



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRO-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO

IVES MARCELO PINHEIRO GONÇALVES

**ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA PREVENÇÃO DE
BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADA A DISFAGIA DURANTE A
PANDEMIA COVID-19**

Palmas (TO)
2023

IVES MARCELO PINHEIRO GONÇALVES

**ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA PREVENÇÃO DE
BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADA A DISFAGIA DURANTE A
PANDEMIA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciência e Saúde como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma.

Co-orientador: Prof. Me. André Pontes Silva

Palmas (TO)
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- G635e Gonçalves, Ives Marcelo Pinheiro.
Estratégias de ensino para prevenção de broncoaspiração associada a disfagia durante a Pandemia covid-19. / Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves. – Palmas, TO, 2023.
78 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2023.
Orientador: Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Coorientador: André Pontes Silva
1. Deglutição. 2. Aspiração respiratória. 3. Prevenção. 4. Educação em saúde. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

IVES MARCELO PINHEIRO GONÇALVES

**ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA PREVENÇÃO DE
BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADA A DISFAGIA DURANTE A
PANDEMIA COVID-19**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Ensino em Ciência e Saúde como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca examinadora.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Professor Doutor Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma - UFT (Orientador)

Professor Mestre André Pontes Silva – UFSCar (Co-orientador)

Professor Doutor Ladislau Ribeiro do Nascimento - UFT (Examinador)

Professor Doutor Luiz Sinésio Silva Neto - UFT (Examinador)

Professor Doutor Eduardo Magalhães da Silva - UNB (Examinador)

DEDICATÓRIA

Esta obra é dedicada:

Dedico este trabalho à minha família, especialmente à minha mãe, minha primeira professora, por tudo que sou hoje. A minha esposa pelo apoio incondicional e a todos os meus mestres que me conduziram nessa longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Todo-poderoso, pois com a permissão dele pude trilhar esse caminho, cheio de pedregulhos e espinhos, mas, que a muito desejava, porém sem a condução dele não seria possível.

Agradeço a meus pais, Maria do Carmo e José de Ribamar (in memory), os quais não mediram esforços para criar seus filhos com base na melhor educação possível. Aos meus cinco irmãos e quatro irmãs, por muitas das vezes aceitarem determinadas privações em prol da minha formação acadêmica. Amo vocês!

Agradeço a minha esposa pela parceria e por não medir esforços em me apoiar nessa jornada, às vezes tendo que suportar meus estresses e ansiedades; obrigado por me permitir experimentar o verdadeiro amor, ao conceber a nossa querida e amada filha Ivily.

Ao professor doutor Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma o meu muito obrigado pela orientação ao longo deste processo, a exigência no devido grau, ao incentivo e a disponibilidade. Gratidão eterna! Obrigado por acreditar em meu potencial acadêmico.

Grato a professora doutora Érika Maciel, coordenadora do PPGECS, pela sua dedicação incondicional, a fim de possibilitar um mestrado de alto nível, e pelo grande aprendizado que obtive nas reuniões da CAD conduzida por ela.

Agradeço aos demais professores do PPGECS por todos os ensinamentos compartilhados ao longo desse percurso.

Agradeço a parceria de todos os meus colegas de mestrado em nome do meu amigo Dário que, muitas vezes compartilhou comigo ideias e desafios deste processo.

Sou grato especialmente a cada paciente, profissionais e direção do Hospital Regional de Araguaína, por viabilizar e permitir que esse projeto pudesse se iniciar, e, quem sabe se perpetuar como uma estratégia de ensino permanente em saúde.

“Ouse saber”

Horácio

RESUMO

Introdução: Desde o início da nova pandemia, os serviços de saúde do Corona Vírus Disease 2019 (COVID-19) enfrentam um novo cenário. No ambiente hospitalar pessoas com COVID19 apresentam prognóstico e comorbidades diversificadas entre elas a disfagia. **Objetivo:** essa dissertação tem por objetivo geral analisar a prevalência de disfagia e suas comorbidades em ambiente hospitalar durante a pandemia COVID-19, e, propor como através do ensino, na segunda fase deste trabalho, estratégias de educação permanente em saúde, que visem prevenir a disfagia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal/retrospectivo, através de consulta de prontuários, que visa analisar a prevalência de disfagia e suas comorbidades em ambiente hospitalar, bem como propor medidas educacionais, na segunda fase deste trabalho, para prevenção destas. Como primeira fase do trabalho e para apresentar as características epidemiológicas da disfagia, incluindo pacientes acometidos pela Covid-19, foram utilizados os dados contidos nos registros do banco de dados / prontuários, da Clínica Médica do Hospital Regional de Araguaína no período de 01 de março de 2020 a 01 de setembro de 2021. Este trabalho consta com 02 artigos e um relatório de campo. O **Artigo 01** teve como *objetivo:* determinar a prevalência de disfagia orofaríngea e suas comorbidades, independentemente da doença de base, em hospital de ensino do sistema público de saúde no norte do Brasil, viabilizando a compreensão desta afecção pelos aprendentes dos diversos campos da saúde. Obteve-se como *resultados* desse primeiro artigo: prevalência de disfagia da amostra total de 40.74%; doença de base que mais se associou a disfagia, nesta pesquisa, foram as neurológicas, com 21 (47.73%) dos casos; do total de pacientes disfágicos 01 (2.27%) apresentou broncoaspiração como complicação única e, 01 (2,27%) apresentou como manifestação mais grave broncoaspiração e pneumonia; 03 (6.82%) apresentaram insuficiência respiratória sem necessidade de suporte ventilatório e, 03 (6.82%) apresentaram insuficiência respiratória e necessidade de suporte ventilatório; totalizando 18.18% n = 08 pacientes com disfagia e repercussão respiratória. Obteve-se como desfecho da hospitalização: 38 (86.36%) de alta hospitalar, 03 (6.82%) transferência interna, apenas 01 (2.27%) encaminhamento para ambulatório e 02 (4.55%) óbitos. *Conclusão:* o cruzamento dos dados comprovou a íntima relação entre doença de base e disfagia, especialmente em idosos, e revelou como principais complicações/agravos durante a hospitalização: pneumonia, insuficiência respiratória, broncoaspiração e consequente necessidade de suporte ventilatório. O **artigo 02**, *objetivou* fazer uma análise reflexiva sobre as experiências vivenciadas pela equipe de fonoaudiologia em UTI

Covid frente à Pandemia da Covid-19. *Conclusão:* o trabalho em equipe é de suma importância para melhora clínica do paciente, pois por meio da manutenção de um canal aberto de comunicação entre membros da equipe de saúde do Hospital de Campanha foram solicitados avaliações e acompanhamento fonoaudiológico, bem como trocas que possibilitaram a tomada da melhor decisão para cada caso. Registrou-se a importância da educação permanente e o trabalho conjunto como fatores essenciais para o enfrentamento de pandemias como a que enfrentamos nos últimos anos. **O Diário de campo**, teve como *objetivo*, descrever o impacto da ação educativa na prevenção da disfagia, por meio do I Webinar Tocantinense de Disfagia. *Resultados:* observou-se uma boa aceitação por parte dos profissionais de saúde, com centenas de participantes que assistiram o evento on line e ao vivo, ou o acessaram posteriormente em plataforma de transmissão Youtube; soma-se a isso a disponibilização desta experiência com o Webinar, no Congresso Movimentos Docentes, o qual publicou resumo expandido em anais do evento, e transmissão de uma gravação do resumo em plataforma digital. *Conclusão:* por meio do webnário pode-se discutir e compreender melhor o tema disfagia, com um enfoque na equipe multidisciplinar, como protagonista nos cuidados do paciente disfágico. **Conclusão:** Os resultados encontrados dão conta de que a disfagia é um problema de saúde pública, que pode gerar complicações como broncoaspiração, pneumonias e outras complicações respiratórias. Sendo assim é de fundamental importância, a atuação multiprofissional, aliada a educação continuada, como webinários e congressos, a fim de minimizar as sequelas inerentes a disfagia. **Palavras-chave:** deglutição; aspiração respiratória; prevenção; educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Since the beginning of the new pandemic, Corona Virus Disease 2019 (COVID19) health services face a new scenario. In the hospital environment, people with COVID-19 have a diverse prognosis and comorbidities, including dysphagia. **Objective:** Contribute to prevent respiratory problems associated with dysphagia, through teaching strategies in a hospital environment during the COVID-19 pandemic and apply, as through teaching, strategies of continuing education in health. **Methodology:** This is a quasi-experimental study, which aims to analyze the retention of information and its use in changes related to the prevention of respiratory problems associated with dysphagia. As the first phase of the work, data from the database of the Medical Clinic of the Hospital Regional de Araguaína were investigated. To present the epidemiological characteristics of dysphagia, including patients affected by Covid19, the data contained in the database / medical records, from March 1, 2020 to September 1, 2021, were used. **Results:** The prevalence of dysphagia in the total sample was 40.74%, of these 01 (2.27%) had bronchoaspiration as a single complication, 01 (2.27%) had bronchoaspiration and pneumonia as a more severe manifestation, 03 (6.82%) had insufficiency respiratory without need for ventilatory support and 03 (6.82%) had respiratory failure and need for ventilatory support, totaling 18.18% n = 08 patients with dysphagia and respiratory repercussion. The underlying disease that was most associated with dysphagia, in this research, were neurological, with 21 (47.73%) of the cases. The hospitalization outcome was: 38 (86.36%) hospital discharge, 03 (6.82%) internal transfer, only 01 (2.27%) referral to outpatient clinic and 02 (4.55%) deaths. Regarding the impact of the educational action, through the I Tocantins webinar on dysphagia, there was a good acceptance by health professionals, with about 1000 participants who watched the event online and live, or accessed it later on a platform broadcasting Youtube; Added to this is the availability of this experience with a webinar, at the congress movements professors, which published an expanded abstract in the proceedings of the event, and made a recording of the abstract available on a digital platform. **Conclusion:** The results found show that dysphagia is a public health problem, which can lead to complications such as bronchoaspiration, pneumonia and other respiratory complications. Therefore, multidisciplinary action, combined with continuing education, is of fundamental importance in order to minimize the sequelae inherent to dysphagia.

Key Words: deglutition; respiratory aspiration; prevention; health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 .Fluxograma das etapas deste estudo.....	29
Figura 2 .Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco de Disfagia.....	44
Figura 3 Escala Funcional de Ingestão Oral.....	45
Figura 4 Treinamento da equipe multiprofissional quanto ao uso de placa de comunicação alternativa.....	47
Figura 5 Equipe de Fonoaudiologia do Hospital de Campanha.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição da amostra quanto gênero, faixa etária e doenças de base.....	30
Tabela 2	Complicações durante a hospitalização	30
Tabela 3	Descrição das amostras quanto aos sinais de disfagia	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê De Ética Com Pesquisa Com Seres Humanos
HRA	Hospital de Referência de Araguaína
OMS	Organização Mundial De Saúde
QV	Qualidade De Vida
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
IOT	Intubação Orotraqueal
UFT	Universidade Federal do Tocantins
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
COVID-19	SARS-CoV-2 e é uma abreviação de Corona Vírus Disease
EP	Educação Permanente
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	20
3 PERGUNTA DO ESTUDO	21
4 OBJETIVO GERAL	22
4.1 Objetivos Específicos	22
5 ARTIGO I: Prevalência de disfagia orofaríngea e suas comorbidades em pacientes com diferentes doenças de base internados em hospital de ensino no norte do Brasil	23
5.1 INTRODUÇÃO	24
5.2 MÉTODOS	26
5.2.1 <i>Desenho do estudo</i>	26
5.2.2 <i>Contexto</i>	27
5.2.3 <i>Participantes</i>	27
5.2.4 <i>Variáveis</i>	27
5.2.5 <i>Fontes de dados/ Mensuração</i>	28
5.2.6 <i>Viés</i>	28
5.2.7 <i>Tamanho do estudo</i>	28
5.2.8 <i>Variáveis quantitativas</i>	28
5.2.9 <i>Métodos estatísticos</i>	29
5.2.10 <i>Princípios éticos</i>	29
5.3 RESULTADOS	29
5.3.1 <i>Participantes</i>	29
5.3.2 <i>Desfecho</i>	29
5.4 DISCUSSÃO	31
5.4.1 <i>Principais resultados</i>	31
5.4.2 <i>Limitações</i>	35
5.4.3 <i>Generalização</i>	35
5.5 CONCLUSÃO	36
5.5.1 <i>Financiamento</i>	36
REFERÊNCIAS	37
6 ARTIGO II: Atuação do profissional de fonoaudiologia em unidade de atendimento a pacientes críticos com diagnóstico de covid-19	39
6.1 INTRODUÇÃO	40

6.2 MÉTODO	41
6.3 REFERENCIAL TEÓRICO	42
6.4 RELATO DE EXPERIÊNCIA	43
6.4.1 Manejo fonoaudiológico em paciente com diagnóstico de Covid-19	43
6.4.2 Evidências observadas em pacientes acometidos pela forma grave da Sars -Cov-2	45
6.4.3 Estratégia de educação permanente em saúde para prevenção de broncoaspiração	46
6.4.4 Importância da atuação transdisciplinar	47
6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
7. DIÁRIO DE CAMPO (RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO)	53
7.1 PROJETO DE PESQUISA	53
7.2 CONTATO COM O HOSPITAL	53
7.3 PESQUISADORES	53
7.4 COLETA DE DADOS	54
7.5.1 Webinar. Resumo Expandido. Vídeo	54
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	62
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	63
A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	63
FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA	63
RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS	64
QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA	64
Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE-online	66
Apêndice C - Arquivo suplementar - STROBE Statement: Checklist of items that should be included in reports of <i>cross-sectional studies</i>	69
Apêndice D –TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS	71
Apêndice E- Termo de autorização da instituição pesquisada	72
ANEXOS	73
ANEXO A – PARECER CEP	74

1 INTRODUÇÃO

A deglutição é o processo pelo qual o alimento é transportado da boca até o estômago, com plena proteção das vias aéreas, não permitindo a entrada de conteúdo alimentar ou saliva em estrutura respiratória. Deste processo participam lábios, língua, bochechas, dentes, palato, mandíbula, laringe, faringe, esôfago e estômago; os quais atuam harmoniosa e eficazmente. (STEENHAGEN; MOTTA, 2019). Vale destacar que deste fenômeno participam ainda, um grande grupo de músculos, submetidos a um controle neural, com efetiva participação do córtex cerebral, tronco cerebral e nervos encefálicos (SILVA, 2019).

A deglutição é dividida classicamente em três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral é voluntária e consciente. A fase faríngea é involuntária e subconsciente, sendo que nesta ocorre uma série de eventos sincronicamente coordenados. A fase esofágica, também involuntária, é responsável pela passagem do alimento da faringe ao estômago (BILTON et al., 1999).

A disfagia é sintoma de uma doença de base caracterizada pela dificuldade do transporte do bolo alimentar da cavidade oral até o estômago, condição esta que pode se associar a sintomas como regurgitação, aspiração traqueobrônquica, dor retroesternal, pirose, rouquidão, soluço e odinofagia (ANDRADE et al., 2018).

De acordo com estudos sobre a epidemiologia da disfagia, Lima et al (2019) mostrou que o comprometimento da deglutição tem sido relatado em aproximadamente 37% a 78% dos pacientes que apresentam acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico e hemorrágico agudo, 52% a 82% em pacientes com doenças neurodegenerativas, de 42% a 87% após intubação orotraqueal prolongada, em mais de 35% dos pacientes com doenças de cabeça e pescoço e em mais de 60% dos idosos institucionalizados.

A frequência de disfagia varia de 29% a 81% após o AVE e mais de 17% após Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Disfagia após Acidente Vascular Encefálico ou outras lesões cerebrais são conhecidas por serem um fator de risco para complicações como pneumonia por aspiração, desidratação e desnutrição (KANG et al., 2011).

