

Danielle Pedroni Moraes<sup>1</sup>  
Claudia Regina Furquim de Andrade<sup>2</sup>

### Descritores

Indicadores de qualidade em  
assistência à saúde  
Deglutição  
Disfagia  
Avaliação de resultados (Cuidados  
de Saúde)  
Prática clínica baseada em evidências  
Unidades de internação

### Keywords

Quality indicators, health care  
Deglutition  
Dysphagia  
Outcomes assessment (Health Care)  
Evidence-based practice  
Inpatient care units

**Endereço para correspondência:**  
Claudia Regina Furquim de Andrade  
R. Cipotânea, 51, Cidade Universitária,  
São Paulo (SP), Brasil, CEP: 05360-160.  
E-mail: clauan@usp.br

**Recebido em:** 21/12/2010

**Aceito em:** 01/03/2011

# Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar

## *Quality indicators for integrated care of dysphagia in hospital settings*

### RESUMO

Este estudo propõe um painel de indicadores de desempenho para a gestão de um programa de reabilitação da deglutição (PRD) em ambiente hospitalar. Para a elaboração do painel de indicadores foram estabelecidas quatro fases: identificação de processos a serem gerenciados; elaboração dos indicadores e padronização de obtenção dos dados; classificação e proposição de correlação de indicadores; elaboração do painel de indicadores. Os resultados apontam 12 indicadores: índice de avaliação da deglutição; índice de atendimento por paciente; índice de atendimento por fonoaudiólogo; índice de pacientes atendidos; taxa de gravidade; taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar; índice de demanda para reabilitação da deglutição; tempo para avaliação da deglutição; índice de fonoaudiólogo por leito; tempo para retirada da via alternativa de alimentação; tempo para o retorno da alimentação por via oral; tempo para decanulação. O processo de medição de indicadores é essencial para entendimento e gerenciamento da disfagia em ambiente hospitalar e delineamento da qualidade. O gerenciamento por indicadores padronizados favorece a análise do desempenho ao longo do tempo, frente à inclusão de novos processos ou tecnologias, e a comparação a outros Serviços julgados como referências no setor. Este gerenciamento contribui para que a eficácia e eficiência dos programas de reabilitação sejam evidenciadas.

### ABSTRACT

This article proposes a panel of quality indicators for the management of swallowing rehabilitation (SR) therapy in a hospital setting. There were four stages in developing these indicators: identifying procedures to be managed; generating indicators and standardizing data collection; identifying the correlation among indicators; and formulating the panel of indicators. The following 12 quality indicators were developed: swallowing evaluation index; individual care index; speech-language pathologist (SLP) care index; number of assisted patients index; severity rate; swallowing diagnosis rate per hospital unit; swallowing rehabilitation demand index; time until first swallowing evaluation; SLP index per hospital bed; time until removal of feeding tube; time until reintroduction of oral feeding; and time until decannulation. The proposed indicators were designed to improve the management of dysphagia in a hospital setting. Measuring these indicators is essential to understanding the patient's needs and providing quality care. Managing care using these indicators will make it easier to track the patient's rehabilitation process, measure the effectiveness of new therapeutic processes and technologies, and evaluate the performance of hospital units relative to other providers in the area. The management of SR using quality indicators allows the effectiveness and efficiency of rehabilitation programs to be clearly evaluated.

Este trabalho foi realizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

(2) Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

O foco de atenção dos órgãos reguladores tem aumentado nos últimos anos para que os programas demonstrem efetiva e eficientemente os resultados e metas dos processos de reabilitação. A prática da reabilitação baseada em evidência envolve a demonstração da relação entre as intervenções e os resultados. Como tem havido uma maior atenção quanto à análise dos resultados baseados em evidências, se faz necessário maior esforço para identificar, operacionalizar e organizar as metas dos indicadores de reabilitação por parte dos profissionais, além de melhorar a prática da reabilitação<sup>(1)</sup>.

A divulgação pública do desempenho dos hospitais por meio de indicadores de qualidade é incentivada para promover a transparência e aumentar a responsabilidade do serviço quanto à qualidade dos cuidados à saúde<sup>(2,3)</sup>. A má qualidade quase sempre eleva os custos devido a ineficiência, prolongamento da necessidade de tratamento e ocorrências de tratamentos de remediação, muitas vezes desnecessários e ineficazes<sup>(4)</sup>.

