

## **Cobertura fonoaudiológica a infectados pelo SARS-CoV2 com risco para disfagia orofaríngea em Hospital Público Universitário**

Telma Kioko Takeshita Monaretti. Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Fonoaudióloga Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Adriana Pereira Defina-Iqueda. Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Fonoaudióloga Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Fernanda Ostroschi Narita. Fonoaudióloga Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Marina Ferrão. Mestranda pelo Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Fonoaudióloga Assistente da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Patricia Helena de Souza Medeiros. Fonoaudióloga Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Liciane Pinelli Valarelli- Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Fonoaudióloga Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Francine Dias Koritiaki Rodrigues. Fonoaudióloga Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Luciana Vitaliano Voi Trawitzki. Fonoaudióloga. Professora Doutora do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Lílian Neto Aguiar Ricz. Fonoaudióloga. Professora Doutora do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

## RESUMO

Desde que a Organização Mundial de Saúde declarou pandemia pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19, houve uma rápida disseminação da doença que exigiu novas abordagens das práticas de saúde. A dependência de suporte respiratório, incluindo intubação endotraqueal e ventilação mecânica, pode aumentar o risco de disfagia, broncoaspiração e pneumonia. A literatura ainda carece de dados sobre a incidência e os riscos de disfagia associados à COVID-19. **Objetivo:** Descrever uma proposta de cobertura fonoaudiológica oferecida aos pacientes infectados pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19 com risco para disfagia orofaríngea assistidos em um Hospital Público Universitário. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo que apresenta o processo de elaboração de um plano de trabalho capaz de nortear e responder à demanda fonoaudiológica de deglutição apresentada pelos pacientes que foram infectados pelo coronavírus (SARS-CoV2). **Resultados:** Foram construídas ferramentas como fluxogramas específicos para atuação fonoaudiológica em disfagia nos cenários de Unidade de Terapia Intensiva (pós-extubação) e de Enfermaria (negativados ou em isolamento respiratório) com a finalidade de se estabelecer um fluxo de atendimento especializado para COVID-19, adequação dos recursos assistenciais e instrumentos técnicos, garantindo ao usuário atendimento de qualidade baseado nos princípios norteadores do SUS. **Considerações finais:** O novo contexto de pandemia pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19 com desenvolvimento e desfechos ainda incertos, especialmente no âmbito fonoaudiológico, suscitou em novas abordagens e necessidades para a área da Disfagia - HCFMRP-USP. A inserção da Fonoaudiologia no cuidado ao paciente infectado pelo coronavírus possibilita a ampliação da área de atuação e de conhecimento, o que por conseguinte exige a elaboração de estratégias de ação que visem maximizar a segurança e o bem-estar do paciente e do profissional fonoaudiólogo. Considerando-se ainda as incertezas do quadro clínico da COVID-19, mas com base na literatura científica e recomendações vigentes dos órgãos competentes da área, foi possível alcançar o plano de cobertura fonoaudiológica proposto neste trabalho, a partir do qual espera-se contribuir com outros serviços.

**Palavras-chave:** Deglutição, Disfagia, Reabilitação, Covid-19, SARS-CoV2.

## INTRODUÇÃO

### *Coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19 e disfagia orofaríngea*

O sistema de saúde mundial foi inundado por um aumento repentino de casos suspeitos e confirmados da nova doença de coronavírus (COVID-19) desde que a Organização Mundial da Saúde declarou a pandemia em 11 de março de 2020<sup>1</sup>. A doença de coronavírus (COVID-19), a infecção causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), foi relatada pela primeira vez em 31 de dezembro de 2019. Em função dos estudos estarem se desenvolvendo há pouco tempo, o entendimento sobre essa doença ainda se mostra incompleto, particularmente a respeito de suas sequelas e resultados a longo prazo. O conhecimento sobre a COVID-19, incluindo sua apresentação e tratamento, está se modificando de forma acelerada e as diretrizes estão sendo criadas e atualizadas na mesma velocidade<sup>2</sup>.

A progressão da doença está frequentemente associada ao desenvolvimento da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, o que pode exigir alguma forma de suporte, como a

intubação endotraqueal e ventilação mecânica, cujas condições aumentam o risco de disfagia, aspiração e pneumonia. Sabe-se que a disfagia pode persistir por muito tempo além da alta hospitalar, caso não seja realizada a intervenção fonoaudiológica adequada<sup>3</sup>. Somado a isso, há outras implicações, podendo estar associadas à retomada tardia da ingestão oral, desnutrição, diminuição da qualidade de vida, tempo prolongado de internação hospitalar, aumento da morbidade e mortalidade, além de elevar os gastos do sistema público de saúde<sup>4</sup>.