Até 50% dos pacientes com disfagia podem desenvolver pneumonia aspirativa, com mortalidade associada de até 50%. Pacientes com disfagia apresentam maior taxa de pneumonia em comparação àqueles sem disfagia (29,7% vs. 3,7%) (SÁNCHEZ et al., 2021). Soma-se aos fatores acima descritos, as recorrentes aspirações silentes, as quais não apresentam sinais clássicos e observáveis facilmente, tais como tosse e engasgos. Fabrício et al. (2018), em trabalho que teve por objetivo a identificação, na avaliação clínica, de sinais que indicassem

aspiração silente em pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), obteve como achado, de uma amostra de 46 pacientes, 06 indivíduos que apresentaram aspiração silenciosa, quando comparou-se ausculta cervical com videofluoroscopia da deglutição.

A Anvisa, em nota Técnica, alerta para o alto índice de mortalidade por broncoaspirações, e, conclama a todos envolvidos direta ou indiretamente, inclusive Núcleo de Segurança do Paciente e Núcleo de Educação Permanente (NEP) das instituições de saúde, a contribuírem com propostas que visem reduzir os números crescentes de intercorrências e óbitos dos clientes assistidos por tais instituições, e que apresentam riscos para a aspiração broncopulmonar (GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 10/2020).

Acrescente-se às doenças que podem apresentar a comorbidade disfagia, a SARS- Cov – 2, o vírus da Covid-19, que apresenta fatores de risco e vulnerabilidades do paciente à disfagia orofaríngea e suas complicações. Como nos informa Fernandez et al (2020), as manifestações da doença incluem comprometimento respiratório, trombose microvascular e disfunção neurológica, que, associada à internação prolongada em unidade de terapia intensiva, aumenta o risco de apresentar disfagia.

O desenvolvimento da disfagia decorrente de internações hospitalares tem sido demonstrado, em estudos recentes, associado às condições clínicas supracitadas, o que tem levado os pacientes à incapacidade para o desempenho de suas funções fisiológicas básicas e implicado em custos financeiros e sociais. A disfagia pode reduzir a qualidade de vida dos pacientes e aumentar a permanência no hospital, as taxas sócio-sanitárias e o risco de mortalidade (GOMES, 2019).

Para Etges et al. (2014), a avaliação clínica tem um importante papel na avaliação do paciente disfágico e tem como objetivos determinar a presença de disfagia, sua gravidade, as alterações que a disfagia pode causar e o plano de reabilitação.

Estratégias de identificação e intervenção precoce pode favorecer a adoção de medidas de proteção, prevenção e tratamento da disfagia em pacientes hospitalizados, além de significar economia de tempo e de recursos. Quanto mais precoce a intervenção, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores e melhores serão os resultados e prognóstico (ABDULMASSIH et al., 2009). Em pacientes hospitalizados, a rápida identificação dos disfágicos está relacionada à redução do risco de pneumonia, menor tempo de permanência hospitalar, e melhor relação custo-eficácia resultante da diminuição dos dias de internação. (ANDERLE et al, 2018).

Para Abdulmassih (2009), a intervenção precoce (vinte e quatro a quarenta e oito horas pós evento) e com o paciente clinicamente estável, visa à identificação rápida da disfagia e

prevenção de complicações clínicas advindas da mesma, o que possibilitará a redução do tempo de internação.

A falta de treinamento dos profissionais de saúde que prestam seus serviços a pacientes com disfagia orofaríngea e com risco para aspiração broncopulmonar pode levar a um atraso no diagnóstico dos pacientes e aumentar as complicações decorrentes dessa condição, o que é uma barreira importante para o manejo desses pacientes. Nesse sentido, em estudo realizado por Anderle et al. (2018), a maioria dos profissionais respondentes afirmou saber o que é disfagia e reconheceu a atuação do fonoaudiólogo na reabilitação; no entanto, durante as rotinas das unidades de internação, nas quais a pesquisa foi realizada, percebeu-se que ainda há dúvidas na identificação do paciente disfágico, quais os encaminhamentos necessários para esses casos e em qual momento fazê-los.

Os familiares desses pacientes devem receber informações sobre medidas de prevenção e manejo de aspiração broncopulmonar, a fim de capacitá-los no cuidado de seus familiares. A identificação de sinais e sintomas pelo próprio indivíduo, durante a alimentação por via oral, pode revelar-se como um fator de atenção para os profissionais da saúde quanto a identificação precoce da disfagia e de sua evolução (LUCHESE; CAMPOS; MITUUTI, 2018).

A educação em saúde é um importante instrumento capaz de promover mudanças de comportamento da população. Desta forma, a educação em saúde fomenta, no indivíduo e no grupo social, a capacidade de analisar a sua realidade, como também de decidir ações conjuntas com os profissionais de saúde (VIEIRA; MATIAS; QUEIROZ, 2021).

Nesse sentido e no intuito de compreender a biomecânica da disfagia e a melhor forma de tratá-la é necessário diferenciar disfagia e aspiração. Alguns autores referem que todos os doentes que aspiram têm disfagia, porém, nem todos os disfágicos aspiram, logo, os conceitos não podem ser equivalentes (GOMES, 2019; SÁNCHEZ et al., 2021). Deste modo entende-se que aspiração broncopulmonar pode vir como resultado de uma disfagia, a depender do tipo e grau da mesma; e nem todos os pacientes disfágicos broncoaspirarão.

O cuidado ao paciente com disfagia visa reduzir as complicações decorrentes dessa condição. Recomenda-se a adoção de algumas medidas gerais. Essas medidas incluem a adaptação da textura e da viscosidade dos alimentos de acordo com o grau de disfagia presente, posicionando e mantendo o paciente em posição adequada antes e durante a ingestão, adaptando os utensílios de cozinha às necessidades do paciente (SÁNCHEZ et al., 2021).

Bath et al. (2018) destaca que intervenções para o tratamento da disfagia envolvem abordagens comportamentais que podem ser compensatórias ou de natureza reabilitadora. As abordagens compensatórias incluem modificação da consistência de fluidos e alimentos,

técnicas posturais, como a adoção de uma posição para dobrar o queixo, e estratégias de engolir como uma deglutição supraglótica.

As abordagens compensatórias visam alterar o fluxo de um bolo alimentar ou líquido, modificando sua consistência ou reposicionando a cabeça, o pescoço ou o corpo, antes do início da deglutição, uma medida temporária para facilitar comer e beber com mais segurança (DUNCAN et al., 2019).

Santos (2019), em trabalho de revisão de literatura, analisa a eficiência e eficácia na reabilitação em disfagia orofaríngea, descreve os seguintes achados sobre a manipulação de consistência e volume de alinhamento para a mudança no bolo alimentar com efeito positivo no controle oral e respiratório. Também, manobras posturais de cabeça para proteção da via aérea inferior, facilitando o trânsito do alimento quando há paralisia e paresia unilateral e auxilia a propulsão oral.

Os efeitos causados pelas mudanças posturais facilitam o trânsito orofaríngeo e podem provocar eficácia ao serem capazes de minimizar a aspiração (SANTOS, 2019).

É preciso encontrar as adaptações necessárias em termos de talheres, pratos e copos para promover a autoalimentação, o que é muito mais benéfico, desde que seguro e eficaz (POMAR; AMEZ, 2017)

Abdulmassih et al., (2009) conclui, em um estudo, que dos trinta e nove pacientes, quinze (39%) se beneficiaram com as manobras posturais, manobras protetivas e manipulação de alimentos, seis pacientes (15%) receberam orientações práticas que os beneficiaram, seis (15%) por manipulações de alimentos e manobras protetivas, cinco (13%) por manipulações de alimentos, quatro (10%) por manobras posturais e manobras protetivas, três (8%) por manipulação de alimentos e manobras posturais. Esses resultados indicam que estratégias simples podem reduzir ou sanar sequelas das disfagias, como aspiração broncopulmonar - e consequente pneumonia de ordem aspirativa e demais desconfortos respiratórios - quando tornadas parte da educação permanente da instituição hospitalar, com o comprometimento de todos os envolvidos, desde o paciente e cuidador e toda equipe técnica de assistência. Menciona-se ainda, como estratégia de prevenção de comprometimento respiratório associado à disfagia: a triagem sistemática de disfagia e desnutrição; a triagem sistemática com um método validado (por exemplo, a ferramenta de avaliação alimentar de 10 itens, EAT-10) como parte de um protocolo de atendimento abrangente permite que equipes multidisciplinares gerenciem a doença de maneira mais eficaz, reduza a carga econômica e social e melhore a qualidade de vida do paciente (KASPAR, EKBERG, 2012).

Sendo assim esta pesquisa se propõe a ofertar como devolutiva, treinamento e capacitação, sobre as melhores estratégias de prevenção de broncoaspiração associada à disfagia, a todos os profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes disfágicos, bem como elaborar cartilhas e informes a pacientes, cuidadores e familiares, sobre os cuidados necessários para a oferta de alimento por via oral de forma segura e eficaz.

2 JUSTIFICATIVA

Frequentemente a disfagia associa-se a doenças sistêmicas ou neurológicas, acidente vascular cerebral (AVC), câncer em território de cabeça e pescoço, efeitos colaterais de medicamentos ou quadro degenerativo próprio do envelhecimento. Vale ressaltar que a broncopneumonia aspirativa é a principal causa de mortalidade na população parkinsoniana (SANTORO, 2008).

Sabendo que grande parte dessa população citada, em um momento ou outro, buscará assistência em rede hospitalar, tal pesquisa se faz necessária a fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida desses pacientes, que sejam pela aplicação de estratégias que visem minimizar ou cessar o impacto negativo da disfagia orofaríngea, mais precisamente a aspiração broncopulmonar, em indivíduos hospitalizados.

Além do mais, quanto mais precoce a intervenção, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores e melhores serão os resultados e prognóstico (ABDULMASSIH, 2012). Por isso é de suma importância que membros da família, cuidadores e profissionais de saúde conheçam as recomendações gerais para uma dieta segura e eficaz.

3 PERGUNTA DO ESTUDO

Diante de fatores potenciais causadores de adoecimentos e agravos em saúde a essa população com alto risco para disfagia e suas subsequentes sequelas, surgiu o problema de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico do paciente que está mais suscetível a apresentar a disfagia no ambiente hospitalar; Quais as melhores estratégias de ensino para prevenção de broncoaspiração associada à disfagia durante a pandemia COVID-19 em pacientes hospitalizados?

4 OBJETIVO GERAL

Analisar as características epidemiológicas dos pacientes com diagnóstico de disfagia e suas comorbidades, no contexto da pandemia COVID-19 em ambiente hospitalar; e destacar a importância do trabalho multiprofissional frente ao paciente disfágico.

4.1 Objetivos Específicos

Fase 1

- ✓ Elaborar e aplicar um programa de educação multidisciplinar, preparatório para realização da pesquisa e desenvolvimento da pesquisa. (webnário de disfagia);
- ✓ Levantamento epidemiológico da disfagia e suas comorbidades.

Fase 2

- ✓ Elaborar materiais para letramento de profissionais e usuários sobre prevenção de broncoaspiração associada à disfagia;
- ✓ Descrever, a eficiência das ações de educação permanente em saúde, no que diz respeito a broncoaspiração em pacientes disfágicos, junto a trabalhadores, acadêmicos da saúde, pacientes e cuidadores.

5 ARTIGO I: Prevalência de disfagia orofaríngea e suas comorbidades em pacientes com diferentes doenças de base internados em hospital de ensino no norte do Brasil

Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves
André Pontes Silva
Aldair Martins Barasuol
Erika da Silva Maciel
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Matheus Morbeck Zica

Introdução: pacientes internados em unidade hospitalar podem apresentar, independentemente do diagnóstico clínico, a disfagia. **Objetivo:** determinar a prevalência de disfagia orofaríngea e suas comorbidades, independentemente da doença de base, em hospital de ensino do sistema público de saúde no norte do Brasil, viabilizando a compreensão desta afecção pelos aprendentes dos diversos campos da saúde, para que a atuação multiprofissional nesta área possa se perpetuar. **Métodos:** estudo transversal/retrospectivo descritivo, realizado na clínica médica em hospital de referência na cidade de Araguaína/TO. Foram investigados dados do banco de dados/prontuários no período de março de 2020 a setembro de 2021. Foram analisados 108 prontuários. **Resultados:** abrangeu 44 pacientes com diagnóstico de disfagia orofaríngea, observou-se prevalência do sexo masculino (63.64 % n = 28), idade superior a 60 anos (70.45% n= 31). Quase a metade dos pacientes avaliados foram diagnosticados com disfagia de ordem neurológica (47.73% n =21), apresentaram disfagia associada a outras doenças de base 14 (31.82%), excluindo-se deste último grupo, as neurológicas, trauma/politrauma e de ordem respiratória, apresentaram duas doenças de base concomitantes 05 pacientes (11.36%). Destes, (6.82% n= 03) apresentaram recusa alimentar como sinal de disfagia, (6.82% n= 03) apresentaram baixa ingestão hídrica, (6.82% n= 03) apresentaram inapetência e (2.27% n = 01) apresentou tosse/engasgo como sinal clínico. **Conclusão:** o cruzamento dos dados comprovou a íntima relação entre doença de base e disfagia, especialmente em idosos, e revelou como principais complicações/agravos durante a hospitalização: pneumonia, insuficiência respiratória, broncoaspiração e consequente necessidade de suporte ventilatório.

Descritores em Ciências da Saúde: Transtornos da Deglutição; Diagnóstico Clínico; Ensino

ARTICLE I: Prevalence of oropharyngeal dysphagia in patients with different underlying diseases admitted to a teaching hospital in northern Brazil

Introduction: patients admitted to a hospital may present, regardless of the clinical diagnosis, dysphagia. **Objective:** to determine the prevalence of oropharyngeal dysphagia, regardless of the underlying disease, in a teaching hospital of the public health system in the north of Brazil, enabling the understanding of this condition by learners from different fields of health, so that multidisciplinary action in this area can perpetuate. **Methods:** descriptive cross-sectional study carried out in the medical clinic of a referral hospital in the city of Araguaína/TO. Data from the database / medical records were investigated from March 2020 to September 2021. 108 medical records were analyzed. **Results:** it covered 44 patients diagnosed with oropharyngeal dysphagia, there was a prevalence of males (63.64% n = 28), aged over 60 years (70.45% n = 31). Almost half of the evaluated patients were diagnosed with neurological dysphagia (47.73% n =21), had dysphagia associated with other underlying diseases 14 (31.82%), excluding from this last group, neurological, trauma/polytrauma and respiratory order, 05 patients had two underlying diseases (11.36%). **Conclusion:** the crossing of the data proved the close relationship between the underlying disease and dysphagia, especially in the elderly, and revealed the main complications/problems during hospitalization: pneumonia, respiratory failure, bronchoaspiration and the consequent need for ventilatory support. Considering that the research was carried out in a teaching hospital for several health courses, in an educational hub city in the region, therefore, it generates an opportunity for learners to understand dysphagia, in a transdisciplinary way, as an important comorbidity in the health-disease process.

Health Sciences Descriptors: Swallowing Disorders; Clinical Diagnosis; Teaching.

5.1 INTRODUÇÃO

O ato de engolir é resultado de um controle neuromotor fino e efetivo, responsável pelo transporte do bolo alimentar da boca até o estômago de forma segura e eficaz. Pacientes internados em unidade hospitalar podem apresentar como um dos sintomas, independentemente da patologia de base, a disfagia, a qual é definida como a dificuldade em transportar o alimento da boca até o estômago (NOGUEIRA ET AL., 2013). Tal dificuldade apresenta entre outros sinais, tosse, engasgo, dor ao deglutir, sensação de alimento ou saliva parada na faringe (globus faringeo) (CARUCCI; ANN TURNER, 2015).

É consenso na literatura, que há prevalência de determinadas doenças que a disfagia acompanha como sintoma evidente, como nos casos das afecções neurológicas e respiratórias. Em estudo de Bassi et. al. (2014) que buscou identificar grupo de risco para disfagia, pacientes internados com doenças respiratórias apresentaram maior índice de risco para disfagia orofaríngea⁴. Ao correlacionar a disfagia com o tempo de permanência hospitalar, estudo identificou presença de disfagia orofaríngea em 80% (n=40) dos pacientes internados (GIGLIO; ODA; DAIANESE, 2021). Neste último caso, o distúrbio da deglutição se deveu ao comprometimento de estruturas neuronais periféricas ou centrais que participam desde a captação até o transporte do alimento ao estômago (DA et al., 2017).

