



# **SEGUNDO** **DIRECIONAMENTO** **CIENTÍFICO:**

*ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM  
DISFAGIA NA PANDEMIA DE COVID-19*

*DISFAGIA*  
*DISFAGIA*  
*DISFAGIA*  
*DISFAGIA*



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

O Departamento de Disfagia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), entendendo o seu papel no direcionamento científico da atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia covid-19, novamente divulga um Direcionamento Científico frente a esta atuação.

Em 18 de abril de 2020, publicamos no site da SBFa nosso primeiro direcionamento, que propôs a divulgação de recomendações de diversas associações e sociedades sobre os cuidados específicos do atendimento ao paciente disfágico covid-19 positivo ou com suspeita.

Atualmente já é possível encontrar publicações na literatura científica que relacionam a disfagia no contexto da covid-19, em suas diversas correlações. Porém, como a Pandemia é um cenário recente, não encontram-se dados mais robustos sobre a ocorrência e características da disfagia neste perfil de pacientes.

Desta forma, neste momento, divulgaremos links do nosso primeiro direcionamento científico, das transmissões já realizadas por nosso Departamento sobre essa temática, assim como das publicações que relacionam a covid-19 à disfagia.

Vale ressaltar que o Departamento de Disfagia pretende, portanto, facilitar ao fonoaudiólogo o acesso a estas informações. Acreditamos que poder expor o que a literatura científica traz, com um olhar cuidadoso, favorecerá desde o desenvolvimento de pesquisas brasileiras como também auxiliará o fonoaudiológico em seu ambiente de prática clínica. Assim, as menções dos artigos a seguir são somente a exposição de dados publicados e NÃO compreendem qualquer recomendação do Departamento de Disfagia sobre a atuação clínica em disfagia.

LINK RECOMENDADOS:

#### **Primeiro Direcionamento Científico da Atuação Fonoaudiológica em Pacientes Disfágicos com Suspeita ou Confirmação de covid-19 - 18 de Abril de 2020**

<https://materiais.sbfa.org.br/fono-hospitalar-covid19>

O link acima direciona para o primeiro Direcionamento Científico do Departamento de Disfagia da SBFa frente à atuação em disfagia em pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19. Neste documento foram expostos diversos links de sociedades e associações, nacionais e internacionais, com recomendações sobre o atendimento deste paciente.

#### **Primeira Transmissão Departamento de Disfagia - 14 de Abril de 2020 Atuação Fonoaudiológica Hospitalar com a covid-19 nos Diferentes Ciclos de Vida**

<https://www.youtube.com/watch?v=NXs5bgGnQsQ>

O link acima direciona para a primeira transmissão via Youtube do Departamento de Disfagia da SBFa, durante a qual foram abordados os aspectos relacionados ao atendimento do paciente com disfagia naquele momento, nos diferentes ciclos de vida, trazendo o olhar da literatura científica correlacionada com a prática clínica.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

*atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

---

### **Segunda Transmissão Departamento de Disfagia - 21 de Maio de 2020**

#### **Conversando Sobre Fonoaudiologia Hospitalar Durante a covid-19**

<https://www.youtube.com/watch?v=ZrCdgT1GOjc>

O link acima direciona para a segunda transmissão via Youtube do Departamento de Disfagia da SBFa, com a participação de equipe multidisciplinar de atuação ao paciente com covid-19 positivo, composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogos. Promoveu-se a discussão frente ao manejo clínico destes pacientes, com ênfase nos aspectos relacionados à disfagia.

### **Seleção de Artigos Publicados - covid-19 e Disfagia (até 12 de Julho de 2020)**

#### **Aerosol generating procedures, dysphagia assessment and covid-19: a rapid review. Bolton L, et al. Int J Lang Commun Disord 2020; Jun 1**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300802/>

Publicação composta por uma revisão rápida das evidências atuais em relação à geração de aerossóis, avaliação da disfagia e risco de transmissão pela covid-19. Os autores justificam que o baixo e recente número de publicações sobre a temática não permitem revisões mais robustas. Realizaram pesquisas em base de dados e sites de busca, de literatura científica e recomendações, que foram analisadas por todos os autores.

Foram consideradas somente informações relacionadas à avaliação clínica da deglutição à beira leito, sendo este clinicamente considerado um procedimento de alto risco de contágio por solicitar a produção voluntária da tosse, pela maior probabilidade de ocorrerem tosses reflexas, por sua duração mais extensa e pela proximidade com o paciente.

Poucas evidências com relação ao risco de contágio pela geração de aerossóis especificamente para esta Pandemia, assim como para a informação de que a avaliação da disfagia seria um procedimento de maior risco.

Apesar da ausência de evidências científicas, é de consenso comunitário, baseando-se nas hipóteses de epidemias anteriores, que a produção da tosse na avaliação da disfagia torna este procedimento um dos de maior risco de contágio. Mesmo não tendo sido encontradas evidências específicas que sustentem o maior risco de contágio na avaliação da disfagia, também não foram verificadas evidências que demonstrem que não existe esse risco.

Assim, os autores afirmam que existem evidências teóricas e hipóteses que indicam a avaliação da deglutição um dos procedimentos que mais promove a geração de aerossóis e, conseqüentemente, trazem mais risco de transmissão pela covid-19.

#### **Covid-19 pandemic. What should PRM specialists do? A clinician's perspective. Carda S, et al. Eur J Phys Rehabil Med 2020; May 19**

<https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medico-physics/article.php?cod=R33Y9999N00A20051903>



## **SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:**

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Documento desenvolvido por um grupo de especialistas em Medicina Física e Reabilitação de 11 países da Europa e América do Norte, expondo a experiência clínica e realizando propostas de reestruturação de centros de reabilitação para pacientes pós covid-19.

Segundo o grupo de autores, pela experiência clínica, as sequelas mais frequentes decorrentes da infecção pelo SARS-COV-2 são: respiratórias; cognitivas e do sistema nervoso central e periférico; miopatia e neuropatia do paciente crítico; fraqueza muscular; disfagia; rigidez articular e dor; comprometimentos psiquiátricos.

Com relação à sequela da deglutição, foco principal deste direcionamento científico, os autores citam a ocorrência de disfagia em pacientes com insuficiência respiratória aguda e mencionam que, uma vez que o mecanismo fisiopatológico da disfagia em pacientes pós covid-19 ainda é incerto, sugere-se que esta possivelmente decorre das causas mecânicas, redução da propriocepção e prejuízo laríngeo.