Dada a alta incidência e prevalência da disfagia em ambiente hospitalar, e suas potenciais conseqüências, os diagnósticos e gerenciamento dos distúrbios da deglutição e alimentação são críticos. Soma-se ainda ao impacto patológico da disfagia, os fatores econômico-financeiros dos cuidados à saúde, qualidade de vida e sobrecarga aos cuidadores<sup>(5,6)</sup>.

A American Speech and Language and Hearing Association (ASHA) em suas atribuições inclui como responsabilidades do SLP no gerenciamento da disfagia: identificar e usar apropriadamente as medidas de resultados funcionais; conhecer as políticas de aprimoramento de qualidade estabelecidas pelos órgãos de acreditação; conhecer os métodos usados para medir e monitorar a qualidade de importantes processos e resultados<sup>(6)</sup>.

Com base nas questões levantadas e na restrita literatura disponível quanto a indicadores de desempenho padronizados para um programa de reabilitação da deglutição (PRD), este estudo teve como objetivo propor um painel de indicadores que auxiliem no processo gestão dos resultados da reabilitação da deglutição em Unidades de Internação Hospitalar (UIHs).

## MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido num hospital geral de alta complexidade direcionado ao ensino, pesquisa e assistência. O hospital é composto por 980 leitos de internação, dos quais 120 correspondem a leitos de UTI (nove UTIs) agrupados conforme especialidades médicas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética para Análises de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob número 0351/08.

### Procedimento

As etapas do processo de criação e estabelecimento dos indicadores foram divididas em quatro fases:

- Fase I – Identificação de processos a serem gerenciados: foram identificados os processos mais relevantes e comuns para gerenciamento por indicadores<sup>(8,9)</sup>.

- Fase II – Elaboração dos indicadores e padronização de obtenção dos dados: foram elaborados os indicadores de controle de cada processo e sua respectiva ficha descritiva.
- Fase III – Classificação e proposição de correlação de indicadores: os indicadores foram desenvolvidos e classificados em indicadores de processos e indicadores de resultados. Para cada indicador foi elencada uma possível correlação de causa e efeito com os demais.
- Fase IV – Elaboração do painel de indicadores: Foi proposto o painel de indicadores, traduzindo graficamente as principais relações de causas e efeitos dos indicadores elaborados na Fase III.

## RESULTADOS

Os resultados são apresentados de maneira descritiva e divididos nas quatro fases de elaboração do painel.

### Fase I – Fase de identificação de processos a serem gerenciados

Para a gestão do PRD em UIHs foram elencados quatro processos a serem monitorados por indicadores. Além disso, foram identificados os protocolos de controle utilizados em cada um destes processos (Anexo 1).

A avaliação em beira-de-leito dentro do PRD é primária e determinante das etapas subsequentes. Numa perspectiva gerencial, os resultados deste processo podem ser observados quanto à quantidade de pacientes que requerem avaliação do risco de disfagia por UIHs; gravidade dos casos; e expressividade da demanda frente aos indicadores de internação (número de internações ou paciente-dia) do hospital.

O processo de reabilitação da deglutição em beira-de-leito é considerado nesse estudo como o processo de intervenção fonoaudiológica que possibilita o retorno à alimentação por via oral de forma segura. Relaciona informações gerenciais quanto ao total de sessões realizadas, número de sessões necessárias por paciente até a alta, número de atendimentos frente aos indicadores de internação do hospital e número de profissionais envolvidos neste processo.

O controle do processo de reintrodução de alimentação por via oral visa traduzir a eficácia e a eficiência da reabilitação da deglutição. Isso é possível quando se identifica e relaciona informações referentes ao número de pacientes que retornam à alimentação por via oral de forma segura e ao tempo despendido para o início deste retorno da alimentação por via oral e para o início da alimentação por via oral total.

O último processo elencado, o de decanulação do paciente traqueostomizado, é o único específico a um grupo de pacientes, e merece diferenciação devido ao impacto da cânula de traqueostomia no PRD. O gerenciamento desse processo está relacionado não só ao dimensionamento do número de pacientes traqueostomizados submetidos ao PRD, mas também à diferenciação dos resultados quanto ao tempo para retirada da via alternativa de alimentação, retorno da alimentação por via oral e retirada da cânula de traqueostomia.

