



Parecer CFFa nº 46, de 08 de junho de 2020

“Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na unidade de terapia intensiva em pacientes com intubação orotraqueal.”

A presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia, *ad referendum* do Plenário, no uso das atribuições que lhe conferem a Lei nº 6.965/1981, o Decreto nº 87.218/1982, e o Regimento Interno;

Considerando os questionamentos sobre a atuação fonoaudiológica com o paciente intubado, assim como as evidências científicas até o momento, a Comissão de Saúde do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), o Departamento de Fonoaudiologia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e o Departamento de Disfagia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) elaboraram este Parecer;

Considerando a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que regulamenta a profissão do fonoaudiólogo;

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 492, de 7 de abril de 2016, que “Dispõe sobre a regulamentação da atuação do profissional fonoaudiólogo em disfagia e dá outras providências” e prevê ações do fonoaudiólogo para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde em unidade de terapia intensiva (UTI) para atendimento neonatal, infantil e adulto;

Considerando o Código de Ética da Fonoaudiologia;

É de parecer que:

1. O fonoaudiólogo é um dos profissionais que integra a equipe multiprofissional na terapia intensiva com o objetivo de realizar triagem, avaliação, habilitação ou reabilitação da motricidade orofacial, deglutição e comunicação;
2. O paciente admitido nessa área de internação é aquele grave ou de risco, que apresenta instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida, mas com possibilidade de recuperação. O paciente crítico internado em uma UTI está em situação de estresse na qual suas necessidades básicas são afetadas;





3. A UTI é um ambiente de trabalho que requer o manejo especializado de tratamento e conduta ao paciente crítico, de forma criteriosa e segura, beneficiando a qualidade do atendimento e minimizando os riscos de eventos adversos;

4. A disfagia é um importante fator de risco de morbidade e mortalidade em pacientes criticamente doentes tratados nas UTIs. A literatura descreve inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento da disfagia em pacientes criticamente doentes, entre eles, a intubação orotraqueal. Porém, ter critério de risco para a disfagia em um paciente não significa, necessariamente, ter elegibilidade para avaliação e intervenção fonoaudiológica. Para que a atuação do profissional ocorra de maneira segura e respeitando a neurofisiologia do sistema estomatognático, os princípios da aprendizagem motora e da neuroplasticidade, é necessário que qualquer tipo de intervenção com relação à deglutição ocorra com o paciente fora de qualquer condição de intubação orotraqueal;

5. A presença da cânula de intubação orotraqueal no pertuito orofaringolaríngeo impossibilita o adequado funcionamento sensorial e motor da laringe, impactando o fechamento dessa estrutura e prejudicando, assim, um dos principais mecanismos de proteção das vias aéreas contra a aspiração laringotraqueal (alimento, líquido, saliva/secreções). Nesse contexto, há aumento do risco de disfagia e, conseqüentemente, para a saúde pulmonar, com possibilidade de óbito do paciente. Além disso, a presença de tal dispositivo pode interferir na morfologia orofaringolaríngea, levando ao risco de lesões em mucosas e do desenvolvimento de estenoses e granulomas. Sendo assim, recomenda-se que não seja realizado nenhum tipo de manejo fonoaudiológico;

6. O profissional fonoaudiólogo pode estar inserido em grupos multidisciplinares para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs. Nessas condições, caso o paciente encontre-se em intubação orotraqueal, o fonoaudiólogo contribui somente com ação limitada na identificação das normas de prevenção, como monitorização do decúbito do paciente e higiene bucal, por exemplo;

7. O fonoaudiólogo pode atuar em pacientes que fazem uso de ventilação mecânica invasiva, desde que a ventilação esteja conectada por meio da cânula de traqueostomia, e não pelo tubo orotraqueal;





8. Não existe, na literatura científica, qualquer menção quanto à possibilidade de um atendimento seguro e fisiológico, no que concerne à deglutição, em pacientes na vigência da intubação orotraqueal. Portanto, até o momento, não há evidência científica para tal intervenção. Entendendo-se que a prática baseada em evidência minimiza a possibilidade de erro, a recomendação é que, para a população de pacientes em intubação orotraqueal, não há indicação para tal atuação;

9. Após extubação, cabe ao fonoaudiólogo junto à equipe multiprofissional, eleger o momento adequado para a intervenção fonoaudiológica, garantindo maior segurança na reabilitação das disfagias.

Este é o parecer.

ANDRÉA CINTRA LOPES
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE SAÚDE
CONSELHO FEDERAL DE FONAUDIOLOGIA – 13º COLEGIADO – GESTÃO 2019-2021

JOSÉ RIBAMAR DO NASCIMENTO JUNIOR
PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO DE FONAUDIOLOGIA AMIB (GESTÃO 2020/2021)

LEONARDO WANDERLEY LOPES
PRESIDENTE DA SBFa (GESTÃO 2020/2022)



Referências consultadas:

Barker J, Martino R, Reichardt B, Hickey EJ, Ralph-edwards A. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving pro-longed endotracheal intubation after cardiac surgery. *Can J. Surg.* 2009; 52:119-124.

