

FONOAUDIOLOGIA NO AMBIENTE HOSPITALAR.

Ana Paula de Almeida Pena. Fonoaudióloga. Especializanda em Atenção Multiprofissional em Oncologia. Fonoaudióloga Hospitalar. Fundação Hospitalar de Blumenau (Hospital Santo Antônio). Blumenau-SC-Brasil

Kátia Mascarello de Athaides. Fonoaudióloga. Especialista em Audiologia Clínica e Ocupacional. Fonoaudióloga Hospitalar. Fundação Hospitalar de Blumenau (Hospital Santo Antônio). Blumenau-SC-Brasil

A fonoaudiologia hospitalar é a área que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua.¹

O fonoaudiólogo ingressa na equipe atuando de forma multi e interdisciplinar, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, a partir do gerenciamento da deglutição e da comunicação, de maneira segura e eficaz.²

A contribuição da Fonoaudiologia busca ampliar as perspectivas prognósticas, com a redução do tempo de internação e a redução na taxa de re-internações por pneumonia aspirativa, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.^(4,5)

Atuação do serviço de fonoaudiologia no hospital é do recém-nascido realizando o Teste da Orelhinha, Teste de Linguinha, déficit de sucção e deglutição; pré e pós – operatório Programa de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (bariátrica) e cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço; e em quadros com alteração de comunicação (articulatória e vocal), disfagia oral, faríngea e orofaríngea.

1) Triagem Auditiva Neonatal(TAN)

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família. No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida. A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, conforme a Lei Federal nº 12.303 desde 2010, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida,

a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames. No caso de nascimentos que ocorram em domicílio, fora do ambiente hospitalar, ou em maternidades sem triagem auditiva, a realização do teste deverá ocorrer no primeiro mês de vida. Deve ser organizada em duas etapas (teste e reteste), no primeiro mês de vida. Se o primeiro teste da TAN der um resultado alterado, a criança deve refazê-lo dentro de 15 a 30 dias no máximo. Se a alteração da TAN persistir, o bebê deve ser encaminhado imediatamente a um serviço de Saúde Auditiva para confirmação do diagnóstico de deficiência auditiva.⁵

2) Teste da Linguinha.

O frênulo da língua, quando avaliado, pode ser diagnosticado como normal ou alterado, dependendo dos critérios utilizados pelo avaliador. Profissionais costumam avaliar o frênulo da língua a partir da observação visual do aspecto do frênulo ou, ainda, observando a mobilidade da língua. Em casos de bebês, a amamentação também é observada. Entende-se que, para obter uma avaliação precisa, é necessário observar certos aspectos da língua e do frênulo, a mobilidade e a posição habitual da língua, assim como a produção articulatória da fala.

O mesmo não ocorre quanto ao termo utilizado para definir o frênulo alterado, havendo grande variação na nomenclatura utilizada: língua presa (tongue tie), frênulo curto, frênulo longo; língua aderente, anteriorizado, anquiloglossia ou anciloglossia (completa ou parcial), dentre outros.

Interfere diretamente na sucção devido a limitação de mobilidade da língua para extração do leite materno dos ductos mamários, fazendo com que o recém-nascido/lactente não consiga uma nutrição de forma adequada, interferindo no ganho de peso e fissurando o bico do seio materno.

Futuramente a mobilidade limitante de língua interfere diretamente na articulação de letras específicas, causando alterações como ceceo anterior ou ceceo lateral durante a fala.

Existem graus variados de língua presa, por isso a importância de haver um teste que leva em consideração os aspectos anatômicos e funcionais para fazer um diagnóstico preciso e indicar a necessidade da realização do “pique no frênulo que está preso na língua”. Se o resultado da avaliação do protocolo indicar a presença da língua presa, o recém-nascido/lactente deve ser encaminhado para profissional específico para realização do procedimento de liberação do frênulo lingual, popularmente conhecido como “pique na língua”, a ser realizado por um profissional médico ou dentista.

No Brasil, a lei nº 13.002 de 20 de Junho de 2014, que torna obrigatória a aplicação do protocolo de avaliação do frênulo lingual em todos os recém-nascidos é recente, por isso, não existe um cadastro oficial do Ministério da Saúde de todos os locais que realizam o exame. ⁶

3) Déficit de Sucção e Deglutição em Recém-Nascidos e Lactentes/Pediatria.

De acordo com a PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012 ⁷: “Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” – exige uma equipe mínima formada com, pelo menos, um fonoaudiólogo disponível para a unidade. A atuação interdisciplinar no atendimento ao RN, primordialmente aqueles graves ou potencialmente graves, faz parte das mais importantes políticas de saúde em prol da sobrevivência e da qualidade de vida destas crianças.

