



SBFa
Sociedade Brasileira
de Fonoaudiologia
Departamento de
Motricidade Orofacial



ABRAMO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MOTRICIDADE OROFACIAL

TELEFONOAUDIOLOGIA: EXPERIÊNCIAS EM MOTRICIDADE OROFACIAL

Organizadores

**Roberta Lopes de Castro Martinelli
Silmara Regina Pavani Sovinski
Giorvan Ânderson dos Santos Alves
Hilton Justino da Silva
Gíedre Berretin-Felix**

**SÃO PAULO
2020**



Roberta Lopes de Castro Martinelli

Silmara Regina Pavani Sovinski

Giorvan Ânderson dos Santos Alves

Hilton Justino da Silva

Giédre Berretin-Felix

Organizadores

Telefonaudiologia: experiências em motricidade orofacial

São Paulo

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Campinas

Associação Brasileira de Motricidade Orofacial

2020

2020 - Direitos reservados à Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e Associação Brasileira de Motricidade Orofacial

Autorizada a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. Proibido uso com fins comerciais.

ISBN 978-65-86760-04-0

Capa: Fono Junior

Distribuição e informações: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Revisão: Katia Flores Genaro

Telefonaudiologia: experiências em motricidade orofacial [recurso eletrônico] / organizadores Roberta Lopes de Castro Martinelli, Silmara Regina Pavani Sovinski, Giorvan Ânderson dos Santos Alves, Hilton Justino da Silva, Giédre Berretin-Felix; revisão Katia Flores Genaro. -- São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Departamento de Motricidade Orofacial; Associação Brasileira de Motricidade Orofacial, 2020.
92 p. : il.

Modo de acesso: <https://lp.sbfa.org.br/telefonaudiologia-motricidade-orofacial/>

ISBN 978-65-86760-04-0

1. Fonoaudiologia. I. T. II. Martinelli, Roberta Lopes de Castro, org. III. Sovinski, Silmara Regina Pavani, org. IV. Alves, Giorvan Ânderson dos Santos, org. V. Silva, Hilton Justino da, org. VI. Berretin-Felix, Giédre, org. VII. Genaro, Katia Flores, rev.

CDD 616.855

Elaborada por: Maria Helena Souza Ronchesel CRB 8/4029

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
Alameda Jaú, 684 - 7o andar - Jd. Paulista
01420-002 São Paulo, SP
Telefone/Fax: (11) 3873-4211/ (11) 99409-8515
socfono@sbfa.org.br

Associação Brasileira de Motricidade Orofacial
Rua Uruguaiana, 516 - Bosque
13026-001 Campinas, SP
Telefone: (19) 3254-0342
contato@abramofono.com.br

ORGANIZADORES

Roberta Lopes de Castro Martinelli

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Fonoaudióloga responsável pelo Setor do Teste da Linguinha do Hospital Santa Therezinha; Professora do CEFAC – Saúde e Educação. Coordenadora do Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), gestão 2020-2022. Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO), gestão 2018-2021.

Silmara Regina Pavani Sovinski

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração; Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre em Ciências pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Certificada em Fonoaudiologia do Sono pela Associação Brasileira do Sono. Vice-Coordenadora do Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), gestão 2020-2022. Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO), gestão 2018-2021.

Giorvan Ânderson dos Santos Alves

Graduado em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário de João Pessoa Unipê; Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutor em Linguística pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia, da Universidade Federal da Paraíba. Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), gestão 2020-2022.

Hilton Justino da Silva

Graduado em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre em Morfologia/Anatomia e Doutor em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professor Associado do curso de Fonoaudiologia da UFPE. Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO), gestão 2018-2021.

Giédre Berretin-Felix

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/Botucatu). Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOB/USP). Diretora Científico da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), gestão 2020-2022. Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO), gestão 2018-2021.

AUTORES

Adriana Tessitore

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professora do CEFAC – Saúde e Educação e outras instituições de ensino.

Bruna Morasco Geraldini

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP); Mestre em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center; Preceptora da residência multiprofissional do A. C. Camargo Cancer Center.

Camila Barbosa Barcelos

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Mestre e Doutora em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center; Preceptora da residência multiprofissional do A. C. Camargo Cancer Center.

Camila de Castro Corrêa

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Aperfeiçoamento em Motricidade Orofacial pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP); Mestre pela FOB/USP; Doutora em Bases Gerais da Cirurgia pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP); Professora substituta da Universidade de Brasília (UnB) e adjunta do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN).

Cristina Guedes de Azevedo Bento Gonçalves

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração; Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga do HRAC/USP.

Débora Martins Cattoni

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências pela FMUSP; Professora do CEFAC – Saúde e Educação.

D'Jaris Coles-White

Graduada em Fonoaudiologia pela Columbia College - South Carolina; Mestre em Fonoaudiologia pela Universidade North Carolina em Chapel Hill; Doutora em Desordens da Comunicação pela Universidade de Massachusetts – Amherst; Professora da Andrews University - Michigan; Membro da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).

Elisabete Carrara-de Angelis

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana; Doutora em Neurociências pela UNIFESP; Diretora do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center.

Giovana Rinalde Brandão

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração; Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga da Seção de Fonoaudiologia do HRAC/USP.

Haline Coracine Miguel

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Mestre em Distúrbios da Comunicação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Doutora em Ciências da Reabilitação pelo HRAC/USP; Fonoaudióloga da Seção de Fonoaudiologia do HRAC/USP.

Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR); Mestre e Doutora em Communication Sciences and Disorders pela University of Florida; Professora Associada do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Orientadora do Programa de Pós-Graduação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da FOB/USP.

Jéssica Tierno Cordeiro

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Mestranda em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia; Preceptora da residência multiprofissional do A. C. Camargo Cancer Center.

Luciana Dall'Agnoli

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Mestre e Doutora em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center; Preceptora da residência multiprofissional do Hospital A. C. Camargo Cancer Center.

Maria Daniela Borro Pinto

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual Paulista, Campus Marília (UNESP/Marília); Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP); Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga do HRAC/USP.

Maria Fernanda Cestari de Cesar

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP); Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

Maria Inês Pegoraro-Krook

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP); Mestre e Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professora Titular (Graduação e Pós-Graduação) do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Orientadora do Programa de Pós-Graduação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP).

Marileda Cattelan Tomé

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM; Doutora em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana pelo Hospital de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Professora Adjunta da Andrews University; Membro da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).

Marlei Braude Canterji

Graduada em Fonoaudiologia pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura; Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS); Fonoaudióloga do Grupo de Estudos das Cirurgias de Obesidade e Metabólica (GECOM).

Melina Evangelista Whitaker Siécola

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Especialista em Linguagem pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga do HRAC/USP.

Melissa Picinato-Pirola

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Aprimoramento em Fonoaudiologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP); Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Brasília (UnB).

Melissa Zattoni Antoneli

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga Responsável pela Seção de Fonoaudiologia e da Equipe Interdisciplinar de Cirurgia Craniofacial do HRAC/USP.

Michelle Miranda Pereira

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Aprimoramento em Pediatria pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ICr-HCFMUSP); Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Neyller Montoni

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); Doutora em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center; Preceptora da residência multiprofissional do Hospital A. C. Camargo Cancer Center.

Olívia Mesquita Vieira de Souza

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Estado da Bahia; Mestre em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Patrícia Junqueira

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Idealizadora e Responsável pelo Instituto de Desenvolvimento Infantil.

Patrícia Massucatto Milanello

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP); Mestranda em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center; Preceptora da residência multiprofissional do Hospital A. C. Camargo Cancer Center.

Renata Paciello Yamashita

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração; Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga do HRAC/USP; Orientadora do Programa de Pós-Graduação do HRAC/USP.

Rosana Magagnini

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Camilo Castelo Branco; Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria - Doenças Esofagogástricas da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Rosana Prado de Oliveira

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração; Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga da Seção de Fonoaudiologia do HRAC/USP.

Silmara Regina Pavani Sovinski

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração, Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), Mestre em Ciências pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Certificada em Fonoaudiologia do Sono pela Associação Brasileira do Sono (ABS).

Simone Claudino

Graduada em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário São Camilo; Mestre e Doutora em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente; Titular do Departamento de Fonoaudiologia do A. C. Camargo Cancer Center; Coordenadora da Residência Multiprofissional do Hospital A. C. Camargo Cancer Center.

Stella Maris Cortez Bacha

Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); Fonoaudióloga Clínica e Educacional.

Tatiane Totta Salgado

Graduada em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre em Fonoaudiologia pela FOB/USP; Doutora em Ciências da Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP); Fonoaudióloga do HRAC/USP.

REVISOR

Katia Flores Genaro

Graduada em Fonoaudiologia pelas Faculdades do Sagrado Coração; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP); Doutora em Ciências dos Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP; Livre-Docente no Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP); Membro da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO) e da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa).

SUMÁRIO

	PREFÁCIO	11
1	Teleconsulta em Fonoaudiologia: reflexões sobre a prática em Motricidade Orofacial nos Estados Unidos da América e no Brasil <i>Marileda Cattelan Tomé, D'Jaris Coles-White</i>	12
2	Teleconsulta na clínica de Motricidade Orofacial em tempos de COVID-19 <i>Débora Martins Cattoni</i>	21
3	Experiência na teleconsulta em casos de Paralisia Facial, Disfunção Temporomandibular, Respiração Oral, Distúrbios Respiratórios do Sono/Ronco e Apneia, e Distúrbios da Fala <i>Adriana Tessitore</i>	27
4	Experiência na teleconsulta de pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica <i>Marlei Braude Canterji</i>	32
5	Uma reflexão sobre o processo de avaliação e intervenção na teleconsulta em Motricidade Orofacial <i>Silmara Regina Pavani Sovinski</i>	37
6	Teleconsulta para bebês e crianças com dificuldades alimentares: a experiência do Instituto de Desenvolvimento Infantil <i>Patrícia Junqueira, Rosana Magagnini, Michelle Miranda Pereira, Maria Fernanda Cestari de Cesar</i>	43
7	Teleconsulta na área de Motricidade Orofacial em Projeto de Extensão na Universidade de Brasília <i>Melissa Picinato-Pirola, Camila de Castro Corrêa</i>	54
8	Teleconsulta em Motricidade Orofacial com slides animados <i>Stella Maris Cortez Bacha</i>	59
9	Teleconsulta fonoaudiológica em Fissura Labiopalatina e outras Anomalias Craniofaciais no período de prevenção da COVID-19: relato de experiência do HRAC/USP <i>Melissa Zattoni Antoneli, Rosana Prado de Oliveira, Haline Coracine Miguel, Giovana Rinalde Brandão, Melina Evangelista Whitaker Siécola, Cristina Guedes de Azevedo Bento Gonçalves, Maria Daniela Borro Pinto, Tatiane Totta Salgado, Renata Paciello Yamashita, Olívia Mesquita Vieira de Souza, Maria Inês Pegoraro-Krook, Jeniffer de Cássia Rillo Dutka</i>	64
10	Atuação Fonoaudiológica em Ambiente Hospitalar em tempos de COVID-19 <i>Elisabete Carrara-de Angelis, Bruna Morasco Geraldini, Camila Barbosa Barcelos, Jéssica Tierno Cordeiro, Luciana Dall'Agnoll, Neyller Montoni, Patrícia Massucatto Milanello, Simone Claudino</i>	83

PREFÁCIO

Vivemos uma pandemia mundial ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2. Dada a rápida propagação do novo Coronavírus, que causa a síndrome respiratória COVID-19, medidas de isolamento social como quarentenas são a melhor forma de conter a pandemia, segundo a Organização Mundial da Saúde. Esta situação tem impactado a rotina de todos, gerando mudanças nos comportamentos, no trabalho, na sociedade e, em nossa profissão, demandando que encontremos saídas criativas que possibilitem repensar nossa atuação.

Considerando este momento e a escassez na literatura científica de trabalhos que abordem a telefonaudiologia na área de Motricidade Orofacial, o Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), em parceria com a Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO), apresentam, no formato de E-book, as experiências, as possibilidades e os desafios da Telefonaudiologia em Motricidade Orofacial em tempos de COVID-19.

Algumas das possibilidades de atuação do fonoaudiólogo abordadas são:

- Centros e hospitais de reabilitação;
- Atividades de extensão;
- Clínicas.

Além disso, a atuação do Fonoaudiólogo em ambiente hospitalar também foi contemplada em um capítulo, tendo em vista a importância de compartilhar as adequações necessárias no atendimento presencial.

Parabenizo os organizadores deste E-book, os quais não mediram esforços para a sua realização, bem como a todos os autores que colaboraram com seus conhecimentos para que este material se concretizasse, com a expectativa de que o mesmo estimule o desenvolvimento de pesquisas futuras, gerando evidências científicas que respaldem a teleconsulta e amplie o atendimento fonoaudiológico na área da Motricidade Orofacial, com implicações para as ações profissionais em consonância com os avanços tecnológicos e nas relações do cuidado no século XXI, além deste período de isolamento social tão difícil, mas necessário.

Lia Inês Marino Duarte

Vice-Presidente da ABRAMO
Gestão 2018/2021

Capítulo 1

Teleconsulta em Fonoaudiologia: reflexões sobre a prática em Motricidade Orofacial nos Estados Unidos da América e no Brasil

Marileda Cattelan Tomé

D'Jaris Coles-White

A *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*, considera *Telepractice* a "aplicação de tecnologia da telecomunicação na prestação de serviços de fonoaudiologia a distância, de forma a unir clínicos aos pacientes ou clínicos a outros clínicos na avaliação, intervenção e/ou consulta" (ASHA, 2020).

Telepractice compreende uma modalidade de prestação de serviços semelhante a que o clínico provê presencialmente, portanto não é um tipo diferente de serviço. Sendo assim, essa modalidade requer as mesmas responsabilidades que temos quando estamos atendendo nossos clientes no mesmo espaço físico, sendo que o trabalho feito a distância não é menos profissional ou mais informal.

Em março de 2020, a Teleconsulta Fonoaudiológica foi intensificada em vários países, incluindo o Brasil, conforme a Recomendação CFFa nº 18-B, de 17 de março de 2020 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020a), tendo em vista a suspensão dos atendimentos ambulatoriais e dos procedimentos e exames eletivos presenciais segundo Recomendação CFFa nº 19, de 19 de março de 2020 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020b), possibilitando atender a necessidade de continuidade da prestação de serviços à população em virtude da pandemia COVID-19. Apesar de pontual para o momento, a literatura dessa modalidade aponta que a teleconsulta tende a continuar crescendo devido a alguns benefícios inerentes, tais como aumentar o acesso, melhorar a eficiência de custo, aumentar a qualidade dos serviços e atender as diferentes demandas do cliente.

Conhecer os termos utilizados é importante tanto para a construção de conhecimento sobre a área, quanto para a busca de informações baseadas em evidências científicas na literatura. Teleconsulta (*telepractice*) pode ser classificada como uma modalidade de

prestação de serviço de acordo com o código de ética e os preceitos que regem a profissão. Isso significa que não importa o local onde será prestado o serviço a distância, seja um hospital, clínica, escola, a casa do cliente, uma casa de repouso onde reside o cliente, etc... De acordo com ASHA (2020), pode ser usada para ultrapassar barreiras de acesso a serviços causados por distância, não disponibilidade de especialistas e/ou subespecialistas, além da dificuldade de mobilidade.

Como ponto positivo podemos citar o acesso à profissionais qualificados e especializados por meio da tecnologia. Como pontos negativos, por ser algo relativamente novo, não há uma produção robusta de conhecimento com evidência científica sobre o atendimento nessa modalidade nas diversas áreas da fonoaudiologia.

Os métodos de teleconsulta (*telepractice*) incluem abordagens síncronas, assíncronas e híbridas (GRILLO, 2019). Na abordagem síncrona, a interação ocorre em tempo real, por meio de conexão de áudio e vídeo utilizando videoconferência entre o cliente, ou grupos de clientes e o clínico, ou mesmo envolvendo consultas com especialistas, clínicos e clientes (GRILLO, 2019). Os métodos assíncronos envolvem o acesso de informações que o clínico facilita/prepara para o cliente. Tais informações, no caso da Motricidade Orofacial podem incluir registros de vídeos/e ou áudios do próprio paciente para modelos de conscientização, vídeos e/ou áudios com demonstração de determinada prática (exercício, modelo de função, etc.); explicações e/ou revisão de treinos repassados ao paciente. Os métodos híbridos, por sua vez, incluem uma combinação de abordagens síncronas e assíncronas, ou seja, a combinação de teleconsulta e serviços presenciais, o que na nossa experiência é o mais comum.

Nos EUA, tal modalidade deve seguir as determinações do HIPPA, um acrônimo para *Health Insurance Portability and Accountability Act*, instituído em 1996 e que visa garantir a privacidade dos dados do cliente, aqui considerando a segurança dos dados eletrônicos. Não é objetivo deste texto explorar essa temática que é ampla e complexa. Na prática, isso significa que o clínico deverá necessariamente usar computadores protegidos por senhas, plataformas encriptadas, etc. Deve ser garantida a segurança de qualquer tipo de informação pessoal do cliente, preferencialmente com o uso de sistemas mais novos, submetidos a atualização e correção de vulnerabilidade na segurança e criptografados.

Primeiramente uma das perguntas que todo o clínico deve fazer antes de iniciar os atendimentos é se as características de um determinado cliente o permitem a ser atendido nessa modalidade. Da mesma forma, deverá compreender qual conhecimento e habilidades são necessários para que um cliente se beneficie da teleconsulta.

Os serviços prestados em fonoaudiologia, independentemente da área, são baseados nas necessidades únicas de cada pessoa atendida. Portanto essa modalidade não é apropriada para todas as circunstâncias e para todos os clientes. Fatores como a cultura, nível educacional, idade e outras características podem influenciar a possibilidade de tratamento nessa modalidade. No portal da ASHA são citados os aspectos que devem ser investigados quando selecionando essa modalidade para nossos pacientes: observação das características físicas e sensoriais, características cognitivas, comportamentais e motivacionais, de comunicação, além da viabilidade tecnológica que o paciente dispõe, relacionada ao suporte tecnológico (ASHA, 2020).

Em nossa experiência elencamos alguns pontos necessários para considerar um dado cliente como um bom candidato à modalidade:

- a) **ACESSO À TECNOLOGIA:** minimamente precisa estar familiarizado com o uso da tecnologia (manuseio de computadores, mouse, plataforma). Preferencialmente para crianças, é aconselhável optar por computadores do tipo desktop pois, estando em posição fixa, facilitam que a criança mantenha atenção. Para algumas atividades, entretanto, os tablets podem favorecer o deslocamento pelo ambiente.
- b) **APOIO DE FACILITADOR:** Para o atendimento da população infantil muitas vezes temos que lançar mão do auxílio de familiares que acompanhem a criança durante o atendimento. Nesse formato a intervenção é centrada na família e deve-se maximizar o suporte para que esta execute as atividades junto com a criança, mantenha a criança na visão da câmera e garanta que as atividades sejam incluídas na rotina da mesma, etc.
- c) **CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS:** devem ser consideradas pois alguns clientes, a depender da idade e condição física/intelectual, não conseguem manter o foco na tela por muito tempo ou não conseguem tolerar o uso de *headsets*. O uso de tal dispositivo, principalmente acoplado à microfone, é fundamental, principalmente quando o trabalho envolve alterações fonéticas avaliadas em motricidade orofacial

d) CARACTERÍSTICAS DO QUADRO: em relação a demanda do cliente na vasta lista de quadros que um fonoaudiólogo pode atender em Motricidade Orofacial, sabemos que temos limitações tanto para avaliar como para tratar. Apenas para elucidar, pensemos nos casos de traumas de face, malformações craniofaciais, paralisias faciais, disfunção temporomandibular, cirurgia ortognática, etc... São condições que demandam muito mais do que inspeção visual e nas quais o toque é parte fundamental na avaliação e tratamento. Pensemos também na aplicação de um determinado protocolo de avaliação, como o de frênulo lingual em que medidas de abertura de boca, extensão do frênulo lingual, entre outras, necessitam ser tomadas e por isso a perfeita visibilidade da cavidade oral é fundamental. Nessa mesma direção, métodos complementares na avaliação e reabilitação como laserterapia, *biofeedback* eletromiográfico, eletroestimulação e bandagem elástica, entre outros, ficam impossibilitados, ou no mínimo muito limitados de serem utilizados. Baseado nas particularidades de cada um dos casos, como profissionais, nos cabe o julgamento clínico em recomendar quais serviços são ou não apropriados para aquele determinado caso. A modalidade de teleconsulta pode não ser indicada para todos os casos. Por isso é importante que constantemente você avalie se a modalidade está sendo efetiva para a população atendida e/ou o quanto você precisa realizar adaptações e em que medida isso interfere nos resultados do tratamento.

O profissional que atende nessa modalidade, por sua vez, também precisa de algumas características. O ideal seria que todos aqueles que pretendem atuar em Telefonoaudiologia já tenham pelo menos de um a dois anos de experiência anterior atendendo na modalidade presencial, porque a experiência presencial é quem dita as necessidades do atendimento à distância. A organização de dados, do ambiente e do material é muito importante. Um exemplo é em relação ao material que deverá ser organizado antes do atendimento e, preferencialmente, o cliente deverá ser informado previamente do que é necessário para aquela determinada sessão. Exemplo: se o seu objetivo é trabalhar a função mastigatória, você deverá informá-lo sobre o tipo de alimento/líquido e consistência necessários para a sessão, considerando também os utensílios necessários para o treino funcional. Se o objetivo é favorecer mobilidade ou força muscular, da mesma forma considerar o preparo de materiais como espátula, espelho, gaze, lanterna de iluminação intraoral, régua/paquímetros, entre

outros. O espaço destinado para terapia também deverá ser silencioso e garantir a confidencialidade do atendimento durante e também após, na guarda e transmissão de dados do paciente.