Os autores afirmam que a prevalência da disfagia pós covid-19 ainda é desconhecida, porém relatos demonstram que trata-se de um achado frequente. E que, assim, a triagem para a disfagia deve ocorrer em pacientes covid-19, incluindo idosos em condições mais graves.

A respeito da reabilitação desses pacientes, os autores apontam sobre a instabilidade e fadigabilidade frequentes, o que deve limitar a terapia de maior intervenção física nos casos moderados e graves. Mencionam os cuidados clínicos com as transferências do ambiente hospitalar para o domiciliar ou de reabilitação, a necessidade da continuidade do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) mesmo fora do ambiente hospitalar, a preocupação com o isolamento e disposição dos leitos nos centros de reabilitação e a sugestão em dividir tais centros entre aqueles que recebem e os que não recebem pacientes pós covid-19. Os autores recomendam o uso de telessaúde quando possível.

A reabilitação da disfagia é considerada um dos processos de maior risco de contaminação, pela possível geração de aerossóis, com necessidade de cuidados intensivos ao risco de contágios. Recomendam desde procedimentos de triagem, até exames objetivos na avaliação da deglutição. Apontam que a reabilitação da disfagia consiste na modificação das consistências alimentares, mudanças posturais e manobras compensatórias. Alertam para a necessidade de atenção às condições nutricionais de pacientes pós covid-19, principalmente os que desenvolveram disfagia.

Concluem que a pandemia covid-19 trouxe desafios aos sistema de saúde e aos especialistas em Medicina de Reabilitação, que necessitaram intervir de forma rápida em uma doença desconhecida e sem evidências científicas. Afirmam fortemente que a reabilitação podem ser um link importante nos cuidados do paciente pós condições graves da covid-19, após a fase aguda da doença. Sugerem que deveríamos considerar os desafios da pandemia como oportunidade de reorganização e melhorias dos serviços de reabilitação e promover a coleta de dados com relação a estes processos, além de implementar novas tecnologias e modalidades de tratamento que promovam a qualidade de vida dos pacientes e a proteção das equipes.





## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

*atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

**Dysphagia care across the continuum: a multidisciplinary dysphagia research Society taskforce report of service-delivery during the covid-19 global pandemic. Miles A, et al. Dysphagia 2020; July 11**

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00455-020-10153-8.pdf>

Revisão com evidências atuais do risco de transmissão da covid-19 durante a prática em disfagia, promovendo recomendações de proteção para estes procedimentos. A publicação sintetiza a compreensão atual da disfagia em pacientes covid-19 e baseia-se em evidências de intervenção em disfagia por telessaúde e procedimentos de triagem.

Os autores afirmam que os procedimentos em disfagia podem promover comportamentos como espirros e tosses, que, por sua vez, geram aerossóis ou colocam o profissional em contato com secreções com concentrações altas do vírus SAR-CoV-2 nos estágios iniciais da doença. Além disso, mencionam o quanto os procedimentos em disfagia impedem o uso de máscara pelo paciente, trazem proximidade com o mesmo e apresentam tempo prolongado. Assim, referem a importância dos profissionais seguirem as recomendações pelo uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) – máscara N95, óculos ou protetor facial, luvas e avental.

Os autores mencionam que, visando reduzir o risco de contágio, muitos profissionais têm usado os procedimentos de triagem em disfagia, mesmo com baixa evidência. Delegam a outros profissionais que já estejam em contato com o paciente, como enfermeiros e fisioterapeutas, a verificação do risco para disfagia. Os autores apoiam que os pacientes covid-19 positivo possam continuar a ser triados pelos outros integrantes da equipe. Diante de falhas na triagem ou queixas de disfagia, a avaliação de especialistas deve ser solicitada.

Quanto aos procedimentos de avaliação, os autores mencionam a necessidade prévia de verificar com a equipe se o paciente apresenta condições de ficar por alguns momentos sem o suporte respiratório, como as máscaras de alto fluxo e de BIPAP, para que seja avaliada a deglutição.

No caso de pacientes covid-19 positivos ou suspeitos em uso de traqueostomia, discutir cada caso quanto à indicação clínica em desinsuflar o cuff ou adaptar a válvula de fala, assim como analisar a relação benefício ao paciente X risco de contágio da equipe. Pacientes em uso de próteses traqueoesofágicas devem ser, sempre que possível, treinados para realizarem procedimentos temporários e auto gerarem vazamentos. Gerenciar estas próteses, assim como inspecionar estomas abertos são procedimentos de alto risco de contágio, e só devem ser realizados se fortemente recomendados e após discussão com equipe.

Segundo os autores, a reabilitação em disfagia deve ser continuada com medidas necessárias aos serviços. A priorização de assistência aos pacientes com disfagia deve considerar o risco destes em apresentar intercorrências como a desidratação, desnutrição e prolongamento da internação, caso não encontrem-se em reabilitação.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

No contexto da pandemia, o paciente covid-19 positivo ou com suspeita não mais deve apresentar os sintomas da doença para ser transferido do ambiente hospitalar ao serviço de reabilitação. O local deve apresentar critérios mínimos de segurança e profissionais treinados para recebê-lo.

Em decorrência da fraqueza muscular e acometimento respiratório, os autores estimam que a atuação de especialistas em disfagia deve ser necessária no processo de reabilitação pós covid-19. Apontam que algumas estratégias terapêuticas, como o treinamento muscular respiratório, geram maior fluxo de aerossóis e, portanto, só devem ser realizadas com EPIs apropriados.

Com relação à prática em telessaúde, os autores apontam estudos da literatura que fornecem informações positivas para o uso da mesma em disfagia, principalmente no paciente adulto, porém todos estes realizados em condições controladas pré pandemia. Atentam para a necessidade de serem verificadas as condições legais para esta prática, bem como as limitações de treinamento profissional e de infraestrutura.

Os autores afirmam que os serviços em telessaúde não devem ser vistos como algo “melhor do que nada”, mas sim garantir a qualidade/eficácia dos serviços prestados. Isso exige adaptações, orientações e treinamentos.

Concluem que a disfagia em pacientes covid-19 positivos é incerta, apesar dos relatos clínicos de ser comum, tanto diretamente relacionada ao trauma da intubação orotraqueal, como secundária aos dados respiratórios, neurológicos e da fraqueza muscular. Não há evidência de que os procedimentos em disfagia apresentam maior risco em gerar aerossóis, porém presume-se que sim. Acreditam que surgirão tecnologias e que a avaliação/reabilitação em disfagia ocorrerão também por telessaúde.

**Dysphagia in covid-19 - multilevel damage to the swallowing network. Dziejwas R, et al. Eur J Neurol 2020; 10.1111/ene.14367**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7283711/>

Publicação de Carta ao Editor, na qual os autores visam contribuir com a discussão do risco para disfagia na doença covid-19, ressaltando pontos de correlação.

