- Hudelson E. Mechanical ventilation from the patient's point of view. Respir Care. 1997;22(6):654-6.
- Menzel L. Need for communication related research in mechanically ventilated patients. Am J Crit Care. 1994;3(3):165-7.
- Mitsuda PM, Baarslag-Benson R, Hazel K, Theriault TM. Augmentative communication in intensive care unit settings. In: Yorkston KM, editor. Augmentative communication in the medical setting. Tucson, AZ: Communication Skill Builders; 1992. p.5-56.
- Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos. São Paulo: Terra; 1995.
- Shestack R. Fisioterapia prática. 3a ed. São Paulo: Manole; 1987.
- Maschka DA, Bauman NM, Mccray PB, Hoffman HT, Karnell MP, Smith RJH. A classification scheme for paradoxical vocal cord motion. Laryngoscope. 1997;107(11 Pt 1):1429-35.
- Kunigk MRG, Chehter E. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(4):287-91.
- El Solh A, Okada M, Bhat A, Pietrantoni C. Swallowing disorders post orotracheal intubation in the elderly. Intensive Care Med. 2003;29(9):1451-5.
- Postma GN, McGuirt WF Sr, Butler SG, Rees CJ, Crandall HL, Tansavatdi K. Laryngopharyngeal abnormalities in hospitalized patients with dysphagia. Laryngoscope. 2007;117(10):1720-2.
- Terré R, Mearin F. Prospective evaluation of oro-pharyngeal dysphagia after severe traumatic brain injury. Brain Inj. 2007;21(13-14):1411-7.