

Indicadores de qualidade, reintrodução de alimentação por via oral e a atuação fonoaudiológica na UTI

Quality indicators, reintroduction of oral feeding and the management of speech and language therapist in ICU

Indicadores de calidad, reintroducción de la alimentación oral y manejo del logopeda en UCI

Recebido: 01/08/2021 | Revisado: 05/08/2021 | Aceito: 10/08/2021 | Publicado: 14/08/2021

Marta Maria da Silva Lira Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5995-0535>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: fgamarthalira@gmail.com

Francisco Eduardo Viana Brito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9012-2914>

Centro Universitário Uninovafapi, Brasil

E-mail: eduardobritoenf@gmail.com

Galba Maria Martins Holanda Torres de Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4520-8959>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: galbamarina@yahoo.com.br

Marcia Solange dos Santos de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3213-8499>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: msolangenet@gmail.com

Resumo

Objetivo: Quantificar os indicadores de resultados da Equipe de Fonoaudiologia da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, quantitativo, descritivo, retrospectivo. Foram utilizados os registros dos livros-ata da equipe de fonoaudiologia inserida na UTI de um hospital universitário. Do total de pacientes atendidos pela equipe, foram anotados os registros idade, sexo, principal motivo de internação na UTI, presença de intubação orotraqueal, presença de traqueostomia, presença de via alternativa de alimentação, tipo de terapia fonoaudiológica realizada e tipo de dieta liberada/ ofertada. O escopo considerado na pesquisa foi o biênio 2014-2016. A escala utilizada para determinar o grau de disfagia foi desenhada pela American Speech-Language-Hearing Association (ASHA NOMS). O tempo para reintrodução da alimentação por via oral foi determinado a partir da subtração entre o início da terapia Fonoaudiológica e o início da alimentação por via oral para o mesmo período. **Metodologia:** pacientes com no mínimo 3 atendimentos sequencializados de Fonoaudiologia; via oral recomendada para avaliação e/ou apto para iniciar o processo de decanulação; de exclusão: dados incompletos nos livros ata; óbitos durante a internação na UTI. **Resultados:** Cerca de 88,3%, 88,9% dos pacientes tiveram a via oral reintroduzida; via alternativa de alimentação retirada, respectivamente, nos primeiros cinco dias de internação. **Conclusão:** O acompanhamento intensivo da Fonoaudiologia permite a interdisciplinaridade e cuidado integral do paciente, culminando em tempo menor: de internação e percentual de colocação de vias alternativas para alimentação.

Palavras-chave: Transtornos de deglutição; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Resultado e avaliação de processos (cuidados de saúde); Fonoterapia; Unidade de terapia intensiva.

Abstract

Aims: To quantify the results indicators of the Speech-Language Pathology Team of the Intensive Care Unit (ICU). **Methods:** A observational, transversal, quantitative, descriptive, retrospective research. Was included the records of the books of the Speech-Language Pathology team inserted in the ICU university hospital. Age, sex, main reason for ICU admission, presence of orotracheal intubation, presence of tracheostomy, presence of alternative feeding tube, type of speech therapy performed and type of diet released / Offered. The scope considered in the research was the biennium 2014-2016. The scale used to determine the degree of dysphagia was drawn by the American Speech-Language-Hearing Association, (ASHA NOMS). The time for reintroduction of oral feeding was determined from the subtraction between the beginning of Speech-Language Therapy and the beginning of oral feeding for the same period. **Inclusion criteria:** patients with at least 3 sequential speech therapy visits; Oral feeding recommended for assessment and / or suitable to initiate the decannulation process; **Methodology:** incomplete information in the book of records; Deaths during the stay in a ICU. **Results:** About 88.3% and 88,9% of the patients had oral re-introduction; alternative feeding methods removed, respectively, during the first five days of hospitalization. **Conclusion:** The intensive follow-up of Speech Therapy allows

interdisciplinarity and integral care of the patient, culminating in less time: hospitalization and percentage of alternative feeding methods.

Keywords: Deglutition disorders; Quality indicators, Health care; Outcome and process assessment (health care); Speech therapy; Intensive care units.