Além das disfagias de ordem neurológica, há as que ocorrem por qualquer outra afecção que não de controle neuronal, conhecidas como disfagias mecânicas, onde as estruturas anatómicas responsáveis pela deglutição sofrem algum dano estrutural, como ocorre nos cânceres de cabeça e pescoço, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares e respiratórias, dentre outras (NOGUEIRA et al., 2013).

Quando o distúrbio da deglutição vem associado a dificuldades respiratórias, o que ocorre na sua grande maioria por incoordenação da respiração com a deglutição, ocasiona inclusive a possibilidade de broncoaspiração (CARDOSO, 2021). A broncoaspiração, que é a entrada de alimento ou fluidos em vias aéreas inferiores, pode gerar pneumonias e culminar com o óbito (FERREIRA et al., 2018).

Os idosos estão mais suscetíveis à disfagia, em virtude das doenças que acompanham esta condição, como acidente vascular encefálico e doenças cardiovasculares, bem como por disfuncionalidades próprias do envelhecimento (NOGUEIRA et al., 2013).

Há prevalência de determinados sintomas que acompanham a disfagia, destes, os mais comuns são: engasgos, tosse, regurgitamento nasal, resíduo alimentar na cavidade bucal, alteração vocal, emagrecimento, recusa alimentar, preferência por alimentos macios e pastosos e pneumonias de repetição, que em casos mais graves, podem levar ao óbito (ARAÚJO; BICALHO; FRANCESCO, 2005).

A tosse reflexa durante ou após a deglutição, acompanhada ou não de engasgo, é o sinal mais comum na identificação de aspiração por disfagia orofaríngea. É certo que a broncoaspiração, que é a entrada de alimento ou fluidos em vias aéreas inferiores, pode gerar pneumonias e culminar com o óbito. Da mesma forma o engasgo, o qual é definido como obstrução do fluxo aéreo, parcial ou completo, decorrente da entrada de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores, pode levar a repercussões graves, tais como cianose e asfixia (FERREIRA et al., 2018; PADOVANI et al., 2007).

Vale destacar que os sinais clássicos de tosse e engasgo podem não estar presentes, e ainda assim haver broncoaspiração; tal fato ocorre quando há a aspiração silenciosa de saliva e/ou do bolo alimentar, que corresponde à passagem dos mesmos abaixo das pregas vocais sem provocar tosse ou outro sinal externo (BRETAN, 2007).

Haja vista, a grande abrangência de condições neurofisiológicas e estruturais que podem apresentar como sintoma a disfagia e acarretar uma série de eventos adversos, como pneumonia e o óbito comprometendo a melhora clínica do paciente e a sua alta hospitalar em tempo hábil, se torna premente determinar a manifestação desta, bem como suas comorbidades e sinais, em diversas doenças de base, especialmente em um hospital de ensino - campo fértil pra disseminação de conhecimento e melhor tomada de decisões assistenciais - a fim de compreender a forma que a disfagia se apresenta, bem como o seu impacto no estado geral do paciente, e, propor medidas que minimizem ou façam cessar as sequelas oriundas desta.

Os Hospitais de Ensino (HE), da rede federal ou estadual, são os recursos de saúde mais complexos do SUS, nos quais foram realizados grandes investimentos públicos. São serviços essenciais para o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do ensino e da assistência à população necessitada (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Dessa forma o objetivo do estudo foi determinar a prevalência de disfagia orofaríngea e suas comorbidades, independentemente da doença de bases, em hospital de ensino do sistema público de saúde no norte do Brasil, viabilizando a compreensão desta afecção pelos aprendentes dos diversos campos da saúde, para que a atuação multiprofissional nesta área possa se perpetuar.

5.2 MÉTODOS

5.2.1 Desenho do estudo

Estudo transversal realizado de acordo com as orientações do STROBE statement (BRASIL, 2012). Foram incluídas nesta pesquisa qualquer patologia de base, as quais foram divididas em grandes grupos: neurológicas, poli traumáticas, respiratórias, covid-19, esta última ficou isolada das doenças respiratórias em virtude de suas peculiaridades, e por fim um grupo denominado de outras, onde foram incluídos os cânceres, doenças cardiovasculares, doenças gastrintestinais. Os dados sócios demográficos e as variáveis via de alimentação, doença de base e diagnóstico de disfagia foram obtidos por meio de análise de prontuários dos pacientes. As variáveis de exposição foram características sócio demográficas e a variável de desfecho, alta hospitalar com via de alimentação oral exclusiva.

5.2.2 Contexto

O estudo foi realizado na clínica médica em hospital de referência na cidade de Araguaína -TO. Foram investigados dados do banco de dados/prontuários no período de 01 de março de 2020 a 01 setembro de 2021. Trata-se de um hospital de natureza pública, classificado como hospital de porte III (média e alta complexidade), credenciado como serviço especializado de assistência à saúde; o hospital dar guarida para várias instituições de ensino técnico, tecnólogo e superior, na área da saúde. A amostra foi não probabilística por conveniência.

Para análise estatística, os resultados das características dos pacientes foram descritos por frequências relativas e absolutas, por meio do programa Stata (Statistics/Data Analysis). Para associação entre doença de base e diagnóstico de disfagia foi utilizado o teste Quiquadrado.

5.2.3 Participantes

Foram incluídos nesta pesquisa os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com qualquer patologia de base, internados na clínica médica do hospital de referência de Araguaína-Tocantins/Brasil. Ainda se considerou como fator de inclusão, pacientes que estivessem se alimentando por via oral exclusiva, por via alternativa (Sonda Enteral ou Gástrica, Gastrostomia) ou de forma associada, por ambas as vias, e que passaram por avaliação da deglutição por fonoaudiólogo. Foram excluídos os pacientes em dieta zero ou parenteral exclusiva, bem como prontuários com informações incompletas sobre as variáveis do estudo. Devido à ausência da utilização de protocolo validado para a avaliação da disfagia no hospital da pesquisa, optou-se por amostragem não probabilística por conveniência.

5.2.4 Variáveis

Dados sobre as características demográficas e de saúde dos pacientes (idade, sexo, estado civil, doença de base, comorbidades).

As informações coletadas foram documentadas em protocolo de coleta confeccionado pelos pesquisadores.

Neste estudo foram avaliados pacientes disfágicos, conforme diagnóstico fonoaudiológico, a fim de determinar a repercussão da disfagia no paciente com qualquer patologia de base. Buscou-se com isso identificar as principais complicações associadas a disfagia que poderiam comprometer ainda mais o quadro de saúde deste doente.

5.2.5 Fontes de dados/ Mensuração

O instrumento de coleta de dados abrange as seguintes variáveis: *qualitativa ordinal policotômica*, para determinar mês, ano da internação e idade do paciente; *qualitativa nominal dicotômica*, para descrever gênero, estado civil, doença de base e diagnóstico de disfagia; *qualitativa nominal policotômica*, para detectar via de alimentação, sintomas de disfagia, grau de disfagia e complicações durante a hospitalização; *qualitativa nominal dicotômica* para, desfecho da hospitalização, via respiratória, dias de internação em UTI e de ventilação mecânica invasiva e desfecho da via de alimentação.

No que diz respeito a variável qualitativa nominal policotômica, denominada doença de base, as quais foram organizadas em: 1 Neurológica, 2 Trauma/politrauma, 3 Respiratória, 4 Covid e 5 Outras, permitiu marcar para cada paciente mais de uma doença de base, quando fosse o caso, bem como a especificação de cada doença no campo 5 (Outras).

5.2.6 Viés

Para diminuir o viés de informação, os dados foram coletados por avaliador especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia e foi confeccionado um formulário eletrônico de coleta de dados, criado em planilha Excel 2009 para construção do banco. Todos os dados foram validados em conformidade com as avaliações realizadas pelos fonoaudiólogos do hospital.

5.2.7 Tamanho do estudo

O hospital desta pesquisa é de natureza pública, classificado como hospital de porte III (média e alta complexidade), credenciado como serviço especializado de assistência à saúde; atua como hospital de ensino, por convênio com diversas instituições de ensino na área da saúde. O hospital conta com 256 leitos de internação, sendo 236 de enfermarias (45 de clínica médica) e 20 de UTI. Haja vista, que a clínica médica é porta de entrada para diversas patologias, e pelo fato das demais alas do hospital tratar de enfermidades mais específicas, decidiu-se que a melhor amostra do estudo estaria na clínica médica, pela diversidade das doenças de base.

5.2.8 Variáveis quantitativas

Os dados sócios demográficos e as variáveis via de alimentação, doença de base e diagnóstico de disfagia foram obtidos por meio de análise de prontuários dos pacientes. As informações coletadas foram documentadas em protocolo de coleta confeccionado pelos pesquisadores.

4.2.9 Métodos estatísticos

Para análise estatística, os resultados das características dos pacientes foram descritos por frequências relativas e absolutas, por meio do programa Stata (Statistics/Data Analysis). Para associação entre doença de base e diagnóstico de disfagia foi utilizado a estatística bivariada (o teste qui-quadrado). Os dados faltantes foram desconsiderados, e, portanto, excluídos desta pesquisa.

5.2.10 Princípios éticos

Esse estudo foi aprovado pela secretaria de Saúde do Estado do Tocantins e Hospital de Referência de Araguaína, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP/ULBRA sob número do parecer 5.081.409 conforme diretrizes éticas preconizadas no Brasil.

5.3 RESULTADOS

5.3.1 Participantes

A amostra foi composta por 108 pacientes. Destes 44 (40.74 %) apresentaram diagnóstico de disfagia, sendo incluídos na pesquisa e 64 (59,26 %) foram excluídos por não apresentarem diagnóstico de disfagia. Conforme **figura 01**.

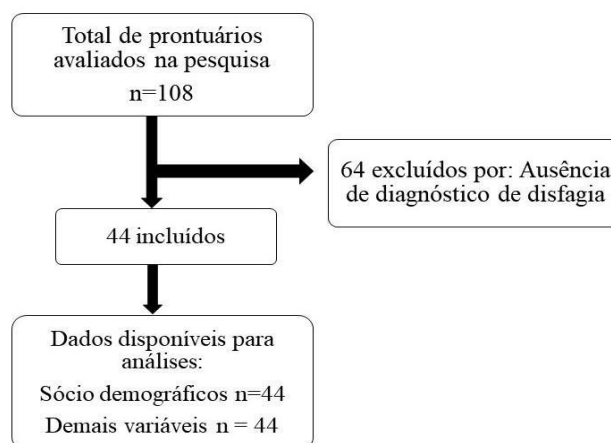


Figura 1 - Fluxograma das etapas deste estudo.

5.3.2 Desfecho

Observou-se prevalência de disfagia orofaríngea no sexo masculino, em 63.64 % (n = 28). Quanto a idade, observou-se menor prevalência em adultos jovens e, maior incidência de disfagia em adultos velhos com idade de 60 anos ou mais (70.45% n= 31). Conforme **tabela 1**.

Foram diagnosticados com disfagia associada a doença neurológica 21 (47.73%) pacientes, 01 (2.27%) com politrauma, 01 (2.27%) com doença respiratória, 01 (2.27%) com covid-19 e 14 (31.82%) apresentaram disfagia associada a outras doenças de base; (11.36% n = 5) apresentaram duas doenças de base e (2.27% n = 01) apresentou três ou mais doenças de base. Conforme **tabela 1**.

Tabela 1 Descrição da amostra quanto gênero, faixa etária e doenças de base.

Gênero	n	%	Cum.
Masculino	28	63,64	63,64
Feminino	16	36,36	100,00
Faixa etária			
18 a 24 anos	1	2,27	2,27
24 a 49 anos	5	11,36	13,64
49 a 60 anos	7	15,91	29,55
> 60 anos	31	70,45	100
Doenças de base			
Neurológicas	21	47,73	47,73
Trauma/Politrauma	1	2,27	50,00
Respiratórias	1	2,27	52,27
Covid-19	1	2,27	54,55
Outras	14	31,82	86,36
Duas doenças de base	5	11,36	97,73
Três ou mais doenças de base	1	2,27	100,00
Total	44	100,00	

As principais complicações durante a internação, foram de ordem respiratória, totalizando 18.18% n = 08 pacientes, os quais apresentaram: pneumonia, broncoaspiração, insuficiência respiratória e necessidade de suporte ventilatório. De acordo com a **tabela 2**.

Tabela 2 Complicações durante a hospitalização

Variáveis	n	%	Cum.
Pneumonia	1	2,27	84,09
Pneumonia e Broncoaspiração	1	2,27	86,36
Insuficiência respiratória	3	6,82	93,18

Insuficiência respiratória e Necessidade de suporte ventilatório	3	6,82	100,00
--	---	------	--------

Conforme a tabela 3, dos 44 pacientes com diagnóstico de disfagia, (6.82% n= 03) apresentaram recusa alimentar como sinal de disfagia, (6.82% n= 03) apresentaram baixa ingesta hídrica, (6.82% n= 03) apresentaram inapetência e apenas (2.27% n = 01) apresentou tosse/engasgo como sinal clínico.

Tabela 3 Descrição das amostras quanto aos sinais de disfagia

Sinais clínicos de disfagia	n	%	Cum.
Sem sintomas	34	75,00	75
Recusa alimentar	3	6,82	86,36
Baixa ingesta hídrica	3	6,82	90,91
Inapetência	3	6,82	93,18
Tosse/Engasgo	1	2,27	100,00

5.4 DISCUSSÃO

5.4.1 Principais resultados

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciam a necessidade de compreensão da manifestação clínica da disfagia em cada doença de base; desta forma a equipe multidisciplinar estará apta a identificar os primeiros sinais e traçar o melhor plano terapêutico individualizado, a fim de minimizar os agravos inerentes à disfagia.

Neste estudo houve prevalência do sexo masculino no diagnóstico de disfagia associada a doenças de base. Os números se aproximam muito entre os estudos realizados, sendo uma média de 62,5 % de acometimento no sexo masculino (DO ROCIO DE FARIA GASPARGASPAR et al., 2015; MANEIRA; ZANATA, 2018; SOUZA et al., 2020). Tal fato pode se justificar pelo aspecto cultural, pois este é um grupo conhecido por não cuidar da sua saúde, com descaso ainda maior para cuidados preventivos (OLIVEIRA DE ARRUDA et al., 2014). Além disso, outros fatores de risco para disfagia, inclusive para homens idosos, podem ser observados, como a ausência e/ou prótese dentária mal adaptada, consistências inadequadas dos alimentos e postura incorreta durante as refeições (SOUZA et al., 2020).

Quanto a idade, neste estudo houve prevalência de idosos, e este resultado confirma a literatura que refere disfagia em 16% a 22% de idosos acima de 50 anos e 90 % dos pacientes com média de idade de 83 anos (DE LUCCIA et al., 2017; SOUZA et al., 2020). Corroborando com tais achados, a idade dos participantes de um estudo sobre prevalência de disfagia no AVC Isquêmico variou entre 30 e 96 anos, com média de 68,62 anos (MANEIRA; ZANATA, 2018). Geralmente a disfagia na população idosa se manifesta pela dificuldade em mastigar ou iniciar a deglutição em decorrência primária do envelhecimento da estrutura do sistema estomatognático, responsável pelo mecanismo deglutitório; embora tais dificuldades pura e simplesmente não causem a disfagia, tornam os mecanismos da deglutição mais suscetíveis a distúrbios causados por pequenas alterações de saúde, como infecções de vias aéreas superiores (DE LUCCIA et al., 2017).

Com respeito a doença de base, houve prevalência das doenças neurológicas. Isso está em consonância com a literatura. Em estudo realizado por Gaspar et al que estudaram 35 pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 21 apresentaram disfagia neurogênica (GASPAR et al., 2015). No estudo de Carmo et al, observou-se predomínio de neuropatias (53,4%) e de disfagia orofaríngea neurogênica grave (37,2%) FERREIRA et al., 2018.

Almeida et al destacam que é alta a prevalência de disfagia orofaríngea em indivíduos com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral após cirurgia cardíaca: dos 25 (100%) indivíduos, 24 (96%) apresentaram algum grau de disfagia orofaríngea na avaliação clínica; constatou-se que 41,66% apresentaram disfagia grave, 33,66% disfagia moderada e 25% disfagia leve (ALMEIDA et al., 2015).

