

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR SANT'ANA
AMANDA CARVALHO FERREIRA
CRISTIANE GORTE STARCKE**

**RELATÓRIO SOBRE O ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FONOAUDIOLOGIA
HOSPITALAR REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS
CAMPOS GERAIS.**

**PONTA GROSSA
2016**

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR SANT'ANA
AMANDA CARVALHO FERREIRA
CRISTIANE GORTE STARCKE**

**RELATÓRIO SOBRE O ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FONOaudiologia
HOSPITALAR REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS
CAMPOS GERAIS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau de
bacharela em Fonoaudiologia.

Prof^a Me. Francine Marson Costa

**PONTA GROSSA
2016**

AMANDA CARVALHO FERREIRA e CRISTIANE GORTE STARCKE

**Relatório sobre o estágio supervisionado em fonoaudiologia hospitalar
realizado no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais**

Trabalho de Conclusão de Bacharelado em Fonoaudiologia da Instituição de Ensino Superior Sant'Ana apresentado como requisito final para a obtenção do Grau de Bacharel em Fonoaudiologia. Aprovado no dia 28 de novembro de 2016 pela banca composta por Francine Marson Costa(Orientador), Bárbara Mafra e Lucio Mauro Braga Machado


IR. SUSANA LÚCIA RHODEN
Coordenadora do Núcleo de TCC

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1: Tradução do esquema do protocolo VVST | 14 |
| FIGURA 2: Esquema de funcionamento do atendimento beira leito de pacientes adultos..... | 15 |
| FIGURA 3: Esquema de funcionamento do atendimento na UTI adulto | 16 |
| FIGURA 4: Esquema de funcionamento do atendimento na UTI neonatal | 17 |
| FIGURA 5: Esquema de funcionamento do atendimento no ambulatório de disfagia | 18 |
| FIGURA 6: Esquema de funcionamento do atendimento no ambulatório de fonoaudiologia neonatal | 19 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 EMBASAMENTO TEÓRICO..... | 6 |
| 2.1 AtuaçãoFonoaudiológica nos Leitos Adultos | 7 |
| 2.2 Atuação Fonoaudiológica na UTI Adulto | 8 |
| 2.3 AtuaçãoFonoaudiológica na UTI Neonatal..... | 9 |
| 3 RESULTADOS..... | 13 |
| 3.1 Acompanhamento de avaliação clínica a beira do leito..... | 13 |
| 3.2 UTI adulto..... | 15 |
| 3.3 UTI neonatal..... | 16 |
| 3.4 Ambulatório de disfagia..... | 17 |
| 3.5 Ambulatório de fonoaudiologia neonatal..... | 18 |
| 3.6 Ambulatório | 20 |
| 4 CONCLUSÃO | 21 |
| REFERÊNCIAS..... | 22 |
| APÊNDICE A | 24 |
| ANEXO A | 29 |

1 INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia Hospitalar é a área da Fonoaudiologia que trabalha com o paciente ainda no leito hospitalar de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica. O principal objetivo dessa intervenção é dar suporte técnico e prático à equipe multiprofissional de forma a evitar ou reduzir as sequelas nas áreas de comunicação e deglutição (LUZ, 1999). A atuação envolve uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, equipe essa que favorece ao fonoaudiólogo destacar a importância de seu trabalho a outros profissionais da saúde, e como este trabalho pode ser realizado de forma conjunta (LOVISE, 2003).

Essa atuação tem por finalidade realizar uma avaliação precoce a fim prevenir complicações clínicas e reabilitar pacientes com danos neurológicos na voz, fala e/ou deglutição.

No hospital, o fonoaudiólogo trabalha juntamente com uma equipe multidisciplinar desde a assistência aos recém nascidos até os idosos e se insere em vários setores, sendo eles: enfermarias pediátricas e adultas, ambulatórios, UTI neonatal e UTI adulto.