Inicialmente, os autores demonstram dados de literatura, enfatizando a ocorrência de disfagia em pacientes no ambiente de unidade de terapia intensiva e pós intubação orotraqueal, já enfatizando a principal relação existente entre esta disfunção e a covid-19.

Os autores aumentam o leque dessas correlações em decorrência dos comunicados científicos que demonstram o impacto neurogênico proveniente da covid-19, principalmente complicações como acidentes vasculares cerebrais, encefalites, impacto muscular esquelético e síndrome de Guillain-Barré. Uma vez que a deglutição é coordenada e executada por uma rede neurológica que envolve regiões corticais, subcorticais e tronco cerebral, além da inervação periférica e grupos musculares, também espera-se que tais comprometimentos neurogênicos promovam o risco da disfagia. Os autores constroem um esquema de correlação Impacto Neurogênico da covid-19 X Controle Neuronal de Deglutição.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Assim, defendem o quanto é necessária a identificação precoce da disfagia no paciente covid-19 positivo, tanto através de triagens e rastreios, até por avaliação da deglutição propriamente dita, clinicamente ou por meio de exames objetivos.

Os autores salientam que a avaliação da deglutição e, principalmente, o processo de reabilitação da disfagia, devem ser discutido caso a caso, com a opção de aguardar o paciente negativar seu resultado da infecção pelo vírus em alguns deles.

**Elective Tracheostomy During Mechanical Ventilation in Patients Affected by covid-19: Preliminary Case Series From Lombardy, Italy Turri-Zanini M, et al. Otolaryngol Head Neck Surg 2020;May: 194599820928963**

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599820928963>

O link acima apresenta um estudo desenvolvido por um grupo italiano com pacientes com SARS-CoV-2 admitidos nas unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino terciário durante o primeiro mês do surto na Lombardia, submetidos à traqueostomia eletiva para ventilação mecânica prolongada. Relataram uma série de casos preliminares de 32 pacientes com covid-19 submetidos a traqueostomia após um período médio de intubação de 15 dias (intervalo de 9 a 21 dias). O procedimento foi realizado com técnicas cirúrgicas percutâneas (10 casos) e abertas (22 casos).

Os autores relatam que não foram observadas complicações relacionadas ao procedimento nem transmissão viral aos profissionais de saúde após um seguimento médio de 21 dias (intervalo de 8 a 37 dias), apoiando a segurança da traqueostomia, desde que os protocolos apropriados sejam rigorosamente seguidos. Os cuidados pós-operatórios ainda são discutidos e, por precaução, o protocolo incluiu que a troca do tubo traqueal não fosse realizada antes de 2 semanas após a traqueostomia, com desinsuflação e decanulação do cuff adiadas até a confirmação dos resultados negativos do teste SARS-CoV-2.

**Fonoaudiologia, amamentação e covid-19: informações aos fonoaudiólogos Miranda VSG, et al. CoDAS 2020;32(3):e20200124**

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822020000300201](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000300201)

Em Carta ao Editor, os autores trazem os principais dados de literatura frente à infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em pediatria e os cuidados frente à amamentação. Apontam que a covid-19 tende a apresentar manifestações mais leves em crianças, principalmente em neonatos, e que achados indicam que não há transmissão vertical entre mães covid-19 positivo durante a gestação, assim como não há evidências da contaminação pelo leite materno.

Com base em dados da literatura e em diretrizes, os autores recomendam a manutenção da amamentação durante a pandemia covid-19, mesmo em mães covid-19 positivo ou com suspeita, através do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), além de outras medidas de controle infeccioso.





## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

*atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

**Guidelines of clinical practice for the management of swallowing disorders and recent dysphonia in the contexto of the covid-19 pandemic. Mattei A, et al. Eur Ann Otorhinol Heah Neck Dis 2020;137:173-5.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7167576/>

Otorrinolaringologistas especializados em laringologia, foniatras e fonoaudiólogos devem prestar os melhores cuidados impedindo, na medida do possível, a propagação da covid-19. É preciso pesar os riscos para o paciente e para o profissional de saúde e os benefícios esperados.

Os procedimentos nos quais o profissional de saúde entra em contato próximo com as vias aéreas são suscetíveis de causar contaminação pelo vírus SARS-Cov-2. Além disso, o risco de transmitir o vírus é alto devido tosse/cuspe ou durante uma traqueostomia (situações com alta probabilidade de espalhar contágio devido às projeções de gotículas).

As recomendações aqui apresentadas referem-se ao manejo da disfagia e disфонia recente. Nos casos em que são considerados possíveis e úteis, as teleconsultas devem ser preferidas à intervenção presencial, indicada após discussão caso a caso. No atual contexto pandêmico os pacientes são teoricamente considerados COVID positivo (o confirmado e o suspeito). Pacientes assintomáticos devem ser tratados com cautela.

Por enquanto, tratar pacientes com disfagia é considerado um alto risco de contaminação. Recomendamos avaliar esses pacientes apenas em casos de emergências que não podem ser adiadas e apenas em ambiente hospitalar. A decisão de manter a avaliação presencial deve ser após a discussão em equipe ou baseada em recomendações oficiais emitida pelas autoridades de saúde. Tais situações são raras e a maioria das investigações pode ser adiada para um período quando o paciente não é mais suspeito de contágio. Planeja-se, portanto, a teleconsulta se a condição do paciente permitir.

Avaliações objetivas não são recomendadas rotineiramente devido à impossibilidade de manter o nível adequado de precauções (paciente sem máscara para testes envolvendo alimentos, distância inferior a um metro entre o cuidador e o rosto do paciente) e, particularmente, altos riscos de projeções de gotículas carregadas de vírus (tosse, espirro, cuspir etc.). Nos casos de aspiração de alimentos, especialmente líquidos, qualquer procedimento deve ser adiado para um período em que o paciente não seja mais contagioso. Se a alimentação por via oral for impossível, um método alternativo de nutrição deve ser adotado após discussão com os colegas. A sonda nasogástrica deve ser inserida e removida usando a mesma proteção para outros procedimentos envolvendo as vias aéreas, com um número mínimo de participantes.

Quando a consulta presencial é necessária, cuidadores devem estar cientes do alto risco de contaminação por gotículas emitidas pelo paciente e, portanto, devem usar os seguintes EPIs: gorro, máscara N95, óculos de proteção, face shield, luvas e avental.





## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO: *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Nos casos de disfonia recente a teleconsulta deve ser preferencialmente sugerida, se possível. As consultas presenciais devem ser decididas após discussão em equipe. Nos casos nos quais a endoscopia flexível é recomendada os seguintes EPIs devem ser usados: gorro, máscara N95, óculos de proteção, face shield, luvas e avental.

**Management of dysphagia in the patient with head and neck cancer during covid-19 pandemic: practical strategy. Ku PKM, et al. Head Neck. 2020;10.1002/hed.26224.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267655/>

Este documento fornece diretrizes da prática clínica com base nas evidências disponíveis até o momento para equilibrar os riscos da exposição ao SARS-CoV-2 com os riscos associados à disfagia. São consideradas avaliações instrumentais para casos urgentes, otimização da triagem e avaliação clínica da deglutição, uso apropriado de equipamento de proteção individual e uso de telessaúde. É possível implementar o manejo da disfagia com modificações na configuração e aplicação de novas tecnologias.

O manejo da disfagia e o monitoramento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço são essenciais durante a pandemia da covid-19, no entanto devido ao alto risco de transmissão e limitação de equipamentos de proteção individual (EPI) alterações no fluxo de serviço devem ser considerados para uma prática segura e eficiente para profissionais de saúde e paciente .

A videofluoroscopia (VF) e a videoendoscopia da deglutição (VED) são duas avaliações instrumentais da deglutição, porém durante a pandemia há de se considerar o risco em ambos procedimentos devido aerolização. Ambas induzem o espirro/tosse e, portanto, por gerar aerossóis necessitam do uso dos EPIs necessários como protetor facial ou óculos de proteção, gorro, luvas e máscara N95. A paramentação e desparamentação é fundamental para minimizar a contaminação.

A recomendação é postergá-las, no entanto sugere-se que nos casos imprescindíveis a VF pode ser a opção mais segura devido maior risco de aerolização pela VED, por ser menos invasiva e por possibilitar maior distância do paciente.

A avaliação clínica da deglutição deve incluir anamnese completa, avaliação da motricidade oral, função laríngea e testes com alimentos e líquidos. O uso de instrumentos de avaliação como MASA-C pode ser utilizado para quantificar o grau de comprometimento da deglutição, embora haja limitação pela telessaúde.

A avaliação clínica da deglutição presencialmente ou por telessaúde deve ser combinada com medidas quantitativas para reduzir o viés como os questionários de auto-percepção e uso de escalas clínicas, as quais combinadas com história e observação clínica podem fornecer informações necessárias para o melhor manejo da disfagia. No caso de avaliação clínica da deglutição por meio da telessaúde, garantir que o paciente tenha alimentos e líquidos disponíveis, fornecer ao paciente padronização da IDDSI, usar corante alimentar para melhorar visibilidade e uma fita colorida, no nível da tireoide, para visualizar elevação laríngea durante a deglutição.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

É preciso reconhecer as limitações da avaliação clínica da deglutição em pacientes com disfagia grave, especialmente por meio da telessaúde. E, medidas de monitoramento de marcadores de complicações como febre, aumento da tosse e perda de peso devem ser consideradas e a indicação da avaliação instrumental pode superar o risco da exposição à aerolização.

Além da avaliação da disfagia, a terapia também precisa ser adaptada durante a pandemia. Preferência pela telessaúde para minimizar o risco de transmissão com uso de tecnologias e o maior nível de cuidado possível envolvendo participação ativa dos cuidadores neste processo facilita a adesão ao tratamento.

**Moving forward with dysphagia care: implementing strategies during the covid-19 pandemic and beyond. *Dysphagia* 2020; Jun 9:1-9.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7282541/>

O link acima refere-se a publicação que visa fornecer um algoritmo clínico que seja referência para os profissionais que atuam frente à disfagia em minimizar o risco de contágio da covid-19, e ao mesmo tempo favorecer uma atuação eficaz.

Os autores referem que os procedimentos em disfagia encontram-se entre os de maior risco de contágio, porém, atrasar o tempo e a reabilitação da disfagia compromete as condições clínicas dos pacientes.

Os autores fornecem recomendações para os procedimentos, com maior ênfase à realização dos exames de videofluoroscopia e de videoendoscopia da deglutição. Para estes, recomendam: orientações prévias ao paciente e à equipe sobre o procedimento, para que este ocorra em menor tempo possível; realização em salas amplas, com acesso remoto à escopia e, se possível, em salas com sistema de pressão negativa; uso obrigatório de equipamentos de proteção individual (EPIs) – máscara N95, face shield, luvas e gorro; número limitado de profissionais durante o exame; se for possível, o próprio paciente capta o alimento de forma independente; desinfecção de toda a sala após cada exame; higienização das mãos conforme recomendações do serviço.

Além das sugestões frente à realização dos exames, os autores recomendam fluxogramas de procedimentos para a atuação em ambiente hospitalar, ambulatorial ou em hospitais de retaguarda/residenciais, conforme resultado do teste de infecção do paciente (covid-19 positivo ou negativo).

Para o ambiente hospitalar, criam algoritmos de atendimentos que, de forma resumida, sugerem iniciar com triagem/avaliação das condições de deglutição, com consequente liberação de via oral caso seja constatada segurança desta via. Caso não verifique-se esta condição, propõe-se uma reavaliação clínica que, caso continue a constatar insegurança da via oral, somente após este momento solicita-se o exame. Se o paciente por covid-19 positivo, a preferência é pela realização da videofluoroscopia da deglutição, ao invés da nasoendoscopia.

Com relação aos ambulatórios, os autores recomendam a manutenção do uso de EPIs, estratégias de prevenção de infecção (ambiente e fluxo), testar todos os pacientes quanto à infecção pela covid-19 (mesmo sabendo-se da chance de erro, seria possível a maior certeza do positivo). Apoiam e sugerem fluxo quanto à aplicação da telessaúde no atendimento em disfagia.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Concluem que a avaliação e tratamento da disfagia devem ser mantidos mesmo durante a Pandemia, por serem procedimentos essenciais aos cuidados dos pacientes.

**Oropharyngeal dysphagia and aspiration pneumonia following Coronavirus Disease 2019: a case report. Aoyagi Y, et al. Dysphagia 2020; Jun 12:1-4**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290133/>

O link acima direciona a uma publicação da revista Dysphagia e apresenta um primeiro relato de caso de um paciente com disfagia orofaríngea associada ao covid-19. Um homem de 70 anos, com histórico de câncer de próstata e hipertensão, desenvolveu disfagia e consequente pneumonia aspirativa durante a recuperação de covid-19 grave. Inicialmente apresentou alteração de paladar e olfato; dois dias depois apresentou dor de garganta, tosse e febre alta; cinco dias após os primeiros sintomas apresentou diarreia aquosa e dispneia; nove dias após o primeiro sintoma apresentou piora no quadro, foi internado em um hospital universitário e testou positivo para SARS-CoV-2.