A inserção do fonoaudiólogo na equipe neonatal, atuando na assistência multiprofissional dos recém-nascidos pré-termo, é uma prática bastante recente no Brasil. Sua atuação abrange, principalmente, aspectos relacionados a prevenção e reabilitação precoce de distúrbios da comunicação, ou seja, na prática promove a adequação da alimentação oral e a detecção precoce de deficiência auditiva.

O fonoaudiólogo pode intervir com vistas a estimular a alimentação oral e estabelecer métodos de avaliação clínica do padrão de sucção, como também desenvolver o trabalho de transição da alimentação gástrica para via oral, com destaque a estimulação sensorio motora oral através de estímulos tátil, auditivo e da sucção não nutritiva. ⁸

O mecanismo de sucção, deglutição e respiração é complexo, tais processos interagem intensamente e utilizam mecanismos motores comuns provocados e orientados por sensações próprias a cada função, sendo coordenado por reflexos orais que no momento da deglutição fazem o RN cessar de respirar por um segundo, tempo necessário à passagem faríngea do alimento. A deglutição ocorre dentro da fase expiratória da respiração. Desta forma, o ar expirado pós-deglutição atua limpando os restos alimentares da região glótica. Portanto, no processo da alimentação existem várias interrupções respiratórias, plenamente compensadas pelo RN normal. Entretanto, o RN pré-termo, o RN síndrômico e o RN patológico que apresentam dificuldades neurológicas funcionais ou estruturais para organizar a sucção, a deglutição e a respiração, apresentam disfagia associada à distress respiratório, podendo ainda ocorrer aspirações ou micro-aspirações pulmonares ^(9,10)

A sucção é coordenada com respiração, deglutição, postura e movimentação de mandíbula. Se um destes aspectos já se encontra alterado, não vai ser possível a realização desta tarefa de maneira sincronizada. Portanto, avaliar a sucção no início significa avaliar todos os comportamentos associados a ela e em movimento, ou seja, na hora da alimentação, mesmo que o bebê esteja recebendo a alimentação através da sonda gástrica ¹¹

A divisão entre a sucção e a deglutição é uma divisão didática, uma vez que, principalmente nos primeiros meses de vida, a sucção e a deglutição são automatismos interligados funcionando como um sistema simultâneo e integrado, junto com a respiração. Introdução 30 A sucção aciona a deglutição, e precisar exatamente qual o momento que cessa a sucção e se inicia a deglutição é uma tarefa muito difícil. ¹²

Já na população pediátrica, a atuação fonoaudiológica pode interferir precocemente na hipersensibilidade intraoral e na recusa alimentar. Para o acompanhamento de crianças com disfagia, além da avaliação clínica, é de competência do fonoaudiólogo a discussão em equipe multidisciplinar para possíveis encaminhamentos e realização de exames. ¹³

4) Pré e Pós Operatório de Programa de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (Bariátrica).

O trabalho fonoaudiológico na equipe multidisciplinar é de extrema importância visto de cirurgia bariátrica ainda é pouco explorado. As complicações pós-cirúrgicas foram as grandes alavancadoras para o crescimento dos estudos fonoaudiológico na área, uma vez que muitas queixas como engasgos, empachamentos e vômitos advinham de alterações deglutitórias e digestivas provocadas pelo mau funcionamento da mastigação. As evidências das mudanças que ocorrerão na vida dos pacientes pós-cirurgia bariátrica, principalmente quanto à alimentação, leva à necessidade da contribuição fonoaudiológica com atuação desde o pré-cirúrgico, objetivando sempre uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

Estes necessitarão de uma adaptação a essa nova maneira de ingestão dos alimentos, atentando para particularidades da mecânica mastigatória, envolvendo a participação de todos os órgãos fonoarticulatórios.

Dentre as funções do Sistema Estomatognático, a mastigação é considerada a função ouro, tendo como pré-requisito facilitador uma boa respiração e sendo ela própria facilitadora de uma boa deglutição. Tal importância se dá pelo fato de que a mesma contribui para a prevenção dos distúrbios miofuncionais, estimulando a musculatura orofacial e favorecendo um desenvolvimento saudável dos ossos maxilares, manutenção dos arcos, estabilidade da

oclusão e, por fim, equilíbrio muscular e funcional. Sua função principal é a fragmentação do alimento em partículas cada vez menores, preparando-o para a deglutição e digestão.

Para que isto ocorra de forma eficiente é necessária a integridade das estruturas envolvidas, bem como uma harmonia funcional entre elas, incluindo uma boa postura de cabeça sustentada pelos músculos da nuca com o nervo acessório e nervos cervicais C2-C5. A intervenção fonoaudiológica na equipe de cirurgia bariátrica consiste em uma avaliação e acompanhamento no pré e pós-operatório. Considerando que o preparo pré-operatório do candidato à cirurgia bariátrica é de grande importância, é necessário que o mesmo submeta-se a uma reeducação mastigatória. Entretanto, para realizar tal função de forma ideal ou próxima ao padrão tido como normal, é necessário apresentar estruturas anatômicas sem prejuízos funcionais. Tais estruturas como lábios, bochechas, palato duro e mole, língua, frênulo de língua e dentes são avaliados pelo fonoaudiólogo, e este verificará as possibilidades deste indivíduo em executar uma mastigação e deglutição satisfatória.