A avaliação fonoaudiológica à beira do leito nas enfermarias é realizada sob solicitação médica e os resultados obtidos vão indicar quais os procedimentos a serem realizados, orientação ou programa terapêutico.

A avaliação clínica da deglutição pode ser realizada tomando por base diversos protocolos já criados e validados pela literatura buscando identificar os possíveis riscos de disfagia em cada grupo de pacientes avaliados.

Após a avaliação fonoaudiológica, o profissional tem como função seguir uma boa orientação ao paciente, familiares e equipe multiprofissional para que ajam de maneira integrada garantindo a efetividade das condutas e do atendimento do paciente internado. Esse acompanhamento é fundamental para garantir a manutenção da conduta do fonoaudiólogo, diminuindo os riscos, tempo de internação, melhorando assim a qualidade de vida desse paciente (LOVISE, 2003).

Caso haja necessidade de acompanhar ou realizar terapia fonoaudiológica durante o período de internação, a frequência e a duração dos atendimentos variam de acordo com os dados levantados na avaliação e o acompanhamento é realizado diariamente até o momento da alta. (PITTIONI, 2001).

A opção por esse tema para desenvolvermos nosso Trabalho de Conclusão de Curso, surgiu no estágio obrigatório de Fonoaudiologia Hospitalar, a partir do qual tivemos um grande interesse na prática fonoaudiológica nesse ambiente. Durante o estágio pudemos vivenciar a atuação do fonoaudiólogo nos setores do leito, UTI neonatal, UTI adulto, Ambulatório de Disfagia e de Fonoaudiologia Neonatal.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

A principal atuação da Fonoaudiologia nos hospitais acontece devido aos quadros de distúrbios de deglutição, que necessitam de intervenção mais imediata muitas vezes já na UTI. Em função dos riscos de broncoaspiração, infecção respiratória, complicações pulmonares, desnutrição, desidratação e prolongamento do tempo de internação faz-se necessário uma maior precisão diagnóstica e um tratamento precoce do quadro disfágico (RODRIGUES e FURKIM, 2008; PETERSON et. al., 2010 apud MARIA, 2016).

No atendimento do paciente internado, a avaliação do fonoaudiólogo é fundamental para a manutenção da vida do paciente, prevenindo possíveis complicações, proporcionando ajustes para possíveis alterações de comunicação e deglutição (BARCELLOS et al., 2009) apud (BARROS et al, 2000).

Além disso, é fundamental trabalhar em prol de uma boa integração da equipe multidisciplinar, com adequada adesão aos protocolos propostos, comprometimento e adequação dos recursos com medidas que propiciem benefícios para o paciente, possibilitando um desfecho adequado satisfatório para todos, a equipe multidisciplinar, os pacientes e seus familiares (MAZZA, 2014).

A avaliação da deglutição do paciente hospitalizado pode requerer além de uma avaliação clínica realizada a beira do leito guiada por protocolos padronizados, a realização de exames complementares com objetivo de compreender melhor as alterações apresentadas no exame clínico. Atualmente, dois são os exames objetivos de deglutição mais realizados: a avaliação endoscópica (FEES®) da deglutição e a videofluoroscopia da deglutição.

Avaliação Endoscópica da deglutição (FEES®) é um exame que pode ser realizado na beira do leito do indivíduo pelo otorrinolaringologista, acompanhado pelo fonoaudiólogo e tem a missão de avaliar, primeiramente, por meio da nasolaringofibroscopia, estruturas anatômicas, lesões estruturais, assimetrias, alterações orgânicas, processos inflamatórios ou infecciosos. Na avaliação da motricidade, observa-se paresia ou paralisia do palato mole, das pregas vocais, paralisia ou tremores da base de língua, estase de secreção salivar em váculas e seios piriformes, ausência de contração das paredes da faringe durante a deglutição seca, resíduos salivares após a deglutição, penetração laríngea, aspiração traqueal com ou sem reflexo de tosse e os mecanismos de proteção das vias aéreas. A

avaliação da sensibilidade é realizada pela investigação da tosse, do reflexo adutor laríngeo (RAL) e do reflexo de proteção das vias aéreas (AZZAM; SAKAI, 1997).