Assim, seis mecanismos-chave potenciais para o desenvolvimento dos distúrbios da deglutição adquiridos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), incluindo a disfagia pós-extubação, foram sugeridos por Macht *et al.*<sup>5</sup>: (1) trauma direto causado por tubos endotraqueais e de traqueostomia, (2) neuromiopia resultando em fraqueza muscular, (3) função sensorial laríngea diminuída, (4) prejuízo sensorial, refletindo um problema localizado mais centralmente, (5) refluxo gastroesofágico e (6) incoordenação respiração e deglutição. Os dados sobre a incidência e os riscos de disfagia associados à COVID-19 ainda não estão disponíveis na literatura<sup>6</sup>. No entanto, reconhece-se que a população adulta é a mais atingida quanto às complicações e gravidade da doença causada pelo coronavírus, e que crianças infectadas apresentam manifestações clínicas leves e geralmente têm um bom prognóstico<sup>7,8</sup>.

Assim, a identificação precoce da disfagia se faz necessária a fim de proporcionar segurança na ingestão por via oral ao paciente e, dessa forma, minimizar os riscos de complicações futuras, inerentes à broncoaspiração<sup>9</sup>. Um inventário detalhado dos sintomas, exame das estruturas estomatognáticas, avaliação clínica da deglutição, exames instrumentais, intervenção terapêutica da deglutição e monitoramento do progresso são considerados essenciais para esses pacientes durante a pandemia da COVID-19<sup>1</sup>.

Até o momento, não há dados disponíveis sobre disfagia pós-extubação em pacientes com COVID-19, considerando-se os métodos mais apropriados de avaliação fonoaudiológica para essa população, assim como os seus achados a curto e em longo prazo, propostas terapêuticas e acompanhamento em enfermaria e pós-alta, os quais precisam ainda ser melhor explorados pela literatura científica. As modalidades de tratamento da disfagia têm sido relativamente pouco investigadas, principalmente naqueles pacientes que se recuperam de insuficiência respiratória aguda. Os esforços futuros de pesquisa devem avaliar a precisão diagnóstica dos atuais testes dirigidos por fonoaudiólogos para disfagia pós-extubação<sup>10</sup>, incluindo-se o contexto da COVID-19.

## OBJETIVO

Descrever uma proposta de cobertura fonoaudiológica oferecida aos pacientes infectados pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19 com risco para disfagia orofaríngea assistidos em um Hospital Público Universitário, na população adulta e pediátrica.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo e qualitativo que apresenta o processo de elaboração de uma proposta de cobertura fonoaudiológica oferecida aos pacientes infectados pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19 com risco para disfagia orofaríngea no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no campus. A gestão do Hospital criou estratégias de planejamentos e ações considerando a atual pandemia, o que mobilizou as coordenadoras docentes da área de disfagia adulto e

infantil (*key doctors*), desta instituição, a discutir propostas de atuação fonoaudiológica com suas equipes, compostas por fonoaudiólogos assistentes, residentes da Fonoaudiologia em Atenção ao Câncer e pós-graduando com experiência na área.

O desenvolvimento desse plano de ação foi também um produto advindo da necessidade de resposta aos pedidos de interconsulta médica para avaliação clínica da deglutição nos casos de pacientes pós-extubação e/ou de enfermaria, negativados ou em isolamento respiratório. Desse modo, segue a descrição da cobertura fonoaudiológica proposta:

**Metas:** Estabelecer um fluxo de atendimento especializado para COVID-19, com recursos assistenciais e instrumentos técnicos adequados, garantindo ao usuário um atendimento de qualidade baseado nos princípios norteadores do SUS.

**Sumário da ação:** Serão beneficiados do atendimento fonoaudiológico pacientes com dificuldades para se alimentar por via oral, com riscos de disfagia e de aspiração laringotraqueal. Serão realizados procedimentos clínicos de *screening*, por meio da aplicação do *Eating Assessment Tool* (EAT-10) pelo profissional fonoaudiólogo, avaliação, diagnóstico, discussões de casos com as equipes, orientações, intervenções e gerenciamento da deglutição enquanto estiver internado, caso receba alta médica e o paciente permaneça com disfagia orofaríngea, ele será encaminhado para a reabilitação e gerenciamento da deglutição no âmbito ambulatorial. A intervenção nos pacientes traqueostomizados (aspiração endotraqueal, desinsuflação do *cuff*, adaptação de dispositivos como válvulas unidirecionais de fala e deglutição e treino de via oral), quando necessária, deverá ser realizada apenas se o exame para COVID-19 estiver negativado. A participação do fonoaudiólogo nos exames da deglutição, videofluoroscopia e avaliação endoscópica da deglutição (FEES) deverá ser discutida e analisada com relação à real necessidade junto à equipe médica.

**Equipamentos de Proteção individual utilizados:** Óculos, protetor facial, máscara cirúrgica, máscara N95/PFF2, avental, gorro, luvas de procedimento e estéril, quando necessária a aspiração traqueal dos pacientes traqueostomizados.