Prioritariamente, para que os atendimentos ocorram, deve ser obtido consentimento do cliente ou responsável no caso de criança, o que pode ser redigido em um contrato do serviço profissional a ser prestado. Tais documentos devem ser construídos considerando a realidade de cada profissional e legislação local. No Brasil, é importante que o texto cite a Recomendação emitida pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) nº 19, de 19 de março de 2020 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020b) que garante o atendimento fonoaudiológico por teleconsulta e telemonitoramento, de acordo com a Resolução nº 427, de 1º de março de 2013 desse mesmo Conselho (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013). O documento deve também considerar as particularidades de cada caso. Por exemplo, no caso de pacientes com necessidade de suporte médico e/ou que estão suscetíveis a algum risco durante o atendimento, deve ser incluído o procedimento necessário no caso da necessidade médica emergencial. Considere que alguns dados podem ser coletados previamente por e-mail e complementados com entrevistas realizadas on-line. Da mesma forma, a velocidade dos dados em megabit por segundo (mbps) deve ser o suficiente para garantir que a sessão ocorra com qualidade de transmissão de dados. Assim como no atendimento presencial e seguindo a legislação de nossa profissão, devemos registrar todas as informações dos atendimentos realizados, incluindo registro de todas as mensagens eletrônicas e contatos realizados via telefone (voz e texto). Essa é uma garantia do paciente e um resguardo do profissional em sua prática.

Um terapeuta que atende na modalidade a distância precisa ser criativo para estimular e manter o cliente no atendimento. Atualmente existe uma variedade de aplicativos não necessariamente criados para trabalhar com motricidade orofacial, mas que podem ser utilizados para engajar principalmente a população infantil durante os atendimentos (ex.: enquanto treina o uso da respiração nasal e completa um jogo de 7 erros) Outros jogos específicos podem ser criados em plataformas e utilizados durante a sessão de atendimento quando o clínico, por exemplo, dá a vista de tela para o cliente e possibilita que ele use o *mouse*. Jogos para o trabalho de conscientização, uso de imagens diferentes mostrando as funções corretas e incorretas, imagens do próprio paciente em *screen shot* tiradas durante a sessão, são alguns exemplos que podem ser úteis na terapia de motricidade orofacial fazendo

o uso do *whiteboard*, um dos ícones disponibilizados por conhecidas plataformas como *Zoom*, *GoToMeeting*, ou *Google Hangout*. Essas ferramentas possibilitam que façamos anotações, habilitando também o cliente para que participe com suas anotações. Um ponto que merece nosso cuidado é que mesmo contando com a colaboração dos pais, no caso de crianças, eles estão geralmente assoberbados de tarefas, muitos com jornadas de trabalhos também em modalidade home-office e cuidando de atividades escolares dos filhos, principalmente nessa época em que ambiente de trabalho e pessoal dividem o mesmo espaço. O melhor é abrir um canal de comunicação com os mesmos discutindo as diferentes formas de condução com seus filhos. Preferencialmente os treinos deverão fazer parte de atividades que a criança já realiza rotineiramente (escovando os dentes e executando alguns exercícios; fazendo treino das funções associadas às refeições e outras atividades de vida diária). Essa recomendação não é diferente da que costumamos fazer no atendimento presencial, mas neste momento é essencial que seja considerada para o sucesso do tratamento.

Em relação à avaliação em Motricidade Orofacial, todos os protocolos que dispomos, necessitam em algum grau, toques na face e órgãos fonoarticulatórios, como língua, lábios, bochechas, etc. Não temos dados ainda que indiquem o quanto a ausência de tais dados limita nossas ações. Tomando alguns exemplos de trabalhos da área de Disfagia em que o exame do mecanismo oral é realizado, de acordo com os especialistas, se seguidas algumas recomendações o exame pode ser tão confiável quanto é o presencial (MALANDRAKI, 2020). Em Motricidade Orofacial é essencial que possamos ver e ouvir o paciente com clareza. As necessidades citadas por tais autores e que consideramos também serem necessárias minimamente para o que chamaremos de teletriagem da Motricidade Orofacial, são:

- a) Ver o paciente com nitidez: uma câmera capaz de fazer uma aproximação da face do cliente como um todo e também dentro da cavidade oral. É essencial que o exame da cavidade oral seja feito com apoio de fonte de luz dirigida para a boca (mobilidade de língua, postura de repouso de língua, mobilidade de véu palatino, avaliação estrutural da cavidade oral). É importante salientar que durante essa avaliação à distância, o paciente poderá assumir outras posturas para facilitar a visão do profissional, como por exemplo, sentar-se de um lado e de outro, enquanto mastiga, engole, ou enquanto executa outro movimento. Qualquer dado que não fique claro durante a teletriagem, pode ser indicativo de limitações no tratamento nessa modalidade. Da mesma forma, marcadores podem ser utilizados na

face/pescoço para facilitar a visualização, com o uso de lápis ou fitas adesivas dermatológicos.

- b) Ter boa iluminação: a iluminação do ambiente e da face do cliente é muito importante. Especificamente durante a teletriagem poderá ser necessário a presença de um facilitador que auxilia na iluminação da face e cavidade oral, facilitando a visão do profissional que está avaliando.
- c) Complementar a avaliação com dados assíncronos: em alguns casos podemos complementar a avaliação de forma assíncrona, solicitando que o cliente envie imagens estáticas e/ou dinâmicas para que possamos avaliá-las com mais precisão. Da mesma forma, vídeos extraídos da rotina natural do cliente, como durante uma refeição, podem ser considerados como fontes de informação importantes, tanto na avaliação quanto no tratamento.
- d) Bom retorno de áudio: como boa parte da avaliação se dá com comandos verbais e respostas do cliente, é importante que tenhamos um bom retorno de áudio. Considerando avaliação de fala e voz, esse dado é fundamental.

Em relação ao futuro, esperamos poder cada vez mais contar com a segurança na guarda e transmissão de dados dos clientes.

Alguns estudos sugerem que a qualidade da prestação de serviços via teleconsulta produz resultados clínicos semelhantes quando comparados à prestação de serviço presencial, porém muitos deles não apresentam resultados robustos. Em recente revisão sistemática da literatura englobando serviços prestados para população adulta na modalidade de teleconsulta (triagem, avaliação e tratamento) de 2014 a 2019, os autores encontraram evidência de viabilidade e eficácia preliminar da prestação de serviços fonoaudiológicos para adultos. Tais estudos eram focados em indivíduos com afasia. Entretanto, a revisão também mostrou a falta de grupo controle, presente em somente 34% dos estudos de intervenção revisados. Segundo os autores, na área de telereabilitação, há evidência positiva, porém, com baixa ou moderada força metodológica (WEIDNER; LOWMAN, 2020).

No Brasil, esses resultados ainda não estão disponíveis, sendo que somente daqui há alguns anos será possível verificar a real eficácia dessa modalidade de tratamento, principalmente em relação aos resultados obtidos frente aos planejados e a satisfação da população que recebe atendimento. Até o momento, temos à disposição opiniões de

profissionais expressas principalmente em mídias sociais, mas não temos a validação científica dessas informações.

Especificamente na área de Motricidade Orofacial não há disponibilidade de tecnologia de avaliação digital que contemple a totalidade das áreas que atendemos. Entretanto, se tomarmos o exemplo de outras áreas como a voz e a disfagia, é possível prever que em um futuro próximo, novas tecnologias permitirão a condução de avaliações à distância cada vez mais confiáveis. Como cita Grillo (2019), os "nativo digitais" demandam pelo acesso aos serviços por meio de tecnologia. Essa é uma realidade que não teremos como nos esquivar e que as condições criadas pela pandemia do COVID-19 vieram apenas nos sinalizar.

Podemos contar desde já com esforços advindos da inteligência artificial que poderão estar disponíveis para reabilitação dos diversos distúrbios da comunicação. A tecnologia de redes de sensores corporais já são realidade em algumas áreas para o acompanhamento remoto da saúde e sendo testados em outras, como é o exemplo dos sensores de *biofeedback* para deglutição (KIM *et al.*, 2019). A possibilidade de aplicativos nos *smartphones* and *tablets*, que capturam áudio e imagem, podem auxiliar em um futuro próximo tais análises, que já estão sendo testadas no tratamento de distúrbios da voz, por exemplo.

REFERÊNCIAS

ASHA - American Speech-Language and Hearing Association. **Telepractice**: overview.

Rockville: ASHA, 2020. Disponível em:

<https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Overview>.

Acesso em: 28 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 43, p. 158, 5 mar. 2013. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2013&jornal=1&pagina=158>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 18-B, de 17 de março de 2020**. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020a. Disponível em:

[https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-](https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_18B_2020.pdf)

[content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_18B_2020.pdf](https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_18B_2020.pdf). Acesso em: 28 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 19, de 19 de março de 2020**. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020b. Disponível em:

[https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-](https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_19_2020.pdf)

[content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_19_2020.pdf](https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_19_2020.pdf). Acesso em: 28 abr. 2020.

GRILLO, E. U. Building a successful Voice Telepractice Program. **Perspect ASHA Spec Interest Groups**, Rockville, v. 4, n. 1, p. 100-110, Feb. 2019. Disponível em: https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/2018_PERS-SIG3-2018-0014. Acesso em: 13 abr. 2020.

KIM, M. K. *et al.* Flexible submental sensor patch with remote monitoring controls for management of oropharyngeal swallowing disorders. **Sci Adv**, Washington, v. 5, n. 12, eaay3210, Dec. 2019.

MALANDRAKI, G. A. **Telehealth recommendations and resources for dysphagia management during COVID-19**. West Lafayette: Purdue I-Eat Lab, 2020. Disponível em: <https://www.purdue.edu/i-eatlab/telehealth-recommendations-for-dysphagia-management-during-covid-19/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

WEIDNER, K.; LOWMAN, J. Telepractice for adult speech-language pathology services: a systematic review. **Perspect ASHA Spec Interest Groups**, Rockville, v. 5, n. 1, p. 326-338, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00146. Acesso em: 25 maio 2020.

Capítulo 2

Teleconsulta na clínica de Motricidade Orofacial em tempos de COVID-19

Débora Martins Cattoni

De acordo com a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), **telepractice** é definida como a aplicação de tecnologia de telecomunicação para desenvolver os serviços fonoaudiológicos a distância, conectando o clínico ao cliente ou o clínico ao clínico para avaliação e/ou intervenção (BEN-AHARON, 2019).

No âmbito nacional, tem-se a Recomendação do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) nº 20 que define a **teleconsulta** como “*a consulta/sessão fonoaudiológica mediada por tecnologias, com o fonoaudiólogo e cliente localizados em diferentes espaços geográficos*” (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020).

Dada a interrupção do atendimento presencial em março/2020, em decorrência da necessidade de isolamento social imposto pela crise causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), foi idealizado pela autora o **Programa de Intervenção e Acompanhamento Fonoaudiológico por meio da Teleconsulta** (PIAF-TE). Esse Programa foi apresentado aos pacientes que cumpriam os critérios de elegibilidade, como idade, diagnóstico fonoaudiológico, aspectos comportamentais, acesso à internet, câmera e microfone, ambiente propício, deficiências físicas e/ou cognitivas e a possibilidade dos Pais ou de um responsável acompanhar a teleconsulta, no caso de crianças. Cabe ressaltar que a população atendida na clínica, do setor privado, tem boas condições socioeconômicas e é composta predominantemente por pacientes com desenvolvimento cognitivo e neurológico típicos. O PIAF-TE foi encaminhado por escrito a todos os pacientes e respectivas famílias, bem como explicado oralmente, para que as eventuais dúvidas fossem esclarecidas. Esse cuidado deve ser valorizado, pois na literatura é relatada a falta de conhecimento da população no que se refere à efetividade da teleconsulta (*telepractice*) (BEN-AHARON, 2019). Foi informado que a adesão ao PIAF-TE era de caráter voluntário, não havendo qualquer ônus para os pacientes que não desejassem dar

seguimento por meio da Telefonaudiologia. O PIAF-TE foi composto pelas seções: contextualização da necessidade de isolamento social, objetivos principais, funcionamento e etapas do programa, periodicidade e duração das consultas, recursos necessários e investimento.

Os **objetivos principais** apresentados no PIAF-TE foram:

1. Dar continuidade ao tratamento fonoaudiológico, manter os resultados obtidos e a evolução do paciente, evitando recidivas com a interrupção das consultas presenciais;
2. Realizar orientações fonoaudiológicas aos Pais, no sentido de instrumentalizá-los para que pudessem estimular seus filhos nas questões pertinentes, de acordo com o quadro fonoaudiológico;
3. Manter o engajamento dos pacientes no tratamento fonoaudiológico.

A **demanda** foi basicamente composta por crianças a partir de 4 anos, adolescentes e adultos com alterações da Motricidade Orofacial. As crianças de 4 a 7 anos foram acompanhadas pelos Pais durante todo o tempo da consulta. O papel do adulto durante a teleconsulta foi esclarecido, bem como foi solicitada a esse a adequação do ambiente, garantindo um contexto tranquilo e silencioso, sem distratores, com boa iluminação e mobília adequada. Além disso, foi pedido ajuda para intervir nos aspectos tecnológicos e/ou de conectividade, se necessário (BEN-AHARON, 2019). As crianças de 8 a 11 anos, no geral, permanecem sozinhas durante as teleconsultas, com a possibilidade de ser solicitada a presença de um dos responsáveis no caso de qualquer questão a ser resolvida que atrapalhe o andamento e a produtividade do atendimento. Ao final de cada teleconsulta, orientações foram passadas aos Pais e/ou responsáveis.

No geral, as consultas do PIAF-TE são síncronas. Uma pequena porcentagem de famílias optou pelas consultas assíncronas.

No que se refere ao **processo de avaliação**, iniciou-se com o levantamento do histórico clínico (BERRETIN-FELIX; LUCCAS, 2019), sendo aplicado o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial – MBGR (BERRETIN-FELIX; GENARO; MARCHESAN, 2019). O mesmo pôde ser realizado com tranquilidade, segurança e qualidade no ambiente virtual. No que se refere ao exame clínico, é fundamental esclarecer ao paciente e/ou familiares quanto às

limitações, uma vez que inúmeras seções do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial não podem ser realizadas, como, por exemplo, as avaliações das medidas da face, dos movimentos mandibulares e da oclusão, da cavidade oral (exame intraoral), da sensibilidade, da dor à palpação e do tônus dos órgãos fonoarticulatórios. Outra limitação relevante é a impossibilidade, nesse momento, de se realizar exames instrumentais que complementam as informações necessárias para determinação do diagnóstico dos distúrbios miofuncionais orofaciais. A necessidade da complementação da avaliação fonoaudiológica presencial foi apontada, a ser realizada no período pós pandemia.

Um dos aspectos de extrema importância na avaliação da motricidade orofacial é a **documentação fonoaudiológica**, composta por imagens estáticas e dinâmicas, expostas no roteiro para registro de imagens, no Protocolo MBGR (BERRETIN-FELIX; GENARO; MARCHESAN, 2019). Aos pacientes que foram encaminhados para avaliação fonoaudiológica no período do isolamento social, foram solicitadas fotografias nas posições padronizadas, sendo encaminhados modelos dessas fotos. Vídeos foram feitos diretamente da tela do computador, durante a execução dos movimentos mandibulares, da mastigação, das provas de deglutição, das provas de fala e da coordenação motora na fala. Filmagens das funções orofaciais em situações não dirigidas, como por exemplo durante as refeições ou em conversa espontânea, também foram solicitadas aos pacientes e/ou familiares. Assim como o histórico clínico, a devolutiva da avaliação foi realizada sem limitações, momento no qual foi possível passar os dados avaliados, as etapas do planejamento terapêutico, o prognóstico, o contrato de prestação de serviços, o termo de consentimento para teleconsulta e as orientações pertinentes ao caso, como retirada de hábitos orais, entre outras. Os encaminhamentos para exames complementares ou para outros profissionais foram citados, mesmo sabendo-se da impossibilidade de realizá-los no momento. Com os pacientes que tinham condições de iniciar o tratamento, preenchendo os requisitos para que as funções fossem reabilitadas e respeitando os critérios de elegibilidade, prosseguiu-se com o trabalho. A discussão do quadro do paciente foi feita com a Equipe ou Profissional que o encaminhou, bem como foi enviado o relatório de avaliação, sendo mantido o trabalho interdisciplinar, mesmo que a distância.

No que se refere ao **processo de intervenção fonoaudiológica**, o raciocínio clínico embasado cientificamente é soberano e deve ser individualizado. As premissas apontadas na literatura foram seguidas, trabalhando-se com a percepção, conscientização do quadro apresentado, treino muscular, aprendizagem e automatização das funções orofaciais, de

acordo com as metas terapêuticas estabelecidas. O trabalho desenvolvido tem como objetivo a melhoria ou adequação, quando possível, das funções orofaciais alteradas, sendo um dos aspectos importante a postura corporal (CUNHA *et al.*, 2019; RAHAL; CATTONI, 2019; TOMÉ, 2019).

A **duração das teleconsultas** é de 40 minutos, tendo a possibilidade de se realizar 2 consultas de 20 minutos cada, para as crianças menores de 5-6 anos. A divisão do tempo da teleconsulta para as crianças pequenas gerou boa aceitação dessa modalidade de acompanhamento por parte das famílias. No que se refere à **periodicidade**, sugeriu-se que se mantivesse a mesma das consultas presenciais.

As **teleconsultas** envolvem as seguintes etapas:

1. Envio prévio por e-mail ou *WhatsApp* de todo o material a ser utilizado, explicitando o objetivo de cada item;
2. Realização da teleconsulta propriamente dita e;
3. Orientações dos treinos específicos e individualizados a serem realizados em casa pelo paciente e as orientações fonoaudiológicas aos Pais, em se tratando de crianças. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de organização da teleconsulta, que requer do clínico um tempo de planejamento maior, se comparado a consulta presencial, dadas as etapas apontadas acima.

Sobre a intervenção, uma questão fundamental é a **adesão** e o envolvimento do paciente no tratamento. Quanto maior a percepção e a conscientização do quadro pelo paciente, etapas nas quais buscamos o empoderamento do mesmo no processo (RAHAL; CATTONI, 2019), maior a tendência da adesão ao trabalho proposto. O vínculo, agora sofrendo interferências do ambiente *on line*, e a motivação do paciente também são elementos importantes, sendo necessários materiais adequados para cada faixa etária, de acordo com os objetivos terapêuticos, além de recursos que visam otimizar o tempo de atenção e interesse nas atividades desenvolvidas no contexto virtual.

Na Recomendação nº 20 do CFFa (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020), aponta-se que a Telefonaudiologia deve garantir a **equivalência** aos serviços prestados presencialmente, respeitando-se o Código de Ética da Fonoaudiologia e as boas práticas na

área de atuação. Além disso, o fonoaudiólogo deve ter a mesma responsabilidade sobre o tratamento fonoaudiológico, quando comparada a consulta presencial.

Quanto às **propostas e sugestões para o fonoaudiólogo**, destaca-se o extremo cuidado com o planejamento terapêutico, que deve ser baseado em evidências científicas, mesmo sabendo-se da escassez de publicações sobre Telefonoaudiologia em Motricidade Orofacial. A intenção é poder seguir, sempre que possível, os protocolos de terapia disponíveis e/ou os procedimentos recomendados para as consultas presenciais, adaptando-os ao contexto *on line*.

É relevante destacar a importância do registro de informações e procedimentos fonoaudiológicos nos **prontuários dos pacientes** que são atendidos virtualmente, assim como se realiza nas consultas presenciais, conforme a Resolução do CFFa nº 145, de 2012, citada na Recomendação nº 20 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020).

É papel do fonoaudiólogo informar aos pacientes e/ou familiares as limitações intrínsecas da Telefonoaudiologia, como por exemplo, a impossibilidade de realização de alguns procedimentos fonoaudiológicos, como a aplicação de laser de baixa potência eletroestimulação, bandagem e eletromiografia de superfície, entre outros recursos utilizados na Motricidade Orofacial.

Cabe ressaltar o conteúdo apontado na Recomendação CFFa nº 20, publicada em 23/04/2020 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020), que dispõe sobre o uso da **Telefonoaudiologia**, destacando a necessidade de obedecer às normas técnicas de manuseio e transmissão de dados, garantindo confidencialidade, privacidade e sigilo profissional. Dessa forma, sugere-se o uso de plataformas de atendimento seguras e confiáveis, que preconizam as exigências das orientações do **HIPPA** (*Health Insurance Portability and Accountability Act*).

O **relato de experiência** apresentado teve como objetivo compartilhar informações sobre a Telefonoaudiologia na área da Motricidade Orofacial, apontando questões importantes que envolvem esse ato. Faz-se necessário mais estudos na área que comprovem os procedimentos, trazendo conhecimento, aprofundamento e desenvolvimento de protocolos. Acredita-se que novos caminhos se abrem para o fonoaudiólogo, que deve estar comprometido com a formação para trabalhar com teleconsulta. As perspectivas sugerem que a Telefonoaudiologia será uma prática presente no período pós pandemia, no sentido de expandir as possibilidades de atuação. Nesse sentido, propõe-se, por exemplo, o modelo de

atendimento híbrido, definido como a combinação da terapia fonoaudiológica tradicional e teleconsulta (BEN-AHARON, 2019), desde que haja respaldo dos órgãos que regulamentam a profissão.

Concluindo, a experiência com **Telefonoaudiologia** tem sido produtiva, com *feedback* positivo dos pacientes e/ou familiares, sendo que vem atingindo os objetivos inicialmente traçados no PIAF-TE. Ademais, tem sido observada evolução dos pacientes, dentro do que é esperado para o tempo decorrido das teleconsultas. Outro ponto positivo é o aumento do envolvimento e da participação dos pais no tratamento fonoaudiológico, uma vez que estão juntos, em tempo real, nas teleconsultas. Faz-se importante destacar a necessidade de seguir os aspectos éticos e legais, bem como a qualidade desse acompanhamento, para garantir a equivalência ao atendimento prestado presencialmente, conforme Recomendação do CFFa (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020).