Resumen

Objetivos: Cuantificar los indicadores de resultados del Equipo de Patología del Habla y el Lenguaje de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Métodos:** investigación observacional, transversal, cuantitativa, descriptiva, retrospectiva. Se incluyeron los registros de los libros del equipo de Patología del Habla y el Lenguaje insertados en el hospital universitario de UCI. Edad, sexo, motivo principal de ingreso en UCI, presencia de intubación orotraqueal, presencia de traqueotomía, presencia de sonda de alimentación alternativa, tipo de logopedia realizada y tipo de dieta liberada / ofrecida. El alcance considerado en la investigación fue el bienio 2014-2016. La escala utilizada para determinar el grado de disfagia fue elaborada por la Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición (ASHA NOMS). El tiempo de reintroducción de la alimentación oral se determinó a partir de la resta entre el inicio de la Terapia del Habla y el Lenguaje y el inicio de la alimentación oral durante el mismo período. **Metodología:** pacientes con al menos 3 visitas de terapia del habla secuenciales; Alimentación oral recomendada para evaluación y / o adecuada para iniciar el proceso de decanulación; **De exclusión:** información incompleta en el libro de registros; Muertes durante la estancia en UCI. **Resultados:** Aproximadamente el 88,3% y el 88,9% de los pacientes tuvieron reintroducción oral; métodos alternativos de alimentación eliminados, respectivamente, durante los primeros cinco días de hospitalización. **Conclusión:** El seguimiento intensivo de la Logopedia permite la interdisciplinaria y el cuidado integral del paciente, culminando en menos tiempo: hospitalización y porcentaje de métodos alternativos de alimentación.

Palabras clave: Trastornos de la deglución; Indicadores de calidad, Atención de la salud; Evaluación de procesos y resultados (atención médica); Terapia del lenguaje; Unidades de cuidados intensivos.

1. Introdução

Em 2010, a 7ª Resolução da Diretoria Colegiada (RCD 07) em seu texto dispõe, basicamente, sobre os requisitos mínimos para funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É a primeira vez que o profissional Fonoaudiólogo é citado como parte da equipe de assistência à beira do leito, entretanto, sem delimitação mínima de quantidade de profissionais/leito. Em 2016, a disfagia foi reconhecida como especialidade da Fonoaudiologia, cerceando o direito ao exercício da reabilitação da deglutição ao Fonoaudiólogo (<http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>., recuperado em 18 Mar, 2016) (Resolução nº 7, 2010; Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2008; Resolução CFFa nº 492, 2016).

O profissional dessa especialidade deve estar a par de diversos aspectos que possam alterar potencialmente sua avaliação (fatores potenciais para disfagia): patologia de base, aparato medicamentoso, uso de ventilação mecânica (invasiva ou não), infecção por microorganismos multirresistentes, viscosidade do bolo versus condições clínicas do paciente, alteração do nível de consciência, estado nutricional precário, além de associação com outras comorbidades como o colapso, ainda que temporário, dos sistemas respiratório, neurológico, renal, digestório e/ou cardíaco (Logemann, 2007; Padovani, Moraes, Sassi & Andrade, 2013; Yeh, Huang, Wang, Chen, Y.C., Chen, C.H., Tang, Tsai, Yip & Jeng, 2011).

A atuação do fonoaudiólogo hospitalar visa, prioritariamente, à detecção precoce da disfagia a fim de diminuir riscos da pneumonia aspirativa, além de oferecer tratamento mais eficaz ao paciente, promove o abreviamento da internação hospitalar (Padovani et al., 2013; Yeh et al., 2011; Abdulmassih, Macedo Filho, Santos & Jurkiewicz, 2009). A redução nos dias de internação melhora a qualidade de vida do paciente, mas também repercute na redução dos gastos diários de internação e pode ser vista como um indicador de qualidade do serviço.

Os indicadores podem avaliar o estado de saúde da população em questão e o desempenho dos serviços oferecidos de saúde. A junção dessas duas variáveis traça um cenário mais completo da situação sanitária de uma determinada população. A partir da Teoria de Sistemas, houve a adaptação dos indicadores de qualidade para o ambiente hospitalar, gerando o tripé conceitual dos indicadores: de estrutura, de processo e de resultado (Donabedian, 1988; D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006; Moraes & Andrade, 2011).

Os de estrutura avaliam as características locais e necessárias ao processo assistencial, abrangendo os recursos físicos

(instalações, equipamentos), recursos humanos (quantidade, organização e qualificação), recursos materiais e financeiros. Já os de processo avaliam as atividades referentes ao tratamento realizadas para com o paciente, são técnicas operacionais e seguem padrões técnico-científicos baseados no paradigma da literatura científica. E, por fim, os resultados avaliam a interferência da atuação profissional prestada no reestabelecimento da saúde do paciente (ou não), considerando as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes. Podendo avaliar, também, o grau de satisfação do paciente e do profissional de saúde interveniente (Donabedian, 1988; Moraes & Andrade, 2011; Soller & Regis Filho, 2011).

Estima-se que hoje, no Brasil, existem 1421 estabelecimentos com 25.367 leitos de UTI. Cerca de 70,6% (n=17.905) são de UTI Adulto. Grande parte desses leitos, aproximadamente 54,7%, está situada na Região Sudeste, seguida da Região Sul com 17,3%; a Região Nordeste aparece em terceiro lugar, com 16,2%.

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

O êxito nos serviços de saúde deve-se basear na gestão estratégica, visando a adequação dos pontos críticos nos processos e resultados, por meio de avaliação contínua da eficiência. O manejo dos recursos humanos, bem como o seu dimensionamento, segundo Vignochi, Gonçalves & Lezana (2014), é crucial para a melhoria assistencial e financeira.