## Fase II – Elaboração dos indicadores e padronização de obtenção dos dados

A ficha descritiva para construção do conjunto de indicadores deve ser cuidadosamente especificada, de forma a proporcionar uma padronização em sua obtenção e gerando resultados sejam confiáveis e que possam ser utilizados em comparações internas e externas (Anexo 2).

## Fase III – Classificação e proposição de correlação

Foi apresentada uma proposta contendo 12 indicadores de desempenho, desenvolvidos e classificados em indicadores de processos e indicadores de resultados (Anexos 3 e 4).

Para cada processo temos um ou mais indicadores, conforme relatado previamente na Fase I. Os indicadores por sua vez, estão intrinsicamente correlacionados em uma cadeia de causa e efeito, exemplificadas a seguir.

O índice de avaliação da deglutição, em sua relação numérica com o número de entradas hospitalares, traduz a proporção da demanda para reabilitação da deglutição dentro dos atendimentos hospitalares. Está diretamente correlacionado, por exemplo, ao número de atendimentos por terapeuta e número de pacientes atendidos.

O índice de atendimento por paciente permite observar não somente a produção de serviço. Observa-se o quanto este é influenciado pela gravidade do caso, ou ainda, o quanto sua variação pode impactar nos indicadores de resultados (Anexo 4).

O índice de atendimento por terapeuta tem como objetivo avaliar a eficiência dos profissionais e seu impacto direto nos resultados do PRD. De forma indireta, pode-se extrapolar também para correlação com o indicador de resultado de tempo para retorno da alimentação por via oral, entendendo que quanto maior o índice de atendimento por terapeuta e manutenção da qualidade dos atendimentos, maior será o índice de atendimento por paciente. E assim, possivelmente, o tempo para retorno da alimentação por via oral de forma exclusiva (sem suplementação) também será reduzido.

A taxa de gravidade é baseada em uma escala de gravidade (ou em escala de funcionalidade). Tem importante influência nos indicadores de resultados estabelecidos.

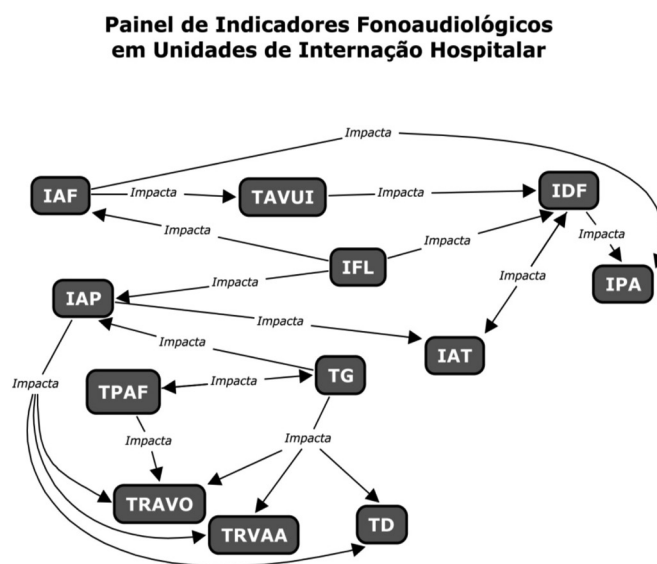
Tanto o índice de demanda para reabilitação da deglutição, quanto a taxa de avaliação por unidades de internação hospitalar e o índice de fonoaudiólogo por leito buscam refletir a produção de serviços do PRD. Essas medidas monitoram esta produção frente a adesão ao PRD pelas diferentes UIHs; e ainda, o quanto a produção e eficiência dos serviços é dependente do número de fonoaudiólogos atuantes.

O último indicador de processo proposto foi o tempo para avaliação da deglutição. Este indicador monitora o tempo compreendido entre a passagem da via alternativa de alimentação (devido ao processo de risco para alimentação por via oral) e a solicitação para avaliação da deglutição - tendo como meta a precocidade deste encaminhamento. Quando correlacionado aos indicadores de resultados, poderão dar o respaldo referente à possível e significativa relação existente entre a precocidade dos atendimentos para reabilitação da deglutição e o prognóstico.

Os indicadores de resultados propostos são: tempo para reintrodução da alimentação por via oral, tempo para retirada da via alternativa de alimentação e tempo para decanulação. Essas medidas podem ser realizadas pela média ou pela proporção de pacientes que retornam à alimentação, que retiram a via alternativa de alimentação ou a cânula de traqueostomia numa escala de tempo: zero a cinco dias, seis a dez dias, 11 a 15 dias e mais de 15 dias.