**Recursos assistenciais COVID-19:** Cinco fonoaudiólogos assistentes e sete residentes do programa de Atenção ao Câncer do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto – USP.

**Instrumentos aplicados:** O *Eating Assessment Tool* (EAT-10)<sup>11</sup> é uma ferramenta validada de triagem do risco de disfagia. É um instrumento prático, para uso rotineiro no cuidado ao paciente com risco de disfagia. É um questionário subjetivo e específico especialmente desenvolvido para avaliar os sintomas da disfagia. É composto por 10 itens selecionados a partir de inúmeras correlações de testes e retestes. Por meio desse instrumento é possível triar os pacientes que necessitam de uma avaliação fonoaudiológica detalhada.

A Escala de Resultado e Severidade da Disfagia (*Dysphagia Outcome and Severity Scale-DOSS*)<sup>12</sup> tem o propósito de classificar sistematicamente a gravidade funcional da disfagia com base na avaliação objetiva e realizar recomendações para o nível de dieta, nível de independência e tipo de nutrição. Trata-se de uma escala de sete níveis, simples e de fácil aplicação, sendo dividida em nutrição oral total – dieta normal (Níveis 7 ou 6), nutrição oral total – dieta modificada e/ou independente (Níveis 5, 4 ou 3) e necessidade de nutrição alternativa (Níveis 2 ou 1), sendo o nível 7 caracterizado como normal em todas as situações e o nível 1 como disfagia severa (Quadro 2).

| Escala de Resultado e Severidade da Disfagia (O'Neil et al., 1999) |   |     |
|--|---|-----|
| <b>Nutrição via oral total: dieta normal</b>                       |   |     |
| <b>Nível 7</b>   | - Normal em todas as situações.<br>- Dieta normal;<br>- Sem necessidade de estratégias ou tempo extra.  | ( ) |
| <b>Nível 6</b>   | - Dentro dos limites funcionais/ independência modificada.<br>- Dieta normal/ deglutição funcional;<br>- Pode ter fase oral suave, faríngea atrasada, retenção ou sinais epiglóticos seguidos de tosse compensatória independente e espontânea;<br>- Tempo de alimentação maior;<br>- Ausência de penetração/ aspiração para as consistências.  | ( ) |
| <b>Nutrição via oral total: dieta modificada e/ou independente</b> |   |     |
| <b>Nível 5</b>   | - Disfagia leve – supervisão distante, talvez precise da restrição de uma consistência.<br><b>Pode apresentar 1 ou + dos itens a seguir:</b><br>- Aspiração apenas para uma consistência, mas com reflexo de tosse para limpeza;<br>- Retenção nas vias aéreas para uma ou mais consistências com limpeza espontânea;<br>- Retenção em faríngea com limpeza espontânea;<br>- Disfagia oral leve com redução mastigatória e/ou retenção com limpeza espontânea.  | ( ) |
| <b>Nível 4</b>   | - Disfagia leve/moderada – supervisão intermitente com restrição de uma ou duas consistências.<br><b>Pode apresentar 1 ou + dos itens a seguir:</b><br>- Retenção faríngea com limpeza utilizando instrumento;<br>- Retenção em cavidade oral utilizando instrumento para limpeza;<br>- Aspiração para uma consistência, com pouco ou ausência de reflexo de tosse;<br>- Penetração no nível de pregas vocais (PPVV) com tosse para duas consistências;<br>- Penetração no nível de PPVV com ausência de tosse para uma consistência.   | ( ) |
| <b>Nível 3</b>   | - Disfagia moderada – Assistência total, supervisão, ou estratégias, com restrição para duas ou mais consistências.<br><b>Pode apresentar 1 ou + dos itens a seguir:</b><br>- Retenção moderada em faríngea com utilização de instrumento para limpeza;<br>- Retenção moderada em cavidade oral com utilização de instrumento para limpeza;<br>- Penetração no nível de PPVV com ausência de tosse para duas ou mais consistências;<br>- Aspiração para duas consistências, com pouco ou ausência de reflexo de tosse;<br>- Aspiração para uma consistência, com ausência de tosse e penetração para uma. | ( ) |
| <b>Necessidade de nutrição alternativa</b>                         |   |     |
| <b>Nível 2</b>   | - Disfagia moderada – severa – Máxima assistência ou uso de estratégias com VO parcial (tolerado apenas uma consistência com uso de manobras)<br><b>Pode apresentar 1 ou + dos itens a seguir:</b><br>- Severa retenção faríngea, incapaz de limpeza;<br>- Severa retenção ou perda do bolo oral;<br>- Incapaz de limpeza;<br>- Aspiração com dois ou mais consistências, ausência de reflexo de tosse, pouca tosse voluntária;<br>- Aspiração para uma ou mais consistências com ausência de tosse.  | ( ) |
| <b>Nível 1</b>   | - Disfagia severa – sonda nasointestinal (SNE) incapaz de tolerar alimentação por via oral com segurança.<br><b>Pode apresentar 1 ou + dos itens abaixo:</b><br>- Severa retenção faríngea, incapaz de limpeza;<br>- Aspiração silente para dois ou mais consistências, tosse voluntária ineficiente;<br>- Deglutição ineficiente.  | ( ) |