Em termos de recursos humanos da Fonoaudiologia, de acordo com dados do Ministério da Saúde até janeiro de 2016, existem 398 profissionais para o estado do Piauí, dos quais 197 estavam atuando na capital. Já os recursos físicos (leitos de internação hospitalar), em contrapartida, foram de 7498, dos quais 2988 estão em Teresina. Proporcionalmente, existe 0,06 fonoaudiólogo/leito hospitalar. Obviamente, nem todos os profissionais cadastrados trabalham na alta complexidade, muito menos em ambiente de UTI (principalmente nos municípios de menor porte), o que torna o quociente real ainda menor.

Existem poucas publicações sobre dados administrativos e/ou operacionais específicos da Fonoaudiologia brasileira. Elas, em sua maioria, retratam dados genéricos de serviços locais ou em patologias específicas. Compreendendo a dimensão da qualidade na assistência, o profissional de Fonoaudiologia está disponível, durante todo o seu turno de trabalho, para a atuação na UTI. Sendo assim, o quanto há de melhoria nos resultados terapêuticos obtidos?

Nesse cenário de pesquisa, o Fonoaudiólogo, desde a abertura plena, está inserido no local de trabalho durante toda a sua jornada, permitindo comparações com artigos da literatura brasileira nos quais o profissional realiza atendimento em diversos setores do hospital (parecer).

Ao compreender que o custo está relacionado à eficiência, e que a qualidade se relaciona diretamente com a eficácia, a proposta deste estudo é identificar os principais indicadores de resultados da equipe de Fonoaudiologia que atua de forma exclusiva na UTI.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e de caráter retrospectivo. O serviço de Fonoaudiologia de um hospital universitário possui 08 profissionais, dos quais 02 prestam serviços diários exclusivos à UTI. Foram utilizados os registros dos livros com dados consolidados dos atendimentos da equipe de Fonoaudiologia. Foram anotados os registros de idade, tempo de internação e quantidade e qualidade dos procedimentos realizados.

Os critérios de inclusão foram: pacientes avaliados pela equipe de Fonoaudiologia com, no mínimo, 03 atendimentos sequencializados, e que tiveram a via oral solicitada para avaliação. Para critérios de exclusão, foram considerados: pacientes que tiveram a alta da UTI com a dieta zero, dados incompletos no livro-ata, não tiveram seguimento no atendimento fonoaudiológico mínimo ou estavam no limite terapêutico, e óbitos durante a internação na UTI, mesmo que tenham sido atendidos pela equipe de Fonoaudiologia.

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

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

Para coletar dados sobre os indicadores de qualidade, para este trabalho, foram considerados apenas dados referentes aos indicadores de resultados. Relacionam-se a estes indicadores: tempo para retirada da VAA, Tempo para reintrodução da alimentação por via oral e tempo para decanulação. Os cálculos destes indicadores de qualidade para a Fonoaudiologia Hospitalar seguiram as orientações de Moraes e Andrade (2011).

O grau da disfagia foi mensurado pela escala amplamente utilizada ASHA NOMS (ASHA, 2003) no momento da admissão na UTI e no momento de alta para a enfermaria. Foi considerado como disfágico o paciente que foi pontuado entre 1 e 5 na escala (1 e 2 como disfagia grave; 3, 4, 5 como disfagia moderada a leve). Contudo, cabe ressaltar que o grau da disfagia deve ser calculado para realizar inferências diretas com os indicadores de resultado.

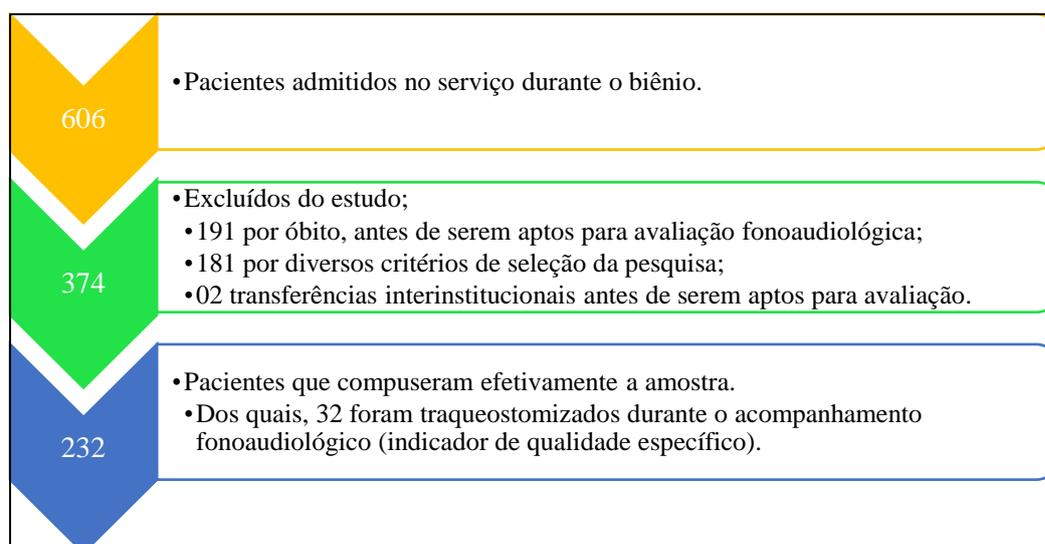
Este trabalho foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE: 54399116.6.0000.5211. Como utiliza dados cadastrados previamente pelo Serviço de Fonoaudiologia, foi aprovado e utilizado o modelo de Termo de Consentimento de Utilização de Dados proposto pela instituição participante da pesquisa.