A atuação fonoaudiológica em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica apresenta característica preventiva, evitando complicações pós-operatórias como engasgos, empachamentos, piroses e vômitos. Porém, outro foco seria o terapêutico, atuando em alterações detectadas tanto no pré, que provavelmente persistem, e no pós-operatório. Entretanto, para que esta conduta atenda as reais necessidades desse paciente, é necessária uma avaliação fonoaudiológica documentada inicial cuidadosa, seguindo orientações específicas e respeitando os padrões de normalidade. Espera-se que com a melhor adequação das estruturas e funções alteradas, esse paciente obtenha a tão sonhada qualidade de vida. ^(14,15)

5) Pré e Pós Operatório de Câncer de Cabeça e Pescoço, tratamento quimioterápico e radioterápico

O atendimento fonoaudiológico ao paciente com câncer de boca e orofaringe é comentado na literatura desde os anos 1960. Os tumores de cabeça e pescoço, causam impacto extremo aos pacientes pela dor, por mau cheiro, dificuldade para comer e para falar, com impacto negativo na qualidade de vida.

As alterações funcionais observadas nesse grupo de pacientes são ocasionadas pela própria lesão e variam de acordo com o tratamento oncológico indicado. A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia tornam mais grave as dificuldades do paciente, algumas temporariamente, e outras, de modo permanente. O fonoaudiólogo visa a atuar nesses casos, realizando a prevenção, o diagnóstico funcional, orientações e terapia.

O atendimento antes do tratamento visa quatro razões principais: bioética; para conhecer alterações funcionais prévias decorrentes da presença da lesão; para investigar habilidades e competências do indivíduo doente; e para estabelecer vínculo fonoaudiólogo-paciente, o que tende a auxiliar na adesão terapêutica.

A avaliação funcional prévia é indicada porque as adaptações ou compensações inadequadas prévias ao tratamento oncológico são fatores negativos no prognóstico da reabilitação funcional.

Outro interesse na avaliação nesse momento é identificar a viabilidade de adaptação às manobras serem utilizadas no pós-tratamento. Testem-se habilidade motora, compreensão, coordenação, execução sob apresentação de ordens verbais. Pacientes com dificuldade de compreensão da fisiologia normal e patológica tendem a apresentar limite no prognóstico. Em casos, de pós-operatório e em ambientes Unidades de Recuperação Pós-Operatória (RPO), Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva; o fonoaudiólogo deve discutir com o cirurgião, assim como com o intensivista sobre o risco e benefício de sua ação nesses casos. Espera-se que, a dar início ao atendimento nesse momento, o profissional saiba o motivo da intervenção e tenha informações essenciais para ter segurança de sua ação, seja capaz de propor uma conduta emergencial a partir da hipótese diagnóstica clínica. Nesse momento a escolha do exame instrumental funcional, assim como a contraindicá-lo nesse período, é uma decisão importante do fonoaudiólogo. Mais do que conhecer o que deve ser realizado, por tratar de um período de risco, é necessário saber o que não fazer.

A reabilitação fonoaudiológica pós operatória tem como objetivo maximizar o uso de estruturas remanescentes para estabelecer a alimentação pela boca e melhorar a comunicação oral.

A fonoterapia inicial focará na retomada da alimentação via oral, por se tratar de uma função neurofisiológica ligada a sobrevivência. Pode ser iniciado alguns exercícios fonoarticulatórios como fala automática, para melhorar a clareza articulatória do paciente, favorecendo a comunicação oral nesse estágio inicial do tratamento. Assim que o paciente estiver se alimentando pela boca, o fonoaudiólogo direcionará o foco da terapia especificamente para as alterações de fala e voz, pertinentes a cada cirurgia.

As condutas fonoaudiológicas estão relacionadas com as funções de deglutição e fala. Entretanto, não excluem reabilitação vocal decorrente de mudança no trato vocal, abertura de boca e sequelas da radiação.

Referente as orientações fonoaudiológicas para efeitos de radioterapia e quimioterapia, envolve também cuidados gerais, da responsabilidade de toda equipe multiprofissional, como a higiene oral adequada, bem como o paciente é orientado a não realizar esforço vocal.