REFERÊNCIAS

- BEN-AHARON, A. A practical guide to establishing an on line speech therapy private practice. **Perspect ASHA Spec Interest Groups**, Rockville, v. 4, n. 4, p. 712-718, 2019.
- BERRETIN-FELIX, G.; LUCCAS, G. R. Diagnóstico em Motricidade Orofacial. *In*: SILVA, H. J. *et al.* **Tratado de Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso, 2019. p. 301-315.
- BERRETIN-FELIX, G.; GENARO, K. F.; MARCHESAN, I. Q. Protocolos de avaliação da motricidade orofacial 1: protocolo de avaliação miofuncional – MBGR. *In*: SILVA, H. J. *et al.* **Tratado de Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso, 2019. p. 255-272.
- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 20, 23 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da Telefonoaudiologia durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacao_CFFa_20_2020.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.
- CUNHA, D. A. *et al.* Respiração oral: avaliação e tratamento fonoaudiológico. *In*: SILVA, H. J. *et al.* **Tratado de Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso, 2019. p. 491-501.
- RAHAL, A.; CATTONI, D. M. O processo de terapia dos distúrbios da deglutição. *In*: SILVA, H. J. *et al.* **Tratado de Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso, 2019. p. 527-536.
- TOMÉ, M. C. Avaliação e terapia da função mastigatória. *In*: SILVA, H. J. *et al.* **Tratado de Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso, 2019. p. 503-525.

Capítulo 3

Experiência na teleconsulta em casos de Paralisia Facial, Disfunção Temporomandibular, Respiração Oral, Distúrbios Respiratórios do Sono/Ronco e Apneia, e Distúrbios da Fala

Adriana Tessitore

Na primeira semana, entre 12 e 17 de março, ainda realizei alguns atendimentos presenciais; contudo, a partir do dia 17 vários pacientes começaram a desmarcar o atendimento. E um medo do desconhecido abalando a todos. No período de 18 a 28 de março permaneci em casa sem realizar qualquer atendimento e também sem saber o que fazer com os pacientes.

A partir da Resolução CFFa nº 20, de 23 de abril de 2020, emitida pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e que aborda sobre a possibilidade do uso da Telefonaudiologia durante a crise causada pelo SARS-CoV-2 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020), iniciei um contato com cada paciente e familiares sobre a possibilidade da teleconsulta, em relação ao espaço físico, computador e acesso bom a internet. Também fiz contato com os meus parceiros profissionais, principalmente os médicos, que estávamos com esta possibilidade de atendimento, assim como eles.

Gostaria de comentar que sou voluntária do Ambulatório da Disciplina de Otorrinolaringologia da Unicamp, onde cursei o mestrado e doutorado, no qual realizo atendimento de pacientes com Paralisia Facial. Tais atendimentos ocorrem pelo Sistema Único de Saúde e foram interrompidos com o isolamento; portanto, os pacientes ficaram sem acompanhamento. Por outro lado, na clínica privada, minha demanda é composta por pacientes de classe média alta, particulares e de convênios que restituem, o que facilitou muito a possibilidade desta nova modalidade de atendimento fonoaudiológico. Tal demanda constituiu-se, exclusivamente, de casos de Motricidade Orofacial, dentre eles, Paralisia Facial (PF), Disfunção Temporomandibular (DTM), Respiração Oral (RO), Ronco e Apneia e Distúrbios de Fala. Escrevendo este texto, surgiu uma oportunidade de avaliação e orientação para um caso de PF (retirada de um tumor na Glândula Parótida), que estava no pós-cirúrgico para obter alta de seu médico e que a teleconsulta foi muito eficaz.

Inicialmente foi utilizado o aplicativo disponível, mas depois houve a possibilidade de usar outras Plataformas com maior segurança em relação a proteção dos dados e seguir orientações, como as do Conselho Federal de Fonoaudiologia e da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia que, em uma parceria, forneceram grandes informações e orientações com as LIVES promovidas com diversos profissionais.

Isso nos deu um norte e, assim, orientei as famílias dos pacientes de 3 a 5 anos, no sentido de que a continuidade dos atendimentos dependeria muito da presença de um adulto, então, optei por pausar os atendimentos desses pacientes menores.

A teleconsulta, no caso daqueles pacientes que já se encontravam em processo terapêutico, foi mais tranquila, pois já existe uma relação estabelecida entre terapeuta e paciente.

PARALISIA FACIAL

Nos casos de PF, os que aceitaram ser atendidos por essa modalidade, estavam ainda em fase inicial e muito envolvidos com a reabilitação. Presencialmente aplicamos um protocolo com uso de laserterapia nos pontos motores da face e, em seguida nas zonas motoras e nos feixes musculares mais afetados. Depois fazemos uso das manobras indutoras, uso das manobras para regulação orofacial dos dois lados da face. E finalizamos com a colocação de bandagem terapêuticas como mais um recurso de estimulação sensorial e neuromotor. Orientamos os cuidados sistemáticos com os olhos e na alimentação, assim como a colocação das bandagens.

A perda do contato físico mudou a relação do processo de reabilitação, em que passamos a usar somente a avaliação dos procedimentos orientados, como as manobras indutoras, cuidados com o olho e orientação com a mastigação (uma grande via de estimulação orofacial).

Por meio da teleconsulta podemos avaliar a evolução da PF e fazer as devidas modificações de estímulos específicos com exercícios funcionais e com a terapia miofuncional propriamente dita; contudo, o atendimento presencial é padrão ouro. Realizei atendimentos com crianças maiores e adolescentes, e não tive dificuldades com a adaptação, pois como mencionado, são pacientes que tinham uma relação já estabelecida comigo. Destaco que no caso da teleconsulta, a terapia engloba os exercícios repetitivos (miotterapia) e a terapia miofuncional.

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Nos pacientes de DTM segui com os mesmos princípios terapêuticos:

- Automassagem com dedilhamento facial e deslizamentos na face. Preparação do musculo masseter e temporal com deslizamentos em suas fibras musculares, para aumentar a irrigação sanguínea e aquecer a musculatura.
- Aplicação de exercícios de língua como varredura do palato anteroposterior.
- Colocar a língua no palato acoplada e abrir e fechar a boca, segurando a abertura da boca com as mãos fechadas e apoiadas na mandíbula para dar contenção no movimento de abertura.
- Fazer exercício que alongue e fortaleça, como esse que trabalha diversos grupos musculares. Solicitar que inspire pelo nariz, inflar a bochecha em seguida segurar assim por quatro a oito segundos, solicitar que solte o ar pelo nariz novamente. Considero esse exercício, muito completo porque estimulamos a respiração nasal ao inspirar e, quando solicitamos para inflar as bochechas, promovemos o alongamentos dos músculos do terço médio da face (zigomáticos e levantadores do lábio e bucinador); a musculatura da orofaringe mantem-se elevada fechando a rinofaringe e encurtando o musculo da úvula, proporcionando, assim, o fortalecimento isométrico do arco palatal e dos pilares (musculo palatofaríngeo e musculo próprio da úvula). Ocorre também o fortalecimento do musculo orbicular da boca e os músculos supra hioideos também são estimulados nesse exercício.

RESPIRAÇÃO ORAL

Para tais casos adotei o seguinte protocolo:

- Automassagem facial simples, com deslizamentos para aquecimento da fibra muscular e dedilhamento na face toda.
- Exercícios específicos de respiração nasal para aumento da propriocepção, como solicitar a dilatação das narinas e pedir para inspirar e em seguida expirar (repetir três vezes). Solicitar ao paciente para tampar a narina direita e inspirar pela esquerda e, em seguida expirar, pela direita e assim vice e versa. Alternar e repetir três ou mais vezes se necessário. Voltar a dilatar as duas narinas e solicitar a percepção da entrada do ar, se foi melhor ou não. Sempre trazendo a conscientização do porquê do exercício.

- Alongamentos da musculatura orofacial extra oral a partir do alongamento dos lábios para dentro da boca.
- Brincar com exercícios de bochechas com sopro, quando criança.

DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO/RONCO E APNEIA

Na área dos distúrbios do sono meus pacientes são adultos e tiveram uma boa adesão a teleconsulta. A terapia consta de muita orientação para conscientização do problema. A higiene do sono é um tema que sempre deve ser abordado e lembrado para conscientizar as mudanças de hábitos que são necessárias para cada caso.

O tratamento também tem seus exercícios miofuncionais para fortalecimento da musculatura orofaríngea, seguindo o protocolo já contemplado cientificamente e bastante conhecido. Portanto todos tinham orientações de exercícios a serem realizados com frequência diária, como os exercícios de mobilidade de língua, palato mole, lábios e pescoço.

DISTÚRBIOS DE FALA

Nesse caso o trabalho foi realizado somente com crianças acima de sete anos, visto que os menores são mais difíceis de manterem o foco na tela do computador por meia hora. Foi interessante porque nesse formato pudemos trabalhar melhor a atenção auditiva e visual, pois quando o paciente se vê numa tela, ele tem mais uma referência para a sua autocorreção do fonema trabalhado. Aqui podemos nos valer de alguns recursos e plataformas utilizadas pela área da linguagem, como por exemplo o SOS dislexia, que ajudou com recursos de estimulação audiovisual e, assim, mantermos a estimulação, achei que valeu muito a pena. Tive respostas surpreendentes e tudo isto fez me reinventar enquanto fonoaudióloga.

Para a fala, a Revista Picolé tem bastante recursos, podemos usar jogos, como stop e jogos com figuras. O uso de exercícios miofuncionais e uso da mastigação como função facilitadora para a fala também pode ser utilizados.

Acredito que a teleconsulta veio para ficar, pois poderemos atender e orientar pacientes e famílias a distância. Essa modalidade acabou com o distanciamento entre as pessoas. Acho que dar supervisão clínica, discutir casos com colegas de outras regiões ou até mesmo de outro país, nesse formato, sempre estaremos próximos.

Manter a atenção do paciente durante a teleconsulta também não foi fácil.... O paciente no seu ambiente familiar, na sua casa, faz com que eles fiquem mais a vontade para

sair da terapia, se manter direto na tela do computador uma experiência que fisicamente me custou muito. Eu tenho terminado o dia de atendimento muito mais cansada que antes. Penso que temos que cuidar mais dos nossos recursos vocais. Cuidar mais, aquecer antes de começar e muita hidratação no decorrer dos atendimentos.

Diante desta experiência meio que *obrigatória*, ganhamos novos horizontes de trabalho. Mas deixo aqui registrado que o atendimento presencial é soberano, padrão ouro, insubstituível no que tange as abordagens, o uso de técnicas como a regulação orofacial, uso da fotobiomodulação com o laser de baixa potência, o uso das bandagens, o *biofeedback*, enfim todos os recursos terapêuticos que a clínica presencial nos permite.

REFERÊNCIA

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 20, 23 de abril de 2020.** Dispõe sobre o uso da Telefonaudiologia durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacao_CFFa_20_2020.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

MARSON, A. *et al.* Efetividade da fonoterapia e proposta de intervenção breve em respiradores orais. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 1153-1166, Oct./Dec. 2012.

TESSITORE, A. Terapia fonoaudiológica em ronco (como eu trato). *In*: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J.; BERRETIN-FELIX, G. (org.). **Terapia fonoaudiológica em Motricidade Orofacial**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2012. p. 111-122.

TESSITORE, A. A fala em casos de paralisia facial. *In*: BERRETIN-FELIX, G. *et al.* (org.). **A fala nos diversos contextos da motricidade orofacial**. 1. ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2015. p. 101-106.

TESSITORE, A. Manobras orofaciais e pontos motores da face: quando utilizá-los? *In*: MOTTA, A. R. *et al.* (org.). **Motricidade orofacial: a atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde**. 1. ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2017. p. 93-100.

TESSITORE, A. Paralisia facial: avaliação e tratamento fonoaudiológico. *In*: SILVA, H. J. *et al.* (org.). **Tratado de motricidade orofacial**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2019. p.721-732.

Capítulo 4

Experiência na teleconsulta de pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica

Marlei Braude Canterji

Diante da atual realidade que estamos enfrentando com o Novo Coronavírus, tivemos de modificar de forma radical a nossa rotina de vida, em todos os aspectos, dentre eles o profissional. Minha área de atuação se concentra no atendimento de pacientes com Obesidade e indicação de Cirurgia Bariátrica. A maioria, conforme protocolo que adoto nas duas clínicas em que atuo, em Porto Alegre-RS e em São Leopoldo-RS, já consultaram com cirurgião e iniciaram os atendimentos com os demais membros da equipe multiprofissional, formada por fisioterapeuta, nutricionista, psicólogas e fonoaudióloga. São pacientes jovens, adultos e idosos, que são atendidos desde o pré-operatório (em torno de 45 dias antes do procedimento cirúrgico) até seis meses após a cirurgia.

Com pacientes em diferentes fases do tratamento, que precisavam de orientação e monitoramento, sob pena de comprometer o êxito de sua intervenção cirúrgica, impedidos que estavam de fazer consultas presenciais, fui em busca da Legislação do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que normatiza o exercício profissional da Fonoaudiologia, para analisar outras possibilidades para manter o atendimento, que não a presencial. A deliberação encontrada na Resolução nº 427/13 dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia, em seu artigo primeiro:

“Define-se Telessaúde em Fonoaudiologia como o exercício da profissão por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação, com as quais se poderá prestar serviços em saúde como teleconsultoria, segunda opinião formativa, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento e teleducação, visando o aumento da qualidade, equidade e da eficiência dos serviços e da educação profissional, prestados por esses meios”. [...] Art. 6º: “A prestação de serviços fonoaudiológicos em telessaúde pode ser dividida em: III) Teleconsulta - consulta clínica registrada e realizada pelo fonoaudiólogo à distância. A teleconsulta é realizada nas seguintes situações: [...] c) consulta entre paciente e fonoaudiólogo, ambos à distância. Esta modalidade engloba ações fonoaudiológicas de orientação, esclarecimento de dúvidas, condutas preventivas e não permite avaliação clínica, prescrição diagnóstica ou terapêutica”. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013).

No contexto de ações de orientação e esclarecimento de dúvidas em Cirurgia Bariátrica, que são relacionadas ao retorno alimentar, à evolução das consistências, às quantidades e

qualidades alimentares por porção ingerida, vislumbrei uma alternativa de atendimento aos operados.

Desta forma, em março do corrente ano, os atendimentos de pacientes operados (que são realizados de forma interdisciplinar com a nutricionista) foram programados para serem iniciados no final do mesmo mês. Neste momento, a demanda dos pacientes operados parecia ter sido “resolvida”. Dessa forma, os atendimentos de acompanhamento de pacientes foram iniciados no dia 18/03/2020, sendo realizados de forma on-line.

Porém, permanecia a impossibilidade de atender, visto que a Legislação vigente autorizava a orientação e esclarecimento de dúvidas, não permitindo o atendimento clínico. Sendo assim, o cuidado aos pacientes que iniciaram a avaliação (mas não finalizaram os atendimentos do pré-operatório) e os pacientes novos já agendados para avaliação, não estavam contemplados no rol de determinações do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Como fazer os atendimentos sem uma determinação do CFFa?

A situação se modificou com a publicação da Recomendação CFFa nº 20, de 23 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da Telefonaudiologia durante a crise causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). O Art. 1º da Recomendação estabelece diretrizes de como proceder em situações contingenciais: Art. 1º “Em caráter emergencial, o uso do telemonitoramento e da teleconsulta enquanto durar a crise ocasionada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), respeitando-se os decretos estaduais e municipais que disciplinam o distanciamento ou isolamento social” (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020). Diante da publicação da Recomendação, iniciei também as primeiras consultas on-line.

Passados mais de dois meses do “novo modelo” de atendimentos, tenho convicção que muitas dessas adaptações vieram para ficar. Sendo a obesidade um fator de risco para COVID-19, muitos pacientes estão em home-office, o que facilita o agendamento e marcação de consultas em horários, muitas vezes, diferentes dos ofertados de forma presencial, bem como a possibilidade de realização das orientações funcionais (necessárias ao aprendizado das funções orofaciais), fundamentais para a melhora da qualidade de vida do operado.

Tenho explicado aos pacientes, durante os atendimentos, que estão tendo a oportunidade de se dedicar a sua saúde e às modificações necessárias para uma nova modalidade de vida, com um tempo que talvez não tivessem com a rotina que levavam antes. Relatos de pacientes demonstram a importância de estarem seguindo seu acompanhamento,

de manterem seus treinos funcionais, de estarem sendo assistidos, de terem mantido seu objetivo de realizar a cirurgia, sem a sensação de interrupção do seu plano de vida, mas apenas um adiamento de data do procedimento cirúrgico, tão importante para sua mudança de estilo de vida.

Como toda a inovação ou proposta de novas posturas, a Teleconsulta também tem aspectos positivos e negativos. Elenco, abaixo, alguns aspectos positivos em todo esse processo de mudança:

- Durante a avaliação orofacial funcional o paciente acompanha, em tempo real, como realiza a ingestão dos alimentos nas consistências: líquido diretamente do copo (com e sem canudo), pastoso (iogurte) e sólido (pão). Cabe salientar que o paciente obeso não gosta de se ver no espelho, no entanto, essa nova experiência está sendo necessária para dar continuidade ao seu tratamento e sendo muito bem aceita por eles. Quando agendamos a 1ª consulta, solicito ao paciente, se possível, os alimentos acima descritos. Até o momento, todas as pessoas atendidas possuíam estes alimentos em casa, sendo um facilitador dentro da realidade de distanciamento social.
- No decorrer dos atendimentos, surgiu a ideia de solicitar ao paciente que realize abertura e fechamento de boca e sentir o que acontecia com sua Articulação Temporomandibular (ATM).
- Após a explicação sobre sua ATM (estrutura, funções e disfunção), solicito ao paciente que coloque os dedos (indicador, médio, e anelar) em frente a sua orelha, realize abertura e fechamento de mandíbula e observe: sente ruído, estalido, dor ou deslocamento. Sabemos que isso não substitui de forma alguma a avaliação realizada pelo profissional, mas oportuniza a pessoa para que relate suas observações e sensações, mediante a conscientização na realização dos movimentos mandibulares. Tem sido bem interessante o relato dos pacientes, auxiliando no panorama da sua situação da sua ATM, no intuito de investigar alguma possibilidade de disfunção.
- Há maior flexibilização nos horários para atendimento, favorecendo a adequação à rotina de cada paciente: os que trabalham em outra cidade e retornam aos seus lares somente no final de semana, os que têm filhos pequenos, os que têm idosos que necessitam de cuidados, dentre outros fatores. Em contrapartida, a carga de trabalho

é superior, no intuito de disponibilizar mais horários para os pacientes, inclusive aos sábados para facilitar a rotina de cada um.

- A possibilidade de número de consultas, dentro da minha realidade de trabalho, é restrita, pois o paciente quer ser atendido por vários profissionais na mesma marcação, então as consultas fonoaudiológicas são reduzidas, são no máximo três, antes da cirurgia. Lembro que ele não está buscando uma Terapia Fonoaudiológica e, sim, a cirurgia. Já para atendimento on-line, por não necessitar de deslocamento, facilita aqueles que moram distantes (mesmo sendo na mesma cidade) e os que moram no interior. O paciente está sendo atendido mais vezes que no presencial (isso não significa um custo maior para o paciente).

Por outro lado, temos alguns aspectos negativos, nesta modificação do processo de trabalho:

- A avaliação das estruturas orofaciais, por exemplo, quanto à tonicidade, oclusão, perda de dentes, ATM (que também surgiu uma opção de ser “observada” num primeiro momento) não é tão detalhada quanto seria na modalidade presencial.
- A carga de trabalho é superior à disponibilizada no atendimento presencial, pois há um oferecimento de mais horários para os pacientes (inclusive aos sábados para facilitar a rotina de cada um), favorecendo possibilidade de agendamento a qualquer hora. Considero este aspecto um desafio, pois estabelecer uma rotina quando o trabalho está sendo realizado na nossa casa é mais difícil. Porém, devemos respeitar nossos próprios limites e muitas vezes este equilíbrio é um tanto quanto difícil. Bem diferente de quando atendemos no consultório, que temos um horário de entrada e de saída, geralmente, pré-estabelecidos.
- Mesmo com o auxílio das secretárias para marcação e confirmação das consultas, sempre reforço o horário de atendimento, enviando uma mensagem, avisando que vou chamá-lo em seguida ou a determinada hora, conforme agendado e confirmado, justamente por acreditar que é invasivo chamar o paciente diretamente por vídeo. Houve imprevistos, os quais, muitas vezes, trouxeram a necessidade de informar ao próximo paciente o atraso de alguns minutos para chamá-lo. Essa logística acaba alterando a carga horária.

O principal neste processo está na tentativa de manter o equilíbrio, entre os aspectos positivos e negativos, e buscar novas alternativas para oferecer um atendimento cada vez mais eficaz e, ao mesmo tempo eficiente para nossos pacientes. Seguimos buscando novos caminhos e alternativas, em um momento especialmente desafiador para todos nós, com a convicção de estarmos ajudando a construir a história da nossa profissão, através das pontes erguidas em direção a cada paciente e suas demandas.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 43, p. 158, 5 mar. 2013. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2013&jornal=1&pagina=158>. Acesso em: 28 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 20, 23 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da Telefonaudiologia durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em:

https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacao_CFFa_20_2020.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.

Capítulo 5

Uma reflexão sobre o processo de avaliação e intervenção na teleconsulta em Motricidade Orofacial

Silmara Regina Pavani Sovinski

Como é de conhecimento de todos, a pandemia, que se iniciou em dezembro de 2019 na China, devido a infecção humana pelo novo agente do coronavírus (nCoV-2019), rapidamente se espalhou pelo mundo, chegando também ao Brasil, confirmando seu primeiro caso no dia 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo (BRASIL, 2020). Mediante o risco de avanço da disseminação da doença e das medidas de segurança tomadas pelas autoridades nacionais, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) também se pronunciou à classe pela Recomendação nº 19, de 19 de março de 2020, suspendendo os atendimentos fonoaudiológicos não eletivos (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2020). Recomendando, dessa forma, que a continuidade dos atendimentos que estavam ocorrendo presencialmente poderiam ser por meio de teleconsulta, de acordo com a Resolução CFFa nº 427, de 1º de março de 2013 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013, 2020).