Foi utilizada a estatística descritiva da amostra, sendo testada a normalidade dos dados usando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as correlações foram utilizados os testes de Spearman e de Wilcoxon. Para a análise estatística foi considerado um intervalo de confiança de 95% para as médias analisadas, foram calculados as médias e o desvio padrão, bem como as medidas descritivas da amostra. O nível de significância adotado foram valores de $p < 0,05$.

3. Resultados e Discussão

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

Quadro 1. Apresentação da determinação dos pacientes selecionados para a amostra.



Fonte: Autores.

Para compreender os indicadores de qualidade em sua totalidade, é fundamental compreender o perfil de paciente que é atendido no setor. Vignochi, Gonçalo & Lezana (2014) já deixam claro que para a criação de uma estrutura de governança estratégica, é imprescindível que tenha em suas bases um sistema capaz de coletar e tratar dados, prover informações e conhecimentos. Obviamente, pacientes com patologias crônicas e idosos tendem a ter mais comorbidades associadas, o que tende a prolongar a estadia hospitalar.

As três causas mais frequentes de internação na UTI foram: Cirurgias Cardíacas (trocas valvares e correções de anomalias de grandes vasos) com 16,6% (n=32), Insuficiência Respiratória Aguda com 11,4% (n=22), Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 8,8% (n=17).

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

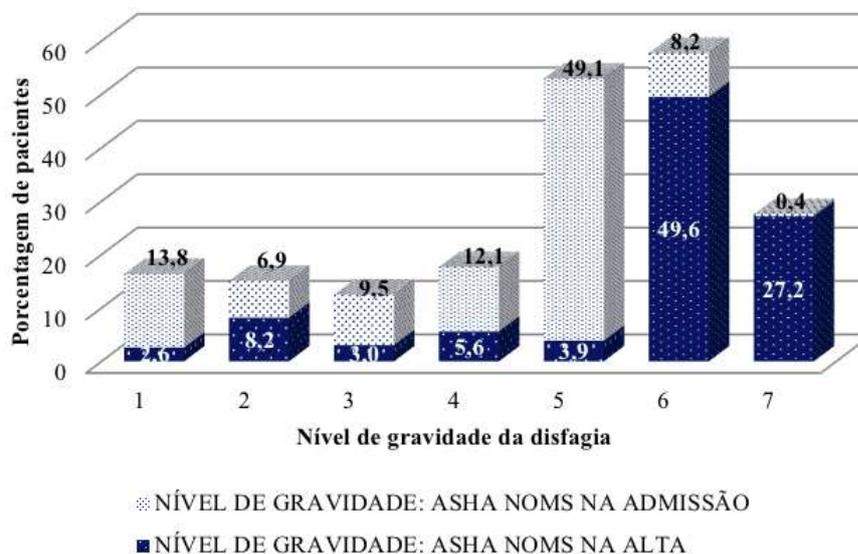
Ao delimitar o perfil dos pacientes internados em uma UTI grega (Malandraki, Markaki, Georgopoulos, Psychogios, & Nanas, 2016) foram detectados valores semelhantes a este estudo: 70,1% do sexo masculino, com idade média de 55,8 anos. Ao pesquisar o perfil de uma UTI em uma capital do Nordeste e, além do sexo masculino a UTI tinha uma elevada faixa etária, relacionaram tal fato ao indivíduo idoso por apresentar mais alterações fisiológicas, ser sensível aos procedimentos invasivos, bem como a terapêutica antimicrobiana frequentemente empregada (Nogueira et al., 2009).

Apesar de as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estarem presentes em todos os ciclos da vida, foram responsáveis por 72% das mortes dos brasileiros (sendo 1/3 com menores de 60 anos) em 2007 segundo o Sistema de Informações Hospitalares (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#recur>., recuperado em 01 Janeiro, 2016) e 36 milhões de mortes em todo o mundo em 2008, com destaque especial para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (Ministério da Saúde, 2011; Costa, Fedosse & Lefèvre, 2014).

