



SBFa

Parecer SBFa 05/2020

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Departamento de Disfagia

Parecer técnico sobre atuação do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional na prevenção de broncoaspiração.

Segundo o Programa Brasileiro de Segurança do Paciente – (PBSP) algumas das principais fragilidades identificadas no cenário atual compreendem os déficits de conhecimento e a falta de autonomia da equipe multiprofissional em iniciar as medidas básicas para suporte e diagnóstico do paciente elegível às medidas preventivas. Dessa forma, preconiza-se que o caminho para alcançar melhores resultados inicia-se pela sensibilização e capacitação de todos os profissionais da equipe assistencial para o conhecimento destas medidas.

A implementação de protocolos preventivos reduz de forma importante a ocorrência de pneumonia. As unidades hospitalares clínicas com maior número de pacientes crônicos e Unidades de Terapia Intensiva concentram pacientes com risco alto de broncoaspiração.

A disfagia é um importante fator de risco para morbidade e mortalidade em pacientes criticamente doentes. A prevalência estimada da disfagia varia entre 20% e 62% em pacientes críticos e essa incidência pode estar subnotificada devido a disfagia não ser sistematicamente rastreada nas maiorias das unidades de terapia intensiva (UTI) (Zuercher *et al.*, 2019).

As complicações da disfagia podem ser devastadoras. A broncoaspiração pode levar a pneumonia e/ou pneumonite química, síndrome da angústia respiratória, com dispnéia e dessaturações agudas, desidratação, desnutrição. Alguns casos com necessidade de reintubação, o uso de via alternativa de alimentação, impacto na qualidade de vida e, nos casos mais graves, aumento do risco de óbito.

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Alameda Jaú 684, 7º andar Jardim Paulista São Paulo SP 01420-002

Tel: (11) 3873-4211 E-mail: socfono@sbfa.org.br Site: www.sbfa.org.br



SBFa

Tratando-se de ambientes hospitalares, principalmente em unidades de terapia intensiva, muitos desses pacientes podem permanecer internados por período de tempo prolongado, aumentando as despesas hospitalares com medicações, realização de exames complementares, tempo despendido com demais profissionais médicos e multiprofissionais, o que gera impacto direto no tempo da alta hospitalar e consequente maior ônus (Padovani *et al.*, 2013).

A revisão sistemática com metanálise realizada por Atrill *et al.* (2018) demonstrou que a presença de disfagia aumenta significativamente a utilização e o custo da assistência médica, destacando a necessidade de reconhecer a disfagia orofaríngea como contribuinte importante para a sobrecarga nos sistemas de saúde.

Antes de definir a via de alimentação no paciente disfágico é necessária uma avaliação clínica detalhada para definir a causa da disfagia, o planejamento terapêutico e, conseqüentemente, a liberação ou não da alimentação por via oral.

Pacientes críticos tem um risco aumentado de aspiração e, conseqüentemente, chance de desenvolvimento de pneumonia aspirativa, devido a uma série de fatores associados ao manejo dos pacientes (Zettler *et al.*, 2009; Macht *et al.*, 2014).

Pacientes internados em UTI podem desenvolver disfagia uma vez que sua causa é multifatorial e pode ser adquirida devido à trauma laríngeo, alteração sensorium, redução da sensibilidade laríngea, incoordenação respiração e deglutição, refluxo gastroesofágico e fraqueza muscular (Marcht *et al.*, 2014).

Nos pacientes disfágicos um dos grandes desafios é saber quando e como liberar a dieta por via oral, de uma forma segura e eficiente. Este desafio acaba sendo mais evidente nos pacientes críticos com risco importante de aspiração. Dessa forma, o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para auxiliar a equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento das disfagias, uma vez que domina conceitos de anatomia, neuroanatomia e fisiopatologia da deglutição (Hammond e Goldstein, 2006).

Smithard *et al.* (1997) observaram que, em pacientes hospitalizados, quando há acompanhamento por uma equipe multidisciplinar durante o momento da alimentação, a incidência de pneumonia reduz de 51% no primeiro dia para 17% ao mês e 11% em seis meses.