A Videofluoroscopia da deglutição tem a finalidade de avaliar as fases da deglutição a inter-relação entre elas, consentindo assim a compreensão da fisiologia e fisiopatologia da deglutição. As fases da deglutição a serem estudadas são: fase preparatória oral, oral faríngea e esofágica.

O exame é realizado no setor de radiologia, na presença do fonoaudiólogo, do médico radiologista, do auxiliar de enfermagem e do técnico de radiologia. O contraste a ser usado é o bário em duas consistências líquidas e pastosas, e os alimentos conforme a anamnese, nas consistências líquidas, líquida engrossada, cremosa, semi-sólida e sólida. O exame é gravado em vídeo, favorecendo a análise posterior, para então ser laudado pelo fonoaudiólogo e médico radiologista (AZZAM; SAKAI, 1997).

Apesar da existência dessas tecnologias, diversos trabalhos demonstram que elas não substituem uma boa avaliação clínica a beira do leito. Sendo o padrão-ouro para o diagnóstico das disfagias orofaríngeas: Avaliação Clínica + Exames Objetivos (preferencialmente a Videofluoroscopia). Além disso, essas tecnologias ainda não são uma realidade em grande parte dos hospitais brasileiros, fazendo com que os fonoaudiólogos tenham que basear suas condutas apenas no resultado de avaliações clínicas realizadas a beira do leito. Por esse motivo, a literatura ressalta a importância em se estabelecer protocolos padronizados para guiar essas avaliações clínicas aumentando o seu poder de diagnóstico das disfagias orofaríngeas.

2.1 Atuação Fonoaudiológica nos Leitos Adultos

Quando o paciente encontra-se internado no leito, significa que não está com risco à vida, porém para a realização da avaliação Fonoaudiológica, o paciente necessita estar dentro de alguns parâmetros pré estabelecidos para ser realizada a avaliação da deglutição.

A avaliação no leito tem como objetivo verificar se o paciente apresenta ou não o quadro de disfagia. Sua realização conta com o uso do oxímetro de que é a medida da saturação periférica de O₂, ausculta cervical na intenção de identificar penetração laríngea e observações de outros sinais clínicos como cianose, alteração de frequência cardíaca e respiratória. Quando o paciente possui a disfagia, a

saturação pode cair no momento em que realiza a deglutição, indicando um comprometimento do sistema respiratório. Essa queda é observada em pacientes que aspiram com alimentos de consistência sólida e líquida, antes durante e após a alimentação, quando comparados aos indivíduos que não aspiram (CARDOSO, 2010).

Existem vários protocolos de triagem e de avaliação da deglutição que tem por finalidade avaliar a segurança da deglutição com variadas consistências, determinando a partir do desempenho do paciente o grau da disfagia. (BARROS, 2000). A escolha por qual protocolo utilizar deve sempre levar em conta as peculiaridades dos serviços envolvidos e o perfil de pacientes avaliados.

2.2 Atuação Fonoaudiológica na UTI Adulto

Quanto à atuação da fonoaudiologia na UTI adulto, Moraes et al. (2006) afirmam que é um trabalho para a manutenção da vida do paciente, prevenindo complicações e promovendo uma qualidade de vida para ele quando se pode permitir que o mesmo se alimente por via oral mantendo um suporte nutricional adequado, porém a disfagia pode acarretar quadros de problemas nutricionais, pulmonares e desidratação.

Essa intervenção se dá quando o quadro clínico e respiratório do paciente encontra-se estável, pois a disfagia segundo Moraes et al. (2006) ocorre com frequência nestes casos.

O fonoaudiólogo tem o dever enquanto membro da equipe de UTI adulto, avaliar a disfagia segundo Moraes et al. (2006) de forma criteriosa e cautelosa, sem colocar o quadro clínico do paciente em risco e promovendo então um auxílio a prevenção da redução de complicações como pulmonares, hidratação e nutrição e ainda auxilia na diminuição do tempo de internação e custos hospitalares.