No segundo dia após a admissão, a administração de oxigênio com cateter nasal foi iniciada; no oitavo dia foi para a UTI devido ao agravamento da dessaturação de oxigênio e dispneia. A partir do nono dia após a admissão, ele foi para ventilação mecânica por 11 dias. No vigésimo dia após internação, queixou-se de sensação de algo preso na garganta e comprometimento persistente do paladar durante uma refeição fornecida após um intervalo de 11 dias. Ele desenvolveu febre alta de até 39,1 ° C, mal-estar geral, tosse com expectoração e dispneia agravada. Exames laboratoriais e radiografia de tórax no 21º dia após a internação mostrou contagem elevada de células sanguíneas (neutrófilos e linfócitos) e proteína C reativa, bem como aumento da opacidade na base dos pulmões. A nutrição parenteral foi mantida concomitante com pequenas porções de dieta pastosa por via oral. No 43º dia, depois de estabilizado da parte respiratória e testado duas vezes negativo para SARS-CoV-2 ele foi transferido de uma sala despressurizada para uma enfermaria geral e avaliado quanto à disfagia.

Os exames de videoendoscopia, videofluoroscopia e manometria de alta resolução revelaram ausência de reflexo de vômito, comprometimento da sensibilidade laringofaríngea, aspiração silente e constrição faríngea incompleta, com capacidade contrátil faríngea extremamente reduzida nos níveis dos constritores médios da faringe.

Um programa de reabilitação para disfagia incluindo tongue-hold, exercícios de base de língua, Shaker e estimulação sensorial elétrica transcutânea foram realizados até a alta hospitalar no 65º dia, com melhora discreta de alguns parâmetros observados na avaliação de acompanhamento no 61º dia.

Os autores apontam que a presença simultânea do comprometimento do paladar, ausência de reflexo de vômito, comprometimento da sensibilidade laringofaríngea, disfunção contrátil da faringe, neuropatias vagal e glossofaríngea podem ter provocado a disfagia no presente caso. Consideram ainda que a intubação endotraqueal prolongada pode ter agravado a dificuldade de deglutição. Concluem que o caso apresentado enfatiza a importância de se presumir o envolvimento neurológico e disfagia concomitantes, e que a pneumonia por aspiração subsequente pode ser negligenciada na infecção respiratória grave durante o covid-19.





## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

**Pandemia de coronavírus (covid-19): o que os fonoaudiólogos devem saber**  
**Freitas AS, et al. CoDAS 2020;32(3):e20200073**

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822020000300202&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000300202&tlng=pt)

Carta ao Editor que aborda todo o histórico da pandemia covid-19, o vírus SARS-CoV-2, os sinais e manifestações clínicas da doença, o perfil de pacientes e suas complicações, e os dados de literatura sobre a temática até o momento.

Os autores abordam sobre as condições de intubação orotraqueal e as estratégias ventilatórias neste perfil de paciente, além de correlacionar os achados da covid-19 com as possíveis alterações na deglutição, principalmente pelo período prolongado de intubação orotraqueal, pela imobilidade da internação hospitalar e pelo uso de drogas sedativas.

Correlacionam-se também o que esperar das condições da disfagia em pacientes pós covid-19, os cuidados frente ao atendimento destes pacientes e a necessidade de reajustes dos procedimentos fonoaudiológicos para a minimização dos riscos durante a assistência.

**Postintubation dysphagia during covid-19 outbreak-contemporary review.**  
**Frajkova Z, et al. Dysphagia 2020;May:1-9.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255443/>

Este artigo de revisão tem como objetivo resumir as informações disponíveis sobre possíveis mecanismos de disfagia pós-intubação em pacientes com covid-19 e recomendações sobre o diagnóstico e tratamento da disfagia pós-intubação no covid-19.

Relata que os dados sobre a incidência e os riscos de disfagia associados ao covid-19 ainda não estão disponíveis. No entanto, supõe-se que esses pacientes estão em alto risco, devido aos sintomas respiratórios e função pulmonar comprometida, o que pode potencializar os achados de disfagia.

Descreve a gravidade da evolução dos casos graves da covid-19 associado com SARA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo) e faz uma relação da deglutição nessa população, descrevendo estudos prévios. Grande parte dessa população com SARA evolui com necessidade de IOT por tempo prolongado, ventilação mecânica e sonda nasoenteral. Essas condições aumentam o risco de disfagia, aspiração e pneumonia por aspiração

Artigo organiza os relatos em forma de tópicos, onde aborda que as causas da disfagia pós intubação, afirmando ser multifatoriais principalmente mecânica e cognitiva. Relata estudos que demonstram a incidência da disfagia na população do doente crítico.

Descreve os mecanismos que levam a disfagia pós intubação, como os traumas de orofaringe e laríngeos, fraqueza muscular, redução de sensibilidade, alteração do sensorium, refluxo gastroesofágico, incoordenação entre respiração.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO: *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

No final do artigo, os autores abordam as principais recomendações para os pacientes com covid-19 e disfagia pós-intubação:

- Em pacientes positivos para covid-19, risco de aspiração / disfagia deve ser avaliada com medidas e cuidados durante a pandemia; o contato próximo com o paciente positivo para covid-19 deve ser minimizado. Diagnósticos remotos e recomendações podem ser consideradas.
- A ferramenta de triagem para disfagia deve ser administrada pela equipe de enfermagem para minimizar o contato com vários profissionais;
- Informações devem ser obtidas no prontuário dos pacientes ou telemedicina, tanto quanto possível antes da realização do contato pessoal;
- No momento de pandemia de covid-19, recomenda manter a triagem da deglutição após a extubação como padrão de acordo com a política local da UTI. Caso não houvesse o uso anteriormente, recomenda-se o uso de teste de triagem;
- Uma vez que o paciente falhe na triagem, é recomendado o uso de via alternativa. Recomendação uso de SNE devido ser mais simples do que uma gastrostomia;
- O EPI adequado deve ser usado o tempo todo. Distância de dois metros de manutenção deve ser mantida durante a avaliação sempre que possível. A palpação da laringe e o teste da tosse devem ser evitados;
- O diagnóstico de disfagia instrumental é um procedimento de produção de aerossóis, o uso de FEES e Videofluoroscopia em pacientes positivos para covid-19 devem ser estritamente limitados;
- A videofluoroscopia deve ser realizada apenas em pacientes com alto risco de aspiração / desnutrição quando a alimentação oral é possível. Os alimentos devem ser auto-administrados durante o exame.