Este perfil acima descrito pelo Sistema de Informações Hospitalares corrobora com os dados encontrados neste trabalho, cujo maior percentual é oriundo das doenças cardiovasculares (e/ou agravos/cirurgias), seguidos de neoplasias e doenças respiratórias crônicas (Ministério da Saúde, 2011). Do total dos pacientes, 91,4% (n=212) apresentavam algum grau de disfagia

quando foram avaliados pelo Fonoaudiólogo, pela primeira vez, conforme Figura 1.

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



Fonte: Autores.

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

A prevalência de disfagia na UTI apresenta alta prevalência, dos 63% disfágicos detectados, 39% tinham disfagia moderada/grave (Padovani et al., 2013). Foi sugerido no estudo que a idade média da amostra (74% maiores de 60 anos), condições neurológicas e intubações orotraqueais prolongadas podem ter contribuído para a apresentação dos resultados.

Portanto, infere-se que a cada 10 leitos, 6,3 tinham indicação de fonoterapia (Padovani et al., 2013). Mas, sob o mesmo cenário da terapia intensiva, este valor atingiu a marca dos 100% de disfágicos, com estratificação conforme a gravidade encontrada (Abdulmassih et al., 2009).

Em relação à gravidade da disfagia (moderada a grave), pode-se inferir como fatores influentes: aumento do tempo de permanência da intubação (prolongada >48h), vias alternativas de alimentação, pneumonia. A conclusão do estudo foi a importância da atuação precoce na gestão disfagia em pacientes críticos, pois encontraram apenas 2,3% dos pacientes da UTI com deglutição normal; 21,8% com disfagia leve e 75,9% foram diagnosticados com disfagia moderada/grave (Malandraki et al., 2016).

Tem sido dada grande ênfase na estimulação fonoaudiológica precoce em pacientes com AVC, com a obrigatoriedade de um profissional a cada dez leitos na Unidade de Cuidado Integral ao AVC – Portaria 665 de Brasil (2012), isso reforça que a presença do profissional exclusivamente na unidade pode oportunizar a estimulação no momento mais adequado e por meio do diálogo multiprofissional traçar metas terapêuticas mais cedo, concatenadas ao quadro global de saúde.

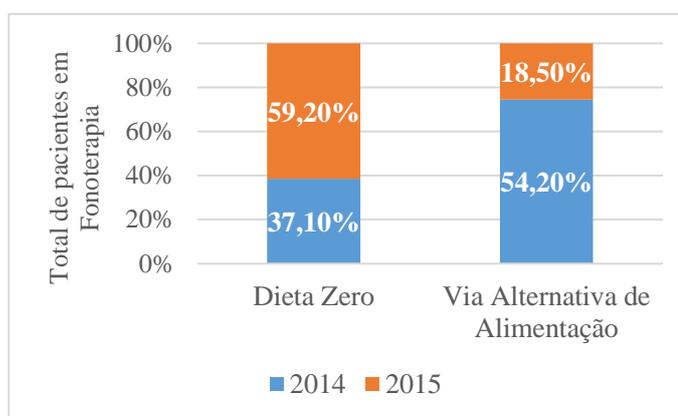
Entretanto, no momento da alta para a enfermaria, estima-se que 76,7% (n=178) dos pacientes estavam com a via oral segura para a alimentação e com alguma consistência alimentar liberada pela equipe de Fonoaudiologia. A consistência com maior prevalência no momento da alta foi o pastoso homogêneo com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

Devido à disponibilidade integral das profissionais no setor, foi observado o atendimento fonoaudiológico nos registros dos livros-ata, aqui nomeado de intensivo: aumento da frequência de atendimento com redução na duração.

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

Esse dado pode ser confirmado pela análise qualitativa dos pacientes e conduta médica em relação ao uso de VAA. Cabe ressaltar que o tempo médio de dieta zero foi de 0,6 dia, pois o profissional pode ofertar a dieta do paciente previstas para os turnos, assim que liberado o paciente para avaliação. De 2014 para 2015, houve redução real de 33,8% de SNG em pacientes com seguimento fonoaudiológico conforme figura abaixo.