## Fase IV – Elaboração do painel de indicadores

Na última fase do processo estabeleceu-se o painel de indicadores com base na premissa de cadeia de causa e efeito. Este painel compila os 12 indicadores elaborados na Fase III e esquematiza as principais correlações citadas (Figura 1).



**Legenda:** IAF = índice de avaliação fonoaudiológica; IDF = índice de demanda fonoaudiológica; IFL = índice de fonoaudiólogo por leito; TG = taxa de distribuição da gravidade; TPAF = tempo médio para avaliação fonoaudiológica; TRVAA = taxa de retirada da via alternativa de alimentação; TAVUI = taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar; TD = taxa para decanulação; TRAVO = taxa para o retorno da alimentação por via oral; IAT = índice de atendimento por terapeuta; IPA = índice de pacientes atendidos; IAP = índice de atendimento por paciente

**Figura 1.** Painel de indicadores fonoaudiológicos em Unidades de Internação Hospitalar (UIHs)

As direções das setas indicam estas prováveis relações desenhando uma rede de causa e efeito entre eles – o resultado de um influencia os demais. Cita-se como exemplo, que a gravidade dos casos influencia o índice de atendimento por paciente e o tempo retorno da alimentação por via oral e, na mesma lógica, é influenciado pelo tempo para avaliação da deglutição.

## DISCUSSÃO

O gerenciamento de indicadores proposto pode ser comum a outros PRD. Em concordância com a importância deste gerenciamento, a ASHA<sup>(6)</sup> 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.

Há na literatura uma escassez de estudos que apresentam relatos a respeito de indicadores como resultados da experiência da PRD em UIHs<sup>(7,8)</sup>. São mais comuns artigos que abordam o assunto de maneira pontual, apresentando os resultados referentes a grupos de pacientes ou doenças, ou ainda, referentes à implementação de um novo protocolo.

Alguns estudos apresentam indicadores dos resultados de seus processos conforme os apresentados no presente estudo. O índice de atendimento por paciente, medido pelo número de sessões de atendimento, é encontrado em outros estudos como forma de gerenciamento de um programa de reabilitação da disfagia ou como forma de comparação de grupos diante da aplicação de procedimentos terapêuticos distintos<sup>(8)</sup>. Em contrapartida, alguns autores apresentam este indicador contabilizado em minutos de atuação<sup>(7)</sup> ou em períodos de tempo (meses)<sup>(9)</sup>.

o índice de atendimento por paciente possibilita comparar o número de sessões por paciente e o tempo médio despendido, por unidade e/ou doenças associadas ou a partir da incorporação de novos procedimentos ou tecnologias. Os resultados fornecem informações sobre a eficiência dos procedimentos fonoaudiológicos ao longo do tempo ou ainda, os compara com resultados obtidos em outros estudos.

O índice de avaliação da deglutição para dimensionamento da demanda de pacientes ao PRD frente ao número de pacientes internados no mesmo período é apresentado em um dos estudos<sup>(8)</sup>, discutindo-se que embora este índice seja baixo (0,6%) o número absoluto (222 pacientes) foi significativo. O autor compara ainda este resultado ao índice significativamente maior obtido em outro hospital. Esse resultado foi justificado com base nas diferenças metodológicas aplicadas na coleta do indicador. O uso de indicadores para comparação com outras instituições é aspecto favorável à busca pela melhoria do desempenho de um PRD.

Não foi encontrado nenhum estudo sobre o índice de atendimento por terapeuta. Esta medida fornece evidências a respeito da eficiência ou performance dos profissionais e traz informação sobre o impacto da variação do número de profissionais na produção e nos resultados qualitativos dos cuidados aos pacientes. No entanto, é um indicador comum a outras especialidades, como por exemplo, à equipe de enfermagem<sup>(10)</sup>. O mesmo é válido para o indicador índice de fonoaudiólogo por leito, que apesar de não estar definido na literatura ou órgãos reguladores, impacta diretamente os resultados de produção.

O indicador de tempo para avaliação da deglutição é apresentado como parâmetro preditor do início do retorno à alimentação por via oral<sup>(11)</sup>. No uso gerencial, um resultado de tempo para avaliação da deglutição igual a zero (fonoaudiólogo intervêm no mesmo dia da colocação da sonda) representa a precocidade do início do processo. Autores afirmam que este parâmetro também foi preditor do tempo para reintrodução total de alimentação por via oral.