Diante da rápida mudança na rotina clínica, mesmo sem ter experiência em Telefonaudiologia, me ocorreu o início de uma definição de critérios, para que eu me organizasse e o atendimento pudesse garantir a qualidade do serviço que estava sendo prestado presencialmente, sem perdas para o paciente, para o planejamento terapêutico e para a continuidade financeira do consultório particular. A primeira ação tomada foi saber sobre o desejo que o paciente ou responsável tinha de dar continuidade ao tratamento por meios tecnológicos. Desta forma, uma carta foi elaborada sobre a proposta para teleconsulta, com as regras que tínhamos que seguir, que me pareciam adequadas quanto aos horários, acompanhamento dos pais, lugar para a realização da terapia, considerando a Resolução CFFa nº 427, de 1º de março de 2013 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013).

O posicionamento da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Conselho Federal de Fonoaudiologia e da Academia Brasileira de Audiologia foi fundamental na promoção de materiais e palestras para orientação do uso de plataformas seguras e o significado disso para

o paciente e para o profissional, inclusive legalmente, podendo ser acessado “Nota de Esclarecimento sobre a Telessaúde em Fonoaudiologia” no site da SBFa (www.sbfa.org.br) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA, 2020). Então, adaptou-se as plataformas, e ações foram reorganizadas. Nem todos os pacientes aceitaram continuar com os atendimentos. Dentre os que aceitaram, estavam pós-cirúrgicos de ortognática, pacientes com distúrbios respiratórios do sono e casos associados à ortodontia. Foram atendidas crianças e adolescentes entre 9 e 16 anos, adultos entre 26 e 56 e dois idosos de 66 e 68 anos.

QUANTO A CONTINUIDADE DOS PROCESSOS TERAPÊUTICOS

Muitos desses pacientes tinham iniciado o processo terapêutico recentemente, portanto a avaliação foi realizada ainda de forma presencial. Alguns estavam em fase de conscientização sobre suas dificuldades oromiofuncionais, para os quais foram utilizados vídeos explicativos e figuras para tal objetivo. Em minha experiência, foi possível que os atendimentos fossem realizados on-line, mas no consultório, e desta forma foram utilizados materiais explicativos como de costume, e a percepção foi que o ambiente favoreceu o contexto da terapia, inclusive para a terapeuta.

Todas as sessões foram registradas em prontuários e com registros fotográficos e por vezes em vídeo. Inclusive, registros de pagamento, além de ser enviado comprovante por e-mail.

De acordo com o Art. 5º da Resolução CFFa nº 427, de 1º de março de 2013 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013), a prestação de serviços em telessaúde pode ser de forma síncrona ou assíncrona:

- a) Síncrona: qualquer forma de comunicação a distância realizada em tempo real;
- b) Assíncrona: qualquer forma de comunicação a distância não realizada em tempo real.

Para as crianças e alguns adultos foram realizadas atividades síncronas e assíncronas, como por exemplo: a terapeuta enviou, por e-mail, as atividades que iriam ser realizadas, anteriormente à sessão, para que pudessem ser impressas antes do horário combinado, assim como solicitação de alimentos, lanternas para iluminar a boca e facilitar a visão da terapeuta ou algum material específico de acordo com o planejamento. Também foi enviado materiais

como diário alimentar, diário de sono, para ser discutido e orientado quanto ao preenchimento previamente à sessão.

Além disso, também foi solicitado aos pais das crianças e aos pacientes adultos que filmassem e enviassem para a terapeuta, situações de vida diária como mastigação, brincadeiras, assistir televisão, computador, jogos e, assim, pudessem ser observados e discutido em conjunto durante a terapia quanto ao padrão mastigatório, a postura dos lábios e da língua durante as estas atividades. Desta forma, promovendo a identificação de alterações foi estimulado a mudança de comportamento.

Quando foi orientado aos pacientes que realizassem algum tipo de exercício, a execução correta deste, pelos próprios pacientes, foi filmada durante a terapia e enviado para eles logo após, a fim de terem o padrão durante a semana e para que não ficassem com dúvidas quanto a realização. Ainda assim, quando surgiram dúvidas foi enviado um novo vídeo, mas agora realizado pela terapeuta com o padrão adequado.

Nos pacientes com distúrbios respiratórios do sono também foi possível se utilizar de aplicativos para identificar o ronco e compartilhar os resultados entre as partes. Quanto aos pacientes com uso de CPAP, foram orientados a redobrar os cuidados de limpeza com o equipamento e também foi solicitado aos que tinham aparelhos de monitoramento a distância, que o fisioterapeuta fizesse a leitura do cartão e pudesse, desta forma, ser monitorado também os resultados da terapia ou a necessidade de orientações específicas. Assim também, foram orientados quanto a higiene do sono, apesar de ser comum esta prática, durante o período de quarentena muitas alterações ocorreram no ritmo de vida individual e no ritmo de sono e vigília, impactando negativamente na qualidade do sono.

QUANTO A AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO

Neste período não tive a experiência de avaliar um indivíduo no início de um processo terapêutico e sim realizar a reavaliação, o que considero mais fácil, pois já havia previamente uma impressão e registros dos pacientes realizados presencialmente. Este foi um dos pontos de maior dificuldade encontrados na Telefonaudiologia e Motricidade Orofacial em minha opinião. O que pode ser avaliado pela forma, mobilidade, postura talvez não seja muito distante do que o avaliado presencialmente, mas na avaliação de palpação, pontos de dor, medidas faciais, como abertura de boca por exemplo, foram de difícil precisão. Por isso, considero que a avaliação deva ser realizada presencialmente o que caracteriza a necessidade

de um processo terapêutico híbrido (BEN-AHARON, 2019), em que o tratamento é realizado das duas formas, presencial e por teleconsulta.

QUANTO A EXPERIÊNCIA NO PROCESSO DE INTERVENÇÃO

Como relatado inicialmente, por não ter experiência com Telefonaudiologia, não foi oferecido atendimento para as crianças menores, de 4 a 6 anos, pelo receio de encontrar dificuldades quanto ao tempo de terapia, interação e comportamento dessas crianças nesse tipo de atendimento, sem que tivesse domínio de técnicas para realiza-lo.

Quanto as crianças maiores, adolescentes, adultos e idosos, pude perceber que a Telefonaudiologia oferece um tratamento bastante eficiente, e que os resultados foram satisfatórios apresentando evolução. Sendo que, dentre os casos atendidos, um recebeu alta, ficando combinado que a reavaliação seria realizada de forma presencial, assim que possível, e outro evoluiu para período quinzenal, com evolução de fechamento de mordida aberta anterior, visto que esses dois pacientes estavam num estágio mais avançado da terapia presencial ao iniciar as teleconsultas.

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A TELECONSULTA EM MOTRICIDADE OROFACIAL

A possibilidade de realizar o atendimento a distância foi surpreendente e em minha concepção tem muito a colaborar nas boas práticas fonoaudiológicas e também na Motricidade Orofacial, sendo positiva e uma crescente tendência a meu ver.

Especialmente nesse momento de grande comoção nacional, e da surpresa que foi modificar a rotina diária e praticar o isolamento social, a Telefonaudiologia foi uma grande oportunidade de trabalho. Em função disso, junto com o atendimento específico na Motricidade Orofacial, também foi necessário ter uma grande empatia com cada família e um acolhimento a cada um dos pacientes de forma especial. Alguns iniciaram o tratamento, mas logo em seguida tiveram que parar por questões financeiras, o medo e a incerteza tomou conta de muitos, fazendo com interrompessem alguns compromissos que tinham assumido, inclusive a fonoterapia, e talvez retomem num outro momento.

Sou da cidade de Maringá no Paraná, o isolamento total foi de apenas 30 dias, mas incessantes 30 dias... A questão emocional estava presente em todos os atendimentos, nos idosos que perderam o sono, nas mães que tiveram que assumir muitas funções domésticas

e também auxiliar a terapia fonoaudiológica; e nos adultos que estavam por vezes sem horários disponíveis, por que agora estavam tomados por *home office* e novas preocupações.

Apesar do retorno aos atendimentos ter sido liberado pela Prefeitura Municipal local, muitos pacientes quiseram permanecer em teleconsulta. Assim, foi realizado o atendimento presencial somente para a reavaliação e comprovação dos resultados, sendo a continuação por meio de tecnologias.

Da mesma forma, ocorreram consultas novas de pacientes que fizeram a avaliação presencial e iniciaram o processo por meio da teleconsulta, utilizando assim as duas modalidades ao mesmo tempo. Até por que a situação de aumento de caso de COVID-19 é uma constante, e incerto o futuro, podendo ocorrer vários momentos de interrupções e retornos de isolamento social. Por isso, nos contratos novos já constam acordos para a Telefoniaudiologia, se for necessário.

Gostaria ainda de fazer algumas observações como sobre o tempo de terapia por exemplo, que foi menor para todos os pacientes, pois a atenção me pareceu ser mais direcionada, e cansar mais rapidamente também. A interação é mais rica, dinâmica e acolhedora no atendimento presencial, podendo inclusive ser percebido melhor os detalhes das atividades estomatognáticas.

Além disso, no atendimento on-line, as atividades tem que ser preparadas com bastante antecedência, e se ocorrer algo inesperado, nem sempre temos a nossa mão material para utilizar ou para resolver aquela questão e, desta forma, o terapeuta tem que ser bastante experiente e criativo para administrar essas ocorrências. Este fator é ainda mais acentuado nos atendimentos das crianças; por vezes, após fazer todo o planejamento, no momento da teleconsulta foram realizadas atividades completamente diferentes para alcançar o mesmo objetivo. Quando essas situações ocorrem no consultório, a resolução é facilitada pelo ambiente e interação, pois novamente, temos materiais à nossa disposição e podem haver negociações com os pequenos.

Também gostaria de ressaltar sobre a ação da teleconsulta sobre a saúde do fonoaudiólogo segundo a experiência obtida. Me pareceu haver um esgotamento aumentado do profissional por essa modalidade, pois o esforço para manter a atenção do paciente foi bem maior, o cansaço vocal ao fim do dia também foi percebido, além de um desconforto auditivo pela exposição à voz de característica metálica dos computadores, ou celulares.

Também o ambiente tem que ser adequado para que o profissional não tenha danos posturais, por ficar muito tempo sentado. Ressalta-se também que o acesso que o paciente tem ao terapeuta parece ser mais amplo, pois uma mensagem, ou uma foto enviada, ou um e-mail o coloca rapidamente em contato com ele. Não que isso não deva ocorrer, mas, exige mais tempo do terapeuta para aquele paciente do que no atendimento presencial. Ressalto a importância da realização de um contrato inicial com definições inclusive quanto a esse aspecto.

Acredito desta maneira que relatos como estes apresentados e maiores trocas realizadas pela classe fonoaudiológica possa nos direcionar para promover melhorias para essa prática, não só na Motricidade Orofacial mas em todas as especialidades.

REFERÊNCIAS

BEN-AHARON, A. A practical guide to establishing an on line speech therapy private practice. **Perspect ASHA Spec Interest Groups**, Rockville, v. 4, n. 4, p. 712-718, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do tempo do Coronavírus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 43, p. 158, 5 mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2013&jornal=1&pagina=158>. Acesso em: 21 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 19, de 19 de março de 2020**. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_19_2020.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA. **Nota de esclarecimento sobre a telessaúde em Fonoaudiologia**. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/cvd19-teleconsulta-notaesclarecimento.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

Capítulo 6

Teleconsulta para bebês e crianças com dificuldades alimentares: a experiência do Instituto de Desenvolvimento Infantil

Patrícia Junqueira

Rosana Magagnini

Michelle Miranda Pereira

Maria Fernanda Cestari de Cesar

Os fonoaudiólogos de um modo geral foram surpreendidos com a impossibilidade de atendimento presencial decorrente da pandemia do coronavírus (COVID-19). Para nós, terapeutas da equipe do Instituto de Desenvolvimento Infantil não foi diferente. Essa nova realidade nos trouxe medo, insegurança e a enorme pergunta: “Como poderemos continuar auxiliando as famílias e nossos pacientes com desafios para comer?”

Sabemos que a situação alimentar de uma criança é de extrema importância para seu desenvolvimento a curto, médio e longo prazo, sendo crucial para sua saúde e bem-estar. O diagnóstico da dificuldade alimentar é complexo, bem como o seu tratamento. Compreendemos também que a atuação fonoaudiológica quando adequada pode transformar e possibilitar que a criança estabeleça uma relação positiva e de conforto com os alimentos e com o momento da refeição. Desse modo, nos assustava a possibilidade de “bruscamente” interrompermos nosso atendimento a essa população.

Nossa primeira ação foi desenvolver materiais e programas para ajudar as famílias de nossos pacientes durante o período de quarentena. Assim, enviamos a seguinte listagem aos pais:

- Agenda de atividades sensoriais
- Orientações sobre a “nova” rotina
- Estratégias lúdicas que promovessem a linguagem por meio de jogos
- Relaxamento para crianças
- Meditação para pais

Tivemos um retorno positivo após o envio desse material e, assim, iniciamos uma nova forma de “comunicação” com nossos pacientes. Após alguns dias do encerramento de nossas atividades presenciais, tomamos ciência da regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia pelo nosso órgão máximo, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa).

Art. 1º Define-se Telessaúde em Fonoaudiologia como o exercício da profissão por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação, com as quais se poderá prestar serviços em saúde como teleconsultoria, segunda opinião formativa, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento e teleducação, visando o aumento da qualidade, equidade e da eficiência dos serviços e da educação profissional, prestados por esses meios.

Art. 2º Os serviços prestados por meio da Telessaúde em Fonoaudiologia deverão respeitar a infraestrutura tecnológica física, recursos humanos e materiais adequados, assim como obedecer às normas técnicas de guarda, manuseio e transmissão de dados, garantindo confidencialidade, privacidade e sigilo profissional.

Art. 3º O fonoaudiólogo que presta serviço em telessaúde deve realizar procedimentos que garantam a mesma eficácia, efetividade e equivalência do atendimento e do ensino presencial.

Art. 4º O fonoaudiólogo é sempre o responsável técnico e legal pelos resultados advindos de sua intervenção, inclusive na presença de facilitadores ou corresponsáveis. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2013).

A regulamentação da Telefonaudiologia nos proporcionou um misto de sentimentos. Porque, se por um lado nos sentíamos aliviados e agradecidos pela oportunidade que o CFFa nos proporcionava, por outro vinham a incerteza e a enorme responsabilidade em manter a qualidade, bem como, a eficácia dos procedimentos presenciais, agora on-line.

Muitas dúvidas pairavam em nossas mentes: “Como vamos manter as crianças conectadas conosco? Como faremos os estímulos preparatórios para as sessões e os alimentos”?, enfim... eram muito mais perguntas do que respostas.

Gradativamente fomos nos organizando e realizando muitas reuniões on-line em equipe. Isso nos possibilitou criar um novo modelo de teleconsulta para atendermos as crianças com dificuldades alimentares, que compartilhamos a seguir.

MODELO DE TELECONSULTA PARA BEBÊS E CRIANÇAS COM DIFICULDADES ALIMENTARES

O local a ser realizado o atendimento, a garantia de sigilo e ética profissional foram discutidos em equipe para que pudéssemos nos preparar para esse novo “desafio”. As orientações e informações sobre teleconsulta fornecidas pelo CFFa e pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, além do levantamento de conteúdo científico, respaldaram ainda mais nossa atuação.

Ao agendar a teleconsulta a família é informada de todos os procedimentos e preparos necessários. Informamos que, para a efetividade de teleconsulta, tanto os profissionais quanto a família, precisam estar aptos e preparados.

A teleconsulta tem sido realizada utilizando as plataformas disponíveis e autorizadas pelo CFFa. Nossa **Teleconsulta** consta de três momentos, agendados em dias e horários distintos: 1. Entrevista com os pais

2. Avaliação com a criança

3. Devolutiva com os pais

1. ENTREVISTA COM OS PAIS

a) MATERIAL NECESSÁRIO ANTES DA ENTREVISTA

A família deve se preparar para esse momento enviando por e-mail, com pelo menos três dias de antecedência, o seguinte material:

- Um filme de uma situação de refeição da criança
- Um registro do Diário Alimentar da criança durante três dias

b) ENTREVISTA COM OS PAIS

No momento agendado o profissional entra em contato (por meio da plataforma on-line disponível) com a família e realiza a conversa.

Temos tido ótimas entrevistas com as famílias, que no geral costumam escolher um local adequado da casa, bem como dar preferência por um horário em que a criança esteja dormindo e ou com algum cuidador.

Observamos que a Teleconsulta tem favorecido a presença do pai nesse momento. Não que isso não ocorresse em nossos atendimentos presenciais, mas observamos que agora a disponibilidade deles nos parece maior. Outro ponto positivo é poder,

já no primeiro contato com a família, observar alguns aspectos do ambiente e da dinâmica familiar. Por exemplo, algumas famílias não conseguem manter o foco na conversa por constantes interrupções dos filhos. Outros pais pedem para que aguardemos um momento, porque ouvem o filho chorar e precisam ir vê-lo, mesmo quando estão com outro cuidador.

2. AVALIAÇÃO COM A CRIANÇA

Para maior efetividade nesse momento enviamos anteriormente às famílias (por e-mail) as orientações a seguir:

a) A ESCOLHA E PREPARAÇÃO DO AMBIENTE

A preparação do ambiente também será de fundamental importância neste momento. Em situações tensas e de estresse a criança não terá o mesmo desempenho e poderá se sentir pressionada. Importante não ter interferência de pessoas passando, ruídos ou distrativos que possam competir com a atenção da criança, assim ela poderá se conectar conosco. Deixar todos os utensílios, materiais e alimentos descritos abaixo, disponíveis antes de iniciarmos a conexão.

Orientamos acessar a plataforma *Spotify*, na conta do Instituto de Desenvolvimento Infantil, uns 10 minutos antes de iniciarmos a sessão para ouvir nossa *playlist*. Estas são metamúsicas que propiciam um relaxamento dos dois hemisférios cerebrais ao mesmo tempo, colaborando assim, para a diminuição da ansiedade que pode ser causada quando a criança se depara com alimentos diferentes dos que ela aceita, por exemplo. Estas músicas acalmam a todos neste momento.

Em seguida, orientamos também deixar preparada a cadeira em que a criança costuma se sentar para se alimentar, algumas almofadas, uma bolinha, um lençol ou colchonete.

b) UTENSÍLIOS/MATERIAIS

- Colheres diferentes das da criança ou da casa



- Canudos de diferentes calibres, se possível



- Copo dele(a) com canudo de silicone



- Copo pequeno aberto



- Dois recipientes da casa, sendo um maior (como uma forma de bolo) e outro menor de plástico para colocar alimentos



- Mordedores (caso tenha), escova de dente e ou brinquedos de borracha que possam ser levados à boca



c) ALIMENTOS

- Água potável
- Uma laranja ou limão
- Alimentos preferidos e consumidos pela criança com maior facilidade
- Biscoitos do tipo polvilho em dois formatos diferentes
- Bolachas do tipo maisena de duas marcas diferentes
- Duas bolachas salgadas (sendo uma água e sal e uma temperada)
- Duas frutas que a criança aceite
- Um iogurte
- Um pedaço de bolo de textura uniforme dentro
- Um pão macio, do tipo bisnaguinha

Iniciamos sempre com um preparo sensorial da criança, com o intuito de criar um vínculo com ela, nos momentos que antecedem o contato mais direto com os alimentos propriamente dito. Além disso, o objetivo desse preparo aumenta a percepção corporal global, causando relaxamento e bem-estar.

Para que esse momento seja possível nos tornamos, nesse instante, muito conectadas com a mãe da criança para que ela possa realizar as manobras propostas. Vamos guiando a mãe nesse processo de preparo sensorial com uma voz suave e amorosa. Com gentileza vamos solicitando que siga nossos comandos. Cantamos músicas suaves com *humming* e sons

bilabiais e incentivamos a mãe também a cantar. É essencial que a câmera do computador esteja bem posicionada para que possamos visualizar as expressões faciais e reações da criança e da mãe.

Nossa experiência tem mostrado o quão rico e eficaz tem sido esse momento. Estabelece-se uma profunda conexão e reciprocidade entre a mãe e a criança. Em bebês esse momento muitas vezes é mágico e encantador, algo que, sinceramente jamais pudéssemos imaginar que fosse possível.

Certamente houve casos, principalmente com crianças maiores de dois anos, em que esses estímulos foram mais difíceis, pelo próprio desenvolvimento motor, vivacidade e curiosidade inatos a essa fase. Nesses casos utilizamos mais brincadeiras diretas com as crianças que também tivessem o mesmo efeito calmante e ao mesmo tempo de alerta e de maior percepção corporal.

Em seguida posicionamos a criança para a vivência alimentar. Sempre partindo das preferências sensoriais das crianças, iniciamos de modo lúdico a observação no contato com os alimentos. Nesse momento utiliza-se os alimentos e utensílios previamente solicitados.

3. DEVOLUTIVA

A devolutiva é o momento em que encerramos o processo de teleconsulta. Numa conversa com os pais procuramos integrar todos os aspectos da entrevista, dados coletados e teleconsulta com a criança. A queixa da família precisa ser contextualizada, bem como todos os dados coletados conectados e integrados.

Para tanto, abordamos nesse momento tanto os mitos e crenças que envolvem a alimentação infantil, quanto como se dá o aprendizado alimentar. Pontuamos os possíveis bloqueios que impediram ou ainda impedem que a criança tenha motivação e desejo em comer. Explicamos também, quais são os objetivos da abordagem que utilizamos e como seguiremos com o tratamento. Como um recurso facilitador nesse momento, utilizamos uma apresentação no modelo *Powerpoint*. Com a facilidade da tecnologia conseguimos compartilhar nossa tela com os pais, fato esse que possibilita maior didática e compreensão.

TELECONSULTA TERAPÊUTICA

Neste momento, o nosso maior objetivo é monitorar o aprendizado alimentar e orientar como ajudar as crianças a participarem das refeições em família à mesa e com prazer. Portanto, a sessão é voltada tanto para manter o vínculo com o paciente, nesse período de afastamento, quanto para orientar os pais e dar orientações de atividades para manter os progressos alimentares em casa.