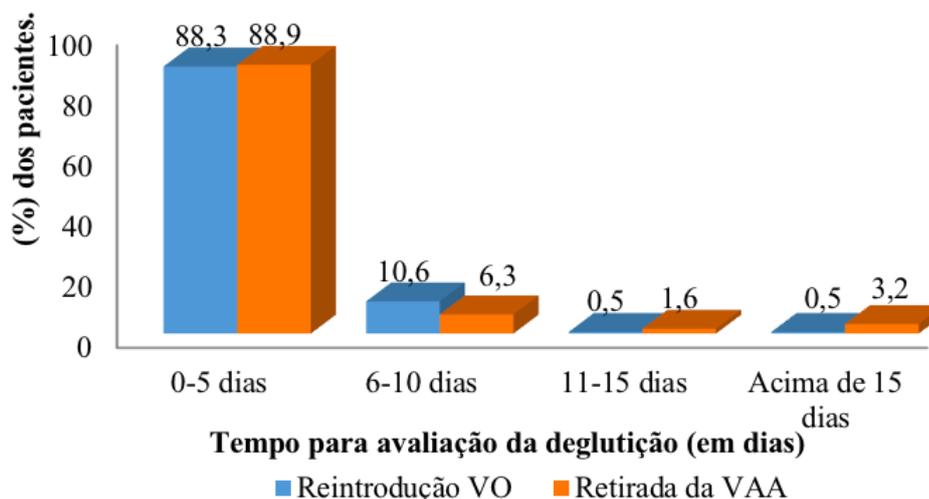
Figura 2. Prevalência da conduta médica, em relação à alimentação, adotada na UTI.



Fonte: Autores.

No indicador Reintrodução VO, participaram 188 pacientes, dos quais: n=166, n=20, n=1 e n=1 tiveram, respectivamente, a Via Alternativa de Alimentação (VAA) retirada entre 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias. Já para o indicador Retirada da VAA, participaram 63 pacientes, dos quais: n=56, n=4, n=1 e n=2; tiveram, respectivamente, a VAA retirada entre 0-5 dias; 6-10 dias; 11-15 dias e acima de 15 dias, melhor demonstrados na Figura 3.

Figura 3. Indicador de Qualidade de Resultados: Retirada de VAA e Reintrodução VO (%).



Fonte: Autores.

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

Um experimento baseado na terapia de deglutição intensiva (Malandraki et al., 2016) realizado em dez pacientes com disfagia grave (confirmada por exame de imagem), e de etiologias distintas e estimulando grupos musculares diferentes, com diferentes objetivos (força ou amplitude do movimento), 80% dos pacientes relataram melhora desempenho na deglutição (mesmo com a manutenção da via alternativa de alimentação), e dentre os cinco que estavam em treino com alimento, 1 finalizou o estudo recebendo mais de 50% da nutrição por via oral. Isto reflete que a fonoterapia da deglutição, quando realizada de forma sistemática, gera resultados promissores (Malandraki et al., 2016).

Considerando os pacientes que foram avaliados à beira do leito, 95% no momento da alta hospitalar recebiam a alimentação por via oral (de forma segura); ou, com bom prognóstico para brevemente ter retorno à via oral. A efetividade da terapia fonoaudiológica garante segurança durante a alimentação e retorno das funções sociais da alimentação, promovendo boa qualidade de vida, melhor aporte emocional e nutricional dos pacientes (Yeh et al., 2011; Abdulmassih et al., 2009; Furkim, & Rodrigues, 2014).

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

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

A efetividade da Fonoterapia precoce tem sido comprovada em diversas áreas da Fonoaudiologia, mas não foi encontrado nenhum trabalho publicado nacionalmente com a intervenção precoce em adultos internados da UTI (Furkim, & Rodrigues, 2014; Frank et al., 2007; Costa, Lima, Jorge, Malta & Nemr, 2007).

A inserção da Fonoaudiologia na UTI de forma diária e integral possibilitou o resultado apresentado no gráfico acima: quase metade da amostra pode ser avaliada pelo profissional nos primeiros 5 dias de internação na UTI. Tão logo o quadro geral seja estabilizado o profissional pode avaliá-lo e em consonância com a equipe decidir a melhor intervenção terapêutica para o paciente (Costa et al., 2007; Inaoka, & Albuquerque, 2014)

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

A partir dos resultados, pode-se inferir que a rotina de atendimento da terapia Fonoaudiológica influencia diretamente em seus resultados, uma vez que na UTI deste nosocômio as profissionais estão inseridas diariamente na rotina de trabalho (facilita a proatividade), e os resultados chegam a ser quase três vezes mais rápidos quando comparados com resultados de terapias que iniciaram após a percepção e solicitação médica.

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

É possível observar que em alguns percentuais a retirada da VAA supera a reintrodução VO para o mesmo período. Isso