O tempo para decanulação demonstra a eficácia e eficiência do processo, além de verificar o quão precoce se dá o processo

de decanulação da traqueostomia em comparação a resultados de outras instituições<sup>(12)</sup>. Essa comparação visa buscar adequação dos procedimentos para obtenção de melhores resultados.

O indicador de taxa de gravidade dos casos refere-se à distribuição do grau da disfagia (ou resultado funcional). As escalas de gravidade ou funcionalidade permitem inferir a respeito do prognóstico do caso, além da geração de indicadores de resultados relacionados ao processo terapêutico, comparando a escala pré e pós-terapia, ou no momento da alta hospitalar<sup>(8,12)</sup>. A gravidade dos casos influencia condutas posteriores e determina variações em quase todos os demais indicadores. As medidas de resultado funcional associadas a medidas cognitivas, por exemplo, podem desempenhar importante papel na predição da reabilitação da deglutição e sobrevida na neuroreabilitação<sup>(13)</sup>.

Medidas quanto ao tempo para retorno da alimentação por via oral de forma segura e eficaz e tempo para retirada da via alternativa de alimentação podem ser bons parâmetros para medição dos resultados do tratamento da disfagia orofaríngea<sup>(14)</sup>. Expressos em relação ao número de dias a partir da primeira avaliação da deglutição, o tempo para retorno da alimentação por via oral e tempo para retirada da via alternativa de alimentação podem ser analisados considerando não apenas a média de tempo, mas também a proporção de pacientes distribuídos numa escala de tempo<sup>(11)</sup>.

A taxa de avaliação por unidade de internação hospitalar verifica as variações sofridas ao longo do ano e identifica quais unidades demandam maior atendimento. O número de pacientes internados com disfagias orofaríngeas em hospitais que oferecem cuidados intensivos parece manter certa estabilidade. Diversas UIHs demandam este atendimento, principalmente as que prestam cuidados a pacientes neurológicos<sup>(8)</sup>. Acrescenta-se, ainda, que esta taxa permite acompanhar resultados indesejados pontuais, favorecendo a implementação ou revisão de processos em UIHs específicas.

Quanto ao índice de demanda para reabilitação da deglutição, alguns estudos apresentam apenas a média de sessões por paciente permitindo observar somente o número total de atendimentos<sup>(6,14)</sup>. A comparação do número de atendimentos para reabilitação da deglutição com o número paciente-dia do hospital permite acompanhar a expressividade deste atendimento diário.

As 12 medidas representadas em um painel de indicadores favorecem a compreensão da interrelação existente entre eles e entre os processos a que correspondem. A rede de conexão considera que ao aprimorar um indicador, pode-se impactar direta e/ou indiretamente nos resultados de outros indicadores<sup>(15)</sup>. Desta forma, o painel permite o monitoramento e observação dos resultados pelo gestor. Esse gerenciamento propicia modificações plausíveis nos processos, podendo convergir em melhores resultados e melhorias na qualidade dos serviços prestados.

## CONCLUSÃO

O painel de indicadores favorece o gerenciamento da disfagia em ambiente hospitalar. A inclusão do processo de medição de indicadores é essencial para o claro entendimento e delineamento da qualidade. O gerenciamento por indicadores

em Unidades de Internação favorece a análise do desempenho ao longo do tempo, diante da inclusão de novos processos ou tecnologias, e a comparação a outros serviços julgados como referências no setor. O gerenciamento por indicadores contribui, ainda, para que a eficácia e eficiência dos programas de reabilitação sejam evidenciadas.

A adesão e a utilização de indicadores de desempenho por serviços de Fonoaudiologia permitirão melhorias nos processos assistenciais e trará benefícios diretos aos pacientes, além do fortalecimento da prática baseada em evidências.