Mesmo já tendo um vínculo com a criança, sabíamos que o atendimento on-line teria algumas diferenças do presencial. As crianças poderiam ficar mais dispersas e, por isso, elaboramos um material com algumas orientações para que a sessão fosse ainda mais produtiva. As orientações e sugestões listadas abaixo podem sofrer variações a cada paciente, desde a escolha e preparação do ambiente até a seleção dos utensílios e alimentos:

1) A ESCOLHA E PREPARAÇÃO DO AMBIENTE PARA TERAPIA

A preparação do ambiente também foi de fundamental importância neste momento, já que em situações tensas e de estresse, a criança não tem o mesmo desempenho e pode se sentir pressionada. Foi solicitado aos pais que se assegurassem de que não houvesse interferência de pessoas passando, ruídos ou distrativos que pudessem competir com a atenção da criança, assim ela poderia se conectar melhor conosco. Sugerimos que os utensílios, materiais e alimentos descritos abaixo, estivessem disponíveis antes de iniciarmos a conexão.

Caso os pais tivessem acesso à plataforma *Spotify*, deveriam acessar a conta do Instituto de Desenvolvimento Infantil, por volta de 10 minutos antes de iniciarmos e colocar para tocar nossa *playlist* (meta música).

Em seguida, antes de levar a criança ao cadeirão, cadeirinha ou lugar que ela sentaria para fazer a sessão, faríamos o preparo sensorial com sugestão de algumas brincadeiras e estímulos. Para isso, algumas almofadas, um lençol, uma bolinha ou colchonete deveriam estar preparados.

Todo esse preparo era simples! E sempre nos colocamos à disposição para solucionar eventuais dúvidas que os pais tivessem durante o processo.

2) *UTENSÍLIOS/MATERIAIS*

Talheres diferentes da criança ou da casa

Canudos de calibres diferentes, se possível

Recipientes da casa: forminhas de gelo, *bowls*

Mordedores (caso tenha), escova de dente e ou brinquedos de borracha que pudessem ser levados à boca

3) *ALIMENTOS*

Água potável

Uma laranja ou limão

Alimentos habituais*

Alimentos novos* para aproximação

*os alimentos específicos de cada sessão são sugeridos pela terapeuta a cada sessão.

Apesar da insegurança inicial com a nova dinâmica, as teleconsultas nos surpreenderam e mostraram muito mais pontos positivos do que negativos ao longo desse período.

As dificuldades enfrentadas englobam aspectos tecnológicos, como possível instabilidade na internet ou nos dispositivos eletrônicos e também aspectos específicos da atuação fonoaudiológica, como a dificuldade em avaliar adequadamente o frênulo lingual. O fato de a criança estar na própria casa também aumenta a possibilidade de distração durante as terapias, visto que ela pode ter fácil acesso a outros cômodos e objetos.

Quanto aos benefícios encontrados, pudemos perceber um envolvimento maior dos pais no processo, já que estavam mais próximos dos filhos durante a sessão e também ao longo da semana. No tratamento das dificuldades alimentares, esse envolvimento é essencial e, embora nossa abordagem preconize a participação das famílias durante as sessões, muitas vezes isso não acontecia no atendimento presencial, uma vez que muitas crianças eram acompanhadas por cuidadores enquanto os pais estavam no trabalho.

A presença dos pais favoreceu a conexão entre eles e os filhos. As atividades que seriam realizadas pela terapeuta em uma sessão presencial, são realizadas por eles mesmos e, assim conseguimos observar “ao vivo” a execução das orientações, guiando para que sejam feitas da melhor forma possível.

Outro ponto positivo foi a possibilidade de, para alguns casos, dividir as sessões de 1 hora em dois momentos de 30 minutos, aumentando a frequência do contato com o paciente e sua família. Isso não era possível presencialmente, devido ao tempo de deslocamento até o Instituto e às agendas diárias.

Com relação ao desempenho dos pacientes, observamos que os menores de dois anos puderam participar das sessões por tempo suficiente, sentados no cadeirão ou à mesa, alternando o foco nos pais e na terapeuta. Nesses casos, o tempo de orientação aos pais é maior, o que fortalece o vínculo terapeuta-família e possibilita tirar todas as dúvidas do processo terapêutico. Com essa população, as atividades são dinâmicas, com uso dos alimentos e utensílios solicitados, além de eventuais brinquedos.

Com os pacientes maiores de dois anos, o vínculo se estabeleceu mais facilmente, chegando a tolerar 50 minutos de atividades. Com esses pacientes as atividades envolviam jogos on-line, também no *Powerpoint*, todos sempre personalizados de acordo com as preferências individuais da criança.

Além das estratégias durante as sessões, também enviamos materiais por escrito, sugerindo atividades para a semana e levantando os aspectos positivos observados até o momento. Esse tipo de documento serviu como “material de apoio” aos pais, para que não esquecessem das orientações dadas e pudessem aplicar adequadamente até a próxima sessão.

CONCLUSÃO

O modelo proposto de teleconsulta a bebês e crianças com desafios alimentares tem se mostrado eficaz. Sabemos que são poucos os profissionais no Brasil e até em alguns países da América do Sul e Europa com formação e experiência em bebês e crianças com dificuldades alimentares. A teleconsulta possibilitou que pudéssemos ampliar ainda mais nosso campo de atuação atendendo e auxiliando bebês e crianças de todo o Brasil e do exterior, que não teriam a chance de um atendimento presencial.

Temos ainda uma forte demanda de pacientes que já se encontram em terapia fonoaudiológica com outros fonoaudiólogos e que, com a possibilidade da teleconsulta, têm nos procurado em busca de nossa abordagem e de uma nova forma de atendimento. Esse fato

tem nos possibilitado supervisionar e orientar os colegas que ainda não possuem experiência direta com dificuldades alimentares infantis.

O atendimento à criança com dificuldade alimentar depende de um trabalho transdisciplinar. Nesse momento, devido às restrições (próprias da profissão e de seu respectivo órgão de classe) não pudemos contar com a equipe de Terapeutas Ocupacionais com formação em Integração Sensorial, para Avaliação e Terapia aos nossos pacientes com alterações no Processamento Sensorial. Certamente esse fato impactou e impacta diretamente no comportamento alimentar dessas crianças podendo interferir no resultado da terapia fonoaudiológica.

Mais estudos e pesquisas a curto e longo prazo precisam ser realizadas para que possamos mensurar a efetividade da teleconsulta nas mais diversas áreas de atuação do fonoaudiólogo.

REFERÊNCIA

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 43, p. 158, 5 mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2013&jornal=1&pagina=158>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

SPINARDI, A. C. P. *et al.* Telefonaudiologia: ciência e tecnologia em saúde. **Pró-Fono**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 249-254, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pfono/v21n3/12.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

Capítulo 7

Teleconsulta na área de Motricidade Orofacial em Projeto de Extensão na Universidade de Brasília

Melissa Picinato-Pirola

Camila de Castro Corrêa

Na Universidade de Brasília os atendimentos aos pacientes com distúrbios em Motricidade Orofacial ocorrem na disciplina de Estágio Supervisionado em Fonoaudiologia, na qual frequentam os alunos que estão no fluxo curricular a partir do 6º semestre do curso. Os atendimentos nesta área acontecem em sessões semanais presenciais de 45 minutos no Setor de Odontologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), sendo realizados por um grupo de 6 alunos matriculados na disciplina e supervisionados pela preceptora, fonoaudióloga contratada do HUB e pela professora da área de Motricidade Orofacial da Universidade de Brasília.

Diante da pandemia mundial e dos decretos dos governos que preconizaram as medidas de isolamento social, a Universidade de Brasília teve o calendário acadêmico suspenso a partir do dia 23/03/2020, sendo todas as aulas e atividades práticas da grade curricular interrompidas subitamente.

Com essa realidade e de modo a não trazer consideráveis prejuízos e consequências para os pacientes em atendimento, após consentimento do Conselho Federal de Fonoaudiologia para a teleconsulta, foi proposto a continuidade dos atendimentos de forma virtual dentro de um projeto de extensão denominado “Telemonitoramento fonoaudiológico supervisionado no período de isolamento social do COVID-19”, o qual foi aprovado pelo decanato de extensão da Universidade de Brasília.

No que se refere à inserção da Teleducação na Motricidade Orofacial, têm-se inúmeras possibilidades, desde a utilização de materiais de promoção de saúde, dentre eles estão os *websites* (CORRÊA; COSTA; BERRETIN-FELIX, 2018; CORRÊA; FERRARI; BERRETIN-FELIX, 2013; CORRÊA *et al.*, 2013), até a realização de capacitação de profissionais (MAXIMINO *et al.*, 2018) e da população em geral (CORRÊA *et al.*, 2015; CORRÊA; BERRETIN-FELIX; BLASCA, 2016).

Em relação à esta segunda possibilidade de utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação na Motricidade Orofacial, a literatura traz importantes resultados da teleconsulta na Fonoaudiologia, ainda apresentando limitação da sistematização deste processo, porém observa-se a

potencialização do alcance das ações clínicas a populações menos favorecidas (WALES; SKINNER; HAYMAN, 2017; LUCENA *et al.*, 2015).

Para a seleção dos pacientes para a teleconsulta, estabeleceu-se como prioridade os casos elencados na tabela 1.

Tabela 1. Classificação dos casos da área de Motricidade Orofacial considerados prioritários para a Teleconsulta.

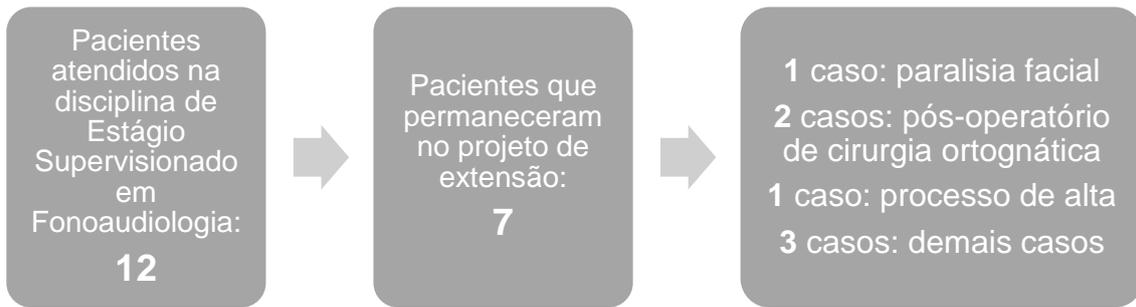
Prioridade	Casos
1	Paralisia Facial
2	Pós-operatório de cirurgia ortognática
3	Casos em processo de alta
4	Demais casos

Fonte: Os autores

Para estruturar o projeto de extensão, foram convidados os seis alunos do grupo de Motricidade Orofacial que estavam matriculados na disciplina de Estágio Supervisionado em Fonoaudiologia e que já eram terapeutas dos pacientes, que permaneceriam em atendimento. Desses alunos, quatro concordaram e puderam participar do projeto de extensão. Foi convidada para fazer parte do acompanhamento dos casos, juntamente à professora responsável da área de Motricidade Orofacial da Universidade de Brasília, uma professora substituta do curso de Fonoaudiologia, com experiência em Telessaúde.

Para a preparação inicial das teleconsultas, foram propostas discussões com o grupo e o acompanhamento das *lives* sobre telessaúde pelo *YouTube*, realizadas pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) desde o início da pandemia. Reforça-se a importância da preparação, estruturação e estudo antes da implantação das Teleconsultas, levando-se também em consideração todas as questões éticas. Sabe-se que atualmente as informações em saúde estão mais expostas na rede virtual, e a Fonoaudiologia deve estar mais atenta em relação aos aspectos do sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações geradas pelas práticas de Telessaúde (SPINARDI-PANES; LOPES-HERRERA; MAXIMINO, 2013).

Dos doze pacientes que estavam em atendimento na área de Motricidade Orofacial dentro da disciplina de Estágio Supervisionado em Fonoaudiologia, sete permaneceram em teleconsulta pelo projeto de extensão, conforme demonstrado no fluxograma a seguir:



As teleconsultas, inicialmente, foram realizadas por meio da plataforma *HiTalk*, que é uma plataforma específica para este fim, cedida pela própria SBFa aos associados. Entretanto, na maioria das tentativas dos atendimentos, houve problemas com áudio e vídeo quando a conexão do paciente ou do terapeuta estava mais lentificada. Assim, foi necessário a modificação para o *Google Meet*, que também foi recomendado pela SBFa. As teleconsultas acontecem em conjunto, ou seja, são conduzidos pelos alunos vinculados ao projeto de extensão e acompanhados, de modo síncrono, pelas professoras da Universidade de Brasília.

Para o acompanhamento dos casos, cada paciente tem uma pasta restrita on-line com a sua documentação, constando anamnese, avaliação e planejamento terapêutico geral, a qual é compartilhada em um drive com as professoras. Antes de cada atendimento, os alunos colocam nesta pasta o planejamento terapêutico diário de cada paciente para a correção e orientação.

Em relação aos horários dos atendimentos, foi estabelecido o dia da semana em que já ocorria o estágio e tentou-se manter o horário que o paciente já era atendido. No primeiro dia da teleconsulta foram retomados os termos de adesão ao tratamento e as condições para as faltas estabelecendo o compromisso entre o paciente e terapeuta.

Uma vez que esses pacientes já estavam em atendimento na disciplina de estágio e pelos mesmos terapeutas, não foram realizadas as avaliações iniciais por teleconsulta e sim, foi dada continuidade ao processo terapêutico já iniciado. Porém, nos casos de paralisia facial e cirurgia ortognática, os pacientes são reavaliados semanalmente.

No caso de paralisia facial, a avaliação foi realizada por meio da execução dos movimentos faciais, não sendo necessários instrumentos para mensurações. Porém nos casos de cirurgia ortognática, os pacientes estavam no processo terapêutico para favorecer o aumento da amplitude dos movimentos mandibulares, sendo então essencial a mensuração dos movimentos para o direcionamento terapêutico adequado e evolução. Nestes casos foram necessárias adaptações para a teleconsulta, ou seja, os pacientes foram orientados a usarem uma régua flexível que se iniciava no número zero e treinados a fazerem as suas próprias mensurações, acompanhados pelos terapeutas e professoras.

As intervenções fonoaudiológicas são todas supervisionadas e direcionadas pelas professoras, de forma que o paciente tenha evolução favorável. Inicialmente, retomou-se os exercícios que já vinham sendo realizados presencialmente e, a partir da evolução de cada paciente e necessidade particular de cada caso, os exercícios eram modificados. Para a introdução de novos exercícios, foram realizadas provas terapêuticas e, após a sondagem por meio da execução dos exercícios pelo paciente, verificava-se se ele era indicado ou se era necessário realizar a prova terapêutica de outro exercício.

Nos atendimentos das crianças, solicita-se o acompanhamento de um dos pais ou de um responsável para que se possa orientar e estabelecer o compromisso do treino em casa. No atendimento do paciente adulto, realiza-se orientação sobre a importância do treino em casa e do compromisso para a sua evolução. Nos dois casos, tanto crianças como adultos, a pactuação da adesão ao tratamento e do compromisso do treino efetivo são fundamentais, pois caso contrário, questiona-se a manutenção da fonoterapia. A motivação do paciente, o *feedback* da sua evolução e o vínculo terapeuta-paciente são essenciais para a manutenção do processo terapêutico.

Após os atendimentos realizados, os alunos têm uma hora de supervisão semanal com a professora da área de Motricidade Orofacial para a discussão dos casos e, após as discussões, são realizados debates de textos e artigos científicos relacionados aos casos atendidos.

De acordo com essa experiência, até o presente momento tivemos evolução dos casos que estão mantidos em teleconsulta. Semanalmente questiona-se sobre a satisfação dos pacientes em relação à manutenção das teleconsultas e todos relataram satisfação e indicam que observaram evolução.

Em relação aos alunos participantes do projeto de extensão, eles relatam que essa experiência está sendo essencial e abrindo horizontes, além disso, se sentem acolhidos pela manutenção de uma atividade dentro da universidade e úteis por estarem prestando serviço à comunidade em tempos tão difíceis.

A não continuidade dos atendimentos desses pacientes devido a suspensão do calendário acadêmico e, conseqüentemente das disciplinas de estágios, trariam danos e prejuízos irreparáveis a eles, que talvez depois fossem impossíveis recuperar, principalmente nos casos de pós-operatório de cirurgia ortognática e paralisia facial.

Com as necessidades atuais, muitos fonoaudiólogos optaram por dar continuidade ao atendimento dos seus pacientes pela teleconsulta. Neste caso, é importante considerar que

há necessidade de uma orientação e formação prévia do fonoaudiólogo para a realização da teleconsulta. Além disso, recomenda-se o uso de plataformas de Telessaúde, levando também em consideração o respeito pelo paciente e o cumprimento das questões éticas (SPINARDI-PANES; LOPES-HERRERA; MAXIMINO, 2013).

Independente de um atendimento virtual, os acordos entre terapeutas e pacientes devem ser pré-estabelecidos de forma que sejam cumpridos os horários dos atendimentos, o limite de faltas e que o paciente tenha adesão ao tratamento proposto. No caso de clínicas e consultórios particulares, os honorários também devem ser fixados previamente. Ressaltamos que os valores devem ser similares ao do atendimento presencial, considerando que este valor se refere aos estudos, formação e tempo dedicado ao estabelecimento do raciocínio clínico voltado especificamente a cada caso, considerando as queixas e dados da avaliação miofuncional orofacial específica ao paciente.

REFERÊNCIAS

- CORRÊA, C. C.; BERRETIN-FELIX, G.; BLASCA, W. Q. Educational program applied to obstructive sleep apnea. **J Commun Disord Deaf Stud Hearing Aids**, Foster City, v. 4, n. 2, p. 1-6, 2016.
- CORRÊA, C. C.; COSTA, D. R.; BERRETIN-FELIX, G. *Websites* em português sobre disfagia orofaríngea no idoso. **Distúrb Comum**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 140-146, mar. 2018.
- CORRÊA, C. C.; FERRARI, D. V.; BERRETIN-FELIX, G. Quality, range, and legibility in web sites related to orofacial functions. **Int Arch Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 358-362, 2013.
- CORRÊA, C. C. *et al.* Website Babies Portal: development and evaluation of the contents regarding orofacial functions. **J Appl Oral Sci**, Bauru, v. 21, n. 6, p. 581-589, 2013.
- CORRÊA, C. C. *et al.* Teleducation about cleft lip and palate: an interdisciplinary approach in the promotion of health. **Int Arch Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 106-111, 2015.
- LUCENA, A. M. *et al.* Speech therapy teleconsultations of a public telehealth service in a developing country. **Stud Health Technol Inform**, Amsterdam, v. 216, p. 986, 2015.
- MAXIMINO, L. P. *et al.* Development and evaluation of a blog about cleft lip and cleft palate and hearing. **Int Arch Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-67, Jan./Mar. 2018.
- SPINARDI-PANES, A. C.; LOPES-HERRERA, A. S.; MAXIMINO, L. P. Aspectos éticos e legais na prática da Telessaúde em Fonoaudiologia. **Rev CEFAC**, Campinas, v. 15, n. 4, p. 1040-1043, jul./ago. 2013.
- WALES, D.; SKINNER, L.; HAYMAN, M. The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: a systematic review. **Int J Telerehabil**, Pittsburgh, v. 9, n. 1, p. 55-70, Spring 2017.

Capítulo 8

Teleconsulta em Motricidade Orofacial com slides animados

Stella Maris Cortez Bacha

No dia 18 de março de 2020 os atendimentos presenciais foram suspensos devido à pandemia do COVID-19. Em casa, recolhida, procurei compreender a situação; era preciso calma! Procurei escutar, escutar, assistir, assistir, ler, ler... Iniciei pelas leituras das informações e orientações de nossos Conselhos Federal e Regional, conversei em grupos de fonoaudiólogos locais e assisti às *lives* da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa. Obtive as respostas iniciais para as questões que eu procurava. Compreendendo melhor a situação, após uma semana pude propor aos pacientes a possibilidade da teleconsulta, mas até então eu não havia me dado conta da complexidade da nova situação.

Nem todos os pacientes e suas famílias concordaram com a proposta, de maneira que, começando aos poucos, pude ir, gradativamente, aperfeiçoando. Na última semana de março/primeira de abril eu já estava atendendo vários pacientes por meio de teleconsultas, mas não estava satisfeita com minha *performance*: eu mantinha o pensamento de atendimento presencial, não conseguia transpor a modalidade de maneira fluida, talvez por eu considerar a minha estrutura física favorável, no sentido de ser quase insubstituível (36 anos de clínica)! Ledo engano! Mas eu não parava de buscar modelos evoluídos e sempre os encontrava nas informações da SBFa (agradecimento eterno!).

Outra consideração que preciso fazer é sobre minha prática em confecção de materiais para Fonoaudiologia. Sempre tive o hábito de planejar, desenhar, elaborar, produzir e, ultimamente, comercializar produtos para a clínica fonoaudiológica. Mas como a proposta destes era para o atendimento presencial, não me foram tão úteis. Também tenho trabalho de filme de exercícios orofaciais, também comercializado há muitos anos, mas também não era esse o foco.

O valor da minha mediação não estava em discussão, mas os recursos e meios precisavam estar de acordo com a proposta de teleconsulta síncrona, considerando-se também o conhecimento da cultura e interesses dos pacientes. Eu e eles precisávamos estar confortáveis com a nova realidade.

A partir da prática em atendimento presencial, e produção de materiais para Fonoaudiologia, tive o objetivo de elaborar outros específicos para serem compartilhados na teleconsulta e observar a resposta do paciente quanto ao envolvimento/adesão e rendimento, pois não havia encontrado, em busca rápida pela *internet*, material semelhante para aquisição. A intenção era simular as ações fonoaudiológicas, com instruções também para os pais.

Elaborar *slides* com imagens estáticas e animadas, a partir das disponíveis na *internet*, pois não havia o objetivo de comercialização, além de não haver tempo hábil para confecção de imagens inéditas. Haveria uma base, uma estrutura inicial e era planejado que a cada nova informação e a cada necessidade do paciente, bem como seu interesse, eu os aprimoraria. O conteúdo se destinaria a crianças de três a oito anos de idade, de diversos quadros fonoaudiológicos clínicos, mas com necessidade de trabalho em Motricidade Orofacial, no que se refere a exercícios orofaciais/praxias e outras para o trabalho com a fala. Esses pacientes já estavam em atendimento fonoaudiológico, sem problemas de interação e colaboração, mas alguns com dificuldades de compreensão.