Tais dados ratificam os resultados encontrados nesta pesquisa, e acende um alerta para a detecção de distúrbios da deglutição no idoso com afecção neurológica; grupo este que necessita de atenção redobrada, em virtude das complicações que a disfagia orofaríngea pode resultar, bem como por fragilidades inerentes da própria idade, aumentando assim os riscos de comorbidades.

Em relação a disfagia em pacientes com lesão traumato ortopédicas ou politraumas, como doença de base, neste estudo houve uma baixa prevalência, o que não condiz com a literatura que trata de se ocupar com essa temática. Em hospital especializado em lesão traumática foi realizado um estudo com 229 pacientes, sessenta e quatro (27,9%) indivíduos apresentaram alguma queixa de deglutição para ingestão de alimentos sólidos e 26 (11,4%) para líquidos (DELEVATTI et al., 2020).

A baixa prevalência de disfagia em politraumas, justifica-se pelo fato do hospital desta pesquisa possuir alas exclusivas para traumas e politraumas, setor de ortopedia e neurologia, e esta pesquisa realizou-se com pacientes internados exclusivamente na clínica médica da instituição.

No que diz respeito às doenças respiratórias, embora a prevalência tenha sido baixa, quando se avalia a variável complicações durante a internação, 18.18% n = 08 pacientes apresentaram como principais complicações, pneumonia, broncoaspiração, insuficiência respiratória e necessidade de suporte ventilatório. Tais complicações podem advir da disfagia orofaríngea, a depender do grau dessa disfagia.

Em estudo que buscou determinar grupo de risco para disfagia em um hospital, os pacientes internados com doenças respiratórias foram os que apresentaram maior índice de risco para disfagia orofaríngea (BASSI et al., 2014).

Em outro estudo, que tinha por objetivo caracterizar a população de pacientes encaminhados pelo Serviço de Pneumologia para avaliação da deglutição por meio do exame de videofluoroscopia da deglutição (VFD), constatou-se que a presença de disfagia é muito frequente em pacientes com doenças respiratórias crônicas (GAZZANA et al., 2016).

A prevalência baixa de covid-19 como doença de base neste estudo, justifica-se pelo fato do hospital possuir ala específica para tratamento dos pacientes acometidos por essa injúria. Porém a literatura destaca a íntima relação de covid-19 e disfagia, conforme nos mostra Cardoso (2021), destacando que a prevalência de alterações na deglutição foi maior quando associada aos fatores idade e uso de traqueostomia em indivíduos que foram infectados pelo COVID-19 (CARDOSO, 2021). Nesse sentido pesquisa realizada por Nascimento et al. (2022), onde foram avaliados 129 participantes, com média de idade de 72 anos, 9,3% dos pacientes apresentaram deglutição normal/funcional, enquanto 90,7% apresentaram disfagia, sendo esta de grau leve em 17,05%, moderado em 33,33% e grave em 37,98%. Ainda conforme os autores, dos 129 participantes, 59% deles necessitaram de IOT; sendo que quanto mais grave a disfagia, maior o tempo que o paciente permaneceu intubado.

Com referência ao grupo denominado outras doenças, estas foram distribuídas principalmente entre cardiopatias, doenças degenerativas, doenças gastrintestinais, doenças renais e os cânceres. Segundo nos informa a literatura, as comorbidades mais associadas a pacientes com sintomas e sinais de disfagia foram doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes melitus e infarto agudo do miocárdio (BASSI et al., 2014).

A literatura faz menção a outros sinais clássicos de disfagia, porém, devido ao fato da instituição de onde foram coletados os dados desta pesquisa não possuir protocolo padrão de avaliação para disfagia, sendo esta realizada, pelos profissionais de fonoaudiologia, de modo livre, não houve registro de demais sinais clínicos de disfagia. Pelo exposto, neste estudo se faz referência aos sinais de disfagia que foram encontrados na coleta de dados dos prontuários.

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciam a necessidade de compreensão dos principais sinais clínicos da disfagia; desta forma a equipe multidisciplinar estará apta a identificar os primeiros sinais e traçar o melhor plano terapêutico individualizado, a fim de se evitar e/ou minimizar os agravos inerentes à disfagia.

Os resultados verificados neste estudo evidenciaram que 70.45% da amostra foi constituída por idosos (sujeitos acima de 60 anos de idade), população bastante vulnerável a disfagia e suas sequelas. A alta prevalência de idosos nesta pesquisa, está em harmonia com a literatura, que refere disfagia em 16% a 22% de idosos acima de 50 anos e 90 % dos pacientes com média de idade de 83 anos (MANEIRA; ZANATA, 2018; SOUZA et al., 2020).

Corroborando com tais achados, a idade dos participantes de um estudo sobre prevalência de disfagia no AVC Isquêmico teve como média 68,62 anos (GIGLIO; ODA; DAIANESE, 2021).

Geralmente a disfagia na população idosa se manifesta pela dificuldade em mastigar ou iniciar a deglutição em decorrência primária do envelhecimento da estrutura do sistema estomatognático, responsável pelo mecanismo deglutitório, bem como pela perda progressiva dos dentes, dificultando o preparo do bolo alimentar, podendo levar a recusa alimentar (ALMEIDA et al., 2015; PENAFORTE et al., 2021).

Embora a inapetência tenha sido desconsiderada em estudo que teve por objetivo descrever os critérios médicos e o papel da conduta fonoaudiológica na indicação e retirada da via alternativa de alimentação em idosos (FIGUEIRA et al., 2020); estudo conduzido por Travassos et al (2019) registra que deixar de comer por dificuldade de deglutir atingiu (21,4%) dos pacientes com diagnóstico de disfagia (DE CARVALHO et al., 2020). Para estudo de Nogueira et al (2013) a recusa e /ou baixa ingestão como sinal clínico de disfagia esteve associada a doenças cardiovasculares em 7 (3,05%) dos casos (NOGUEIRA et al., 2013).

Tais dados corroboraram com os achados desta pesquisa, com grupo composto na sua maioria por idosos, dos quais 6.82% apresentaram recusa alimentar como sinal prevalente de disfagia, soma-se a isso 6.82% que apresentaram inapetência e 6.82% com baixa ingesta hídrica, totalizando: 20.46% (N= 09) pacientes com algum tipo de rejeição alimentar associada à disfagia.

Com respeito aos sinais tosse e/ou engasgos, na amostra deste estudo apenas 01 paciente (2,27%) apresentou como associada a disfagia; tal achado não corresponde com a literatura, a qual tem demonstrado que os sinais e sintomas mais frequentes de disfagia orofaríngea são presença de tosse e engasgo, especialmente em idosos (CAMPOS et al., 2022). O engasgo após deglutir (32,1%) foi o sintoma referido com mais frequência, seguido de pigarro após deglutir (21,4%) em estudo que buscou identificar sinais para riscos de disfagia (DE CARVALHO et al., 2020). Em estudo que visou determinar o perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral, 20 pacientes (8,73%) apresentaram tosse durante ou logo após engolir associada a doenças neurológica (NOGUEIRA et al., 2013).

Tais resultados devem servir de alerta para a devida atenção aos sinais clássicos da disfagia orofaríngea, em virtude das complicações que esta pode levar, tais como sugere este estudo, aumentando assim os riscos de comorbidades e o tempo de internação.

Ficou claro nesta pesquisa a necessidade de se realizar rastreio da disfagia por meio de protocolos validados, a fim de se determinar a via de alimentação mais segura para o paciente, pois dos 44 pacientes analisados, independentemente da doença de base, a disfagia se mostrou presente - em grau maior ou menor - podendo ter sido a causa de alguns, se não de todos agravos respiratórios, que 18,18% dos pacientes apresentaram.

5.4.2 Limitações

O fato do hospital campo desta pesquisa não possuir protocolos validados no fluxograma das avaliações de disfagia, houveram algumas ausência de dados que reduziram o tamanho da amostra. Esse tamanho de amostra reduzido pode ter sido uma limitação no que diz respeito à capacidade de abrangência de determinadas doenças, que de certo, poderiam fazer parte da amostragem dos resultados encontrados no presente estudo.

5.4.3 Generalização

A disfagia tem sido objeto de estudos ao longo das últimas décadas, especialmente em decorrência das suas multivariadas sequelas, que muitas das vezes passa despercebida como principal agravante da situação clínica do paciente; isso talvez se dê, muito em virtude de a disfagia ser pouco abordada e estudada nos centros de formação de profissionais da área da saúde. Os estudos são claros em apontar as comorbidades destrutivas e, muitas das vezes, morredora da disfagia, como é o caso das broncoaspirações. A falta de um protocolo unificado e validado, na instituição onde foi realizada a pesquisa, aponta para a necessidade de novas avaliações similares, desta feita, após introdução de protocolos validados para avaliações mais

precisas. Entretanto deve-se destacar que, embora não haja um protocolo de avaliação validada, os fonoaudiólogos da instituição têm uma gama enorme de experiência na área e, tem realizado um excelente trabalho, a partir de uma avaliação clínica abrangente e correta, do ponto de vista técnico. É preciso salientar ainda, a importância da educação permanente no processo de consolidação do acompanhamento transdisciplinar em disfagia, sem a qual os ganhos, tais como a introdução na equipe hospitalar de especialistas em disfagia, seriam pouco prováveis.

5.5 CONCLUSÃO

O levantamento estatístico comprovou a íntima relação entre doença de base e disfagia, especialmente em idosos, e revelou como principais complicações durante a hospitalização: pneumonia, insuficiência respiratória, broncoaspiração e consequente necessidade de suporte ventilatório. Fica claro que o não diagnóstico, e, o consequente não acompanhamento adequado desse paciente, gera um problema global nas redes hospitalares; pois ocorre uma subestimação dos agravos que a disfagia é capaz de produzir. A perda aumenta, quando se fala em hospital de ensino, onde a disfagia é pouco discutida.

Após análise estatística percebe-se o impacto causado pela disfagia, independentemente da patologia de base, especialmente na qualidade de vida do paciente e nos custos para o hospital, como por meio da postergação da alta no tempo adequado. Fica evidente a importância da atuação multiprofissional, desde o acolhimento deste paciente, até a identificação da disfagia, possibilitando desta forma uma intervenção adequada, através de estratégias, seja pela modificação de consistências, bem como pelas mudanças posturais, que viabilize minimização dos riscos advindos da disfagia orofaríngea.

5.5.1 Financiamento

O estudo foi realizado com recursos próprios dos autores desta pesquisa. Não houve conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. M. DE et al. Prevalência de disfagia orofaríngea no acidente vascular cerebral após cirurgia cardíaca. *Revista CEFAC*, v. 17, n. 5, p. 1415–1419, out. 2015.
- ANDRADE, P. A. et al. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. *einstein (São Paulo)*, v. 16, n. 2, p. eAO4189, 7 jun. 2018.
- ARAÚJO, D. R.; BICALHO, I. C. S.; FRANCESCO, R. DI. DISFAGIA EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA-AIDS
Dysphagia in patients with acquired immunodeficiency syndrome-Aids. *Rev CEFAC*, n. 1, p. 42–51, 2005.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde | *Rev. adm. saúde*;12(46): 7-14, jan.-mar. 2010. | SES-SP | LILACS | SES-SP. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-575009>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- BASSI, D. et al. Identification of risk groups for oropharyngeal dysphagia in hospitalized patients in a university hospital. *CoDAS*, v. 26, n. 1, p. 17–27, 2014.
- BRASIL. RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- BRETAN, O. Quando suspeitar de aspiração silenciosa? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 4, p. 287–287, 2007.
- CAMPOS, S. M. DE L. et al. Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Audiology - Communication Research*, v. 27, 25 fev. 2022.
- CARDOSO, A. M. DE S. TEDE: A prevalência de disfagia e a evolução de alterações na qualidade da deglutição em pacientes infectados por covid-19. Disponível em: <<https://tede.utp.br/jspui/handle/tede/1854>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- CARUCCI, L. R.; ANN TURNER, M. Dysphagia Revisited: Common and Unusual Causes. <https://doi.org/10.1148/rg.351130150>, v. 35, n. 1, p. 105–122, 15 jan. 2015.
- DA, E. et al. Cerebral palsy dysphagia: a systematic review. *Revista CEFAC*, v. 19, n. 4, p. 565–574, ago. 2017.
- DE CARVALHO, L. et al. Nutritional risk and signs and symptoms of swallowing disorders in hospitalized elderly. *Revista CEFAC*, v. 21, n. 6, p. 6419, 10 jan. 2020.
- DE LUCCIA, G. C. P. et al. Pacientes geriátricos e disfagia: quais os reais riscos? *COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, v. 0, n. 06, 15 jul. 2017.

- DELEVATTI, C. et al. Prevalência e fatores de risco para disfagia orofaríngea em idosos frágeis com fraturas traumato-ortopédicas. *Audiology - Communication Research*, v. 25, 18 dez. 2020.
- GASPAR, M. DO R. DE F. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Revista CEFAC*, v. 17, n. 6, p. 1939–1945, dez. 2015.
- FERREIRA, L. et al. Management of the risk of bronchoaspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. *Revista CEFAC*, v. 20, n. 4, p. 532–540, ago. 2018.
- FIGUEIRA, F. et al. Medical criteria to indicate and remove alternative feeding routes in hospitalized older adults. *Revista CEFAC*, v. 22, n. 6, p. 2120, 28 set. 2020.
- GAZZANA, M. B. et al. Gravidade da disfagia e intensidade da aspiração laringo-traqueal observados na videofluoroscopia da deglutição em pacientes com doenças respiratórias. . Disponível em:
<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/230268/001017929.pdf?sequence=1>>.
Acesso em: 20 jun. 2022.
- GIGLIO, V. P.; ODA, A. L.; DAIANESE, A. C. L. Disfagia pré-internação e sua relação com o tempo de permanência hospitalar. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)*, v. 7, n. 1, p. 23–32, 1 jul. 2021.
- MANEIRA, A.; ZANATA, I. DE L. A frequência de disfagia em idosos em um hospital da cidade de Curitiba-PR. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 1, n. 1, p. 20–26, 24 jul. 2018.
- NASCIMENTO, José Ribamar do et al. Ocorrência de disfagia em pacientes COVID-19 positivo em dois hospitais do Brasil. *Arquivos de Gastroenterologia [online]*. 2022, v. 59, n. 03 [Acessado 28 Setembro 2022] , pp. 439-446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202203000-78>>. Epub 09 Set 2022. ISSN 1678-4219. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202203000-78>.
- NOGUEIRA, S. C. J. et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 1, p. 94–104, 18 set. 2013.
- OLIVEIRA DE ARRUDA, G. et al. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. v. 22, n. 1, 2014.
- PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 12, n. 3, p. 199–205, set. 2007.
- PENAFORTE, H. M. V. et al. Dysphagia and gastroesophageal reflux in institutionalized elderly. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 17, p. e62101723965–e62101723965, 21 dez. 2021.
- SOUZA, C. L. M. DE et al. Rastreio do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. *Distúrbios da Comunicação*, v. 32, n. 2, p. 277–284, 26 jun. 2020.

6 ARTIGO II: Atuação do profissional de fonoaudiologia em unidade de atendimento a pacientes críticos com diagnóstico de covid-19

Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves
André Pontes Silva
Aldair Martins Barasuol
Erika da Silva Maciel
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Ianne Melo Da Silva
Matheus Morbeck Zica

Introdução: o tratamento da disfagia é multidisciplinar, sendo essencial a presença do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional, a fim de realizar a avaliação clínica e instrumental, bem como conduzir o processo de reabilitação. **Objetivo:** o presente estudo trata-se de uma análise reflexiva sobre as experiências vivenciadas pela equipe de fonoaudiologia frente à Pandemia da Covid-19. Com o objetivo de relatar a sua prática profissional no Hospital Público de Campanha, no Norte do Tocantins. **Métodos:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em Hospital de Campanha para Covid-19 na cidade de Araguaína -TO. O lócus de ação deste relato foi extraído do cotidiano profissional de um dos autores deste artigo mediante a experiência profissional adquirida durante a pandemia de Coronavírus, como coordenador da equipe de fonoaudiologia. **Resultados:** o trabalho em equipe é de suma importância para melhora clínica do paciente, pois por meio da manutenção de um canal aberto de comunicação entre membros da equipe de saúde do Hospital de Campanha foram solicitadas avaliações e acompanhamento fonoaudiológico, bem como trocas que possibilitaram a tomada da melhor decisão para cada caso. **Conclusão:** registrou-se a importância da educação permanente e o trabalho conjunto como fatores essenciais para o enfrentamento de pandemias como a que enfrentamos nos últimos anos.