**Quadro 1:** Escala de resultado e severidade da Disfagia

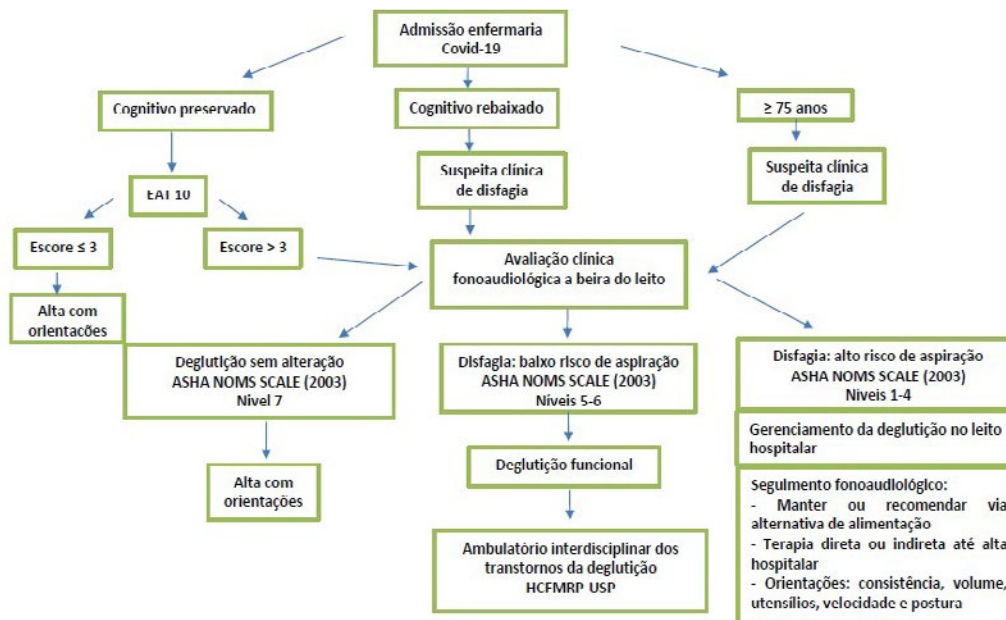
A *Functional Oral Intake Scale (FOIS)*<sup>13</sup> é uma escala ordinal confiável proposta para documentar mudanças na ingestão oral funcional em pacientes com acidente vascular cerebral, sendo composta por sete níveis: Nível 1- Nada por via oral, Nível 2- Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido, Nível 3- Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido, Nível 4- Via oral total de uma única consistência, Nível 5- Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações, Nível 6- Via oral total com múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares e Nível 7- Via oral total sem restrições.

**Coordenação da ação (key doctors):** Dois fonoaudiólogos docentes e coordenadores da área de Disfagia no HCFMRP-USP.

## RESULTADOS

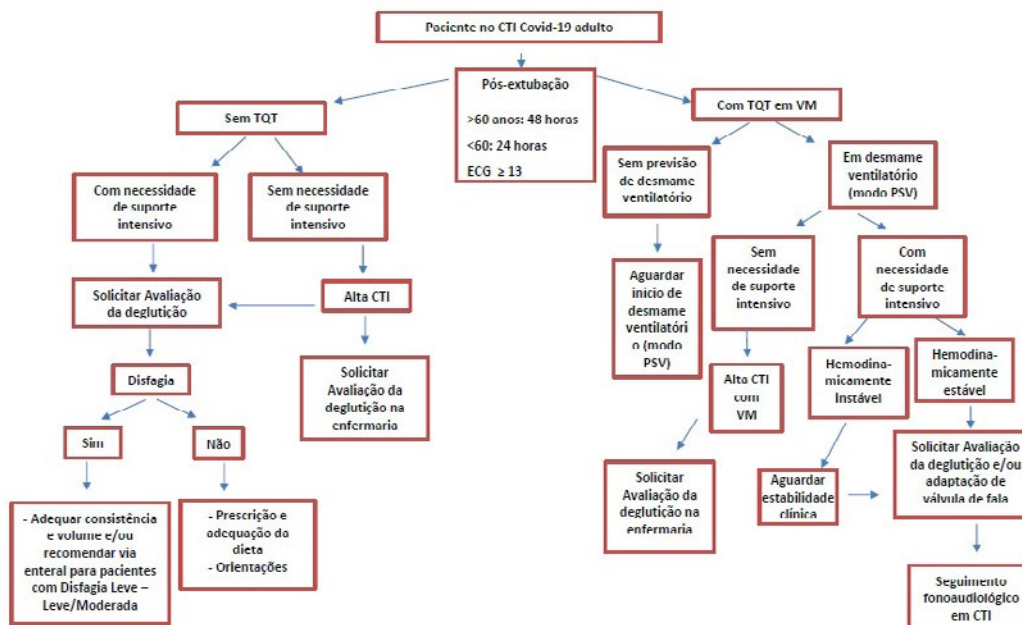
Os planos propostos de ação fonoaudiológica já se encontram em funcionamento para os casos de pacientes assistidos no HCFMRP-USP, infectados pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19 e com risco para disfagia orofaríngea, na população de adultos e idosos nos cenários de enfermarias e Centro de Terapia Intensiva (Figuras 1 e 2) e na população pediátrica (Figura 3). Diante do momento atual de pandemia e possíveis repercussões na função de deglutição de pacientes infectados pelo coronavírus (SARS-CoV2) – COVID-19, a proposta de cobertura fonoaudiológica desenvolvida para este Hospital não visou apenas as respostas de pedidos de interconsulta referente à avaliação clínica da deglutição, preocupou-se também com medidas