Foi possível elaborar diversos *slides* com imagem estática e GIF (*Graphics Interchange Forma*) ou combinados. O GIF poderia ser diretamente relacionado ao tema ou ser um “intruso” para surpreender o paciente. Os slides de Motricidade Orofacial foram organizados numa pasta contendo Exercícios de Motricidade Orofacial, cada conjunto com seu nome, salvos de maneira geral/inespecífica, ou específica para cada paciente, sempre com a primeira página identificando o assunto e nome da fonoaudióloga, e a cada slide havia o nome/descrição do exercício ou informações sobre o fonema em questão. Os slides de fala foram salvos em pasta de Exercícios Fonemas, e cada fonema com sua pasta. Apresento abaixo alguns dos grupos de *slides* confeccionados com combinação de imagem colorida estática e/ou GIF.

▪ PRAXIAS OROFACIAIS

1. Sorriso aberto (títulos escritos nos *slides*):
Imagem de boca feminina adulta com sorriso aberto, sem GIF.
2. Bico/Beijo:
Imagem de boca feminina com bico e imagem pequena de GIF com Minion mandando beijo.

3. Sorriso fechado:
Imagem de boca feminina adulta com sorriso fechado, sem GIF.
4. Vibrar os lábios (brrr):
Imagem de rosto/boca masculina demonstrando que vibra os lábios (mãos na face perto da boca) e 2 GIF (ambulância, e carro).
Com a ambulância, a vibração labial poderia se associar à vocal.
5. Abrir e Fechar a boca:
Duas imagens de bocas femininas – uma de boca aberta e outra de boca fechada (arcada fechada e lábios estirados), sem GIF.
6. Língua para os lados:
Duas imagens de boca/língua – uma com a língua para a direita e outra para a esquerda (rodei a mesma imagem) e GIF de seta indicativa para um lado, piscando, e em outro *slide*, a mesma imagem, com GIF de seta indicativa do outro lado.
7. Língua para cima e para baixo:
Mesma estratégia descrita acima.
8. Língua mole e Língua dura (fina):
Ora com GIF ora sem; para língua mole, GIF de gelatina; língua dura, GIF de haltere sobre a língua ou de picolé à frente da língua.
Apresentação simultânea.
9. Língua para frente e para trás:
Imagens das duas bocas, com língua para frente em uma e língua para trás em outra; abaixo delas, GIF de três setas com movimentos para frente/para trás.
Apresentação simultânea.
10. Língua empurrando as bochechas:
Duas imagens paralelas, rodada para um lado e para o outro, sem GIF.
11. Varrer o céu da boca com a língua:
Imagem de boca aberta com língua para cima e GIF ao lado, com vassoura mexendo em um arco desenhado (vassoura invertida).
12. Empurrar a ponta da língua no céu da boca:
Imagem de boca aberta com língua empurrando o palato e GIF ao lado, de uma luva de boxe dando um soco num arco desenhado. Ao se movimentar para dar soco, o 'rastro' é um raio se movimentando.
13. Sugar a língua / estalar rápido:
Imagem de boca aberta e língua sugada, com GIF ao lado, de cavalo galopando.
14. Canolar a língua:
Imagem de boca com língua canolada, sem GIF.

15. Vibrar a língua (trrr):
Imagem de boca aberta com língua sugada e GIF ao lado, de celular tocando.
16. Inflar as bochechas simultaneamente:
Imagem correspondente (neste item usei imagem de paciente criança), com GIF de seta em ambos os lados inflados.
A seta piscava na bochecha inflada.
17. Inflar a bochecha de um lado e do outro:
Imagem do mesmo paciente, com bochecha inflada de um lado e do outro.
Repete-se o *slide*, alternando a seta GIF ora de um lado ora do outro.
18. Último slide da série com Massagens Circulares em face e região de ATM:
Há dois slides, um de homem, outro de mulher, ambos fazendo massagens com as pontas dos dedos e indicativo de movimentos circulares, sem GIF.
O objetivo desse *slide* é informar sobre a necessidade de se ter cuidado na execução dos movimentos; nenhum deles poderia provocar dor ou desconforto em ATM.

▪ **FALA: FONEMA /3/ - J-G EM FRASES**

1. No *slide* de capa há três imagens com informações sobre o fonema:
 - a) Acima e à esquerda, imagem de boca articulada para o fonema-alvo com dois GIFs sobre ela: um de onda abaixo do queixo, vermelha, indicando sonoridade; outro de seta indicando saída 'consistente' de ar frontal pela boca.

Em tamanhos menores, na parte inferior do *slide*, há as outras duas imagens, estáticas, sem GIF:
 - b) A imagem representativa da produção do fonema-alvo, da empresa DIA (de minha autoria), também com representação esquemática lateral do interior da boca e,
 - c) Imagem/desenho de uma garagem com portão aberto e com carro mais para trás e os dizeres: língua para trás, língua dentro da boca, dar ré na língua.
2. Segue-se 10 slides com frases com ocorrência do fonema-alvo em caixa alta, fonte Arial, tamanho 32 pts; as representações J e G destacadas na cor vermelha.

No canto superior esquerdo de cada *slide* há a imagem da boca, a mesma da capa, com os GIFs, e uma imagem centralizada com GIF - tema da frase, por exemplo: AS BOLAS DE GELECA AJUDAM A ACALMAR, com GIF relacionado.

Havia o critério de não colocar muitas ocorrências por frase, mas em algumas poderia haver o grafema CH marcado na cor azul.

▪TEMAS DE INTERESSE: HERÓIS, POKÉMON, DINOSSAURO

Para cada tema foram organizados 15 *slides* com GIF.

A apresentação era feita de várias maneiras, como por exemplo:

- a) O paciente escolhia a cena que gostava mais, falava uma frase e, simultaneamente eu escrevia a frase e fazia as marcações do fonema que estava sendo trabalhado;
- b) Se a cena escolhida já tivesse frase escrita, elaborada por outro paciente, ele poderia mudar a frase, acrescentar ou mudar, e o argumento contra ou a favor fazia parte do treino planejado.
- c) Eu selecionava um dos *slides*, de um dos temas, e inseria no treino de Praxias Orofaciais ou em outro.

CONCLUSÃO

O material proposto auxiliou a aprendizagem dos pacientes nos aspectos abordados, foram motivadores para eles e orientadores para as mães que os acompanhavam. Também tiveram a característica de serem diferentes dos utilizados no atendimento presencial, correspondendo positivamente à novidade da teleconsulta.

Nessa linha de raciocínio e prática, tenho confeccionado *slides* animados para as diversas abordagens em MO, no que se refere a mioterapia e terapia miofuncional (respiração, alimentação - mastigação, deglutição- e fala), com o uso de imagens e desenhos disponíveis na *internet*, associadas ou não a GIF, bem como filmes.

Com a volta gradativa dos atendimentos presenciais, tenho utilizado esses *slides* animados como meio para garantir a repetição do treino com variação dos recursos.

Mesmo tendo partido de uma necessidade repentina, a elaboração desses materiais exigiu reflexão sobre a teoria envolvida para que a representação/imitação não gerasse erros no aprendizado, principalmente pela motivação gerada pelo contexto de “animação/gamificação”.

Os ajustes na prática clínica eram necessários; os apresentados muito me auxiliaram e aos meus pacientes também. Foi possível utilizar recursos comuns, disponíveis em bancos de imagens gratuitos na *internet*, portanto, sem custo adicional.

Capítulo 9

Teleconsulta fonoaudiológica em Fissura Labiopalatina e outras Anomalias Craniofaciais no período de prevenção da COVID-19: relato de experiência do HRAC/USP

Melissa Zattoni Antoneli

Rosana Prado de Oliveira

Haline Coracine Miguel

Giovana Rinalde Brandão

Melina Evangelista Whitaker Siécola

Cristina Guedes de Azevedo Bento Gonçalves

Maria Daniela Borro Pinto

Tatiane Totta Salgado

Renata Paciello Yamashita

Olívia Mesquita Vieira de Souza

Maria Inês Pegoraro-Krook

Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

A telessaúde se caracteriza pela oferta de serviços à distância envolvendo cuidados ao paciente, atividades de educação e capacitação profissional. As ações em telessaúde complementam o contato pessoal entre os participantes e as Unidades de Saúde envolvidas, permitindo que serviços de saúde possam ser oferecidos aos pacientes, ou mesmo compartilhados com teleparceiros por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). No cenário global atual, o cuidado em saúde por meio da teleconsulta foi implementado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), permitindo o atendimento de várias demandas da área da Fonoaudiologia nas clínicas craniofaciais.

Entre as diversas áreas de atuação do fonoaudiólogo no HRAC/USP, ações envolvendo teleconsultas e teleducação têm sido implementadas visando-se:

- Teleconsulta remota da Equipe Interdisciplinar do Caso Novo para fissura labiopalatina (Cirurgia Plástica, Genética, Fonoaudiologia, Odontologia) e para anomalias craniofaciais complexas (somando-se as áreas de Cirurgia Craniofacial, Neurocirurgia,

Psicologia e Serviço Social às demais descritas) com familiares, logo após o nascimento do bebê;

- Teleconsulta remota sobre administração alimentar para bebês com fissura labiopalatina isolada e bebês com anomalias craniofaciais complexas e síndromes;
- Teleconsulta remota para orientações sobre o desenvolvimento e a estimulação de fala antes e após as cirurgias primárias para reparo da fissura labiopalatina;
- Telefonoterapia para correção dos distúrbios da fala para pacientes já inseridos no programa de fonoterapia do HRAC/USP;
- Teleconsulta remota para monitoramento e orientações sobre o uso de obturador faríngeo.

Tem-se discutido, ainda, a implementação de:

- Telecapacitação de profissionais envolvidos no diagnóstico pré-natal sobre como acolher e orientar familiares de bebês identificados com anomalias craniofaciais durante o exame de ultrassonografia, e
- Telecapacitação dos profissionais da saúde em maternidades sobre como acolher e orientar familiares de bebês com anomalias craniofaciais que apresentam dificuldades alimentares.

De uma forma geral, a solicitação da teleconsulta pode partir de um primeiro contato de familiar de paciente ou de profissional de outra instituição (via telefonema, e-mail ou por meio da aba da telessaúde no *Site* do HRAC/USP (<http://hrac.usp.br/telessaude/>), sendo diferente nos casos de telefonoterapia, quando a solicitação deve partir da fonoaudióloga do HRAC/USP que atendeu o paciente previamente e presencialmente na instituição (vide elegibilidade para telefonoterapia adiante neste texto). A aba telessaúde, no *Site* institucional, é uma estratégia do Núcleo de Telessaúde do HRAC/USP para promover ações de consultoria profissional à distância. A solicitação recebida na aba é repassada para a fonoaudióloga da instituição que pode responder ao questionamento ou solicitação num prazo máximo de 20 dias após o recebimento da mensagem.

No escopo das práticas em Telefonaudiologia, todas as modalidades de teleconsulta implementadas na instituição são oferecidas de acordo com as normativas e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e demais leis, regulamentações e diretrizes propostas no cenário da COVID-19 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA,

2020a, b, c). O Manual de Biossegurança elaborado pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia em parceria com a ABA, ABRAMO, AMIB e SBFa indica especificamente que na *“indisponibilidade de um medicamento antiviral eficaz e de uma vacina a situação de saúde fica ainda mais crítica”* (LOPES *et al.*, 2020), tanto para o paciente e seus acompanhantes quanto para os profissionais da saúde que estão atuando presencialmente em tempos de pandemia. Estabelecer estratégias de teleconsulta (nas situações em que a oferta de telesserviço é eficaz), portanto, é também uma medida preventiva no combate à COVID-19.

Quando a teleconsulta é oferecida para o paciente em seu domicílio, mas com o profissional da saúde atuando na instituição, um cuidado especial para as medidas de biossegurança é implementado pela equipe, incluindo:

- Uso dos desinfetantes de superfície,
- Higienização das mãos,
- Uso correto dos EPIs,
- Distanciamento entre os profissionais (caso estejam no mesmo ambiente durante a videochamada).

Neste sentido é essencial o estabelecimento de protocolos operacionais específicos para cada contexto de prática. Em várias situações emergenciais o paciente tem recebido atendimento presencial no HRAC/USP, particularmente na Unidade de Cuidados Especiais e Unidade de Terapia Intensiva, mas também em situações de atendimento presencial ambulatorial. Nestes casos é importante considerar o aumento do risco de contágio intermunicipal e interestadual, sendo que o preparo e orientação de pais e familiares para as viagens, para a chegada no hospital e o período de internação hospitalar é feito a partir de uma teleconsulta. A continuidade do acompanhamento da evolução do caso, após a alta hospitalar, prioriza a teleconsulta, envolvendo o retorno para consulta presencial no hospital somente em casos nos quais o risco para complicações aumenta na ausência da consulta presencial. Além das orientações sobre cuidados durante a viagem, higienização e cuidados durante a estadia no hospital, a testagem do paciente e acompanhantes para o SARS-CoV-2 é realizada.

TELECONSULTA AOS CASOS NOVOS

No caso da teleconsulta em equipe, para a primeira consulta na instituição (Caso Novo), existem duas modalidades oferecidas atualmente: com a equipe de fissuras labiopalatinas e com a equipe de cirurgia craniofacial. Os telesserviços são oferecidos aos casos novos

encaminhados para o HRAC/USP pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). As duas equipes de casos novos (Caso Novo Fissura Labiopalatina/DVF e Caso Novo Craniofacial) têm o propósito de realizar a primeira teleconsulta do paciente, definindo a elegibilidade ou não para tratamento no HRAC/USP.

A teleconsulta aos pacientes com fissura labiopalatina (FLP) ou disfunção velofaríngea (DVF) que chegam pela primeira vez ao HRAC/USP é feita uma vez por semana, por uma equipe interdisciplinar composta por profissionais das áreas de Fonoaudiologia, Cirurgia Plástica, Ortodontia e Genética. Os casos novos que apresentam anomalias craniofaciais mais complexas recebem a teleconsulta de uma equipe interdisciplinar mais ampla, composta por profissionais das áreas de Fonoaudiologia, Cirurgia Craniofacial, Neurocirurgia, Ortodontia, Genética, Psicologia e Serviço Social.

A primeira teleconsulta tem como objetivo o diagnóstico da anomalia, o planejamento das etapas de tratamento, além do acolhimento e orientações à família e/ou paciente. Desde o início da consulta de casos novos por teleconsulta no HRAC/USP observou-se uma redução da sobrecarga para pais e cuidadores. Ou seja, a teleconsulta de casos novos está sendo positivamente associado a uma redução do custo financeiro e da carga emocional associada às viagens com neonatos e lactentes, especialmente em um contexto de pandemia, minimizando também a necessidade de dispensa do trabalho com redução de ganho salarial para muitos pais e familiares.

Ambas as equipes, Caso Novo Fissura Labiopalatina/DVF e Caso Novo Craniofacial, reúnem-se semanalmente na instituição para realizar as teleconsultas, com o respaldo técnico de um funcionário que antecipadamente realiza os agendamentos, obtém os termos de consentimento e coordena a conexão (incluindo o treinamento dos acompanhantes para a videochamada). A visualização do paciente pela equipe ocorre por meio de TV e o contato por meio do *Google Meet* institucional. A documentação (exames, fotos) relativa aos casos é recebida previamente, sendo possível avaliar a elegibilidade e estabelecer prioridades, bem como realizar uma visualização complementar do fenótipo do paciente, uma vez que durante a videochamada pode ser difícil visualizar algumas estruturas da face e/ou crânio. Existe a possibilidade de um ou mais profissionais participarem deste tipo de teleconsulta a partir de locais fora da instituição, porém a presença dos profissionais na instituição tem promovido uma

discussão dos casos bastante eficaz, promovendo a pronta definição da conduta inicial, além do benefício do suporte técnico presente.

Desde o início das medidas de confinamento social e suspensão dos atendimentos presenciais até o momento de contagem para este capítulo, foram realizados 56 teleconsultas de casos novos no HRAC/USP. Para esta oferta de telesserviço, o paciente e seus familiares foram atendidos em seus domicílios, porém a equipe interdisciplinar atuou no ambiente hospitalar com a participação de um técnico em audiovisual que mediou a videochamada, antecipando o treinamento dos pais e cuidadores quanto ao acesso à plataforma digital usada na instituição. Uma vez agendada a teleconsulta, foi enviado um e-mail com orientações e questionamentos sobre as condições para engajamento em teleconsulta.

Em relação à dinâmica da teleconsulta, após informar ao paciente/acompanhante(s) sobre a gravação da videochamada, o cirurgião faz a apresentação da equipe e as primeiras perguntas sobre o histórico do caso e respectivas queixas. Na sequência, os demais profissionais abordam brevemente os aspectos relacionados às suas áreas de atuação. As dúvidas gerais podem ser esclarecidas durante o atendimento em equipe.

Durante a teleconsulta dos casos novos, são abordadas questões relacionadas ao histórico médico e familiar do paciente, bem como condições anterior e atual quanto à alimentação e audição. A orientação fonoaudiológica nas equipes de casos novos inclui uma descrição breve sobre: o que é a Fonoaudiologia, a capacidade da criança como falante, as possíveis alterações da comunicação oral relacionadas à função velofaríngea, e a possibilidade de prevenção e/ou tratamento dos distúrbios da comunicação envolvendo futuros encaminhamentos para fonoaudiólogos da cidade de origem. Caso se manifeste a necessidade de uma teleconsulta fonoaudiológica específica, é proposto o agendamento de uma nova teleconsulta somente com a fonoaudióloga do HRAC/USP.

A Fonoaudiologia prioriza obter dados relacionados à alimentação e audição quando o paciente é bebê, incluindo dados sobre a fala à medida em que se torna possível. É importante ressaltar que existe uma grande variabilidade de condições clínicas elegíveis para o tratamento na instituição, sendo que o tipo de orientação oferecido na primeira consulta está diretamente relacionado às alterações morfofuncionais apresentadas. Ao final da teleconsulta, é estabelecido o prazo para a primeira consulta presencial, que pode ser de natureza ambulatorial ou cirúrgica. De modo geral, temos observado que as famílias, quando

são atendidas pela primeira vez, estão muito ansiosas, preocupadas e apreensivas quanto à reabilitação de seus filhos. Entretanto, é visível a mudança de sentimentos e comportamentos após receberem as orientações iniciais e a concretização da matrícula na instituição. O acesso à informação quanto às etapas e condutas planejadas para o tratamento tem como efeito geral uma sensação de pertencimento à instituição, que acarreta uma redução da ansiedade tornando as famílias mais participativas e motivadas para realizar as adequações, importantes para a prevenção dos distúrbios de fala, audição e alimentação. Este já é um passo importante para a reabilitação global do paciente.

TELECONSULTA NA ÁREA DE ALIMENTAÇÃO E DISFAGIA

A equipe da Fonoaudiologia que atua com alimentação e disfagia no HRAC/USP vem realizando teleconsulta em parceria com fonoaudiólogos ou profissionais da saúde da cidade de procedência do paciente, particularmente com relação à administração alimentar junto a neonatos e lactentes com fissura labiopalatina com e sem disfagia. Essas teleconsultas são realizadas junto aos serviços de saúde de regiões que encaminharão seus pacientes para tratamento no HRAC/USP em tempo oportuno. A proposta visa integrar serviços oferecidos pelo hospital de alta complexidade com os serviços de atenção básica à saúde, para um gerenciamento a tempo e adequado da alimentação na fissura labiopalatina (FLP) e outras anomalias. Encaminhamentos para teleconsulta, visando orientações para administração alimentar ou gerenciamento da disfagia, ocorrem também a partir da primeira teleconsulta com Equipe de Caso Novo, sempre que esta equipe identifica a necessidade de tais orientações.

Tanto no termo de consentimento como durante a teleconsulta, os responsáveis pelo neonato ou lactente são orientados sobre a inviabilidade da avaliação da deglutição de forma remota para os casos com anomalias craniofaciais. A intervenção tem como objetivo o esclarecimento de dúvidas de forma geral, orientações sobre técnicas facilitadoras da alimentação na presença de fissura labiopalatina e a definição quanto à necessidade de avaliação específica da deglutição com fonoaudiólogo em sua região. A teleconsulta para os casos de disfagia é oferecido aos responsáveis pelos pacientes que já foram atendidos presencialmente no HRAC/USP. Ou seja, para que uma consulta de teleacompanhamento do gerenciamento da disfagia possa ser realizada sem a presença de outro profissional da saúde junto ao paciente, o processo de diagnóstico e planejamento do tratamento da disfagia deve

ter sido realizado presencialmente no HRAC/USP. Mesmo assim, um relatório é sempre encaminhado para os pais, solicitando gerenciamento da deglutição com um fonoaudiólogo da região. Quando o paciente não é matriculado no HRAC/USP, uma segunda opinião é oferecida pela equipe de disfagia do HRAC/USP, porém somente na presença de um profissional da saúde junto ao paciente.

Nos casos de dificuldades alimentares e disfagia, além das dúvidas fonoaudiológicas, são comuns também as dúvidas mais específicas da área médica. Quando isso acontece, a teleconsulta interdisciplinar é necessária, envolvendo as áreas da Fonoaudiologia, Pediatria, Nutrologia e Nutrição. Os pais são orientados a realizar o acompanhamento antropométrico em uma Unidade Básica de Saúde ou com o médico que acompanha o neonato ou lactente em sua cidade de origem. Como resultado, espera-se que, após a teleconsulta, a alimentação torne-se segura, funcional e prazerosa.

No período de 08 de abril a 15 de julho de 2020 foram realizados 36 teleconsultas nas áreas de alimentação e disfagia. A experiência de teleconsulta nas áreas de alimentação e disfagia tem sido positiva e gratificante. A relevância das orientações nos primeiros meses de vida dos pacientes fica evidente, uma vez que, além das etapas de tratamento da fissura, as famílias têm muitas dúvidas e anseios em relação à alimentação, como a possibilidade ou não de aleitamento materno, necessidade de complementação, adaptação de bicos de mamadeira e futura introdução da dieta complementar.