DESCRITORES: Covid-19; Transtornos da deglutição; Fonoaudiólogo;
Transdisciplinaridade.

ARTICLE II: Performance of the Speech-Language Pathologist in a care unit for critically ill patients diagnosed with Covid-19

Introduction: the treatment of dysphagia is multidisciplinary, being essential the presence of the speech therapist in the multiprofessional team, in order to carry out the clinical and instrumental evaluation, as well as to lead the rehabilitation process. **Objective:** the present study is a reflective analysis of the experiences lived by the speech therapy team in the face of the Covid-19 Pandemic. With the objective of reporting his professional practice at the Public Hospital of Campanha, in the North of Tocantins. **Methods:** descriptive study, experience report type, carried out at Hospital de Campanha para Covid-19 in the city of Araguaína -TO. The locus of action of this report was extracted from the professional routine of one of the authors of this article through the professional experience acquired during the Coronavirus pandemic, as coordinator of the speech therapy team. **Results:** teamwork is of paramount importance for the clinical improvement of the patient, because through the maintenance of an open channel of communication between members of the health team of Hospital de Campanha, evaluations and speech therapy follow-up were requested, as well as exchanges that enabled the making the best decision for each case. **Conclusion:** the importance of continuing education and working together was recorded as essential factors for facing pandemics such as the one we have faced in recent years.

DESCRIPTORS: Covid-19; Swallowing disorders; speech therapist; transdisciplinarity.

6.1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) a COVID-19, doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, apresenta-se como um importante problema de saúde pública, caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia, que em casos mais graves (uma em cada seis pessoas) afeta a capacidade respiratória do indivíduo, sendo necessário em alguns casos de suporte ventilatório: intubação orotraqueal (IOT) e/ou traqueostomia (TQT) (OPAS, 2021).

Sabe-se que um dos sintomas que perdura na maioria dos pacientes acometidos por injúrias respiratórias e dependentes de ventilação mecânica é a disfagia; entendendo-se como disfagia uma alteração, em qualquer fase do processo de transferência do “bolo” alimentar da boca até o estômago (ARAÚJO et al., 2020).

Nesse caso específico de alteração da deglutição por uso de suporte ventilatório invasivo tem o que se chama de disfagia orofaríngea mecânica, a qual é definida como dificuldade secundária à perda sensorial e/ou muscular de estruturas responsáveis pela deglutição fisiológica normal. Entre as causas mais comuns da disfagia mecânica estão: inflamatórias, o pós intubação orotraqueal e traqueostomia prolongada (MARCHESAN; TOMÉ, 2014).

Além do mais, a coordenação entre deglutição e respiração pode estar alterada nos pacientes com injúrias pulmonares e dependentes de ventilação mecânica (DE LIMA et al., 2020), fato que ocorre em pacientes acometidos da forma grave de COVID-19, devendo-se isso em parte à alta frequência respiratória, bem como a uma diminuição da habilidade em coordenar esse padrão respiratório no momento da deglutição.

Estudo clínico para avaliar o desempenho e a segurança da deglutição em pacientes críticos com COVID-19 demonstrou que na primeira avaliação da deglutição 19,8% apresentaram dificuldade para engolir com segurança por via oral e 53,5%, após orientações educativas, conseguiam engolir com segurança, porém com restrições de consistências de dieta (DE LIMA et al., 2020).

O tratamento da disfagia é multidisciplinar, sendo essencial a presença do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional. A atuação fonoaudiológica no indivíduo com Covid-19 inicia-se após a melhora e estabilização clínica do paciente, quando o profissional investiga as possíveis sequelas da IOT, quer seja alterações do trato vocal/ laríngeo, e a possibilidade ou não de alimentação por via oral, determinando consistência, quantidade, postura e se há necessidade de terapia fonoaudiológica.

Em pacientes com diagnóstico positivo para COVID-19, deve-se privilegiar medidas mínimas de manuseio (procedimentos de adaptação, compensações, orientações e monitoramento da deglutição) e analisar a relevância da avaliação fonoaudiológica diante do quadro clínico do paciente (ARAÚJO et al., 2020).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever a atuação do profissional de fonoaudiologia com pacientes acometidos pela Covid-19, a fim de refletir acerca da atuação das equipes multiprofissionais em Hospital de Campanha, além de enfatizar sua relevância para o restabelecimento da saúde desses pacientes.

6.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência sobre o atendimento fonoaudiológico prestado a pacientes com diagnóstico de COVID-19 em um hospital de

campanha de médio porte, que oferece atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), situado na Região Norte, no estado do Tocantins.

A instituição hospitalar conta com um total de 63 leitos, administrados pela prefeitura e gerido por empresa de prestação de serviços de saúde, sendo 20 destes leitos destinados ao setor clínico, 37 de UTI e 6 de estabilização. O lócus de ação deste relato foi extraído do cotidiano profissional de um dos autores deste artigo mediante a experiência profissional adquirida durante a pandemia de Coronavírus, como coordenador da equipe de fonoaudiologia.

O relato foi baseado na experiência de fonoaudiólogos, frente à pandemia de COVID19, bem como suas vivências associadas com o estresse e a pressão de lidar com o ofício, acrescido do risco de adoecer. Quanto à questão temporal, o mesmo delimita-se na experiência profissional vivenciada nos meses de março a abril do ano de 2021. Os dados aqui relatados traduzem a vivência presencial, os quais emergiram de relatos, observações das fontes de materiais, estudos e discussões entre as profissionais na estrutura interna da instituição onde eram desenvolvidas as atividades de trabalho.

6.3 REFERENCIAL TEÓRICO

O sistema digestório e o respiratório compartilham em grande parte do seu percurso trajeto semelhante para realizar funções distintas; sendo que o mecanismo funcional da deglutição se responsabiliza pela proteção das vias aéreas inferiores. Quando deglutimos, há todo um mecanismo “protetor” para desviar da glote e da traqueia o fluxo alimentar ou salivar, conduzindo-o ao sistema digestivo (ISOLA, 2001).

São mecanismos de proteção, dentre outros, das vias aéreas durante a deglutição: a ação pressórica do “bolo alimentar”, onde primeiro um jogo de pressões e resistências de estruturas oromiofuncionais direcionam a progressão do “bolo” e em seguida o conteúdo é transferido para a faringe pela ação da gravidade (proteção ativa) (ISOLA, 2001); além do mais, existem mecanismos de proteção passivos efetuados pelas valéculas e pregas ariepiglóticas que se tensionam (ZEMPLIN, 2000). Vale destacar a apneia defensiva da deglutição, como mecanismo adicional, que é a interrupção da função ventilatória, ou seja, breve período no qual a respiração cessa como dependência do esforço de deglutição (COSTA, 2013).

Alterações como derrame pleural, edema agudo do pulmão, hemorragia alveolar, infecções do trato pulmonar, atelectasia, ineficiência de tosse, podem interferir na função deglutitória, gerando assim instabilidade entre respiração e deglutição (MARCHESAN; TOMÉ, 2014).

Até 50% dos pacientes com disfagia podem desenvolver pneumonia aspirativa, com mortalidade associada de até 50%; tais indivíduos apresentam maior taxa de pneumonia em comparação com aqueles sem disfagia (29,7% vs. 3,7%). Sendo que a disfagia pode reduzir a qualidade de vida dos pacientes e aumentar a permanência no hospital, as taxas sócios sanitárias e o risco de mortalidade (GOMES S.I.F, 2019).

O presidente fundador da Sociedade Europeia de Distúrbios da deglutição, Pere Clavé, chamou atenção para o risco de não diagnosticar e tratar a disfagia em pacientes da Covid- 19: “pode levar a uma maior incidência de superinfecções respiratórias, pneumonia por aspiração, desidratação, desnutrição, reintubações em pacientes pós UTI, prolongamento dos dias de hospitalização e até o óbito no ambiente hospitalar” (EUROPA PRESS, 2020).

No sentido da atuação fonoaudiológica focal e eficaz frente a esses pacientes, a fim de minimizar riscos de broncoaspirações e viabilizar a alta precoce, o Conselho Federal de Fonoaudiologia destaca que a atuação do fonoaudiólogo em pacientes Covid,-19 tem relação com a necessidade de manejo da disfagia e redução do risco de broncoaspiração (CFF, 2021).

É objetivo deste relato compartilhar a experiência de fonoaudiólogos que compunham a linha de frente de equipe multidisciplinar de hospital de referência no atendimento de pacientes com diagnóstico de covid-19; assim como destacar a importância do trabalho em equipe, a fim de viabilizar a alta em tempo hábil, garantindo ao paciente a alimentação por via oral segura – prazerosa e eficaz.

6.4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O ano de 2020 trouxe uma demanda atípica: pessoas apresentando os mais diversos sintomas em decorrência de acometimento pelo vírus Sars -Cov-2; em virtude de tal demanda, todos os profissionais de saúde passaram a estar de prontidão e alertas para contribuir com sua expertise de atuação. Quando ficou claro que essa moléstia tinha como um dos seus sintomas a disfagia, logo a equipe de fonoaudiologia foi acionada para responder às demandas dos hospitais especializados em atendimento Covid-19.

6.4.1 Manejo fonoaudiológico em paciente com diagnóstico de Covid-19

Recomenda-se a utilização de protocolos de biossegurança, e as medidas de proteção específicas devem ser rigorosamente seguidas durante os atendimentos fonoaudiológico em ambiente hospitalar (MILES et al., 2021). Além disso, sugerem-se diretrizes práticas, como

triagem e avaliação de pacientes disfágicos, mediante protocolos validados e adequados para atendimento hospitalar em pacientes com COVID-19 (ARAÚJO et al., 2020).

Os dados concernente ao diagnóstico clínico e grau de disfagia, no hospital referido neste relato, eram coletados com base no Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) e Escala Funcional para a Ingestão Oral (FOIS), respectivamente, conforme **figuras 2 e 3**. O protocolo e a escala são instrumentos validados, aplicados a todos os pacientes sob solicitação médica e /ou livre demanda, desde que o paciente esteja há pelo menos 48 horas fora da ventilação mecânica e sem efeitos de sedativos, a ponto de compreender solicitações verbais do avaliador e colaborar com a avaliação, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

O PARD é constituído por três partes: teste de deglutição da água, teste de deglutição de alimentos pastosos, classificação do grau de disfagia e condutas (PADOVANI et al., 2007). A Escala FOIS classifica a disfagia em grau de severidade, determinando a possibilidade de via oral exclusiva, consistências modificadas ou nada por via oral. **Figura 2**.

Figura 2 - Escala Funcional de Ingestão Oral

Teste de deglutição da água				
Sinais vitais prévios à oferta: FC: ___ bpm (60 a 100 bpm) FR: ___ rpm (12 a 20 rpm) SPO ₂ : ___ % (>95%)				
Escape oral anterior	ausência 1 2 3 4 5 ml		presença 1 2 3 4 5 ml	
Tempo de trânsito oral	adequado 1 2 3 4 5 ml		lento 1 2 3 4 5 ml	
Refluxo nasal	ausência 1 2 3 4 5 ml		presença 1 2 3 4 5 ml	
Número de deglutições	única 1 2 3 4 5 ml		múltiplas 1 2 3 4 5 ml	ausente 1 2 3 4 5 ml
Elevação laringea	adequada 1 2 3 4 5 ml		reduzida 1 2 3 4 5 ml	
Ausulta cervical	adequada 1 2 3 4 5 ml		alterada antes e após 1 2 3 4 5 ml	
Saturação de oxigênio	linha de base ___% 1 2 3 4 5 ml		queda ___ para ___% 1 2 3 4 5 ml	
Qualidade vocal	adequada 1 2 3 4 5 ml	disfonia / afonia 1 2 3 4 5 ml	voz molhada clareamento espontâneo 1 2 3 4 5 ml	voz molhada clareamento voluntário 1 2 3 4 5 ml
Tosse	ausência 1 2 3 4 5 ml	presença: voluntária 1 2 3 4 5 ml reflexa 1 2 3 4 5 ml	presença: forte 1 2 3 4 5 ml fraca 1 2 3 4 5 ml	presença: antes 1 2 3 4 5 ml durante 1 2 3 4 5 ml após 1 2 3 4 5 ml
Engasgo	Ausência 1 2 3 4 5 ml		presença: rápida recuperação 1 2 3 4 5 ml	presença: recuperação com dificuldade 1 2 3 4 5 ml
Outros Sinais	cianose 1 2 3 4 5 ml		alteração dos sinais vitais FC 1 2 3 4 5 ml FR 1 2 3 4 5 ml	
Teste Deglutição de Alimento Pastoso (3, 5 e 10 ml)				
Escape oral anterior	3 5 10 ausência 3 5 10 presença		Refluxo nasal	3 5 10 ausência 3 5 10 presença
Tempo de trânsito oral	3 5 10 adequado 3 5 10 lento		Resíduo em cavidade oral	3 5 10 ausência 3 5 10 presença
Número de deglutições	3 5 10 única 3 5 10 múltiplas 3 5 10 ausente		Engasgo	3 5 10 ausência Presença: 3 5 10 rápida recuperação 3 5 10 recuperação com dificuldade
Tosse	3 5 10 ausência Presença: 3 5 10 voluntária 3 5 10 antes 3 5 10 reflexa 3 5 10 durante 3 5 10 fraca 3 5 10 após 3 5 10 forte		Qualidade vocal	3 5 10 adequada 3 5 10 disfonia /afonia 3 5 10 voz molhada com clareamento espontâneo 3 5 10 voz molhada com clareamento voluntário
Elevação laringea	3 5 10 adequada 3 5 10 diminuída 3 5 10 ausente		Ausulta cervical	3 5 10 adequada 3 5 10 alterada antes e após a deglutição 3 5 10 alterada após a deglutição
Saturação de oxigênio	3 5 10 linha de base ___% 3 5 10 queda ___ para ___%		Outros sinais	3 5 10 cianose 3 5 10 broncoespasmo Alteração dos sinais vitais: 3 5 10 FC 3 5 10 FR
Nível		Classificação		
I		() Deglutição NORMAL		
II		() Deglutição FUNCIONAL		
III		() Disfagia orofaríngea LEVE		
IV		() Disfagia orofaríngea LEVE A MODERADA		
V		() Disfagia orofaríngea MODERADA		
VI		() Disfagia orofaríngea MODERADA A GRAVE		
VII		() Disfagia orofaríngea GRAVE		
Conduta:		() Via alternativa de alimentação. () Terapia fonoaudiológica. () Alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo.		
FONOAUDIÓLOGO:		CRFA:		

Figura 1. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)

Figura 3 - Escala Funcional de Ingestão Oral

<input type="checkbox"/> Nível 1: Nada por via oral
<input type="checkbox"/> Nível 2: Dependente de via alternativa com mínima via oral de alimento ou líquido
<input type="checkbox"/> Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido
<input type="checkbox"/> Nível 4: Via oral total de uma única consistência
<input type="checkbox"/> Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, mas com necessidade de preparo especial ou compensações
<input type="checkbox"/> Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, mas sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições para alguns alimentos
<input type="checkbox"/> Nível 7: Via oral total sem restrições.

*Functional oral intake scale (FOIS) 13 traduzido por Silva et al, 2006 23.

Figura 1 – Escala Funcional de Ingestão Oral

6.4.2 Evidências observadas em pacientes acometidos pela forma grave da Sars -Cov-2

Quando o fonoaudiólogo é acionado a atuar junto a pacientes com diagnóstico de Covid19 é necessário que o profissional seja experimentado no atendimento de pacientes críticos, a fim de realizar uma boa avaliação clínica a beira leito. Nesse sentido a equipe de fonoaudiólogos deste relato era formado por profissionais com vasta e diversificada experiência em ambiente hospitalar, especialistas em Fonoaudiologia Hospitalar e especialistas em Disfagia.