preventivas, como a criação de Protocolo de Prevenção do Risco de Broncoaspiração (Quadro 1) que poderá ser inserido como Protocolo Operacional Padrão da Fonoaudiologia – HCFMRP-USP.



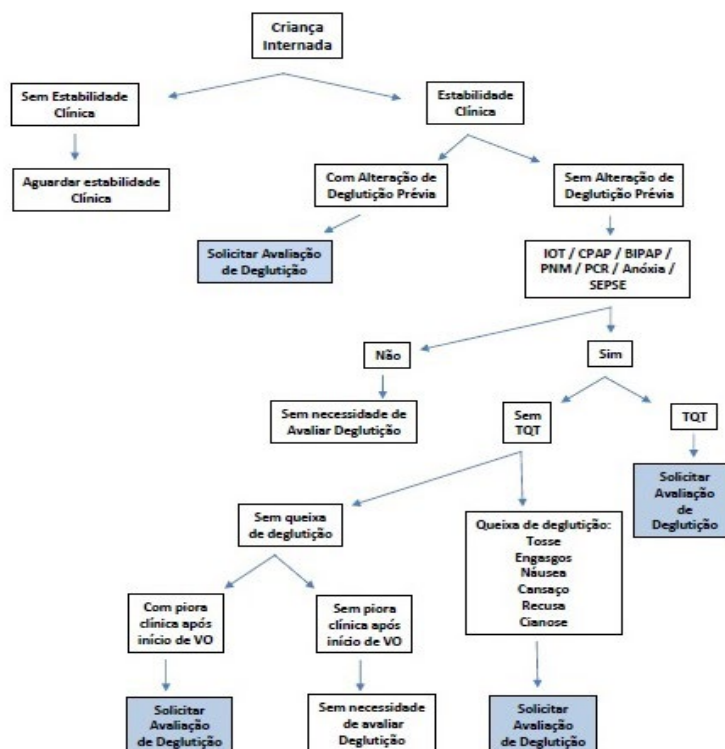
**Figura 1:** Cenário de Enfermaria: Fluxograma para rastreio do risco de disfagia em adultos e idosos infectados pelo Coronavírus (SARS-CoV-2)- COVID-19

Legenda: *Eating Assessment Tool* (EAT 10) aplicado pelo Fonoaudiólogo, *ASHA's National Outcomes Measurement System Scale* (ASHA NOMS SCALE), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)



**Figura 2:** Cenário de Unidade de Terapia Intensiva: Fluxograma para rastreio do risco de disfagia em adultos e idosos infectados pelo coronavírus (SARS-CoV-2) - COVID-19

Legenda: Centro de terapia intensiva (CTI), Escala de Coma de Glasgow (ECG), Pressão de Suporte Ventilatório (PSV), Traqueostomia (TQT), Ventilação Mecânica (VM)



**Figura 3:** Cenário de Enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: fluxograma para rastreio do risco de disfagia em crianças internadas por infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2)- COVID-19  
 Legenda: Intubação orotraqueal (IOT), *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), *Bi-level Positive Airway Pressure Airway* (BIPAP), Pneumonia (PNM), parada cardiorrespiratória (PCR), Traqueostomia (TQT) e via oral (VO)