Barquist E, Brown M, Cohn S, Lundy D, Jackowski J. Postextubation fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing after prolonged endotracheal intubation: A randomized, prospective trial. *Crit Care Med.* 2001; 29(9):1710-1713.

Brodsky MB, Gellar JE, Dinglas VD, *et al.* Duration of oral endotracheal intubation is associated with dysphagia symptoms in acute lung injury patients. *J Crit Care.* 2014; 29(4):574-579.

Brodsky MB, González-Fernández M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM. Factors associated with swallowing assessment after oral endotracheal intubation and mechanical ventilation for acute lung injury. *Ann Am Thorac Soc.* 2014; 11(10):1545-1552.

Brodsky MB, Huang M, Shanholtz C, *et al.* Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in acute respiratory distress syndrome survivors. A 5-year longitudinal study. *Ann Am Thorac Soc.* 2017; 14(3):376-383.

El Gharib AZG, Berretin-Felix G, Rossoni DF, Seiji Yamada S. Effectiveness of therapy on post-extubation dysphagia: clinical and electromyographic findings. *Clin Med Insights Ear Nose Throat.* 2019; 12:1-6.

Ferrucci JL, Sassi FC, Medeiros GC, Andrade CRF. Comparison between the functional aspects of swallowing and clinical markers in ICU patients with traumatic brain injury (TBI). *Codas.* 2019; 31(2): e20170278.

González-Méndez MI, López-Rodríguez L. Safety and quality in critical patient care. *Enferm. Clin.* 2017; 27(2):113-117.

Garrouste-Orgeas M, Flaatten H, Moreno R. Understanding medical errors and adverse events in ICU patients. *Intensive Care Med.* 2016; 42(1):107-109.

Kallesen M, Psirides A, Huckabee ML. Comparison of cough reflex testing with videoendoscopy in recently extubated intensive care unit patients. *J Crit Care.* 2016; 33:90-94.



Lee CM, Fan E. ICU-acquired weakness: What is preventing its rehabilitation in critically ill patients? *BMC Med.* 2012; 10:115.

Leder SB, Warner HL, Suiter DM, Young NO, Bhattacharya B, Siner JM, *et al.* Evaluation of swallow function post-extubation: is it necessary to wait 24 hours? *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2019; 128(7):619-624.

Macht M, Wimbish T, Clark BJ, *et al.* Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Crit Care.* 2011; 15(5): R231.

Macht M, Wimbish T, Clark BJ, *et al.* Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a national survey. *J Crit Care.* 2012; 27(6):578-586.

Macht M, King CJ, Wimbish T, *et al.* Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Crit Care.* 2013; 17(3): R119.

Macht M, White SD, Moss M. Swallowing dysfunction after critical illness. *Chest.* 2014; 146:1681-1689

Martins RHG, Dias NH, Braz JRC, Castilho EC. Complicações das vias aéreas relacionadas à intubação endotraqueal. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2004; 70(5):671-677.

Martins RHG, Braz JRC, Dias NH, Castilho EC, Braz LG, Camacho Navarro LH. Rouquidão após intubação traqueal. *Rev. Bras. de Anestesiol.* 2006; 56(2):189-199.

Marvin S, Thibeault S, Ehlenbach WJ. Post-extubation dysphagia: does timing of evaluation matter? *Dysphagia.* 2019; 34(2):210-219.

McRae J. The role of speech and language therapy in critical care. *ICU Management and Practice.* 2018; 18(2):128-131.

Medeiros GC, Sassi FC, Zambom LS, Andrade CR. Correlation between the severity of critically ill patients and clinical predictors of bronchial aspiration. *J Bras Pneumol.* 2016; 42(2):114-120.

Neumeier AT, Moss M. We need an additional seat at the critical care multidisciplinary team table for our speech-language pathologists. *Annals ATS.* 2014; 11(10):1610-611.

Oliveira ACM, Friche AAL, Salomão MS, Bougo GC, Vicente LCC. Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018; 84(6):722-728.





CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA



Sassi FC, Bühler KCB, Juste FS, Almeida FCF, Befi-Lopes DM, de Andrade CRF. Dysphagia and associated clinical markers in neurologically intact children with respiratory disease. *Pediatr. Pulmonol.* 2018; 53(4): 517-525.

Sassi FC, Medeiros GC, Zambon LS, Zilberstein B, Andrade CRF. Evaluation and classification of post-extubation dysphagia in critically ill patients. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2018; 45(3):e1687.

Scheel R, Pisegna JM, McNally E, Noordzij JP, Langmore SE. Endoscopic assessment of swallowing after prolonged intubation in the ICU setting. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2016; 125(1):43-52.



SRTVS – Q. 701 – Ed. Palácio do Rádio II Sala 624/630
CEP: 70.340-902 Brasília – DF
Fone: (61) 3322-3332

www.fonoaudiologia.org.br fono@fonoaudiologia.org.br