Nos pacientes acometidos da forma grave de Covid-19 a equipe de Fonoaudiologia observou: astenia de estruturas do trato vocal/laríngeo, o qual é responsável em grande parte pelo processo deglutitório; jogo pressórico diminuído ou ineficaz, comprometendo assim o primeiro mecanismo de proteção do trato respiratório; incoordenação respiração-deglutição; melhor ingesta da consistência líquida em detrimento dos alimentos sólidos, o que por si só, em outras demandas - em decorrência da alteração do processo respiratório e da maior dificuldade de controle dos líquidos - aumentaria grandemente os riscos para as broncoaspirações e suas sequelas. Porém, tal dificuldade para alimentos mais sólidos, se dar em virtude da astênia e fadiga ao mastigar e deglutir. Como consequência da fraqueza muscular e acometimento respiratório, estima-se que a atuação de especialistas em disfagia deve ser necessária no processo de reabilitação durante e no pós covid-19 (PORTO et al., 2020).

Na sua grande maioria, os pacientes com Covid-19 e com diagnóstico fonoaudiológico de disfagia, são dependentes de manobras protetivas de deglutição, como modificação da consistência e manobras posturais.

Os fonoaudiólogos deste relato, informam terem feito uso de manobras protetivas, como abaixar a cabeça para deglutir, a fim de facilitar a excursão laríngea e proteger as vias aéreas superiores e diminuir ou evitar aspiração broncopulmonar. Além do mais, após a avaliação fonoaudiológica determinava-se a consistência segura para cada paciente, o qual era

acompanhado durante o processo de gerenciamento da alimentação por via oral, a fim de sugerir progressão ou involução da consistência ofertada.

Cada vez mais tem se comprovado a importância do fonoaudiólogo na avaliação a beira leito do paciente hospitalizado para tratamento da COVID-19, pois é fato que grande parte desses pacientes apresentarão algum grau de disfagia (MILES et al., 2021). Confirmando tal fato, no mês analisado por este trabalho, foram realizados pela equipe de fonoaudiologia do hospital da cidade de Araguaína-TO: 126 procedimentos fonoaudiológicos, entre avaliação e fonoterapia motora, sendo grande parte destes, num primeiro momento, solicitados pela equipe médica através de parecer.

6.4.3 Estratégia de educação permanente em saúde para prevenção de broncoaspiração

Educação permanente em saúde constitutiva de aprendizado no trabalho e nos modos de existir no mundo nos convida a olhar diferente, para além do que está estabelecido, mesmo na repetição dos atos em saúde. É a partir da observação, dos desejos e das afecções dos encontros que a Educação Permanente acontece (CARVALHO, 2019).

A equipe de fonoaudiologia elaborou e confeccionou placas de comunicação alternativa, a fim de facilitar processo comunicativo entre paciente e equipe, até mesmo pra que este possa expor as suas dificuldades, medos e desejos - inclusive alimentares- e facilitar o processo de reabilitação.

A comunicação é um mecanismo que permite trocar informações, expressar desejos, sentimentos e necessidades. Dentro da UTI, o uso de vias artificiais de ventilação compromete a comunicação oral, prejudicando a interação entre equipe e o paciente. Neste contexto, o uso de pranchas de comunicação alternativa tem como objetivo promover a comunicação não verbal quanto a linguagem oral não é viável.

O fonoaudiólogo que atua na UTI tem a atribuição de realizar a avaliação da compreensão e expressão verbal e não verbal da linguagem para escolher a estratégias que possam promover a comunicação eficaz. A orientação da equipe assistencial é essencial para facilitar a realização de procedimentos no contexto hospitalar.



Figura 4 Treinamento da equipe multiprofissional quanto ao uso de placa de comunicação alternativa

6.4.4 Importância da atuação transdisciplinar

Durante o período de observação desse relato de experiência, ficou claro pelos números expressivos de solicitações de pareceres fonoaudiológicos, quão importante é a inserção do profissional fonoaudiólogo na equipe multiprofissional; pois este é o profissional habilitado para avaliar e reabilitar pacientes acometidos por qualquer doença de base, que tenham sinais clínicos ou suspeita de apresentar disfagia, em virtude da magnitude de comorbidades que essa afecção pode apresentar.

Nesse relato de experiência constatou-se que o trabalho em equipe é de suma importância para melhora clínica do paciente, pois por meio da manutenção de um canal aberto de comunicação, entre membros da equipe de saúde do Hospital de Campanha, foram solicitadas avaliações e acompanhamento fonoaudiológico, bem como trocas que possibilitaram a tomada da melhor decisão para cada caso.

Destaca-se como ponto positivo no atendimento ao paciente com diagnóstico de Covid19, a importância do trabalho transdisciplinar na resolutividade de problemas complexos como mostra ser essa enfermidade (SILVA et al., 2010).

O trabalho do fonoaudiólogo, por exemplo, depende muito da troca com enfermeiros, os quais os informam da condição mais atual do paciente, e se foram observados sinais clínicos de disfagia antes da avaliação fonoaudiológica; após a avaliação do fonoaudiólogo, o primeiro profissional a ser informado da condição do paciente quanto a alimentação, sempre era o enfermeiro.

Na relação interdisciplinar com os fisioterapeutas, confirmava-se a condição respiratória do paciente, e quando o melhor momento para intervenção, bem como a realização, em parceria, do blue dey test nos pacientes traqueostomizados (teste do corante azul, a fim de determinar sinais de presença de broncoaspiração) e o próprio processo de decanulação do paciente traqueostomizado.

Após a avaliação, o fonoaudiólogo informa ao nutricionista a melhor consistência a se ofertada para determinado paciente, sem riscos de broncoaspirações, e se é possível dieta exclusiva por via oral ou associada com manutenção da sonda de alimentação.

Ao final o médico plantonista é informado sobre a viabilidade de alimentação ou não por via oral e se pode ou não solicitar retirada de sonda de alimentação ou dar prosseguimento ao processo de decanulação.

Quando havia dúvidas quanto ao processo, a equipe se reunia pra discutir cada caso específico, a fim de chegar a um consenso quanto a melhor conduta para cada paciente.

Algumas barreiras observadas pela equipe de Fonoaudiologia no atendimento em hospital COVID-19: embora tenha havido muitas solicitações do especialista em disfagia, não raro ocorreram a liberação da dieta por via oral de forma indiscriminada sem uma avaliação cuidadosa dos riscos de disfagia, nem mesmo com protocolos de ratreio, o que pode ter sido a causa de muitas reintubações e piora do quadro clínico, talvez por aspirações silentes não maciças e menos evidentes.



Figura 5 Equipe de Fonoaudiologia do Hospital de Campanha

6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atender pacientes com diagnóstico de Covid-19 reforçou, ainda mais, a importância do atendimento humanizado e em equipe. Registrou-se a importância da educação permanente como fator essencial na formação das diversas equipes que, de forma direta ou indireta, contribuíram e continuarão a contribuir para o enfrentamento de pandemias como a que enfrentamos nos últimos anos.

Na experiência aqui relatada, pode-se observar que desconsiderar os protocolos de rastreio e de avaliação da disfagia gera expectativas frustradas ao paciente e familiares, e muitas das vezes a perda de todo um trabalho realizado pela equipe multiprofissional, com consequente retorno do paciente à ventilação mecânica e postergação da alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. C. L. et al. COVID-19 e disfagia: guia prático para atendimento hospitalar seguro - número 1. *Audiology - Communication Research*, v. 25, 7 dez. 2020.
- CARVALHO, M. S. DE. Educação permanente em saúde em movimento : olhares, dizeres e aprendizados a partir do encontro e do saber da experiência. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/36935>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- COSTA, M. Deglutição e Disfagia: Bases Morfofuncionais e Videofluoroscópicas. v. 1
- DE LIMA, M. S. et al. Precisão diagnóstica para o risco de broncoaspiração em população heterogênea. *CoDAS*, v. 32, n. 5, p. 1–7, 12 out. 2020.
- EUROPA PRESS. Experto avisa de que no tratar la disfagia en pacientes con Covid-19 puede ocasionar neumonía aspirativa. Disponível em: <<https://www.infosalus.com/saludinvestigacion/noticia-experto-avisa-no-tratar-disfagia-pacientes-covid-19-puede-ocasionarneumonia-aspirativa-20200423184447.html>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- GOMES S.I.F. A Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Deglutição Comprometida em Doentes pós Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5553>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ISOLA, A. M. Alterações do Sistema Respiratório no Paciente Disfágico. Disponível em: <<https://www.escavador.com/sobre/6835527/alexandre-marini-isola>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ZEMLIN, W. R. Princípios de Anatomia e Fisiologia Em Fonoaudiologia. Disponível em: <<https://www.estantevirtual.com.br/livros/willard-r-zemlin/principios-de-anatomia-efisiologia-em-fonoaudiologia/10672362>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- MILES, A. et al. Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. *Dysphagia*, v. 36, n. 2, p. 170–182, 1 abr. 2021.
- CFF. O FONOAUDIÓLOGO NO COMBATE À COVID-19. Disponível em: <<https://www.fonoaudiologia.org.br/o-fonoaudiologo-no-combate-a-covid-19/>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- OPAS. Folha informativa sobre COVID-19 - OPAS/OMS |. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 12, n. 3, p. 199–205, set. 2007.
- PORTO, A. C. et al. ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA | Cadernos ESP. *CADERNOS*, p. 38–44, 2020.

SILVA, R. G. DA et al. Protocolo para controle de eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). Revista CEFAC, v. 12, n. 1, p. 75–81, fev. 2010.

MARCHESAN, I. Q. S.; TOMÉ, M. C. tratado das especialidades em fonoaudiologia. Disponível em: <<https://www.booktoy.com.br/tratado-das-especialidades-em-fonoaudiologia7720>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

7. DIÁRIO DE CAMPO (RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO)

7.1 PROJETO DE PESQUISA

Este estudo surgiu a partir de uma conclamação, por meio de nota técnica da ANVISA: (GVIMS/GGTES/ANVISA N° 10/2020; a mesma chama atenção para o grau elevado de óbitos por broncoaspirações em ambiente hospitalar. O objetivo da nota técnica é disponibilizar orientações aos gestores e profissionais de saúde que atuam na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e na assistência à saúde em geral, além daqueles que atuam no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a fim de se instituir medidas de prevenção de aspiração broncopulmonar em pacientes internados em serviços de saúde, bem como construir a definição de indicadores de monitoramento.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA, atendendo à Resolução 466/2012 sob Certificado de Apresentação Ética (CAAE) de número 52064921.2.0000.5516 de número (Anexo D).

7.2 CONTATO COM O HOSPITAL

A autorização para execução do projeto no Hospital Regional de Araguaína - HRA, foi concedida pela diretora da instituição (via NEP), após cumprimento de todos trâmites legais exigidos pela Secretária de Saúde do Estado do Tocantins. Após descrição dos passos da pesquisa, o pesquisador foi autorizado a realizar pesquisa no mês de dezembro de 2021, com coleta de banco de dados no arquivo do hospital.

7.3 PESQUISADORES

Não houve formação de uma equipe de pesquisa de campo. O pesquisador contou com o apoio do orientador na construção e monitoramento do projeto, dos colegas de mestrado Dario Silva, Tiago Sabino e Leilivan Gomes e da acadêmica de Odontologia Karine Feitosa, que contribuíram na organização logística do I Webnário sobre Disfagia do Tocantins, bem como na produção do resumo expandido e vídeo sobre relato de experiência do I Webnário de Disfagia, apresentado no Congresso Internacional Movimentos Docentes.

7.4 COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados por dois grupos de pesquisadores (GEPEPS e GEPESAL), mediante extensa revisão da literatura sobre o trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde nos principais agravos relacionados a disfagia em pacientes hospitalizados, especialmente no período da pandemia da Covid-19.

Os dados foram coletados no banco de dados / prontuários da Clínica Médica do HRA dos quais foram extraídas as seguintes informações de cadastro: sexo, idade, estado civil, diagnóstico/doença de base, tratamento, via de alimentação, principais sintomas da disfagia, grau da disfagia, complicações durante a hospitalização, desfecho da hospitalização.

Foram utilizados como critérios de inclusão da pesquisa:

- Dados lançados no período avaliado no estudo março/2020 a setembro de /2021 com qualquer patologia de base e diagnóstico clínico de disfagia orofaríngea, que estivesse se alimentando por via oral exclusiva e ou com dieta associada, ou seja, via oral e via alternativa; pacientes com idade mínima de 18 anos.
- Formulários devidamente preenchidos no banco de dados (ou prontuários) da Clínica Médica do HRA.

7.5 ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

7.5.1 *Webinar. Resumo Expandido. Vídeo*

Após a definição da temática a ser pesquisada foi proposto e executado o evento educacional por meio de plataforma virtual, cuja temática abordou os muitos olhares profissionais sobre a disfagia: I webnário tocantinense sobre disfagia: abordagem multiprofissional. Cujo o principal objetivo foi discutir sobre o papel da transdisciplinaridade no atendimento ao paciente disfágico; bem como alertar a todos envolvidos sobre a gravidade da disfagia e a importância da atuação compartilhada no tratamento de tal afecção, seja no ambiente clínico, hospitalar e /ou domiciliar. O evento denominado como “I webinário tocantinense sobre disfagia” foi realizado em março de 2021, com uma expectativa de contemplar os profissionais de saúde e a população em geral na região norte do Tocantins envolvidos com o cuidado de pacientes hospitalizados que enfrentam a disfagia como “doença” de base ou como sequela de um tratamento. O primeiro passo, após a definição da data do evento e da escolha da plataforma digital a ser empregada - software streamyard® com transmissão ao

vivo pelo Youtube® - foi compor uma equipe com membros com habilidades versáteis, mas com grau de expertise em alguma tarefa específica necessária para o webinar.

7.5.2 Tarefas específicas necessárias para a realização do webinar

Os componentes foram divididos conforme as tarefas elencadas: 1) rede de network e acesso aos possíveis palestrantes; 2) criação de landing page para divulgação e inscrição; 3) contato com uma Universidade para gerar credibilidade ao evento - no caso o Programa de Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins; 4) listagem de presença e certificação aos participantes; 5) assessoria pública do evento, responsável pelos esclarecimentos aos participantes, assim como por repassar aos palestrantes as dúvidas expressas no chat durante a transmissão; 6) comunicação digital, que exigiu um membro com experiência em computação e internet, que ficou responsável pela transmissão e coordenação do evento ao vivo para colocar no ar os palestrantes; 7) a mediação do encontro, necessário para intermediar o palestrante e os “web expectadores”, realizada pelo coordenador e idealizador do evento.

Vale destacar que tal evento foi chancelado pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde – PPG ECS-UFT. Destacando assim a importante relação entre educação e saúde no processo de enfrentamento desta ou qualquer injúria que ceifam milhares de vidas e/ou compromete a qualidade de vida do indivíduo.

Como resultado do evento em plataforma digital, milhares de pessoas, na grande maioria profissionais de saúde, de diversas regiões (Tocantins, Maranhão, Bahia, Goiás), puderam discutir e compreender melhor o tema disfagia, com um enfoque na equipe multidisciplinar, como protagonista nos cuidados do paciente disfágico.

Como segundo momento do trabalho, e no intuito de divulgação ampla sobre a importância da atenção a disfagia, confeccionou-se um resumo expandido sobre o I webnário de disfagia, o qual foi apresentado no congresso internacional movimentos docentes, sob o tema: Relato de Experiência em um Evento Científico em Tempos de Pandemia de Covid-19: Ensino Remoto como Realidade; onde fora descrito a forma de organização do webinar, bem como o resultado exitoso em alcançar cerca de mil (1.000) expectadores em estados de três regiões do Brasil. Destaca-se desta forma, que o assunto disfagia alcançou um número considerável de pessoas, não somente no webinar, bem como no próprio congresso “Movimentos Docentes”.

Quase que de forma ininterrupta, e como forma de divulgar a temática abordada nesse trabalho, fora confeccionado um vídeo, o qual foi apresentado no congresso movimentos

docentes e disponibilizado na plataforma digital YouTube; o mesmo descreveu o relato de experiência sobre o webnário de disfagia.