**Preliminary results of a clinical study to evaluate the performance and safety of swallowing in critical patients with covid-19. De Lima MS, et al. Clinics 2020;75:e2021**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7279627/>

Estudo com objetivo do estudo foi investigar a incidência e evolução da disfagia e sua associação com resultados clínicos relevantes em pacientes críticos extubados, com diagnóstico de covid-19. Os resultados deste grupo de pacientes foram comparados com o banco de dados de pacientes não covid-19, também submetidos a intubação orotraqueal prolongada.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO: *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

O estudo caracteriza-se como observacional prospectivo, sendo realizado na UTI de um hospital terciário público acadêmico. Em relação à deglutição, foi realizada a triagem sistemática da disfagia e acompanhamento do paciente até o retorno da alimentação via oral segura. Foram incluídos no estudo pacientes encaminhados pela equipe médica (101), após a análise de critérios específicos. A avaliação da deglutição à beira leito (EEB), realizada 24h após a extubação, constou da aplicação do protocolo de avaliação de risco para disfagia (DREP), seguida da classificação do grau de funcionalidade da deglutição (ASHA NOMS).

Na descrição dos resultados, foi encontrado maior tempo de intubação nos pacientes com covid-19 (8,8 e 6,1 dias, respectivamente;  $p = 0,002$ ); maior incidência de distúrbios neurológicos, diabetes e hipertensão. Em relação ao desempenho funcional da deglutição, 19,8% dos pacientes com covid-19 apresentaram níveis de ASHA 1-3 e 53,5% apresentaram ASHA níveis 4 e 5 na primeira avaliação, enquanto 40,0% dos não COVID apresentaram ASHA os níveis 1 a 3 e 26,0% os níveis 4 e 5 da ASHA. Na alta da UTI, 70,3% ( $n = 71$ ) dos pacientes com covid-19 foram capazes de atingir a ASHA nos níveis 6 a 7, enquanto apenas 52,0% ( $n = 78$ ) dos não COVID atingiram o mesmo nível funcional de deglutição. Em relação ao número de sessões de reabilitação, os pacientes com covid-19 precisaram de 2,9 ( $\pm 1,7$ ) para resolução da disfagia, enquanto os não COVID de 10,5 ( $\pm 9,3$ ) sessões.

O estudo conclui que a disfagia após a extubação é comum em pacientes críticos com e sem covid-19. No entanto, um número maior de pacientes não COVID manteve a disfagia na alta da UTI. Os pacientes com COVID-19 permaneceram entubados por mais tempo e precisaram de um menor número de sessões de reabilitação para retornar à alimentação oral segura. Com isso, ainda são necessários estudos que identifiquem as causas subjacentes da permanência da disfagia em alguns casos.

**Shedding light on dysphagia associated with covid-19: the what and the why. Mohan R e Mohapatra B. OTO Open 2020;4(2):2473974X20934770.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7281885/>

Publicação da Sessão Comentários em que os autores enfatizam os riscos e as complicações da disfagia orofaríngea em pacientes covid-19 positivos.

No decorrer do artigo, os autores levantam as correlações entre a doença e o impacto na deglutição. Iniciam mencionando sobre o risco da incoordenação entre deglutição e respiração nos pacientes covid-19 positivos, devido à inter-relação entre esses dois sistemas. As alterações nos parâmetros ventilatórios são muito frequentes neste perfil de pacientes, deixando-os vulneráveis para disfagia. São levantados dados da literatura científica que demonstram a ocorrência da disfagia em outras patologias pulmonares, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

A intubação orotraqueal, procedimento frequente em pacientes covid-19 positivos, pode resultar em trauma laríngeo e o aumento da sua duração aumenta o risco no desenvolvimento da disfagia. Os autores expõem dados prévios à Pandemia sobre a disfagia pós extubação e suas complicações, como a pneumonia aspirativa, desnutrição, aumento do tempo de internação e da mortalidade.





## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Os autores concluem recomendando que, pelas intercorrências clínicas da disfagia e pelo risco do desenvolvimento desta nos pacientes covid-19 positivos, seja obrigatória a triagem/avaliação da deglutição por um fonoaudiólogo nos fluxos de atendimento a estes pacientes.

**Specific management of total laryngectomy patients during the covid-19 pandemic in brazilian reality. De Araújo et al. CoDAS 2020. Preprint**

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/772>

Carta ao Editor que aborda os cuidados necessários ao paciente laringectomizado total em decorrência da pandemia covid-19. Destaca-se a necessidade de maiores cuidados com esse perfil de pacientes por compreenderem em sua maioria indivíduos idosos imunossuprimidos, com múltiplas comorbidades e em uso de traqueostomia permanente.

Os autores afirmam que o filtro HME (Heat Moisture Exchange) é uma opção para atenuar o risco de contágio desses pacientes, abordando sobre as características, tipos, funcionalidade e impacto desse dispositivo nas condições respiratórias dos pacientes laringectomizados totais. Além disso, a publicação cita recomendações e resoluções legais que fornecem suporte a estes pacientes.

São enfatizadas as recomendações para a proteção de contágio da covid-19 para este perfil de pacientes, sendo citadas: uso de máscara no nariz e boca, uso de golas altas/cachecol cobrindo o estoma e o uso de filtro HME com proteção bactericida e/ou viral.

**Speech-language pathology guidance for tracheostomy during the covid-19 pandemic: an international multidisciplinary perspective. Zaga CJ, et al. Am J Speech Lang Pathol 2020;Jun 11:1-15.**

[https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2020\\_AJSLP-20-00089?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%200pubmed](https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2020_AJSLP-20-00089?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed)

Em decorrência do fonoaudiólogo ser um dos profissionais da linha de frente ao atendimento ao paciente covid-19 positivo, esse documento traz recomendações quanto aos cuidados, redirecionamentos e aspectos práticos da atuação fonoaudiológica em pacientes traqueostomizados no contexto da pandemia.

Os autores expõe diretrizes e recomendações com relação aos equipamentos de proteção individual (EPIs), com uso de ilustrações e tabelas no decorrer do artigo. Sugerem que, independente do status de infecção do paciente, o fonoaudiólogo sempre faça uso de máscara cirúrgica, avental, luvas e proteção ocular, além de manter o máximo de distanciamento do paciente e seguir as práticas de recomendações do serviço. Em procedimentos que tendem a apresentar maior risco em gerar aerossóis, sugerem sempre o uso de Face Shield associado à máscara N95.