## REFERÊNCIAS

- Weiner JB, Alexander JA, Shortell SM, Baker LC, Becker M, Geppert JJ. Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. *Health Serv Res.* 2006;41(2):307-34.
- Frain MP, Tschopp MK, Bishop M. Predictors of Outcomes in Rehabilitation. *J Rehabil.* 2009;75(1):27-35.
- Glickman, SW, Schulman KA, Peterson ED, Hocker MB, Cairns CB. Evidence-based perspectives on pay for performance and quality of patients care and outcomes in emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2008;51(5):622-31.
- Porter ME, Teisberg, EO. Redefining health care: creating value-bases competition on results. Harvard Business School Press; 2006. 540p.
- Kröger E, Tourigny A, Morin D, Côté L, Kergoat MJ, Lebel P, et al. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:195.
- American Speech-Language-Hearing Association. Roles of Speech-Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders: Technical Report [Internet]. 2001. [cited 2011 Mar 9]. Available from <http://www.asha.org/policy>.
- Wesling M, Brady S, Jensen M, Nickell M, Statkus D, Escobar N. Dysphagia outcomes in patients with brain tumors undergoing inpatient rehabilitation. *Dysphagia.* 2003;18(3):203-10.
- Schindler A, Vincon E, Grosso E, Miletto AM, Di Rosa R, Schindler O. Rehabilitative management of oropharyngeal dysphagia in acute care settings: data from a large italian teaching hospital. *Dysphagia.* 2008;23(3):230-6.
- Melt-Rötzer M. [Dysphagia - epidemiology, diagnostics, therapy and nutrition-management]. *Laryngorhinotologie.* 2009;88(4):259-68; quiz 269-73. German.
- Swan BA. Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care. *Nurs Econ.* 2008;26(3):195-201.
- Ward EC, Green K, Morton AL. Patterns and predictors of swallowing resolution following adult traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2007;22(3):184-191.
- Frank U, Mader M, Sticher H. Dysphagic patients with tracheotomies: a multidisciplinary approach to treatment and decannulation management. *Dysphagia.* 2007;22(1):20-9.
- Ickenstein GW, Stein J, Ambrosi D, Goldstein R, Horn M, Bogdahn U. Predictors of survival after severe dysphagic stroke. *J Neurol.* 2005;252(12):1510-6.
- White GN, O'Rourke F, Ong BS, Cordato DJ, Chan DK. Dysphagia: causes, assessment, treatment and management. *Geriatrics.* 2008;63(5):15-20. Review.
- Villalbí JR, Casas C, Borrell C, Duran J, Artazcoz L, Camprubí E, et al. The Balanced Scorecard as a management tool in a public health organization. *Gac Sanit.* 2007;21(1):60-5. [Spanish].

### Anexo 1. Processos do programa de reabilitação da deglutição a serem monitorados em Unidades de Internação Hospitalar (UIHs)

Processos de reabilitação da deglutição desenvolvidos nas UIHs	Protocolo de controle
Processo de avaliação em beira-de-leito	Protocolo de avaliação do risco para disfagia
Processo de terapia para reabilitação da deglutição em beira-de-leito	Ficha de acompanhamento
Processo de reintrodução da alimentação por via oral	Protocolo de transição alimentar
Processo de decanulação do paciente traqueostomizado	Protocolo de decanulação

### Anexo 2. Ficha de indicadores

<b>Ficha de Indicadores em Fonoaudiologia</b>	
Setor: Unidades de Internação Hospitalar	
Nome do indicador: Por extenso	Abreviatura:
Processo: Especificar o processo ao qual o indicador está relacionado	
Responsável: Definir o responsável pela obtenção dos dados e atualização do indicador.	
Objetivo: Descrever a razão principal para a criação do indicador	
Fonte de informação: Verificar os documentos, impressos ou eletrônicos para se obter os dados necessários para a construção do indicador.	
Descrição do indicador: Descrição por extenso	
Fórmula do indicador Método de cálculo	
Metodologia de coleta dos dados: Orientar quanto à fonte de obtenção dos dados, o método a ser seguido e amostra a ser considerada.	
Periodicidade: freqüência da coleta	
Freqüência de avaliação: Definir o período em que o indicador deverá ser analisado criticamente	
Usuários: Identificar os setores que deverão receber o resultado obtido do indicador para efetuar monitoramento e gestão, análise de tendência e comparação com referenciais.	
Data da revisão: Mostrar a data da última revisão da ficha de construção do indicador.	