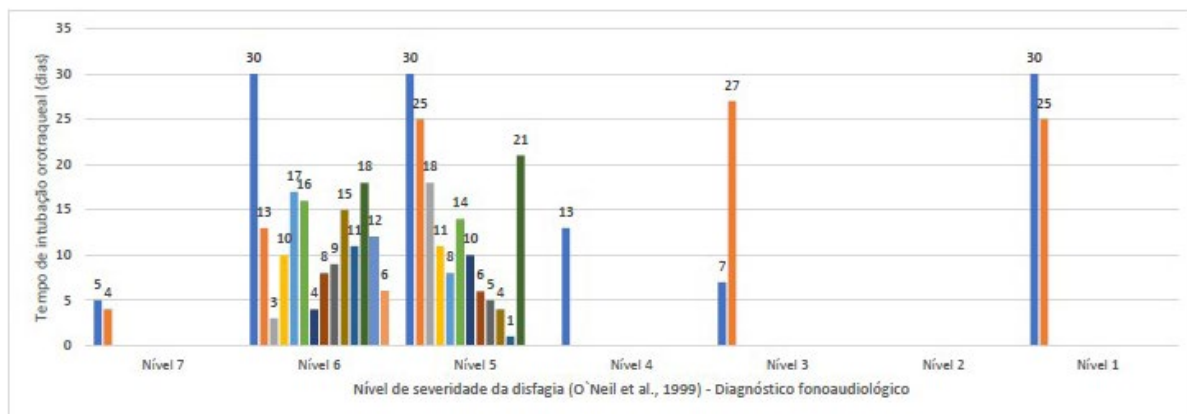
| PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DO RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| Medidas gerais   | Cuidados preventivos para broncoaspiração passageira  | Em utilização de sedação  | Ventilação não invasiva (VNI)                                       | Pacientes com risco de aspiração de saliva   |
| -Sonda nasoentérica preferencialmente no duodeno;<br>-Checar posicionamento da sonda nasoentérica antes de instalar a dieta (verificar a marcação da sonda para avaliar se houve tração);<br>-Cabeceira elevada (maior que 30°)<br>-Manter sonda nasogástrica sempre aberta e testar refluxo 2 vezes ao dia (utilizar seringa de 20ml) e sempre lavar com 10ml;<br>-Qualquer intercorrência, avisar a equipe médica. | -Nos transportes de pacientes em maca e nas transferências de leito para maca e vice-versa;<br>-Se paciente em utilização de sonda nasogástrica, aspirar a sonda antes do transporte;<br>-Manter sempre decúbito elevado durante o transporte de pacientes. | -Após exames com sedação (de curta duração), deve-se manter decúbito elevado após a sedação (mínimo de 1 hora). | -Pacientes em uso de VNI deve se manter sempre em decúbito elevado. | -O risco pode ser identificado pelo enfermeiro ou pelo médico;<br>-O médico deve realizar a solicitação formalmente. |

**Quadro 2:** Indicadores de prevenção do risco de broncoaspiração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo

Para a descrição dos resultados dos pedidos de interconsulta (PIs) realizados à Fonoaudiologia (adulto e idoso) no campus, desde o início da pandemia, solicitou-se o apoio do Centro de Informação e Análises – HCFMRP-USP para obtenção da quantidade de pedidos

efetuados e caracterização da população assistida, considerando-se o período de 01 de março a 11 de agosto de 2020. Com base nesse levantamento, constataram-se 142 pedidos de interconsultas para a Fonoaudiologia, destes, 41 foram duplicados, ou seja, foram feitos mais de um pedido para o mesmo paciente em dias distintos. Excluindo-se as duplicidades, totalizaram-se 101 pedidos de interconsulta para pacientes, entre os quais 61 eram do sexo masculino e 40 do feminino, com média de idade de 59,1 anos (máximo-mínimo: 19-88 anos). Dos 101 casos encaminhados, 67 pacientes puderam ser avaliados, observando-se que 47,8% apresentaram deglutição funcional- Nível 6<sup>12</sup>, e 32,9% receberam a liberação da dieta por via oral, porém com restrições alimentares, conforme preconizado na escala *Functional Oral Intake Scale* (FOIS).<sup>13</sup> O número de retornos fonoaudiológicos necessários aos casos atendidos variou de acordo com a complexidade da alteração, sendo que, no máximo, foram promovidos sete atendimentos para o mesmo paciente.