Além do que foi exposto, recomendam que os atendimentos durem o menor tempo e com o maior distanciamento possível, exponha o menor número de profissionais, e que sejam reorganizados os fluxos de atendimento, com profissionais específicos para áreas com pacientes covid-19 positivos.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Abordam de forma cuidadosa o desinsuflar de cuff no paciente traqueostomizado durante a pandemia, por ser um dos procedimentos de maior risco, e ao mesmo tempo de grande importância em um processo de melhora clínica do paciente. Para pacientes traqueostomizados em ventilação mecânica, os autores recomendam que o desinsuflar de cuff possa ser realizado, porém cada caso deve ser individualmente discutido, em virtude das condições respiratórias basais para esse procedimento. Caso opte pelo desinsuflar, este procedimento deve ser realizado com todos os EPIs e com o menor número possível de profissionais. Caso o paciente traqueostomizado esteja fora da ventilação mecânica, o desinsuflar de cuff também poderá ser realizado, com os mesmos cuidados. Porém, em casos de covid-19 positivo ou suspeita, os autores desencorajam a realização do procedimento até a negatificação, por tratar-se de um circuito respiratório de maior exposição. Afirmam que não há evidências para esta conduta.

Mesmo sendo um dos procedimentos de maior risco de contágio ao fonoaudiólogo, os autores recomendam que o desinsuflar de cuff seja discutido individualmente, porque entendem que este procedimento pode acelerar o processo de decanulação com conseqüente melhora clínica e alta hospital do paciente.

Os autores recomendam que o paciente traqueostomizado faça uso de duas máscaras durante os atendimentos, uma sobre o nariz e boca e a outra sobre a traqueostomia.

Com relação aos exames objetivos de deglutição - videodeglutograma e nasoendoscopia - os autores recomendam suspensão ou redução dos agendamentos. Para a avaliação clínica sugerem que não seja realizada a avaliação das condições de tosse, do reflexo nauseoso e a palpação laríngea. Além disso, orientam que todo procedimento de avaliação das condições de deglutição e do manejo das secreções seja discutido individualmente com a equipe, podendo ser indicados sempre com maiores cuidados, por tratar-se de procedimentos de maior risco de contágio, porém significativos para a melhora clínica do paciente.

Outro aspecto abordado é a possibilidade e recomendação do uso de recursos alternativos de comunicação pelo fonoaudiólogo para os pacientes alertas que estejam em intubação orotraqueal ou traqueostomizados em ventilação mecânica. Reforçam que o uso da Comunicação Suplementar e Alternativa para estes pacientes promove a qualidade de vida e a redução dos impactos emocionais.

Os autores destinam um tópico exclusivo ao atendimento do paciente traqueostomizado pós cirurgia de cabeça e pescoço, destacando o uso das próteses traqueoesofágicas por esse perfil de paciente. Afirmam que este dispositivo contribui para a melhora da comunicação, porém aumenta o risco de contágio ao profissional de saúde. Sugerem, caso opte-se por uma alternativa, o uso da voz esofágica ou laringe eletrônica como alternativas momentâneas.

**The long-term effects of covid-19 on dysphagia evaluation and treatment. Brodsky MB, Gilbert RJ. Arch Phys Med Rehabil. 2020;S0003-9993(20)30295-1.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286637/>

O artigo traz uma reflexão sobre a necessidade de repensar a reabilitação levando em conta os mandatos governamentais para reduzir a transmissão como distanciamento social, lockdowns e uso de máscaras.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Os profissionais de reabilitação trabalham muito próximos dos pacientes e cuidadores, especialmente os que lidam com as vias aéreas superiores e inferiores, os epicentros anatômicos do vírus SARS-CoV-2.

As avaliações objetivas da deglutição, videofluoroscopia (VF) e videoendoscopia (VED), tem seu uso limitado e a avaliação clínica adaptada em relação à segurança. Tanto VF quanto VED são considerados procedimentos que geram aerossóis e procedimentos eletivos. A ironia é que os pacientes com covid-19, especialmente aqueles pós-extubação, em unidades de terapia intensiva, podem estar entre aqueles que mais precisam desses procedimentos. No cenário hospitalar determinar a ingestão segura por via oral pode ser menos relevante do que quantificar o grau de risco das vias aéreas. Nessa perspectiva, o VFSS e o FEES são insuficientes e inseguros. Como retomar as avaliações da deglutição e proteção das vias aéreas neste mundo pós-covid-19?

Devemos adotar testes não invasivos de segurança da deglutição e das vias aéreas. Combinar um histórico clínico detalhado, sintomas relatados pelo paciente e análises subjetivas dos pares cranianos. Os cuidados com a reabilitação, são dinâmicos e requerem envolvimento contínuo com serviços de gestão para trabalhar com as mudanças.

Os atendimentos ambulatoriais foram bastante restringidos priorizando os casos internados e futuramente o fardo econômico será algo a lidar, uma vez que o ônus da reabilitação está apenas no começo. Os pacientes precisam de acompanhamento, mas ao mesmo o contato físico pode ser prejudicial para todos os envolvidos. Criatividade e desenvoltura são necessários para atender às necessidades dos pacientes. Uma boa opção é a telessaúde.

A insuficiência tecnológica, falta de treinamento, questões relacionadas à cobrança e reembolso e a dificuldade para alguns casos são limitações da telessaúde. E, a tecnologia para disfagia não é uma realidade clínica, embora a telessaúde seja o melhor que temos no momento.

**Tracheostomy in the covid-19 era: global and multidisciplinary guidance. McGrath BA, et al. Lancet Respir Med 2020; S2213-2600(20)30230-7**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228735/>

Uma vez que a indicação e manejo da traqueostomia na pandemia covid-19 está na intersecção entre a proteção do profissional da saúde, o uso de recursos e o atendimento centrado no paciente, os autores deste estudo propuseram fornecer orientações para prestadores de serviço e sistemas de saúde em relação a estas indicações.

Para isso, um grupo internacional e multidisciplinar de especialistas em traqueostomia e no desenvolvimento prévio de diretrizes foi recrutado para participar deste estudo. Através da experiência clínica do grupo, das evidências disponíveis, dos históricos de infecções respiratórias prévias, como a SARS, e de formulários de pesquisa, os especialistas construíram este documento contendo sugestões e recomendações frente à traqueostomia na pandemia covid-19.





## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Uma linha do tempo é construída, contendo o período de início e declínios dos sintomas da infecção, manifestações clínicas, momento e duração da intubação orotraqueal (IOT) e da traqueostomia, baseando-se em séries de casos publicadas e nos dados levantados.