**Anexo 3.** Indicadores de processo

Nome do indicador	Objetivo	Fórmulas	Principais indicadores de correlação
Índice de avaliação da deglutição	Monitorar o desempenho do serviço quanto ao número de avaliações realizadas	Total de avaliações/ n° de internações (entradas hospitalares)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de atendimento por fonoaudiólogo</li> <li>• Índice de demanda para reabilitação da deglutição</li> <li>• Índice de pacientes atendidos.</li> </ul>
Índice de atendimento por paciente	Acompanhar o número de atendimentos prestados a cada paciente	Total de atendimentos/ n° de pacientes atendidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de Gravidade</li> <li>• Índice de atendimento por fonoaudiólogo</li> <li>• Tempo médio para reintrodução da alimentação por via oral</li> <li>• Tempo médio para retirada da via alternativa de alimentação</li> <li>• Tempo médio para decanulação</li> </ul>
Índice de atendimento por fonoaudiólogo	Monitorar o número de atendimentos realizados por cada terapeuta	Total de atendimentos realizados/ n° de fonoaudiólogos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de pacientes atendidos;</li> <li>• Índice de demanda para reabilitação da deglutição</li> </ul>
Índice de pacientes atendidos	Monitorar a demanda de pacientes atendidos por dia frente ao indicador hospitalar paciente-dia	Paciente-dia da Fonoaudiologia/ paciente-dia do hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de demanda para reabilitação da deglutição</li> <li>• Taxa de avaliação por UIH</li> </ul>
Taxa de gravidade	Acompanhar a gravidade dos casos atendidos.	N° de casos para cada classificação de gravidade/ n° de casos atendidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo médio para reintrodução de alimentação por via oral,</li> <li>• Índice atendimento por paciente,</li> <li>• Tempo médio para retirada da via alternativa para alimentação,</li> <li>• Tempo médio para decanulação,</li> <li>• Tempo para avaliação da deglutição</li> </ul>
Taxa de avaliação por UIH	Verificar quais UIHs demandam maior número de atendimento para reabilitação da deglutição	N° de avaliação por UIH/ total de avaliações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de demanda para reabilitação da deglutição</li> <li>• Índice de fonoaudiólogo por leito</li> </ul>
Índice de demanda para reabilitação da deglutição	Identificar a expressividade de demanda assistencial para o SRP frente ao indicador paciente-dia do Hospital	N° de atendimentos/número de pacientes-dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de avaliação da deglutição,</li> <li>• Índice de pacientes atendidos</li> </ul>
Tempo para avaliação da deglutição	Verificar o tempo compreendido entre a passagem da via alternativa de alimentação (VAA) e a solicitação para avaliação da deglutição	N° médio de dias compreendido entre a passagem da VAA e a avaliação fonoaudiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de gravidade</li> <li>• Taxa de dias para reintrodução da alimentação por via oral</li> <li>• Taxa de Decanulação</li> </ul>
Índice de fonoaudiólogo por leito	Verificar o número de profissionais do SRP e as correlações com a eficiência dos resultados.	Número de profissionais por dia/ número de leitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de pacientes atendidos</li> <li>• Índice de demanda para reabilitação da deglutição</li> <li>• Índice de atendimento por paciente</li> </ul>

**Anexo 4.** Indicadores de resultados

Nome do indicador	Objetivo	Fórmulas	Principais indicadores de correlação
Tempo para retirada da via alternativa de alimentação	Verificar o tempo (em dias) desde a primeira avaliação da deglutição até a retirada da via alternativa de alimentação	% de pacientes que retiram a VAA de 0-5 dias ou 6 a 10 ou 11 a 15 ou acima 15 dias e/ou média	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de gravidade</li> <li>• Índice de atendimento por paciente</li> <li>• Índice de atendimento por fonoaudiólogo</li> <li>• Tempo médio para reintrodução de alimentação por via oral</li> </ul>
Tempo para reintrodução de alimentação por via oral	Verificar o tempo (em dias) desde a primeira avaliação da deglutição até o início do processo de reintrodução de alimentação por via oral.	% de pacientes que conseguem iniciar alimentação por VO em 0-5 dias ou 6 a 10 ou 11 a 15 ou acima 15 dias e/ou média	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de gravidade</li> <li>• Índice de atendimento por paciente,</li> <li>• Índice de atendimento por fonoaudiólogo</li> </ul>
Tempo para decanulação	Verificar o tempo (em dias) despendido entre a avaliação fonoaudiológica e a decanulação da traqueostomia.	% de pacientes que decanulam da TQT em 0-5 dias ou 6 a 10 ou 11 a 15 ou acima 15 dias e/ou média	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de gravidade</li> <li>• Índice de atendimento por fonoaudiólogo</li> <li>• Índice de atendimento por paciente</li> <li>• Índice de demanda para a reabilitação da deglutição</li> </ul>