TELECONSULTA PRECOCE NA ÁREA DE FALA E AUDIÇÃO

As fonoaudiólogas do HRAC/USP também têm realizado teleconsultas com enfoque na prevenção das possíveis alterações de fala e audição relacionadas à fissura labiopalatina. Pais e cuidadores são orientados e treinados, com apoio de material multimídia, quanto à importância da estimulação adequada da audição, fala e linguagem antes e após a palatoplastia primária.

No período de 08 de abril a 15 de julho de 2020 foram realizados 06 teleconsultas, com o objetivo de prevenção de alterações na fala e audição, sendo 4 antes da palatoplastia primária e 2 na fase após a palatoplastia primária. Preocupações com possíveis alterações de fala e audição são comuns entre pais e familiares de bebês com FLP e outras anomalias craniofaciais. Superando as primeiras dificuldades com a administração alimentar, outra preocupação comum é a fala e audição e como prevenir as possíveis alterações. As famílias mostraram-se agradecidas

e confortadas com as orientações e esclarecimentos, manifestando verbalmente o contentamento na teleconsulta ou escrevendo posteriormente um agradecimento via e-mail.

TELEFONOTERAPIA NAS ALTERAÇÕES DE FALA NA FLP/DVF

No caso da telefonoterapia, o serviço é oferecido apenas para pacientes já matriculados e atendidos no hospital. Uma vez identificados os pacientes que se enquadram nos critérios de elegibilidade para telefonoterapia, o primeiro contato (via e-mail ou telefonema), para verificar o interesse em telefonoterapia é realizado pela fonoaudióloga que atendeu o paciente previamente na instituição e, portanto, tem conhecimento do caso e dos resultados das avaliações presenciais já realizadas no HRAC/USP. A telefonoterapia para correção das alterações de fala relacionadas à FLP e DVF, portanto, é realizada somente em casos com matrícula na instituição, que já realizavam a terapia no HRAC/USP ou que já foram presencialmente avaliados e apresentavam um diagnóstico adequado da etiologia da DVF (insuficiência, incompetência, erro de aprendizagem do funcionamento velofaríngeo para a fala, ou combinação dessas etiologias). Particularmente, nos casos do tratamento da DVF funcional (erro de aprendizagem do funcionamento velofaríngeo para a fala), a possibilidade de fechamento velofaríngeo adequado para fala deve ter sido estabelecida antes do início da telefonoterapia.

A equipe de fonoaudiólogas do HRAC/USP envolvida nas telefonoterapias estabeleceu um modelo de contrato terapêutico e de termo de consentimento para engajamento nas terapias remotas. As telefonoterapias são realizadas a partir dos domicílios das fonoaudiólogas, mantendo-se o confinamento necessário para prevenção da COVID-19, e possibilitando-se que as profissionais que se encontram no grupo de maior risco para complicações nos casos de contágio pudessem continuar realizando as telefonoterapias a partir de seus domicílios. Com as fonoaudiólogas em “home office”, as conexões com os pacientes acontecem por meio de laptops e fones de ouvido pessoais. Um treinamento das profissionais sobre a plataforma *Google Meet* (plataforma digital disponibilizada e recomendada pela USP para videochamadas) foi implementado pela equipe de audiovisual do HRAC/USP, sendo também disponibilizado para pais, cuidadores e pacientes.

As sessões semanais são agendadas pela Central de Agendamento de Pacientes (CAP) do HRAC/USP, após e-mail enviado à CAP pela fonoaudióloga responsável pela teleconsulta. No dia anterior a teleconsulta, o paciente adulto ou o mediador responsável pela criança recebem

um e-mail da fonoaudióloga com o *link* da videochamada pelo *Google Meet*. As sessões têm, em média, duração de 50 a 60 minutos, e acontecem, conforme a disponibilidade de ambos (paciente com seu mediador e a fonoaudióloga).

Sempre que as telefonoterapias são realizadas com as crianças, um dos familiares é preparado para a mediação da teleconsulta e repetição de treinos após a sessão. Inicialmente, são realizadas orientações aos familiares, na maioria das vezes à mãe, sobre o critério de elegibilidade e sobre equipamento e recursos de internet necessários para a realização da teleconsulta. É solicitado o preenchimento de questionários (formulário Google) sobre fonoterapia previamente realizada, sobre as condições para teleconsulta (equipamento, acesso, ambiente, mediador), além da obtenção dos termos de consentimento e assentimento (formulário Google). A partir do diagnóstico fonoaudiológico (realizado em consulta presencial antes da pandemia da COVID-19), são realizados os planejamentos terapêuticos, definindo-se os sons-alvo, bem como a etapa hierárquica de treinamento daquele som. Paciente e mediador são orientados a identificar, durante a sessão, as produções com erros, possibilitando o monitoramento dos acertos. Ou seja, somente alvos que todos podem identificar corretamente e em concordância (paciente, familiar mediador e fonoaudióloga), tanto nas situações de erro quanto acerto, são abordados na teleconsulta.

Um dos objetivos da telefonoterapia é a correção do ponto articulatório atípico dos sons-alvo. Para este fim, utiliza-se os diversos contextos de fala, desde os mais simples (som isolado) até os mais complexos (fala espontânea), de acordo com as habilidades de produção e percepção do paciente. Para auxiliar este processo, pistas facilitadoras visuais, auditivas, verbais e fonéticas são usadas, visando-se estimular as sensações e percepções de todas as características do som-alvo. Durante as teleconsultas, os pacientes são continuamente incentivados a fazer o uso da “fala nova” nos contextos de fala (isolado, sílaba, palavra, frase, sentença) nos quais a produção correta é possível. Contextos de leitura e interpretação de pequenas histórias, rimas e conversa dirigida sobre as situações de vida diária são estruturados e acordo com os interesses do paciente.

Os jogos interativos trazem um contexto mais lúdico, contribuindo para a motivação e adesão às sessões on-line, evitando-se telefonoterapias monótonas e desinteressantes com as crianças. O uso dos recursos digitais (jogos interativos, *sites* e aplicativos personalizáveis) são organizados de acordo com o objetivo e o contexto de fala abordado em cada

teleconsulta. Para a prática diária dos exercícios após as teleconsultas, a fonoaudióloga envia, por e-mail ou *WhatsApp*, materiais e links para continuidade dos treinamentos.

Nos casos em que a fonoterapia envolveu o trabalho para a habilitação e sistematização do funcionamento velofaríngeo para fala, o potencial para a suficiência velofaríngea foi estabelecido, antes da pandemia, por meio do uso do obturador faríngeo. Com estes pacientes, a abordagem terapêutica requer a discriminação entre a presença e a ausência do escape de ar nasal pelo paciente, com monitoramento do mediador e da fonoaudióloga. Pistas verbais, auditivas e visuais são usadas em conjunto com o obturador faríngeo. O uso alternado entre obturadores faríngeos de dois tamanhos (um maior e um menor), portanto, é continuado nas fonoterapias desde que tenha sido presencialmente estabelecido nas fonoterapias conduzidas antes da pandemia.

No mês de abril de 2020 iniciaram-se as fonoterapias de 11 pacientes, sendo 9 crianças e 2 adultos. Em 90 dias, foram realizadas 166 sessões de teleconsulta, com frequência variando de 1 a 3 sessões semanais. As dificuldades observadas neste período, no caso específico da fonoterapia, foram relacionadas às dificuldades para a utilização da pista auditiva quando comparado ao uso desta pista facilitadora durante a terapia presencial. Ou seja, o monitoramento do fluxo e pressão aéreas (oral e nasal), que é importante tanto para a ativação do fechamento velofaríngeo (possível somente na presença da possibilidade de suficiência velofaríngea para fala) quanto para o uso adequado do ponto articulatorio oral, pode ser prejudicado pela qualidade do áudio durante a videochamada. O uso de pistas facilitadoras visuais (como o remo de ar, copo de bolinhas e o escape-escape, por exemplo) para o monitoramento (pelo paciente, pelo mediador e pela fonoaudióloga) do escape de ar nasal (remo posicionado frente as narinas, por exemplo) e do fluxo aéreo oral (copo de bolinhas posicionado frente à boca, por exemplo), também sofre um prejuízo temporário quando a chamada “congela”, sendo reestabelecido assim que a teleconsulta é retomada.

A seleção dos alvos terapêuticos é uma etapa complexa. A ideia inicial de recomeçar trabalhando os últimos sons-alvo abordados nas terapias presenciais precisa de ajustes, uma vez que alguns objetivos, antes abordados presencialmente, não podem ser trabalhados em atendimento remoto devido à dificuldade/impossibilidade de monitoramento adequado dos erros e acertos. Ou seja, ambos, terapeuta e paciente (e mediador nos casos de crianças) devem concordar quanto à percepção dos alvos trabalhados. Algumas pistas facilitadoras

são mais difíceis de usar, uma vez que as fonoaudiólogas não podem manipular manualmente os articuladores nem controlar a qualidade do som. A pista visual foi uma das mais utilizadas, uma vez que pode ser amplificada pela câmera do computador, já que tanto o paciente quanto o fonoaudiólogo podem e devem aproximar a face da câmera (e usar a lanterna do celular) ampliando a visualização dos lábios e da língua durante o trabalho com ponto articulatorio, por exemplo.

As gravações das telefonoterapias são permitidas apenas pelo profissional do HRAC/USP, de forma a manter-se um registro de cada atendimento e possibilitar-se uma análise contínua dos resultados pelo profissional responsável pelo caso e seus pares. Se necessário, o material gravado é encaminhado para o paciente, desde que exista a necessidade para tal (por exemplo, para o paciente observar uma estratégia terapêutica para realizar a prática desta após a teleconsulta), e desde que todos (paciente, mediador e profissional) dêem o consentimento para o envio das imagens/vídeos. Para a documentação do resultado da telefonoterapia, é importante obter e analisar as gravações de fala pré e pós-teleconsulta. As gravações obtidas remotamente deverão ser analisadas pelas fonoaudiólogas (independentemente), usando os mesmos critérios para análise realizada presencialmente na instituição. Os estímulos usados para a gravação remota, portanto, devem ser os mesmos usados para a gravação de fala presencial, acrescidos daqueles especificamente trabalhados com cada paciente. A análise e comparação das gravações permite à equipe verificar a eficácia das telefonoterapias, gerando evidências científicas que respaldam o telesserviço.

A adoção de novas tecnologias para a oferta da telefonoterapia é uma realidade que permite a reabilitação de fala e pode reduzir a sobrecarga dos deslocamentos, sem no entanto, tornar-se uma modalidade que venha a substituir a terapia presencial na FLP e DVF. Um modelo híbrido de atendimento é recomendado, em que o diagnóstico do funcionamento velofaríngeo e o estabelecimento da possibilidade de suficiência velofaríngea devem ser as etapas presenciais iniciais, seguidos da terapia diagnóstica também presencial. Ou seja, para que o resultado da telefonoterapia seja o mesmo (ou melhor) que o resultados da terapia oferecida presencialmente nos casos de FLP e DVF, recomenda-se:

- Estabelecer presencialmente a abordagem da terapia (correção do ponto articulatorio atípico e/ou habilitação do funcionamento velofaríngeo para fala);

- Testar os sons-alvo que podem ser trabalhados remotamente (aqueles mais estimuláveis e que possibilitam percepção do erro e do acerto tanto pelo paciente quanto pelo fonoaudiólogo e mediador);
- Testar as estratégias terapêuticas (pistas que favorecem a percepção do alvo e dos erros e acertos) que podem ser usadas remotamente. Na dúvida quanto ao que está sendo produzido e percebido durante as teleconsultas, recomenda-se aguardar o retorno dos atendimentos presenciais.

CONSENTIMENTO E DOCUMENTAÇÃO DAS TELECONSULTAS

Um acordo e consentimento de todas as partes envolvidas em teleconsulta é necessário e essencial, podendo ser estabelecido em formato digital (Formulário Google, por exemplo) ou pela troca de documentos entre as partes, incluindo uma confirmação verbal gravada no primeiro atendimento. Ou seja, tanto o entendimento quanto o consentimento para engajamento na nova modalidade de atendimento devem ser obtidos e documentados. No caso de criança com 7 anos de idade ou mais deve ser obtido (e gravado) o assentimento verbal. Ao estabelecer o acordo e obter o consentimento do paciente (ou seu responsável legal) para engajar em teleconsulta, é essencial deixar claros **os riscos de extravio/vazamento de informações**, indicando que nomes, números de registros e imagens, por exemplo, poderão ser, inadvertidamente, extraviados pela internet. Isso poderá acontecer mesmo diante de todos os cuidados que serão tomados pelos profissionais e pelos pacientes e seus cuidadores. Todos, profissional, paciente e mediador, **devem assumir os riscos** ao decidirem engajar em teleconsulta, entendendo que o benefício da ação supera o risco de ter seu nome ou um vídeo/imagem do teleconsulta vazados na internet comum. A troca de informações sigilosas (como, por exemplo, cópias de documentos, números de documentos, relatórios das teleconsultas) deve ser evitada.

Os serviços remotos no HRAC/USP são oferecidos usando-se o *Google Meet*, estabelecido a partir do e-mail do profissional da USP, sendo solicitado ao profissional gravar os atendimentos, conforme possível, pelo *Google Meet*, no e-mail institucional. Ao realizar o engajamento para teleconsulta é recomendado lembrar ao paciente ou seu responsável sobre a necessidade de estar conectado em um ambiente que permita manter-se o sigilo dos atendimentos, reforçando-se que tanto o paciente quanto o fonoaudiólogo têm direito ao sigilo e confidencialidade durante o atendimento.

As teleconsultas devem ser documentadas no sistema de controle de atendimentos da instituição (Central de Agendamentos) e os relatórios das teleconsultas e telefonoterapias devem ser preparados após cada atendimento conforme a Resolução nº 415 do CFFa que dispõe sobre o registro de informações e procedimentos fonoaudiológicos (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2012). O relatório deve incluir as informações sobre o caso, o atendimento oferecido, os resultados da intervenção, os encaminhamentos e ações futuras, e o nome e número de registro da fonoaudióloga responsável. Esse documento deve ser mantido em arquivo compartilhado institucionalmente e sob gestão da chefia da Seção de Fonoaudiologia, e deverá ser inserido no prontuário do paciente assim que o acesso ao prontuário for permitido.

VANTAGENS DAS TELECONSULTAS NOS TEMPOS DE PANDEMIA

1. Possibilidade de oferecer informações sobre o protocolo e as condutas de tratamento no HRAC/USP e esclarecer dúvidas sem o deslocamento até o hospital;
2. Redução do custo financeiro e da carga emocional associada às viagens com neonatos e lactentes, minimizando também a necessidade de dispensa do trabalho com redução de ganho salarial para muitos pais e familiares (nos casos de teleconsultas de casos novos);
3. Possibilidade de oferecer informações essenciais para sanar dúvidas sobre administração alimentar, nos casos onde estas informações não podem ser esclarecidas pela equipe de saúde local;
4. Possibilidade de teleacompanhamento de bebês matriculados no HRAC/USP nos casos de dúvidas sobre administração alimentar;
5. Possibilidade de continuidade do gerenciamento da disfagia nos casos de pacientes previamente diagnosticados e atendidos presencialmente no HRAC/USP;
6. Possibilidade de oferecer orientações sobre o desenvolvimento e a estimulação adequada da audição, fala e linguagem antes e após a palatoplastia primária sem o deslocamento até o hospital;
7. Para o paciente que já havia engajado em fonoterapia na instituição, a teleconsulta permite dar continuidade (especificamente em casos nos quais o diagnóstico e a terapia diagnóstica são iniciados presencialmente no HRAC/USP);
8. Possibilidade de teleparcerias entre fonoaudiólogas do HRAC/USP e profissionais nas cidades de procedência do paciente.

DESVANTAGENS DAS TELECONSULTAS NOS TEMPOS DE PANDEMIA:

1. Necessidade de equipamento como um computador de mesa, notebook ou celular, com câmera;
2. Necessidade de uma boa conexão à internet, que assegure uma qualidade suficiente de som e imagem e que permita uma teleconsulta sem interrupções;
3. Dificuldades para o desenvolvimento de habilidades para o uso das plataformas digitais para engajar em videochamadas;
4. Impossibilidade da realização de um exame clínico intraoral e extraoral com o mesmo rigor do exame presencial (a inspeção intraoral é essencial para a classificação do tipo de fissura, por exemplo, e nem sempre uma visualização adequada é possível durante a videochamada, devendo ser suplementada por imagens fotográficas ou filmagens enviadas pelos pais ou responsável);
5. Dificuldades para capturar imagens e filmagens adequadas para envio para a equipe interdisciplinar que avalia o caso (o uso de 2 celulares, sendo um na função de lanterna e outro para filmar/fotografar e orientações para abaixar a língua com uma colher, por exemplo, ajuda a melhorar a qualidade das imagens);
6. Impossibilidade de estabelecer o diagnóstico da disfunção velofaríngea e definir a melhor conduta para o tratamento sem o acesso à avaliação perceptiva-auditiva presencial inicial e sem os exames instrumentais complementares (como a nasoendoscopia e videofluoroscopia);
7. Em casos nos quais é solicitado que o termo de consentimento seja impresso, assinado, escaneado e retornado para a instituição, pode existir a falta de recursos de pacientes e cuidadores para tal, sendo encaminhado um formulário eletrônico. Nem todos os pacientes e cuidadores, no entanto, compreendem o uso de um formulário eletrônico enviado pelo telefone celular (o que pode ser mediado usando-se 2 celulares por parte dos familiares: uma para receber da equipe de saúde as orientações passo-a-passo sobre como responder o formulário e outro para ir respondendo o formulário de forma a identificar e resolver as dificuldades e dúvidas);
8. Falta de um ambiente tranquilo e isolado de ruído e distrações no domicílio do paciente dificulta a teleconsulta e compromete sigilo e confidencialidade (caso o

ambiente ideal não seja possível é necessário o entendimento por parte do paciente ou seu responsável do aumento dos riscos de violação de sigilo e confidencialidade).

Mesmo com os treinamentos para as videochamadas, a falta de habilidade inicial para usar a plataforma *Google Meet* é motivo de apreensão para pacientes e seus responsáveis (e foi motivo de apreensão também para as fonoaudiólogas no início das teleconsultas no HRAC/USP). A disponibilidade do apoio de técnicos da equipe de audiovisual da instituição, por sua vez, é essencial para um engajamento em teleconsulta mais tranquilo e proveitoso. Nas instituições de saúde, portanto, o suporte técnico é essencial para o preparo individual de profissionais, pacientes, mediadores, para sanar dúvidas, para resolver problemas pontuais de conexão e para que a equipe possa estabelecer o “passo-a-passo” operacional do uso diário de uma plataforma digital para as videochamadas. A adequação de um ambiente propício para a teleconsulta, livre de distração ou ruído, bem como a participação integral e o treinamento do mediador quanto ao seu papel em cada sessão, também são essenciais para o engajamento de todos no processo terapêutico.

O respeito à privacidade e à confidencialidade para uma atuação fonoaudiológica mediada pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs) deve ser sempre considerado e implementado por meio de protocolos operacionais específicos. Neste momento de atendimento remoto emergencial, é importante considerar que a plataforma digital que permitirá a videochamada nem sempre será aquela que oferece as medidas de criptografia ou segurança necessárias para manter a privacidade. O vazamento de informações sigilosas do paciente, do mediador ou do profissional envolvido na teleconsulta (dados, imagens, filmagens) é um risco que deve ser considerado, discutido e, antes do início da implementação, deve também ser assumido em um termo de consentimento para engajamento em teleconsulta.

DICAS DE COMO FAVORECER UMA TELECONSULTA ADEQUADA:

1. Antes de engajar em serviço remoto, verificar se o paciente tem computador, notebook ou celular com câmera;
2. Usar uma plataforma digital institucional se possível (como o *Google Meet*, por exemplo) e, assegurar (antes da videochamada) que o paciente (ou seu responsável) sabe usar a plataforma no seu computador e/ou no celular. Se o paciente não souber usar a plataforma digital, providenciar um treinamento antes da primeira teleconsulta;

3. Assim que a teleconsulta for confirmado e agendado com o paciente (devidamente documentado na Central de Agendamentos Institucional, por exemplo), o profissional deve enviar, para o paciente ou seu responsável, um formulário digital (formulário google, por exemplo) ou um documento (Word ou PDF), para confirmar a existência das condições necessárias para engajamento em Telefoniaudiologia (equipamento, conexão em internet, ambiente adequado no domicílio do paciente). Um formulário deve também estabelecer o consentimento para engajamento em teleconsulta, apesar dos riscos de violação de privacidade, sigilo, confidencialidade, mesmo diante de todos os cuidados tomados por ambas as partes;
4. Ao realizar a teleconsulta, iniciar a gravação do mesmo e sempre solicitar o consentimento verbal para a gravação (recomenda-se gravar todas as teleconsultas);
5. O link da videochamada deve ser enviado por e-mail e também outro meio de comunicação escolhido pelo paciente ou seu responsável (*WhatsApp, Facebook Messenger, Skype, etc.*);
6. Antes da videochamada certificar que o paciente (ou seu responsável) enviou todos os formulários e imagens/filmagens solicitadas. Nos casos de fonoterapia, certificar que o paciente tem o KIT-Terapia (de atendimentos anteriores) ou se poderá providenciar os materiais necessários antes da primeira fonoterapia;
7. Sempre que possível realizar os atendimentos em parceria com outro profissional (fonoaudióloga ou residente, por exemplo, ou um técnico de audiovisual de preferência), que estará moderando a sessão de forma a: documentar as intercorrências; indicar se o microfone ou a câmera deixarem de funcionar (falha de conexão); ajudar o paciente sempre que a tela ou o microfone “congelarem” (informando que geralmente o contato retorna espontaneamente depois de alguns segundos); reestabelecer contato entre as partes quando necessário (algumas vezes será necessário desconectar e reconectar a videochamada);
8. Nos casos de fonoterapia, realizar a gravação de fala na condição pré-telefonoterapia antes da primeira teleconsulta, e repetir essa gravação padrão periodicamente ao longo do tratamento remoto. Usar o mesmo protocolo para gravação presencial para permitir uma comparação dos resultados entre teleconsultas e atendimentos presenciais. Treinar o paciente antes da gravação propriamente dita;

9. Analisar a gravação pré-telefonoterapia, antes do primeiro atendimento, de forma a confirmar ou revisar o planejamento terapêutico (estabelecido previamente a partir de atendimento presencial). Pode ser necessário rever o planejamento terapêutico após estabelecer as estratégias que poderão ser contempladas em atendimento remoto (verificar, por exemplo, pistas facilitadoras podem ser usadas).
10. Após cada teleconsulta, a fonoaudióloga responsável deve preparar o relatório e enviar um e-mail para Central de Agendamento que deverá registrar a presença do paciente ou a falta (caso o mesmo não tenha participado da videochamada nem tenha reagendado a teleconsulta);
11. A documentação do atendimento, por meio do relatório, deve incluir data, frequência, tipo de serviço, quem ofereceu, e resultados. Os registros das teleconsultas devem ser arquivados de forma segura, como, por exemplo, salvando os documentos em pasta no Google Drive institucional. Os arquivos com os relatórios dos atendimentos deverão ser atualizados após cada teleconsulta.
12. No retorno aos atendimentos presenciais os arquivos serão impressos, colocados na contracapa do prontuário e os registros das teleconsultas (já documentados eletronicamente pela Central de Agendamentos da instituição), deverão ser transcritos no prontuário do paciente seguidos da assinatura e carimbo da fonoaudióloga responsável pelo caso.