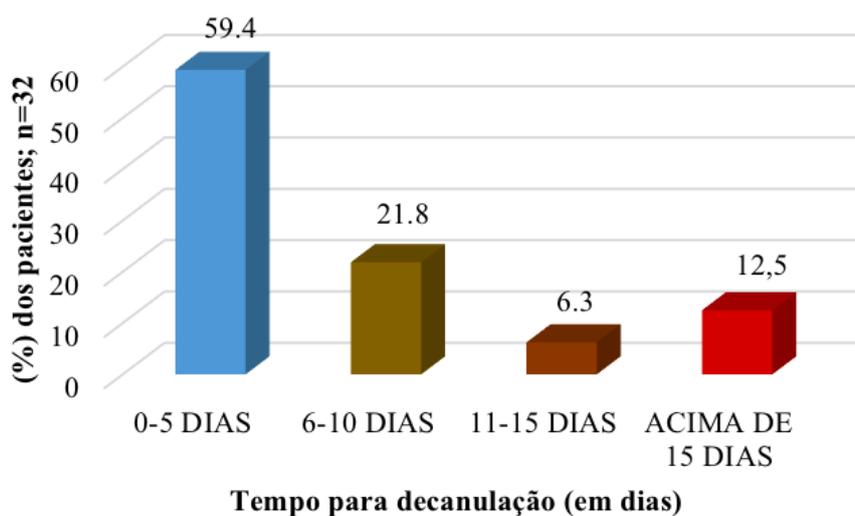
pode ser explicado pela ocorrência de perda acidentais/ não planejadas das sondas de alimentação e a manutenção do aporte calórico por VO em fonoterapia diária com o profissional da Fonoaudiologia.

A perda das sondas de alimentação em ambiente de UTI é mais prevalente quando comparada com cateteres vasculares ou tubos traqueais, beirando o percentual de 69,3%, ou 73/1000 pacientes/dia (Pereira, Coelho, Mesquita, Teixeira & Graciano, 2013).

Eles finalizam o estudo relatando que as medidas para evitar a obstrução (elencado com um dos maiores percentuais de perda) das sondas obtiveram baixo impacto, como: a redução do uso de fibras pelos pacientes e do número de medicações administrados pela sonda, quando, na verdade, o retorno da deglutição por via oral deveria ser estimulado, entretanto o estudo não relata o perfil de deglutição dos pacientes tampouco menciona o profissional Fonoaudiólogo como parceiro reabilitador (Pereira et al., 2013; Cavalcante, Araújo & Oliveira, 2014).

O efeito da SNG em pacientes pós-AVC na disfagia foi tema de 120 estudos, dos quais apenas 3 foram selecionados, todavia mesmo sendo discutida amplamente a disfagia e suas complicações no quadro clínico geral nenhum dos trabalhos citou o Fonoaudiólogo, profissional principal reabilitador das disfagias orofaríngeas. Dentre as evidências levantadas, a instalação precoce da sondagem nasogástrica como o método de alimentação enteral. A partir dos resultados supracitados, constata-se que a atuação precoce e intensiva do Fonoaudiólogo reduz a necessidade de VAA e promove o retorno da via oral mais precocemente.

Figura 4. Indicador de Qualidade de Resultados: Tempo para decanulação (%).



Fonte: Autores.

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

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

Entretanto, os pacientes necessitaram de 15 dias ou mais para decanulação (12,5%; n=4), obtiveram na taxa de gravidade, em relação à deglutição, escore menor ou igual a 3, o que demonstra ligação íntima entre as funções fonatória e

deglutitória.

Tabela 1. Matriz de correlação entre os indicadores.

Variáveis	Parâmetros	Variáveis			
		TGS	TRVAA	TRVO	TD
TGE	r	0,648	-0,474	-0,134	-0,316
	p	<0,001*	<0,001*	0,067*	0,078*
	n	232	63	187	32
TGS	r		0,024	-0,103	-0,111
	p		0,857	0,162	0,547
	n		63	187	32
TRVAA	r			0,099	0,099
	p			0,453	0,773
	n			60	11

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

Fonte: Autores.

A partir do matriciamento de todos os indicadores, conforme a tabela 1 acima, foram encontradas correlações positivas estatisticamente para os indicadores da taxa de gravidade de entrada e de saída, o que confere a efetividade do atendimento fonoaudiológico, ou seja, apresentaram melhores desempenhos no processo de deglutição após acompanhamento.

As correlações negativas entre a taxa de gravidade de entrada e o tempo para a retirada da via alternativa denota que quanto maior a nota da ASHA NOMS no momento da entrada (melhor desempenho de deglutição), menor é o tempo de retirada da via de alimentação.

E a correlação negativa entre a taxa de gravidade de saída com a taxa de decanulação traz a informação que a melhora no desempenho de deglutição foi facilitada pela agilidade no processo de decanulação e vice-versa.

Frank et al. (2007) ratificaram que a equipe multidisciplinar obtém melhores e mais duradouros resultados pertinentes à reabilitação, principalmente à decanulação. A fim de conseguir introduzir protocolos para evolução e tratamento de pacientes traqueostomizados, eles propuseram: selecionaram pacientes com disfagia grave (uso de GTT ou de jejunostomia) e os dividiram em dois grupos com base nas características do grupo.

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

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

4. Conclusão

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

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

Acredita-se que este trabalho será precursor de novas publicações a partir de um novo olhar para a atuação do profissional de Fonoaudiologia, afinal a gestão de qualidade é uma realidade em muitas profissionais e estar em sintonia com a administração hospitalar é imprescindível para o avanço da profissão em suas diversas especialidades.