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Alameda Jaú 684, 7º andar Jardim Paulista São Paulo SP 01420-002

Tel: (11) 3873-4211 E-mail: socfono@sbfa.org.br Site: www.sbfa.org.br



SBFa

Com objetivo de diminuir a incidência de pneumonia hospitalares decorrente de aspiração, instituições hospitalares tem trabalhado para desenvolver instrumentos de triagem capazes de identificar pacientes com potencial risco de aspiração o mais precocemente possível e encaminhá-los para avaliação fonoaudiológica, para confirmar ou não o diagnóstico de disfagia e assim proporcioná-los o tratamento adequado e no momento correto (Cichero *et al.*, 2009; Starks e Harbert, 2011; Echevarria e Schwoebel, 2012).

Cichero *et al.* (2009) verificaram que do total de 442 pacientes que foram submetidos a um processo de triagem realizado pela equipe de enfermagem na admissão hospitalar, 109 foram reconhecidos como de risco para disfagia orofaríngea e encaminhados para avaliação fonoaudiológica propriamente dita.

Em estudo que avaliou a efetividade após 6 meses de uso de um protocolo de prevenção de aspiração na incidência de pneumonia, evidenciou-se que após o processo de implementação, treinamento da equipe multidisciplinar quanto ao fluxograma do protocolo e encaminhamento para avaliação fonoaudiológica à beira leito para liberação de dieta por via oral, não houve nenhum caso de pneumonia pós-operatória. Os autores relatam que meses antes da implementação a incidência de pneumonia era de 11% (Starks e Harbert, 2011).

Entretanto, Ebersole *et al.* (2020), estudando uma população oncológica de 12.392 pacientes que haviam sido internados e submetidos à triagem para disfagia no momento da admissão hospitalar, verificaram que apenas 97 pacientes desenvolveram pneumonia aspirativa durante o período de hospitalização e não houve nenhuma diferença quanto à incidência desta quando comparado ao período prévio ao da implementação do protocolo.

Uma vez que a prática clínica e alguns estudos levantarem a hipótese positiva de redução de intercorrências relacionadas à broncoaspiração com o uso de protocolos, os dados do estudo de Ebersole *et al.* demonstram que, a depender do instrumento de triagem aplicado, os achados podem ser conflitantes. Assim, aponta-se a necessidade de pesquisas que validem protocolos sensíveis para esta finalidade.

Intervenções com objetivo preventivo são fundamentais no âmbito hospitalar, melhorando qualidade do cuidado, segurança do paciente e diminuição de custos de saúde. Dentro deste contexto dos

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Alameda Jaú 684, 7º andar Jardim Paulista São Paulo SP 01420-002

Tel: (11) 3873-4211 E-mail: socfono@sbfa.org.br Site: www.sbfa.org.br



SBFa

protocolos de prevenção de aspiração, o fonoaudiólogo é o membro importante da equipe multidisciplinar.

Fga Dra Neyller Montoni

Fga Patricia Milanello

Departamento de Disfagia – Gestão 2020-2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Attrill S, White S, Murray J, Hammond S, Doeltgen S. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. *BCM Health Serv Res* 2018;18:594.

Cichero JA, Heaton S, Bassett L. Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *J Clin Nurs*. 2009;18(11):1649-1659.

Ebersole B, Lango M, Ridge J, Handorf E, Farma J, Clark S, et al. Dysphagia screening for pneumonia prevention in a cancer hospital: results of a quality/safety initiative. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;162: 220-229.

Echevarria IM, Schwoebel, A. Development of an intervention model for the prevention of aspiration pneumonia in high-risk patients on a medical-surgical unit. *Medsurg nursing* 2011;21(5):303-308.

Hammond CAS, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia – ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006;129(1):154S-168S.

Macht M, White SD, Moss M. Swallowing dysfunction after critical illness. *Chest*. 2014;146:1681–9.

Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS* 2013;25(1): 1-7.

Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF, et al. The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*. 1997;12(4):1888-93

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Alameda Jaú 684, 7º andar Jardim Paulista São Paulo SP 01420-002

Tel: (11) 3873-4211 E-mail: socfono@sbfa.org.br Site: www.sbfa.org.br



SBFa

Starks B, Harbert C. Aspiration prevention protocol: decreasing postoperative pneumonia in heart surgery patients. *Critical care nurse* 2011;31 (5):38-45.

Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care* 2019;23(1):103.

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Alameda Jaú 684, 7º andar Jardim Paulista São Paulo SP 01420-002

Tel: (11) 3873-4211 E-mail: socfono@sbfa.org.br Site: www.sbfa.org.br