CONCLUSÃO

De uma forma geral, a teleconsulta, conforme estabelecido no HRAC/USP, tem se mostrado essencial nesse período de pandemia e isolamento social, tanto para o início do tratamento na instituição (casos novos) quanto para a continuidade do tratamento fonoaudiológico. Após o relaxamento das medidas de confinamento e retorno presencial gradual, é prioridade da equipe de fonoaudiólogas estabelecer teleparcerias com os profissionais das cidades de procedência dos pacientes buscando promover uma reabilitação integral e com a menor sobrecarga para pacientes e familiares. Como iniciativas futuras a equipe também pretende preparar modificações na aba da telessaúde no site institucional de forma a ampliar a troca de experiências e de materiais instrucionais que favoreçam as teleparcerias. Finalmente, a equipe de fonoaudiólogas agradece todo o apoio institucional recebido, particularmente, dos funcionários da equipe de audiovisual do HRAC/USP, Márcio Antonio da Silva e André Antunes Boro.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 415, de 12 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro de informações e procedimentos fonoaudiológicos em prontuários, revoga a Recomendação nº 10/2009, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 132, p. 212, 10 jul. 2012. Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=212&data=10/07/2012>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 18-B, de 17 de março de 2020**. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020a. Disponível em:
https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_18B_2020.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Recomendação CFFa nº 19, de 19 de março de 2020**. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020b. Disponível em:
https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/03/Recomendacao_CFFa_19_2020.pdf. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 576, de 19 de junho de 2020. Dispõe sobre os atendimentos ambulatoriais na vigência dos riscos de contágio pelo coronavírus (SARS-CoV-2). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 117, p. 180, 22 jun. 2020c. Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/06/2020&jornal=515&pagina=180&totalArquivos=181>. Acesso em: 23 jun. 2020.

LOPES, A. C. *et al.* (org.). **Manual de biossegurança**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em:
https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2020/07/CFFa_Manual_Biosseguranca.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965 de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 157, p. 59-64, 15 ago. 2018. Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=15/08/2018&jornal=515&pagina=59>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.853/2019, de 8 de julho de 2019**. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 130, p. 1-3, 9 jul. 2019. Disponível em:
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/07/2019&jornal=515&pagina=1&totalArquivos=67>. Acesso em 23 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 56-B, p. 1, 23 mar. 2020. Edição Extra. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/03/2020&jornal=601&pagina=1>. Acesso em 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução nº 427, de 1º de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 43, p. 158, 5 mar. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/03/2013&jornal=1&pagina=158>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SISTEMA DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA. **Código de Ética da Fonoaudiologia**. Brasília, DF: Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, 2016. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2016/03/Codigo-de-Etica-2016.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. **Segundo direcionamento científico**: atuação fonoaudiológica em disfagia na pandemia de Covid-19. [Brasília, DF]: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, [2020]. Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/cvd19-atuacao-fonoaudiologica-em-disfagia-covid19-julho2020.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE AUDIOLOGIA. **Nota de esclarecimento sobre a telessaúde em Fonoaudiologia**. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2020. Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/cvd19-teleconsulta-notaesclarecimento.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

Capítulo 10

Atuação Fonoaudiológica em Ambiente Hospitalar em tempos de COVID-19

Elisabete Carrara-de Angelis

Bruna Morasco Geraldini

Camila Barbosa Barcelos

Jéssica Tierno Cordeiro

Luciana Dall’Agnoll

Neyller Montoni

Patrícia Massucatto Milanello

Simone Claudino

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem a intenção de discutir a atuação do fonoaudiólogo no contexto hospitalar, relatando a experiência de um hospital oncológico e as decisões tomadas no início, avanço e estabilização da pandemia da COVID-19. É esperado de fonoaudiólogos que trabalham em ambiente hospitalar que prestem assistência aos pacientes diagnosticados com COVID-19, ou àqueles que são suspeitos ou de risco para sua contaminação. Neste ambiente, a Fonoaudiologia é parte central do plano de cuidado de muitos pacientes. Em muitas instituições, o fonoaudiólogo tem grande papel na desospitalização, contribuindo para a qualidade de vida. Entretanto, é uma das especialidades que atua diretamente em topografia anatômicas com grande concentração de carga viral e sua atuação é geradora de gotículas e aerossóis, favorecendo tanto a contaminação dos profissionais atuantes quanto a disseminação da doença entre o corpo clínico, pacientes e comunidade.

A partir da confirmação do primeiro caso de COVID-19 em nossa instituição, reuniões diárias para tomada de decisões foram instituídas, tanto pela liderança do corpo clínico, quanto internamente pelo Departamento de Fonoaudiologia. O primeiro grande desafio a ser vencido era o de estabelecer um critério para definir um caminho para prestar assistência ao paciente, mas sem contaminar-se ou disseminar a doença. Neste momento inicial, algumas previsões indicavam a possibilidade de contaminação maciça de profissionais vislumbrando

um futuro onde a equipe saudável seria insuficiente para atender a demanda de pacientes internados.

Assim, a primeira grande questão, no momento ainda permeada por muito medo frente ao desconhecido, era quanto à essencialidade de nosso trabalho: a essencialidade da Fonoaudiologia. A ASHA (*American Speech and Hearing Association*) referia que o posicionamento relativo a este tema dependia de bases contratuais, sazonais ou situacionais, afirmando não ser possível naquele momento estabelecer diretrizes nacionais para esta questão. A essencialidade da Fonoaudiologia nos EUA, neste momento com extremo crescimento de sua curva de contaminação da COVID-19, era relatada parcamente na literatura, com apenas alguns estados ou instituições específicas considerando a Fonoaudiologia uma atividade essencial no cuidado ao paciente infectado ou suspeito.

Portanto, o grande desafio de encontrar um caminho entre o prestar assistência *versus* não disseminar a doença não pôde ser encontrado em referências da literatura internacional. Embora fôssemos um país com a grande vantagem de ter as experiências prévias internacionais quanto ao manejo médico da COVID-19, nada havia com relação à Fonoaudiologia, talvez porque a China não tenha um histórico de atuação forte na área de disfagia, especialmente.

Foi necessário um diálogo constante e transparente entre Liderança da Fonoaudiologia, Liderança Hospitalar, Comitê de Crise, Chefes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Internação (UI). A ideia era encontrar um caminho entre o que imaginávamos que poderíamos oferecer de assistência na contrapartida das informações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e do Comitê de Crise para evitarmos disseminação para os pacientes e contaminação da própria equipe com consequente afastamento de profissionais. E embora houvesse um movimento de restringir a atuação fonoaudiológica em algumas unidades e em alguns casos, o contrato da equipe de Fonoaudiologia previa a prestação de assistência a todo e qualquer paciente com distúrbios de comunicação e de deglutição.

Num primeiro momento, em conversas com o Comitê de Crise, decidiu-se que a Fonoaudiologia não atenderia os pacientes com suspeita ou testados positivo para COVID-19 na UTI, e restringiria ao máximo os pacientes nas UIs e ambulatórios. No início da pandemia,

a primeira atitude da equipe de UTI foi manter na linha de frente exclusivamente médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

A decisão, a partir daí, seria uma abordagem centrada em cada paciente, com discussões intra e interequipes das especificidades de cada caso e do custo-benefício do atendimento naquele dia específico, e diariamente, após. Isto implicava numa comunicação eficiente com todos os membros da equipe, paciente e familiares, para compreensão das necessidades e objetivos do cuidado.

A partir de então, modificações específicas para os procedimentos de avaliação e reabilitação foram realizadas, entre elas:

O QUE FAZER, O QUE NÃO FAZER E O QUE EVITAR

Foram definidos três pilares para o estabelecimento de diretrizes do atendimento fonoaudiológico hospitalar:

1. Segurança do paciente: foi a primeira questão determinante para manter ou suspender atendimentos, procedimentos minimamente invasivos e realização dos exames objetivos da deglutição e da voz;
2. Segurança da equipe: determinante para minimizar os riscos de transmissão cruzada e a manutenção da eficácia do atendimento fonoaudiológico e, mesmo diante de limitações da prática, poder continuar entregando valor durante o processo de reabilitação;
3. Distanciamento e Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): orientações e treinamentos constantes de paramentação (Figura 1) e desparamentação (Figura 2) de EPIs foram realizados pela equipe de SCHI. Decidiu-se que em todos os atendimentos geradores de aerossóis, os fonoaudiólogos deveriam usar todos os EPIs (máscara N95, óculos, gorro, avental, luvas descartáveis e máscara *face shield*).

Figura 1. Paramentação com EPIs



Fonte: A. C. CAMARGO CANCER CENTER (2020)

Figura 2. Desparamentação de EPIs



Fonte: A. C. CAMARGO CANCER CENTER (2020)

A SCIH também definiu orientações quanto à limpeza da *face shield* e dos óculos:

- Após cada atendimento ou ao sair do quarto de pacientes suspeitos/confirmados, o fonoaudiólogo deveria retirar as luvas e o avental, permanecer com a paramentação respiratória (máscara N95, óculos, *face shield* e touca) e higienizar as mãos;
 - i. Sem sujilidade visível: calçar novas luvas de procedimento; utilizar produto específico orientado pela SCIH para desinfecção do óculos e da *face shield* com compressa descartável;
 - ii. Com sujilidade visível (realizar limpeza e desinfecção no expurgo da unidade);
- Na chegada ao expurgo, calçar novas luvas de procedimento e realizar a higienização da bancada com produto específico;
- Colocar o protetor facial sobre uma compressa descartável limpa;
- Borrifar o detergente (Veroplus ou enzimático) na compressa descartável (Wypall) e passar no protetor facial;
- Realizar a desinfecção com uso de LapSeptic, borrifar o produto em uma nova compressa e passar no protetor;
- Guardar em saco plástico e armazenar em local apropriado de acordo com cada setor;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Retirar a máscara N95;
- Acondicionar a máscara N95 em local apropriado.

Novas diretrizes para o atendimento foram definidas, na internação e nos ambulatórios:

1. Utilização obrigatória de máscara N95;
2. Contra-indicação de utilização de material compartilhado (estetoscópio, paquímetro, laringe eletrônica);
3. Realização de avaliação interna da cavidade oral muito criteriosa e sempre com a utilização completa de EPIs (máscara N95, óculos, *face shield*, gorro e avental descartável);
4. Modificação na seleção de exercícios e manobras de deglutição, evitando aquelas que possuem maior risco de dispersão de aerossóis, por exemplo, manobras de

proteção de vias aéreas com tosse, uso de incentivadores respiratórios ou tubos de resistência;

5. Exames objetivos de voz ou deglutição adiados em 14 dias para pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. Para pacientes assintomáticos, exame objetivo indicado também com muito critério e, quando indispensável, videofluoroscopia da deglutição em detrimento ao FEES;
6. Suspensão de realização de avaliação acústica da voz, pela impossibilidade de higienização adequada do microfone;
7. Suspensão do teste de sensibilidade de pares cranianos;
8. Procedimentos de aspiração, adaptação de válvula de fala e manipulação de traqueostomia ou estoma realizados somente quando extremamente necessários para evolução terapêutica, e após discussão intra e inter-equipes;
9. Suspensão de treinamento de aspiração para os novos residentes;
10. Nasofibroscopia (acompanhamento pelo fonoaudiólogo): contraindicada em casos suspeitos ou positivos de COVID-19. O exame favorece a disseminação de aerossóis e pode trazer riscos aos pacientes e à equipe. Para pacientes oncológicos, com suspeita de lesões na laringe, o exame não pode ser evitado e deve ser considerada e discutida sua necessidade com a equipe assistencial. Já para pacientes com disfonia que podem aguardar a realização do exame objetivo, a terapia deve ser mantida levando em consideração as limitações do atendimento. O paciente deve ser orientado e informado sobre essas limitações e o motivo das decisões tomadas;
11. Videofluoroscopia da deglutição: indicada somente em casos de extrema necessidade, e os profissionais que realizam o exame devem utilizar todos os EPIs para procedimentos que geram aerossóis (máscara N95, gorro, luvas, avental descartável e *face shield*). Antes e após os atendimentos, a sala e o aparelho do raio x devem ser higienizados;
12. Utilização de teleconsulta em casos de risco iminente com atendimento presencial.

DIRETRIZES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. Suspensão de todas as atividades em grupo. Pacientes laringectomizados totais foram orientados, por telefone, a ficarem em casa com o devido uso de máscaras faciais e no traqueostoma, além de filtros quando possível;
2. Terapias individuais foram postergadas, especialmente pacientes com quadros leves de disfonia ou disfagia;
3. Revisão dos objetivos e planejamento terapêutico de cada paciente e decisão sobre continuidade e frequência;
4. Limpeza das salas: antes do início e ao final de cada atendimento, as salas passaram a ser higienizadas pelos profissionais de limpeza, conforme orientação do SCHI, especialmente superfícies (mesa, cadeiras, maca) e quando necessário, limpeza do chão ou troca do lixo.

DIRETRIZES ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTO NAS UIS E UTIS (COVID E NÃO-COVID)

1. Todos os atendimentos aos pacientes internados (COVID positivo, suspeitos ou não-COVID) foram criteriosamente discutidos e alinhados caso a caso com toda equipe assistencial, seguindo o racional de custo-benefício essencialidade x disseminação;
2. Discussão dos pacientes com suspeita de COVID-19 quanto à urgência da intervenção fonoaudiológica. Se urgente, avaliação para definição de conduta quanto à segurança de alimentação por via oral. Se não-urgente, aguardar 1 ou 2 dias para o resultado do exame para COVID-19;
3. Assistência aos pacientes com COVID-19, respeitando-se todos os critérios de paramentação. Após a avaliação, definição do planejamento terapêutico presencial ou remoto quando indicado, através de contato telefônico diário com pacientes/familiares;
4. Intervenção aos pacientes COVID-19, na UTI, pós-extubação: conforme evolução da pandemia, quando todo paciente e todo profissional passaram a ser infectados em potencial, a atuação fonoaudiológica foi liberada na UTI-COVID. Os pacientes passaram a se avaliados para reintrodução de via oral e reabilitação das disfagias e disfonias. Desde que preenchido o critério de estabilidade clínica, manteve-se o protocolo já estabelecido de avaliação após 24h de extubação;

5. Pacientes que não necessitaram de intubação, mas que permaneceram na UTI para estabilização respiratória, também foram avaliados quanto à essencialidade da intervenção fonoaudiológica. A continuidade das terapias é discutida diariamente com a equipe responsável;
6. O tipo de dispositivo de oxigenioterapia foi considerado para definir a segurança da avaliação por via oral, consistência de dieta e liberação da mesma;
7. A adaptação de válvula de fala foi contraindicada em paciente COVID positivo;
8. Para pacientes traqueostomizados, suspeitos ou confirmados com COVID 19, novamente discussão com equipe médica quanto à essencialidade do atendimento, uma vez que o procedimento de manipulação de *cuff* é um grande gerador e disseminador de aerossóis. Além disso, muitos destes pacientes necessitam de maior tempo de permanência na ventilação mecânica e em transição gradativa para nebulização, portanto, foi sugerido aguardar o teste negativo para COVID19, estabilização clínica e respiratória para atendimento fonoaudiológico com tentativa de manipulação de *cuff*.

ADMINISTRAÇÃO DA EQUIPE DE FONOAUDIÓLOGOS

A transparência com que a liderança médica foi administrando a pandemia foi (e é) transmitida semanalmente, desde seu início, a todos os líderes de Departamento e estas informações foram repassadas a toda a equipe de Fonoaudiologia: taxas de contaminação de pacientes e colaboradores, curvas de crescimento, disponibilização e orientação quanto ao uso de EPIs, acolhimento de profissionais e residentes. Internamente, a identificação de risco emocional foi realizada constantemente para acolhimento e eventuais encaminhamentos. Ressalta-se o momento em que o primeiro fonoaudiólogo se infectou: angústias, medos, mas muito apoio e amor.

O hospital determinou e separou andares exclusivos para os pacientes suspeitos ou confirmados COVID-19, assim como uma UTI exclusiva para a demanda. O Departamento de Fonoaudiologia, no início da pandemia, definiu apenas um profissional da equipe para assistência aos casos positivos, evitando a infecção cruzada, com revezamento semanal. Os residentes, num primeiro momento, foram poupados.

A partir de abril, com o avanço da pandemia, todos os pacientes e colaboradores passaram a ser suspeitos. E as ações e procedimentos tomados para os Pacientes COVID ou

suspeitos passaram a ser seguidas para todos os pacientes da Fonoaudiologia. Gradativamente passamos a retomar as atividades de toda a equipe. Além disso, todos os pacientes das UIs e UTIs passaram a ser atendidos pela equipe de fonoaudiologia com paramentação completa.

A partir de maio, mediante a estabilização das curvas de contaminação de pacientes e colaboradores dentro da instituição como reflexo das medidas institucionais tomadas no início da pandemia (triagem na entrada do hospital, disponibilização de máscaras para todos os pacientes e acompanhantes, restrição de acompanhantes) e a determinação de um fluxo oncológico protegido, a equipe de fonoaudiologia passou a fazer chamada ativa a todos os pacientes que se encontravam em atendimento pré-pandemia, para retomada da reabilitação. A discussão continua sendo caso a caso. Um caso de disфонia de grau leve, por exemplo, pode ter um grande impacto na qualidade de vida de um paciente que trabalha com a voz diariamente, ou seja: a individualidade também causa essencialidade.

Em 1º de junho, a ASHA mencionou em seu site oficial que o governo federal designou os fonoaudiólogos como "trabalhadores essenciais da infraestrutura crítica" e acrescentou que idealmente os gestores precisam se comunicar com sua equipe sobre expectativas, atribuições de trabalho e contingências operacionais relevantes.

Ainda estamos no meio da pandemia e traçar perspectivas frente ao desconhecido, é impossível. Mas vale ressaltar os grandes aprendizados obtidos até então: a importância de uma comunicação clara e eficiente entre lideranças e subordinados, o espírito de união (multi e intradisciplinar), o valor de decisões racionais mesmo num contexto/país permeado pelo medo, a consciência e a humildade diante dos limites de uma atuação em benefício de vidas e finalmente, mas não menos importante, o valor de nossa profissão.

REFERÊNCIA

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. **Paramentação correta**. São Paulo: A. C. Camargo Cancer Center, 2020. Disponível em: https://www.accamargo.org.br/sites/default/files/2020/09/covid-19/geral_-_paramentacao_e_retirada_passo_a_passo-covid-19_2020_04_06_v1.pdf. Acesso em: 04 set. 2020.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. **Atendimento oncológico protegido**. São Paulo: A. C. Camargo Cancer Center, 2020. Disponível em:

<https://www.accamargo.org.br/noticias/atendimento-oncologico-protegido>. Acesso em: 23 jul. 2020.

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. **Protocolos Covid-19**. São Paulo: A. C. Camargo Cancer Center, 2020. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/protocolos-covid-19>. Acesso em: 04 set. 2020.

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association. **Coronavirus/COVID-19 Updates**. Rockville: ASHA, 2020. Disponível em: <https://www.asha.org/about/coronavirus-updates/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

DYSPHAGIA RESEARCH SOCIETY. **COVID-19 information and resources: risk management of AGP for dysphagia care**. Kimberly: Dysphagia Research Society, 2020. Disponível em: <https://www.dysphagiaresearch.org/page/COVID19AGPs>. Acesso em: 04 set. 2020.

KOWALSKI, L. P. *et al.* COVID-19 pandemic: effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. **Head Neck**, New York, v. 42, n. 6, p. 1259-1267, June 2020.

KU, P. K. M. *et al.* Management of dysphagia in the patient with head and neck cancer during COVID-19 pandemic: practical strategy. **Head Neck**, New York, v. 42, n. 7, p. 1491-1496, July 2020.

MCMMASTER UNIVERSITY. School of Rehabilitation Science. **Rehabilitation for patients with COVID-19: guidance for Occupational Therapists, Physical Therapists, Speech-Language Pathologists, and Assistants**. Hamilton: McMaster University, School of Rehabilitation Science, 2020. Disponível em: <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2020/04/Rehabilitation-for-Patients-with-COVID-19-Apr-08-2020.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SPEECH PATHOLOGY AUSTRALIA. **Speech Pathology Australia guidance for service delivery, clinical procedures, and infection control during COVID-19 pandemic**. Version 4: 29 May 2020 Melbourne: Speech Pathology Australia, 2020. Disponível em: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/9a58e4f8/files/uploaded/SPA%201704%20Guidance%20for%20Service%20Delivery.pdf>. Version 4: 29 May 2020. Acesso em: 23 jul. 2020.



ISBN 978-65-86760-04-0