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

Referências

- Abdulmassih, E. M. S., Macedo Filho, E. D., Santos, R. S. & Jurkiewicz, A. L. (2009). Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaringea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol*, 13(1), 55-62.
- ASHA. (2003). National Outcomes Measurement System (NOMS): Adult Speech-Language Pathology User's Guide. <http://www.gawendaseminars.com/wp-content/uploads/2013/03/ASHA-NOMS-Document-for-G-Codes.pdf>.
- Cavalcante, T., Araújo, T. L. & Oliveira, A. R. S. (2014). Efeitos da sondagem nasogástrica em pacientes com acidente cerebrovascular e disfagia. *Rev Bras Enferm.*, 67(5), 825-31. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0825.pdf>.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. (2008). Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas. *Diário Oficial da União*. Brasília. <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res%20356-08%20DISFAGIA.pdf>
- Costa, C. N., Lima, G. R. S., Jorge, R. M., Malta, R. A. C. G. & Nemr, K. (2007). Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. *Rev. CEFAC*, 9(1), 72-78. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000100010&lng=en.
- Costa, M. L. G., Fedosse, E. & Lefèvre, A. P. (2014). Doenças crônicas não transmissíveis – Cuidado em Fonoaudiologia. IN: Marchesan, I. Q., Silva, H. J. & Tomé, M. C. *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia* (pp. 806-813.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- D’Innocenzo, M., Adami, N. P. & Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 59(1), 84-8. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, New York, 260(12), 1743-1748.
- Frank, U., Mader, M. & Sticher, H. (2007). Dysphagic patients with tracheotomies: a multidisciplinary approach to treatment and decannulation management. *Dysphagia*, 22(1), 20–29. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-006-9036-5>.
- Furkim, A. M. & Rodrigues, K. A. (2014). *Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva* (p.101-110). São Paulo: Editora Roca.
- Inaoka, C. & Albuquerque, C. (2014). Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. *Rev. CEFAC*, 16(1), 187-196. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000100187&lng=en&nrm=iso.
- Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 21(4), 561-751. <https://www.clinicalkey.com/#/content/playContent/1-s2.0-S1521691807000340?returnurl=null&referrer=null>.
- Malandraki, G. A., Markaki, V., Georgopoulos, V. C., Psychogios, L. & Nanas, S. (2016). Postextubation Dysphagia in Critical Patients: A First Report From the Largest Step-Down Intensive Care Unit in Greece. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25(1), 150-56. <http://ajslp.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=2518768>.
- Mangilli, L. D., Sassi, F. C., Medeiros, G. C. & Andrade, C. R. F. (2012). Rehabilitative management of swallowing and oral-motor movements in patients with tetanus of a public service in Brazil, *Acta Tropica*, 122(3), 241-246. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001706X12001374>.
- Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Diário Oficial da União*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

- Miranda, V. H. M., Scarpel, R. D. A., Torres, A. C. M. & Agra, I. M. G. (2015). Efetividade da fonoterapia em pacientes com paralisia facial pós-parotidectomia. *Rev. CEFAC*, 17(3), 984-995. <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00984.pdf>.
- Moraes, D. P. & Andrade, C. R. F. (2011). Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*, 23(1), 89-94. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000100018&lng=en&nrm=iso.
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C. & Andrade, C. R. F. (2013). Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS*. 25(1), 1-7. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822013000100002&lng=en.
- Pereira, S. R. M., Coelho, M. J., Mesquita, A. M. F., Teixeira, A. O. & Graciano, S. A. (2013). Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. *Acta paul. Enferm.*, 26(4), 338-344. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007&lng=en.
- Portaria nº 665. (2012). Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral – Brasil. Brasília. Data SUS. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html.
- Resolução CFFa nº 492. (2016). Dispõe sobre a regulamentação da atuação do profissional fonoaudiólogo em disfagia. Diário Oficial da União. Brasília. <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/resolucoes/>
- Resolução nº 7. (2010). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
- Sodré, Francis, Littike, Denilda, Drago, Leandra Maria Borlini, & Perim, Maria Clara Mendonça. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. *Serviço Social & Sociedade*, (114), 365-380. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200009>
- Soller, S. A. L. & Regis Filho, G. I. (2011). Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, 45(3), 591-610. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000300003&lng=en&nrm=iso.
- Vignochi, Luciano, Gonçalves, Cláudio Reis, & Rojas Lezana, Álvaro Guillermo. (2014). COMO gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. *Revista de Administração de Empresas*, 54(5), 496-509. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140504>
- Yeh, S. J., Huang, K. Y., Wang, T. G., Chen, Y. C., Chen, C. H., Tang, S. C., Tsai, L. K., Yip, P. K. & Jeng, J. S. (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*, (306), 38-41. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022510X11001821>