Com relação ao tempo de indicação da traqueostomia, os autores afirmam que, mesmo anteriormente à pandemia, já existiam controvérsias com relação a esse momento. No paciente com suspeita ou covid-19 positivo que está em IOT, postergar a traqueostomia poderia proteger os profissionais de saúde com relação ao risco de infecção, mas, ao mesmo tempo, prejudicaria clinicamente o paciente. Os autores propõem uma abordagem mais conservadora na escolha do momento de indicação da traqueostomia, em situações que realmente indicam condições favoráveis, evitando falhas. Os autores sugerem que a traqueostomia seja realizada entre o 10º e o 21º dia de IOT e diante de sinais de melhora clínica.

Com relação aos cuidados pós traqueostomia, os autores sugerem o estabelecimento de estratégias que reduzam o risco de infecção através da geração de aerossóis e evitar procedimentos desnecessários. Inicialmente o cuff deve permanecer insuflado, com sua pressão verificada a cada 12 horas e há a recomendação do uso de filtro HME (Heat Moisture Exchange). Sugere-se que o cuff possa ser desinsuflado para a avaliação e reabilitação das condições de deglutição, porém com extremo cuidado pelo alto risco de infecção. Locais em isolamento e o uso de EPI são necessários.

Afirmam que a avaliação clínica da deglutição é preferível em comparação aos exames objetivos pelo risco de contágio, e que deve ser realizada assim que o paciente apresentar condições clínicas.

Os autores recomendam o uso de estratégias e recursos de Comunicação Suplementar e Alternativa para promover a comunicação dos pacientes alertas em IOT ou em ventilação mecânica pela traqueostomia, auxiliando com os aspectos emocionais.

Concluem que muitas questões relacionadas ao manejo da traqueostomia durante a pandemia covid-19 continuam sem resposta e que estudos prospectivos são necessários.

**Virtual dysphagia evaluation: practical guidelines for dysphagia management in the context of covid-19 pandemic. Soldatova L, et al. Otolaryngol Head Neck Surg 2020;May:194599820931791.**

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0194599820931791>

Publicação que compreende uma sinalização para o retorno aos procedimentos eletivos e tratamentos de rotina em consultórios nos próximos meses no contexto da pandemia covid-19. A abordagem padrão para a avaliação clínica necessita de modificação para procedimentos com maior segurança e abrangência, adaptada para mitigar o risco de possível exposição viral. Um histórico completo e uma avaliação virtual do paciente por meio da tecnologia de teleatendimento, o uso de questionários validados e avaliações virtuais da deglutição e a realização de esofagogramas de bário podem auxiliar na triagem e seleção de pacientes que podem necessitar procedimentos de exame e diagnóstico pessoalmente.



## SEGUNDO DIRECIONAMENTO CIENTÍFICO:

### *atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de covid-19*

Vários aspectos da avaliação clínica da disfagia podem ser realizados remotamente como forma de triagem e podem contar com a presença de um membro da família durante o encontro, o qual pode otimizar a avaliação remota da disfagia. A avaliação da cognição e comunicação, bem como da ingestão oral / estado nutricional deve ser realizada (FOIS). A percepção do paciente sobre a gravidade dos sintomas pode ser avaliada por meio de ferramentas previamente validadas (EAT-10).

Aspectos sobre integridade de inervação, por meio da observação da movimentação e coordenação dos órgãos fonoarticulatórios, postura de cabeça, movimentos involuntários, qualidade vocal, força de tosse, capacidade de lidar com as secreções podem ser avaliadas virtualmente sem riscos de aerolização. Na presença de disfonia ou suspeita de patologias laríngeas ou de cabeça e pescoço pode-se determinar a urgência e a necessidade de uma avaliação endoscópica e possíveis imagens. Sinais de condições neurológicas, como dificuldades de fala, incoordenação, fasciculações e tremores, podem ser observados por meio de uma plataforma virtual habilitada por vídeo.

Os pacientes podem ser instruídos a autoadministrar uma triagem da deglutição usando um protocolo de triagem validado aprovado, como o Protocolo de Yale Swallow (3oz of water), para identificar um risco aumentado de aspiração. Se um paciente falhar na triagem, uma avaliação virtual com fonoaudiólogo para orientar as recomendações da dieta, ajudar a determinar as indicações para avaliação instrumental e realizar sessões de terapia virtual, se faz necessário.

A concordância entre a precisão diagnóstica da avaliação da disfagia com a avaliação clínica presencial da deglutição versus os encontros virtuais é alta, desde que a disfagia do paciente não seja grave; nesse caso, a avaliação clínica é igualmente desafiadora durante a avaliação virtual e presencial. A terapia de deglutição pode ser conduzida remotamente, com algumas evidências recentes de uma melhor adesão à terapia quando são utilizados encontros de telessaúde e com novos aplicativos móveis disponíveis para ajudar pacientes em terapia auto-dirigida. Quando é necessário um procedimento de avaliação diagnóstica da deglutição ou do trânsito esofágico, os médicos devem considerar o risco de exposição ao covid-19 e a urgência da avaliação. O esofagograma com bário não requer contato próximo e pode diagnosticar distúrbios da motilidade esofágica ou identificar patologia estrutural do esôfago. Deve ser realizado em todos os pacientes com suspeita de disfagia esofágica. Conforme os resultados exames mais precisos podem ser solicitados para continuar a investigação.

Para avaliação instrumental da disfagia orofaríngea, a VFD é uma opção mais segura devido ao alto risco de aerolização da nasofaringe com a FEES, embora o protocolo FEES possa ser reduzido para limitar a exposição a partículas virais em aerossol. Pode ser necessária a colocação de um tubo de alimentação para disfagia grave, o que pode ser feito no consultório ou na sala de cirurgia (colocação de PEG).

O EPI completo (máscara N95, capa resistente à água, proteção para a cabeça, proteção para os olhos e proteção facial) deve ser usado se houver risco de aerolização, com triagem e o teste covid-19 apropriados antes do exame.



[www.facebook.com/SBFAORG](http://www.facebook.com/SBFAORG)



[www.youtube.com/user/SBFAorg](http://www.youtube.com/user/SBFAorg)



[www.instagram.com/SBfa1/](http://www.instagram.com/SBfa1/)



[www.twitter.com/SBFAORG](http://www.twitter.com/SBFAORG)



[www.br.linkedin.com/in/SBfa-a530b728](http://www.br.linkedin.com/in/SBfa-a530b728)



[www.sbfa.org.br/](http://www.sbfa.org.br/)