Durante e após a radioquimioterapia o fonoaudiólogo atuará para minimizar os efeitos da rigidez e fibrose facial e cervical, como estratégias terapêuticas incluem manipulação laríngea e cervical com substâncias cicatrizantes e hidratantes livres de álcool indicadas pela equipe médica.¹⁶

6) Disfagia

A disfagia é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais(4). Pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, de acidente vascular encefálico, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências e encefalopatias. A disfagia mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração. Também, gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte.¹⁷

Atuação fonoaudiológica em disfagias orofaríngeas anteriormente identificada como um comitê do departamento de motricidade orofacial, a disfagia passou a ser reconhecida como especialidade a partir da publicação da resolução 383/2010, do conselho federal de fonoaudiologia.¹⁸

O fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológicos das disfagias orofaríngeas, além de ser apto para o gerenciamento destas em recém-nascido, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso. Dentro da equipe que atua com disfagia é de orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco para disfagia e no encaminhamento para avaliação fonoaudiológica. Os procedimentos desempenhados pelo fonoaudiólogo nos quadros de disfagia são de avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da sucção, mastigação e deglutição, utilizando, entre outros, instrumentos padronizados, buscando identificar a fisiopatologia deste processo.¹⁹ (Conselho Regional de Fonoaudiologia)

Investigar a história clínica, realizar avaliação não instrumental (a avaliação clínica é realizada a beira do leito, constando de prontuário, exame físico e limitações) e avaliação instrumental (videofluoroscopia).

A reabilitação propriamente dita, pode ser feita através de exercícios e manobras facilitadoras, exercícios de resistência muscular, melhorar o controle do bolo alimentar dentro da cavidade oral, aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea “principalmente pregas vocais verdadeiras (PPVV)”, mobilidade laríngea, manobras posturais, estimulação do reflexo de deglutição.²⁰

Referências Bibliográficas:

1. LUZ E. A fonoaudiologia hospitalar em questão. **Jornal do CFFa**, 2,4, 1999.
2. ASHA (American Speech-Language-Hearing Association 2001-2002)
3. Hinchey JA, Shepard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S; Stroke Practice Improvement Network Investigators. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*. 2005;36(9):1972-6. [[Links](#)]
4. Smith Hammond CA, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129(1 Suppl):154S-168S. [[Links](#)]
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 32 p. : il.
6. Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. -- São José dos Campos, SP : Pulso Editorial, 2014
7. PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012
8. BEREZIN, A.; RODRIGUES, F. P. M.; GALLACI, C. B.; SOARES, C.X.; GUEDES, M. L. S. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não-nutritiva e interação mãe recém-nascido: avaliação e ganho ponderal. **Revista Paulista Pediátrica**, v 11, n.2, p.178-181, Jun, 1993.
9. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica em neonatologia: uma proposta de intervenção. In: Andrade CRF. *Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco*. São Paulo: Lovise; 1996. p.43-98.
10. Quintella T, Silva AA, Botelho MIMR. Distúrbios da deglutição (e aspiração) na infância. In: Furkim AM, Santini CS. *Disfagias orofaríngeas*. Carapicuíba: Pró-Fono; 1999. p.61- 96.
11. Xavier C. Trabalho fonoaudiológico com bebês durante a fase hospitalar. In: Limongi SCO. *Paralisia cerebral - processo terapêutico em linguagem e cognição (pontos de vista e abrangência)*. Carapicuíba: Pró-Fono; 2000.
12. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: Hernandez AM, Marchesan I. *Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.1-37.

13. Marrara et al. Deglutição em crianças com alterações neurológicas: avaliação clínica e videofluoroscópica. *Pró-Fono Rev Atual Científ.* 2008;20(4):231-6.
14. Silva Angela Silveira Guerra, Tanigute Christiane Camargo, Tessitore Adriana. A necessidade da avaliação fonoaudiológica no protocolo de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2014 Oct [cited 2018 Nov 06] ; 16(5): 1655-1668. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000501655&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201413713>.
15. FRANQUES, M. R. A.; SEGAL, A. Atuação Multidisciplinar na Cirurgia Bariátrica. *A visão da coesas – SBCBM*. São Paulo: Miró; 2012. p.318-323.
16. BARBOSA, A.E.; CARVALHO, V. Fonooncologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2012. p.221-266.
17. Padovani Aline Rodrigues, Moraes Danielle Pedroni, Mangili Laura Davidson, Andrade Claudia Regina Furquim de. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* [Internet]. 2007 Sep [cited 2018 Nov 06] ; 12(3): 199-205. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000300007&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>.
18. Resolução 383/2010, do conselho federal de fonoaudiologia.
19. <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/>
20. FURKIM, A. M. Disfagia: A Intervenção Fonoaudiológica. In: JUNQUEIRA, P. & DAUDEN, A. T. B. C. (org.) *Aspéctos Atuais em Terapia Fonoaudiológica*. São Paulo, Pancast Editora, 1997.