A educação permanente é a pedra angular para os ambientes de saúde, pois somente por meio desta é possível alcançar a meta do atendimento com qualidade. Com o advento das novas tecnologias se tornou possível alcançar o conhecimento tão necessário a todos, inclusive aos profissionais de saúde, com suas duplas ou triplas jornadas, podendo ter acesso remoto a tal conhecimento. A pandemia da Covid -19 nos fez enxergar a importância das novas tecnologias, a fim de nos preparar, inclusive, para o que havia de vir. Nesse contexto, e fazendo uso da chancela de um programa de pós graduação da Universidade Federal do Tocantins (PPGECS), em março de 2021 fora realizado o I webnário tocantinense de disfagia: uma abordagem multidisciplinar.

DIA

01

Disfagia no contexto da Reabilitação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

- **REABILITAÇÃO** - Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem riscos de complicações.
- **EFICIÊNCIA**- o impacto positivo causado pelo exercício, provocando muitas vezes aumento da força e precisão de movimentos de determinados grupos musculares, sem que o paciente retorne a via oral de alimentação.
- **EFICÁCIA**

↓

Programa terapêutico: grupo de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos da deglutição, pensando na qualidade de vida do paciente.

19/03/2021

UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Resumo 2

Foto Palestrante do I webinário tocantinense de disfagia

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente a educação permanente em saúde tem o poder de modificar o modelo, já ultrapassado, sem o engajamento de todos, principalmente do paciente, no seu processo de tratamento. Quando se entende que a educação em saúde é parte de todo um conjunto de ações resolutivas, das quais participam os agentes envolvidos no processo (desde trabalhadores em saúde, gestores, pacientes, cuidadores e familiares), esta perpassa os muros das instituições de saúde, chegando nas comunidades e nos lares, por meio de informações, orientações e treinamento.

Desta forma, este estudo partiu de uma pesquisa de campo, sobre os principais agravos respiratórios, essencialmente as broncoaspirações, associados à disfagia, a fim de determinar as melhores estratégias de prevenção descritas na literatura e, deste modo poder devolver aos usuários da instituição hospitalar, treinamento, por meio de informações e orientações sobre as melhores técnicas de prevenção do agravo mencionado; bem como ofertar capacitação aos funcionários por meio de palestras, como se deu com o I Webinário de Disfagia do Tocantins.

Os dados coletados e depois confrontados com a literatura que trata do tema, deram conta da certeza de que uma das mais importantes repercussões da disfagia são as de natureza respiratória, tais como: Broncoaspiração, Pneumonias, Broncopneumonias, desconforto respiratório, necessidade de uso de suporte ventilatório. Segundo os achados, os quais condizem com a literatura pesquisada, a disfagia está intimamente relacionada às afecções neurológicas. Soma-se a isso a grande prevalência de idosos, os quais, por conta da doença de base e comorbidades associadas a idade avançada, e, pelo próprio processo natural do envelhecimento, quando acometidos por sequelas respiratórias, advindas ou não da disfagia, necessitam de mais tempo e recursos da instituição hospitalar, e, aumenta os riscos de óbito.

Após a realização desse diagnóstico de disfagia, e mantendo a proposta dos objetivos específicos, descreveu-se, com base na literatura específica, a eficiência das ações de prevenção de agravos respiratórios em decorrência de disfagia. A prevalência de 18,18% de complicações respiratórias associadas à disfagia, confirmou a hipótese de repercussões respiratórias graves em pacientes com qualquer patologia de base, internado em ambiente hospitalar; os quais, com certeza dependerão de estratégias que minimizem os riscos oriundos da disfagia.

Com base nesses achados, será elaborado e aplicado um programa de educação para a promoção da prevenção dos agravos respiratórios relacionados à disfagia, com participação do NEP (Núcleo de Educação Permanente), GTH (Grupo de Trabalho Humanizado) do Hospital

Regional de Araguaína. O programa deverá ser permanente, a fim de lembrar às equipes de saúde sobre a importância da prevenção de tais sequelas; também serão mensurados os impactos das ações educativas propostas, por meio, inclusive, de levantamentos de dados comparativos relacionados aos principais agravos respiratórios ligados à disfagia.

Assim, considerando que a disfagia é um problema de saúde pública, e, que somente por meio da prevenção embasada na educação permanente, poderemos diminuir os números alarmantes de injúrias respiratórias associadas a ela; deste modo constata-se a necessidade de ampliação das políticas públicas já existentes, de forma a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, e assim minimizar esse problema de saúde pública.

Recomenda-se, portanto, o fortalecimento da parceria entre equipe de fonoaudiologia, hospital (equipes de saúde, direção, Núcleo de Educação Permanente, Grupo de Trabalho Humanizado, Núcleo de Segurança do Paciente) e comunidade para o alcance dos objetivos de promoção de saúde através da educação em saúde; de modo a obter sujeitos copartícipes e capazes de identificar e prevenir o surgimento de doenças respiratórias oriundas de distúrbios da deglutição que interferem negativamente em sua qualidade de vida.

Por fim, acredita-se que o presente estudo tenha sido capaz de alcançar o objetivo a que se propôs, contribuindo para alertar, em um primeiro momento, os profissionais de saúde, diretamente envolvidos com tais pacientes do Hospital de Referência de Araguaína, quanto à gravidade da disfagia.

REFERÊNCIAS

- ABDULMASSIH, E. M. DA S. et al. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar Evolution of Patients with Oropharyngeal Dysphasia in Hospital Environment. *Aarq. Int. Otorrinolaringol.*, v. 13, n. 1, p. 55–62, 2009.
- AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. Prevention of aspiration in adults [internet]. Practice alert: AACCN, 2018. Disponível em: <https://www.aacn.org/clinicalresources/practice-alerts/prevention-of-aspiration>. Acesso em: 05 jul. 2021.
- ANDRADE P. A. et al. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. **Einstein**, v.16, n.2, p. 1-6, 2018.
- ANVISA. GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 10/2020. Práticas seguras para a prevenção de aspiração broncopulmonar em serviços de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notastecnicas/nota-tecnica-broncoaspiracao-10-12-20.pdf/view> Acesso em: 18 dez. 2020.
- ARAÚJO B. C. L. et al. COVID-19 e disfagia: guia prático para atendimento hospitalar seguro. **Audiology Communication Research**. vol.25, n.1, 2020.
- ANDERLE P; RECH R.S; MEDEIROS P.V; GARCIA de G.B.N. Conhecimento das equipes médicas e de enfermagem sobre o manejo de medicamentos orais no paciente adulto disfágico hospitalizado *Audiology - Communication Research*, vol. 23, e1933, 2018.
- BATH, P.M.; LEE, H. S.; EVERTON, L.F. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 10. Art 2018.
- BILTON, T. et al. Vista do Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11165/23303>>. Acesso em: 26 jun. 2022.
- BRETAN O. Quando suspeitar de aspiração silenciosa? **Revista da Associação Médica Brasileira**; v.53, n.4, p.283-92, 2007.
- DUNCAN, S., GAUGHEY, J. M; FALLIS, R. et al. Intervenções para disfagia orofaríngea em cuidados agudos e críticos: um protocolo para uma revisão sistemática e meta-análise. **Systematic Reviews**, v.8, n.283, 2019.
- ETGES, C. L. et al. Screening tools for dysphagia: a systematic review. **CoDAS**, v. 26, n. 5, p. 343-349, 2014.
- FABRÍCIO, M. Z. et al. Clinical swallowing assessment in the diagnosis of silent aspiration. *Revista CEFAC [online]*. 2020, v. 22, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19820216/20202268420>>. Acesso em: 26 jun. 2022.
- FERNANDEZ R., Lara et al. Disfagia em tempos de COVID-19. **Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello**, Santiago, v. 80, n. 3, pág. 385-394, set. 2020. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

48162020000300385&lng=es&nrm=iso>. acessado em 27 set. 2022.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000300385>.

GOMES, S. I. F. A efetividade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na deglutição comprometida em doentes pós acidente vascular cerebral. Disponível em: <<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5553>>. Acesso em: 26 jun. 2022.
 GONÇALVES, M. I. R.; REMAILI, C. B.; BEHLAU, M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool - EAT-10. *CoDAS* [online]. 2013, v. 25, n. 6, pp. 601-604. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013.05000012>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

GOMES, S. I. F. A Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em **Enfermagem de Reabilitação na Deglutição Comprometida em Doentes pós Acidente Vascular Cerebral**. 2019. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação), Escola Superior de Saúde de Viseu, 2019.

GUEDES L. U. et al. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.14, n.3, p.372-380, 2009.

KANG, S. H. et al. Usefulness of videofluoroscopic swallow study with mixed consistency food for patients with stroke or other brain injuries. *Journal of Korean medical science*, v. 26, n. 3, p. 425–430, mar. 2011.

KASPAR, K, EKBERG, O. Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care. **Nestlé Nutrition Institute Workshop Series**, v.72, p.19-31, 2012.

LESSA, R.D.P. O nível de conhecimento de profissionais da enfermagem sobre a disfagia no setor de clínica médica do hospital escola Álvaro Alvim (CAMPOS/RJ). **Revista Científica Multidisciplinar**, v.4, n.2, 2019.

LIMA, M. S. et al. Precisão diagnóstica para o risco de broncoaspiração em população heterogênea. **CoDAS**, São Paulo, v.32, n.5, 2020.

LIMA M.S. et al. Preliminary results of a clinical study to evaluate the performance and safety of swallowing in critical patients with COVID-19. **Clinics**. v.75, 2020.

LUCHESE, K. F.; CAMPOS, B. M.; MITUUTI, C. T. Identificação das alterações de deglutição: percepção de pacientes com doenças neurodegenerativas. *CoDAS*, v. 30, n. 6, p. 1–10, 29 nov. 2018.

NASCIMENTO J. R. **A importância do Fonoaudiólogo no protocolo de prevenção de Pneumonia aspirativa na Unidade de Terapia Intensiva**. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/disfagia2019/Informe-Disfagia.pdf.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Clinical factors predicting risk for aspiration and respiratory aspiration among patients with Stroke. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2015, v. 23, n. 2 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0197.2545>.

OLIVEIRA, LA; FONTES, LH; CAHALI, MB. Swallowing and pharyngo-esophageal manometry in obstructive sleep apnea. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81:294-300.

POMAR, M. D. B.; AMEZ, L. P. ¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle? *Nutrición Hospitalaria*, v. 34, p. 46–56, 2017.

PORTO, A. C. et al. Atuação fonoaudiológica em pacientes covid-19: revisão integrativa. **Cadernos ESP**, v. 14, n. 1, p. 38-44, 2020.

SÁNCHEZ, E. et al. Knowledge and Practice of Health Professionals in the Management of Dysphagia. *International journal of environmental research and public health*, v. 18, n. 4, p. 1–10, 2 fev. 2021.

SANTORO, P. P. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Revista CEFAC**, v. 10, n. 2, ,2008.

SANTOS, M. M. F. **A eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração na pessoa com compromisso da deglutição**: uma revisão sistemática da literatura. 2019. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2019.

SILVA, L. M. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 9, n. 2, p. 93–106, 24 out. 2019.

SOUSA, V.D; DRIESSNACK, M; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 maio-junho; 15(3).

STEENHAGEN, H. V. A. DE; MOTTA, L. B. DA. Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 9, n. 3, p. 89–100, 24 out. 2019.

VELASCO, L. C. (2020). **Validade dos testes de triagem realizados à beira do leito para detecção de aspiração em pacientes internados em hospital público de reabilitação**. 2020. 97f. Tese (Doutorado em Ciências) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

VIEIRA, M.S.N; MATIAS K.K e QUEIROZ, M.G. Educação em saúde na rede municipal de saúde: práticas de nutricionistas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 02 [Acessado 5 Julho 2021] , pp. 455-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232021262.41062020>.

WILKINS T. et al. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. **J Am Board Fam Med**; v.20, n.2, p.144–50, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (as) como voluntário (as) a participar da pesquisa: “**ESTRATÉGIAS DE ENSINO**

PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR DURANTE A PANDEMIA COVID-19” e nós gostaríamos de entrevistá-lo (a). Essa pesquisa está sendo conduzida pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) em parceria com o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

OBSERVAÇÃO: Caso o participante não tenha condições de ler ou assinar este TCLE, o mesmo poderá ser consentido por gravação do consentimento em formato de vídeo.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Este trabalho se justifica visto que grande parte de indivíduos hospitalizados por diferentes patologias de base, podem vir a apresentar disfagia e mais especificamente aspiração broncopulmonar, tal pesquisa se faz necessária a fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida desses pacientes, que sejam pela aplicação de estratégias que visem minimizar ou cessar o impacto negativo da disfagia orofaríngea em indivíduos hospitalizados. Além do mais, quanto mais precoce a intervenção, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores e melhores serão os resultados e prognóstico.

PROCEDIMENTOS:

A entrevista irá durar, aproximadamente, 20 minutos. O(A) sr(a) será abordado em local mais adequado (sala reservada e privativa). Será concedido tempo adequado para que o(a) sr(a) possa refletir e tomar decisão livre e esclarecida. Você responderá perguntas sobre o papel social, a oferta dos serviços de saúde prestados e um questionário sócio demográfico.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Se notarmos durante a pesquisa algum constrangimento ou de qualquer outra natureza que venha a lhe causar prejuízos, o(a) sr(a) poderá nos avisar que levaremos as demandas aos professores pesquisadores responsáveis para providências.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

A entrevista que será realizada é gratuita. A seguir apresentamos os **RISCOS** bem como as medidas para sua minimização e as medidas de precaução/prevenção para minimização destes, decorrentes da participação do sr(a) nessa pesquisa:

- **Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário:** será realizado esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura deste TCLE; Será garantida a privacidade para responder o questionário; Sua participação será voluntária; A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento.

- **Quebra de sigilo/anonimato:** As respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato.

Os dados serão armazenar de forma apropriada os dados da pesquisa, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, modificações não autorizadas, entre outros prejuízos; Caso haja necessidade de realizarmos entrevista on-line será feito individualmente evitando-se assim a utilização de listas que permite a identificação dos convidados bem como a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros; Será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

- **Estresse ou dano:** Assistência psicológica se necessária que será direcionada a equipe qualificada (representadas pelos pesquisadores responsáveis) para encaminhamento/providências.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

- **Cansaço ao responder às perguntas:** Serão utilizados questionários com versão resumida e em caso de extensão das respostas, serão realizadas pausas na entrevista caso o participante apresente sinais de cansaço.

- **Risco de contaminação** pelo Novo coronavírus (Covid-19) tanto por parte dos profissionais como por parte dos participantes: Os profissionais estarão devidamente paramentados (e vacinados quando possível) conforme orientações as medidas de prevenção recomendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde no enfrentamento da doença.

BENEFÍCIOS: fornecer subsídios para a elaboração de propostas de organização dos serviços na Unidade Hospitalar, relacionados a prevenção e controle da broncoaspiração; produzirá materiais para letramento em saúde, a partir dos dados identificados, que poderão ser incorporadas no cotidiano do trabalho dos profissionais da unidade, facilitando-o e tornando-o mais seguro, efetivo e resolutivo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o (a) sr(a) pode interromper o preenchimento mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) sr(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão transformados em um código de identificação único. As informações coletadas na entrevista serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em **duas vias originais**, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o sr(a) pode me perguntar ou entrar em contato com os pesquisadores Matheus Morbeck Zica, Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma ou Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves, responsáveis pela Pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CEULP/ULBRA, [Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas/TO, Complexo Laboratorial, telefone (63) 3219-8076 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados)], órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

DECLARAÇÃO PESQUISADORES/RESPONSÁVEIS

DECLARAMOS estar cientes de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETEMO-NOS a acompanhar todo o processo, presando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas. Ciente do conteúdo, assino o presente termo.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

Palmas/TO ____ / ____ / ____.