A respeito do suporte respiratório de todos os pedidos de interconsultas realizados, 56,4% deles foram intubados, permanecendo nessa condição por 8,2 dias em média e máximo de 84 dias. Dos 67 pacientes efetivamente atendidos pela equipe de disfagia, observou-se que a maioria dos pacientes que necessitaram de intubação orotraqueal (IOT) pertencia ao nível 6<sup>12</sup> de severidade da disfagia, ou seja, deglutição funcional (Figura 4). Na Tabela 1, a quantidade de casos que necessitaram ou não da IOT é apresentada, conforme nível de severidade da disfagia.<sup>12</sup>



**Figura 4:** Tempo de intubação orotraqueal, em dias, e nível de severidade da disfagia (O'Neil et tal., 1999) dos 67 casos que apresentam o diagnóstico fonoaudiológico em levantamento realizado pela CIA-HCRP

Em relação aos casos pediátricos no campus, do total de casos (11) suspeitos, 6 eram do sexo masculino e 5 do feminino, com média de idade de 2,5 anos (máximo-mínimo: 3 meses a 14 anos). Considerando-se os 11 casos encaminhados à avaliação clínica da deglutição, confirmou-se o diagnóstico de SARS-CoV2 (coronavírus positivo) em apenas 2 casos, um do sexo masculino (1 ano) e outro feminino (4 anos), ambos sem descrição de intubação orotraqueal, com retornos fonoaudiológicos pré-agendados.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disfagia é definida como a incapacidade em transferir efetivamente alimentos ou líquidos da boca para o estômago<sup>5</sup>. É uma condição clínica que deve ser abordada interdisciplinarmente por médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e enfermeiros, pois cada um contribui de forma interdependente na assistência ao paciente disfágico. Embora a disfagia não seja uma doença, e sim um sintoma de uma doença ou a consequência de uma intervenção cirúrgica, ela pode levar a graves complicações, como desidratação, desnutrição, aspiração de alimentos e, até mesmo, à morte<sup>14,15</sup>. Até o momento, não existem estudos que abordem a acurácia diagnóstica da triagem da deglutição em pacientes com COVID-19<sup>16</sup>, assim como não há dados disponíveis sobre disfagia pós-extubação nesse contexto<sup>6</sup>. Os tubos endotraqueais podem causar alterações na anatomia e fisiologia da faringe e da laringe e ocasionar trauma direto na laringe, impactando na fisiologia da deglutição<sup>17</sup>. Algumas pesquisas descrevem a associação entre disfagia e aspiração broncopulmonar com a duração da intubação orotraqueal<sup>15,18</sup>. Estudos anteriores apontam que pacientes críticos, que também apresentam diagnóstico de disfagia, têm 73,9% de probabilidade de permanecerem hospitalizados por mais de sete dias<sup>19</sup>. Em pacientes com COVID-19, o risco de disfagia deve ser avaliado durante o enfrentamento de medidas epidêmicas, até pela condição da aspiração laringotraqueal silente da saliva. O número de pedidos de interconsulta direcionados à Fonoaudiologia para avaliar a condição de higiene oral e o risco de disfagia orofaríngea foi para a maioria dos pacientes com IOT. Desta forma, infere-se que a equipe médica do HCFMRP-USP tem conhecimento de que a avaliação fonoaudiológica pode evitar graves complicações do tipo aspiração de alimentos e da própria saliva infectada. É sabido que a disfagia tem um impacto significativo no tempo de permanência hospitalar, sendo este dado um indicador de mal prognóstico<sup>20</sup>. Além disso, a idade (>55 anos) e a presença de disfagia pós-extubação aumentam o índice de mortalidade durante a internação<sup>18,19</sup>. O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, entretanto, o conhecimento da condição crítica do paciente em CTI e seu provável impacto na fisiologia da deglutição demonstram ser o fator disparador para o encaminhamento fonoaudiológico. Tal fato pode ser reforçado pelos inúmeros pedidos de interconsulta duplicados ao mesmo paciente somados, ainda, à urgência do caso, redução no tempo de internação e tempo de latência para resposta aos pedidos de interconsulta que pode ser justificado, por exemplo, pelo número reduzido de pessoal da área da disfagia orofaríngea em adultos deste Hospital. Há uma necessidade iminente de fornecer reabilitação adequada e eficaz para o grande número de pacientes em recuperação da COVID-19, considerando-se que as decisões sobre o cuidado devem ser feitas com base nas evidências atuais e no julgamento profissional.

Sabe-se que a reabilitação dos sobreviventes de COVID-19 será complexa e os pacientes assistidos serão altamente variáveis<sup>16</sup>. Além da avaliação da deglutição e da condição de higiene oral, faz-se necessária a adoção de instrumentos válidos capazes de produzir dados confiáveis sobre a avaliação e diagnóstico, como é o caso do EAT-10<sup>11</sup>, *Dysphagia Outcome and Severity Scale*- DOSS<sup>12</sup> e *Functional Oral Intake Scale* (FOIS)<sup>13</sup> empregados no plano de cobertura fonoaudiológica.

Em casos de história prévia de doença neurológica, cirurgia de cabeça e pescoço ou ventilação mecânica prolongada, a avaliação da deglutição pelo fonoaudiólogo já deve ser considerada. Apesar dessa relevância, as discrepâncias metodológicas, diferentes métodos de diagnóstico e intervalos de avaliação inconsistentes após a extubação têm contribuído com a variação da incidência de disfagia<sup>6</sup>, o que pode justificar os achados deste estudo, quando a maioria dos pacientes extubados apresentou deglutição funcional.

Em conclusão, o novo contexto de pandemia pelo coronavírus (SARS-cov-2) – COVID-19 com desenvolvimento e desfechos ainda incertos, especialmente no âmbito fonoaudiológico, suscitou novas abordagens e necessidades para a área da Disfagia- HCFMRP-USP. A inserção da Fonoaudiologia no cuidado ao paciente infectado pelo coronavírus reforça a sua importância nesse contexto<sup>6,16</sup>, e possibilita a ampliação da área de atuação e de conhecimento, o que, por conseguinte, exige a elaboração de estratégias de ação que visem maximizar a segurança e o bem-estar do paciente e do profissional fonoaudiólogo. Considerando-se ainda as incertezas do quadro clínico da COVID-19, mas com base na literatura científica e recomendações vigentes dos órgãos competentes da área, está sendo possível a aplicabilidade do plano de cobertura fonoaudiológica proposto neste trabalho, a partir do qual espera-se contribuir com outros serviços.

## REFERÊNCIAS

1. Ku, PKM; Holsinger, FC; Chan, JYK; Yeung, ZWC; Chan, BYT, Tong, MCF; Starmer, HM. Management of dysphagia in the patient with head and neck cancer during COVID-19 pandemic: Practical strategy. *Head Neck*. 2020 Apr 29.
2. Fritz, MA; Howell, RJ; Brodsky, MB; Suiter, DM; Dhar, SI; Rameau, A; Richard, T; Skelley, M; Ashford, JR; O'Rourke, AK; Kuhn, MA. Moving Forward with Dysphagia Care: Implementing Strategies during the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Dysphagia*. 2020 Jun 9 : 1–9.
3. Wu, CP; Xu, YJ; Wang, TG; Ku, SC; Chan, DC; Lee, JJ; Wei, YC; Hsiao, TY; Chen, CCH. Effects of a swallowing and oral care intervention for patients following endotracheal extubation: a pre- and post-intervention study. *Crit Care*. 2019; 23: 350.
4. Zuercher, P; Moret, CS; Dziewas, R; Schefold, JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care*. 2019 Mar 28;23(1):103.
5. Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. ICU-acquired swallowing disorders. *Crit Care Med*. 2013;41(10):2396–405.
6. Frajkova, Z; Tedla, M; Tedlova, E; Suchankova, M; Geneid, A. Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia*. 2020 May 28 : 1–9.
7. Castagnoli R, Votto M, Licari A, Brambilla I, Bruno R, Perlini S, Rovida F, Baldanti F, Marseglia GL. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2020 Apr 22. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1467. Epub ahead of print. PMID: 32320004.

8. Cao Q, Chen YC, Chen CL, Chiu CH. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *J Formos Med Assoc.* 2020 Mar;119(3):670-673.
9. Oliveira, AC; Friche, AA; Salomão, MS; Bougo, GC; Vicente, LC. Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018;84:722-8.
10. Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A, et al. Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a national survey. *J Crit Care.* 2012;27:578–586.
11. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Leonard RJ, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008;117(2):919-24.
12. O`Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia* 1999;14(3):139-45.
13. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(8):1516-20.
14. Medeiros GC, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CR. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. *Clinics (São Paulo).*2014;69(1):8-14.
15. Barquist E, Brown M, Cohn S, Lundy D, Jackowski J. Postextubation fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing after prolonged endotracheal intubation: a randomized prospective trial. *Crit Care Med.* 2001;29(9):1710-3.
16. Miles, A; Connor, NP; Desai, RV; Jadcherla, S; Allen, J; Brodsky, M; Garand, KL; Malandraki, GA; McCulloch, TM; Moss, M; Murray, J; Pulia, M; Riquelme, LF; Langmore, SE. Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. *Dysphagia.* 2020;11: 1–13.
17. Barker J, Martino R, Reichardt B, Hickey EJ, Ralph-Edwards A. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery. *Can J Sug.* 2009;52(2):119-24.
18. Macht M, King CJ, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, et al. Post-extubation dysphagia in associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Crit Care.*2013;17(3):R119.
19. Medeiros GC, Sassi FC, Zambom LS, Andrade CR. Correlation between the severity of critically ill patients and clinical predictors of bronchial aspiration. *J Bras Pneumol.* 2016;42(2):114-120.

20. Bordon A, Bokhari R, Sperry J, Testa D 4th, Feinstein A, Ghaemmaghmi V. Swallowing dysfunction after prolonged intubation: analysis of risk factors in trauma patients. *Am J Surg.* 2011;202(6):679-82.