Contato da Coordenação da Pesquisa:

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Tel: (63)98100-8485

E-mail: quaresma@mail.uft.edu.br

Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves

Tel: (63)99278-2333

E-mail: ives.marcelo@mail.uft.edu.br

Matheus Morbeck Zica

Tel: (63)99294-2000

E-mail: mmorbeckz@yahoo.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa do
Centro Universitário Luterano de
Palmas – CEP/CEULP**

Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul

Palmas/TO

CEP 77.019-900

Telefone: (63) 3219-8076

E-mail: etica@ceulp.edu.br

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE-online

ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Este trabalho se justifica visto que grande parte de indivíduos hospitalizados por diferentes patologias de base, podem vir a apresentar disfagia e mais especificamente aspiração broncopulmonar, especialmente durante a pandemia da COVID-19, onde busca-se com esta pesquisa, contribuir para uma melhor qualidade de vida desses pacientes, que sejam pela aplicação de estratégias que visem minimizar ou cessar o impacto negativo da disfagia orofaríngea em indivíduos hospitalizados. Além do mais, quanto mais precoce a intervenção, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores e melhores serão os resultados e prognóstico.

Você está sendo convidado (as) como voluntários (as) a participar da pesquisa: “**ESTRATÉGIAS DE ENSINO**

PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR DURANTE A PANDEMIA COVID-19” e nós gostaríamos de entrevistá-lo (a). Essa pesquisa está sendo conduzida pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) em parceria com o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Este trabalho se justifica pela carência de estudos relacionados a área específica, principalmente na região norte do Brasil, sendo o primeiro com esta temática aportado na segunda cidade mais importante do estado do Tocantins, Araguaína. Consideramos ser de extrema importância identificar as melhores estratégias de prevenção de aspiração broncopulmonar, no intuito de diminuir o número crescente de óbitos em decorrência de tal injúria, bem como ser utilizado como modelo para melhorar o cuidado da população diagnosticada com disfagia orofaríngea.

PROCEDIMENTOS:

A sua participação implica no preenchimento de um questionário que contempla perguntas sobre o papel social, a oferta dos serviços de saúde prestados e um questionário sócio demográfico. Você irá despendar cerca de 15 minutos para responder o questionário de pesquisa. Caso haja necessidade os pesquisadores agendarão data e horário para a realização da entrevista on-line, a mesma será realizada e registrada na plataforma digital *Google meet*, caso o participante não apresente a habilidade de utilizar a plataforma, poderá ser utilizada a plataforma *Skype* ou ainda o aplicativo de chamadas de áudio-vídeo-texto *whattsApp*, sendo que no último caso, o registro de voz da entrevista será feito por um gravador digital, pois essa ferramenta não permite o registro do diálogo. O(A) sr(a) poderá escolher o local mais adequado (sala reservada e privativa) para a realização da entrevista, de preferência um local que possa garantir o mínimo de ruídos sonoros e interferências de outras pessoas. A entrevista será conduzida a partir de um roteiro contendo questões abertas sobre o tema em estudo e cada entrevista será transcrita para posterior análise.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Se notarmos durante a pesquisa algum constrangimento ou de qualquer outra natureza que venha a lhe causar prejuízos, o(a) sr(a) poderá nos avisar que levaremos as demandas aos pesquisadores responsáveis para providências.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

A entrevista que será realizada é gratuita. Durante o preenchimento do instrumento, caso haja algum desconforto, você poderá optar por não responder a pergunta ou interromper a sua participação a qualquer momento. Se entender ser necessário, ainda, você terá acesso por meio das informações contidas no fim deste instrumento ao contato dos pesquisadores do estudo. Mediante sinalização de demanda, será agendado encontro virtual via vídeochamada para acolhimento, a ser realizado por membros da equipe de pesquisa. Ainda, após este primeiro contato, mediante entendimento de que outros encontros sejam necessários para mitigar dificuldades de ordem psicológica geradas no contexto da pesquisa, serão agendados encontros posteriores. As respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato. Os dados serão armazenar de forma apropriada os dados da pesquisa, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, modificações não autorizadas, entre outros prejuízos. Será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

BENEFÍCIOS: fornecer subsídios para a elaboração de propostas de organização dos serviços na Unidade Hospitalar relacionados a prevenção e controle da Broncoaspiração; produzirá materiais para letramento em saúde, a partir dos dados identificados, que poderão ser incorporadas no cotidiano do trabalho dos profissionais da unidade, facilitando-o e tornando-o mais seguro, efetivo e resolutivo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o (a) sr(a) pode interromper o preenchimento mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) sr(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão transformados em um código de identificação único. As informações coletadas na entrevista serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

Será garantido ao sr(a) o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Enfatizamos a importância do sr(a) guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas – Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP/ULBRA, (CAAE XXXXXX21.X.XXXX.XXXX).

Para perguntas sobre a pesquisa, entre em contato com a Equipe de pesquisadores do projeto: - *Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves* [(63)99278-2333- ives.marcelo@mail.uft.edu.br];

- *Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma* [(63)98100-8485 - quaresma@mail.uft.edu.br];

- *Matheus Morbeck Zica* [(63)99294-2000 - mmorbeckz@yahoo.com.br];

- CEP/CEULP/ULBRA através do e-mail etica@ceulp.edu.br ou do telefone (63) 3219-8076.

Ao clicar no botão abaixo para participar, você indica seu consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntário(a), do estudo "ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR DURANTE A PANDEMIA COVID-19"

Apêndice C - Arquivo suplementar - STROBE Statement: Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*.

	tem No	Recommendation	Page
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract.	22
		(b) In the abstract, provide an informative and balanced summary of what was done and what was found.	22
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported.	23
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses.	24
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper.	24
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection.	24
Participants	6	Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants.	25
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable.	25
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group.	25
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias.	26
Study size	10	Explain how the study size was arrived at.	26
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why.	26
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding.	26-27
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions.	27
		(c) Explain how missing data were addressed.	27
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy.	27
		(e) Describe any sensitivity analyses.	27
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study, e.g., numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analyzed.	28
		(b) Give reasons for non-participation at each stage.	28
		(c) Consider use of a flow diagram.	26

Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (e.g., demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders.	NA
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest.	22
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures.	22
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (e.g., 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included.	NA
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized.	
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period.	
Other analyses	17	Report other analyses done, e.g., analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses.	NA
Discussion			
Key results	18	Summarize key results with reference to study objectives.	29
Limitations	19	Discuss limitations of the study, considering sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias.	29
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence.	30
Generalizability	21	Discuss the generalizability (external validity) of the study results.	30
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based.	NA

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Apêndice D –TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS

Nós, Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves, Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma, Matheus Morbeck Zica, abaixo assinado, pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisas em Ensino em Saúde na Amazônia Legal - GEPESAL da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e Grupo de Estudos para Promoção e Educação em Saúde - GEPEPS do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) responsáveis envolvidos no projeto intitulado: “**ESTRATÉGIAS DE ENSINO**

PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO BRONCOPULMONAR DURANTE A PANDEMIA

COVID-19”, **COMPROMETEMO-NOS** com a utilização dos dados contidos no banco de registro e dados internos da Unidade Hospitalar – Como: Prontuários, catálogos de triagem, fichas de monitoramento, registros e assentamentos individuais, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/CONEP.

COMPROMETEMO-NOS a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos/prontuários/banco, bem como com a privacidade de seus conteúdos, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares.

Declaramos entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é nossa responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CEULP/ULBRA.


Palmas, 01 de julho 2021.

Esp. Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves
Fonaoaudiólogo do HRA

Prof. Me. Matheus Morbeck Zica –
Grupo de Estudos para Promoção e Educação em Saúde - GEPEPS (CEULP/ULBRA)

Prof. Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
e o Grupo de Estudos e Pesquisas em Ensino em Saúde na Amazônia Legal -
GEPESAL (UFT).

Apêndice E- Termo de autorização da instituição pesquisada

<p style="text-align: center;">  GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS </p> <p style="text-align: center;">SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</p>	ANEXO III Carta de Anuência
<p style="text-align: center;">Carta de Anuência</p> <p>Declaro conhecer o projeto de pesquisa. intitulado: Estratégias de Ensino para Prevenção de Aspiração Broncopulmonar, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a): Ives Marcelo Pinheiro Gonçalves, CPF: 826207173-53, a ser executado no (a): Hospital Regional de Araguaína setor: Clínica Médica</p> <p>Declaro apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: Estratégias de Ensino para Prevenção de Aspiração Broncopulmonar.</p> <p>Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº: 436./2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer penalização alguma.</p> <p>Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº: 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bemestar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.</p> <p>Local e Data:</p>	

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA PREVENÇÃO DE ASPIRAÇÃO **Pesquisador:** Matheus Morbeck Zica **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 52064921.2.0000.5516

Instituição Proponente: Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA **Patrocinador Principal:**

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.081.409

Apresentação do Projeto:

As informações para elaboração deste parecer foram extraídas do arquivo “PB_INFORMAÇÕESBASICAS” do dia 24/09/2021, fornecidos pela Plataforma Brasil assim como dos demais arquivos anexados.

RESUMO: “Introdução: Este estudo se propõe a identificar estratégias de prevenção para aspiração broncopulmonar em pacientes com diagnóstico clínico de disfagia orofaríngea e aplicar, como forma de educação permanente em saúde, capacitando profissionais e cuidadores, as melhores estratégias de prevenção de aspiração broncopulmonar. Objetivo: Conhecer estratégias de prevenção para aspiração broncopulmonar em pacientes com diagnóstico clínico de disfagia orofaríngea e aplicar, como forma de educação permanente em saúde, as melhores estratégias de prevenção de aspiração broncopulmonar. Metodologia: Este será um estudo prospectivo randomizado com indivíduos com qualquer patologia de base, internados na clínica médica do Hospital Regional de AraguaínaTO e com diagnóstico clínico de disfagia orofaríngea. Para realizar a avaliação funcional da deglutição será utilizado a ferramenta PARD. No intuito de mensurar os dados obtidos, será utilizada pós aplicação das estratégias preventivas, análise estatística com testes paramétricos e os resultados serão apresentados de forma descritiva. Esse trabalho será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Resultados: Esta pesquisa se propõe a ofertar como devolutiva treinamento e capacitação, sobre as melhores estratégias de prevenção de 76 aspirações broncopulmonar, a todos os profissionais envolvidos no atendimento direto com pacientes disfágicos e com riscos para broncoaspirações; bem como elaborar cartilhas e informes a pacientes, cuidadores e familiares sobre os cuidados necessários para oferta de alimento por via oral de forma segura e eficaz”

METODOLOGIA: “Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo de caráter descritivo observacional. A estimativa para início do estudo será de 01 de novembro de 2021 a 01 abril de 2022 na Clínica Médica do Hospital de Referência de

Araguaína (HRA). Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados por dois grupos de pesquisadores (GEPEPS e GEPESAL), mediante extensa hospitalares, relacionado à pandemia da Covid-19 e outros agravos que levam a broncospiração.”

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário: Contribuir para prevenir aspiração broncopulmonar através de estratégias de ensino em ambiente hospitalar.

Objetivo Secundário: Fase 1 -Analisar as características epidemiológicas dos pacientes antes, durante e após a pandemia COVID-19 no contexto de prevenção de aspiração broncopulmonar em ambiente hospitalar; -Investigar o conhecimento dos profissionais sobre prevenção de aspiração broncopulmonar em ambiente hospitalar; -Identificar os protocolos prevenção de aspiração broncopulmonar em ambiente hospitalar. Fase 2 -Elaborar e aplicar um programa de educação para prevenção de aspiração broncopulmonar em ambiente hospitalar; -Elaborar materiais para letramento de profissionais e usuários sobre prevenção de aspiração broncopulmonar.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco “Entrevistas: - Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário: Os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do TCLE. Será garantida a privacidade para responder o questionário: Participação será voluntária; A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento; Os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre o acesso com esclarecimento prévio sobre a pesquisa através do TCLE. - Quebra de sigilo/anonimato; As respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato; Os dados serão armazenar de forma apropriada os dados da pesquisa, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, modificações não -autorizadas, entre outros prejuízos; O convite para Continuação do Parecer: 5.081.409 participação na pesquisa será feito individualmente evitando-se assim a utilização de listas que permite a identificação dos convidados bem como a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros; Será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". - Estresse ou dano: Assistência psicológica se necessária que será direcionada a equipe qualificada (representadas pelos pesquisadores responsáveis) para encaminhamento/providências. - Cansaço ao responder às perguntas: Serão utilizados questionários com versão resumida e em caso de extensão das respostas, serão realizadas pausas na entrevista caso o participante apresente sinais de cansaço. - Limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação: Será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". - Risco de contaminação pelo Novo coronavírus (Covid-19) tanto por parte dos profissionais como por parte dos participantes: Os profissionais estarão devidamente paramentados (e vacinados quando possível) conforme orientações as medidas de prevenção recomendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde no enfrentamento da doença.”

Benefícios “Pretende-se propor as melhores estratégias de prevenção de broncoaspirações que servirão de base para aplicação em toda a rede de saúde, a fim de diminuir as sequelas oriundas das broncoaspirações, inclusive pneumonias aspirativa e o óbito. Com os resultados desta pesquisa tanto na atenção, gestão, vigilância e educação, permitirão aos gestores, tomadas de decisões orientadas por evidências para desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados à população disfágica. Assim os benefícios poderão beneficiar tanto os participantes (diretos) bem como toda comunidade (indiretos). Dessa forma, entende-se que além a contribuição científica a presente proposta apresenta um

caráter social e de reorganização dos serviços ofertados a fim de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas no setor da gestão e assistência..”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica, considerando que segundo o pesquisador a pesquisa “propõe a ofertar como devolutiva treinamento e capacitação, sobre as melhores estratégias de prevenção de aspirações broncopulmonar, a todos os profissionais envolvidos no atendimento direto com pacientes disfágicos e com riscos para broncoaspirações; bem como elaborar cartilhase informes a pacientes, cuidadores e familiares sobre os cuidados necessários para oferta de alimento por via oral de forma segura e eficaz.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

“Todos os documentos necessários foram apresentados conforme preconizados pelas normas vigentes”

Recomendações:

“Não se aplica”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos intitulados “carta_resposta_ao_CEP_modificado.pdf”
 “TCLE_profissional_V2_modificado.pdf”; “TCLE_paciente_V2_modificado.pdf”; “TCUBD_1_modificado.pdf”,
 “TCLE_online_profissional_V2_modificado.pdf”, “TCLE_online_paciente_V2_modificado.pdf”,
 “declaracao_pesquisadores_modificado.pdf”, “decaracao_co_participante_uft.pdf” e
 “declaracao_co_participante_SES.pdf” “submetidos em “26/10/2021”, identificamos que todas as pendências elencadas no parecer nº 5.045.860, de 19/10/2021 foram atendidas, estando o projeto aprovado para ser iniciado conforme cronograma proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destaca-se aqui apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Caso houverem modificações metodológicas, nos objetivos, mudança na equipe de pesquisa ou cronograma, estas devem ser informadas ao CEP via Plataforma Brasil através de emendas ou notificações conforme preconizado na Norma Operacional nº 001/2013, alínea H, do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1751901.pdf	26/10/2021 20:01:28		Aceito
Outros	TCUBD_1_modificado.pdf	26/10/2021 20:01:00	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Outros	TCLE_profissional_V2_modificado.pdf	26/10/2021 20:00:26	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_V2_modificado.pdf	26/10/2021 19:59:52	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Outros	TCLE_online_profissional_V2_modificado.pdf	26/10/2021 19:59:38	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Outros	TCLE_online_paciente_V2_modificado.pdf	26/10/2021 19:59:10	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_modificado.pdf	26/10/2021 19:58:14	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Outros	decaracao_co_participante_uft.pdf	26/10/2021 19:54:27	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_co_participante_SES.pdf	26/10/2021 19:53:50	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Outros	Carta_Resposta_ao_CEP_modificado.pdf	26/10/2021 19:50:17	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_V2_modificado.pdf	26/10/2021 19:49:01	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	24/09/2021 08:12:26	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito

Orçamento	Orcamento.pdf	17/09/2021 21:28:50	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/09/2021 21:28:35	Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma	Aceito

Situação do Parecer:**Aprovado****Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PALMAS, 05 de Novembro de 2021

Assinado por:
Luís Fernando Castagnino Sesti
(Coordenador(a))