Desta maneira, faz-se necessária muita atenção às dificuldades expressadas como:

“[...]desconforto durante a deglutição, tosse, engasgos, múltiplas deglutições para um pequeno bolo, resíduos orais de alimento, escape oral, sensação de algo parado na garganta, regurgitação oral e/ou nasal, dificuldade para emitir sons da fala pós-deglutição com alteração da qualidade vocal, sialorréia, alteração do ritmo respiratório, sudorese e fadiga após poucas deglutições.” (MORAES et al., 2006).

Associado a reintrodução da alimentação por via oral e retirada da sonda, segundo Moraes et al. (2006) o fonoaudiólogo promove o retorno do prazer alimentar.

O indivíduo quando é internado em na UTI, indica risco de vida por instabilidade das funções dos órgãos vitais (cardiovascular, ventilatória, renal, hepática, neurológica, entre outras). Muitas vezes, sofre falências em múltiplos órgãos e requerem cuidados médicos contínuos e imediatos, seja por meio de medicações, adequação e ajuste dos aparelhos de monitorização cardíaca, respiratórias, sondas e drenos ou outras condutas de emergência. A conservação do paciente na UTI ocorre enquanto houver instabilidade clínica e risco de morte. O profissional fonoaudiólogo que trabalha na UTI requer conhecer todo o sistema e funcionamento dos aparelhos que são utilizados. O indivíduo na maioria dos casos, faz o uso de nutrição alternativa, seja por via enteral ou parenteral, especialmente por não apresentar disposições neurológicas que possibilite a oferta de VO. Quanto à questão respiratória, pode estar em ventilação assistida invasiva (ventilação mecânica) ou não invasiva (BIPAP, CPAP), intubado por via nasal ou oral, traqueostomizado com cânula plástica, com ou sem a presença de balonete (cuff), com cânula metálica, usando máscara facial, de Venturi, ou somente cateter de oxigênio (OLIVEIRA,2003).

2.3 Atuação Fonoaudiológica na UTI Neonatal

Assim como acontece na UTI Adulto, a atuação fonoaudiológica na UTI Neonatal também busca prevenir complicações referentes à introdução inadequada de via oral, bem como identificar precocemente alterações auditivas. Para tanto são realizados: 1) procedimentos de estimulação sensorio motora oral para adequar os padrões de sucção visando o aleitamento materno, uma boa interação mãe-bebê garantindo segurança da ingestão oral 2) é realizado o “Teste da Orelhinha” por meio do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas que tem como objetivo identificar precocemente distúrbios auditivos que possam prejudicar o indivíduo.

Desse modo, o fonoaudiólogo apresenta-se na equipe neonatologia com um profissional essencial uma vez que possui conhecimento otimizado da anatomofisiologia das funções estomatognáticas (sucção, respiração, deglutição) (COUTO DE, NEMR K, 2005), tendo como objetivo localizar alterações orofaciais no

recém-nascido (RN), proporcionar a sucção no seio materno e melhorar a interação mãe/ bebê, aumentando desta forma a qualidade de vida dos mesmos (HERNANDEZ, A.M, 2003). O recém nascido pré termo (RNPT) por não ter completado seu desenvolvimento intrauterino apresenta imaturidade funcional e estrutural de órgãos e sistemas, e como consequência manifesta um padrão de desenvolvimento motor diferente das crianças nascidas a termo. As dificuldades de adaptação estão relacionadas à imaturidade global, o que inclui inabilidades motoras orais para coordenação da sucção - deglutição – respiração, dificultando a realização da alimentação por via oral e, conseqüentemente, prejudicando seu estado nutricional (COSTA, 2007; RUGOLO, 2005). Além disso, estudos indicam que em longo prazo, crianças que apresentaram dificuldades alimentares iniciais podem apresentar problemas na introdução e na tolerância de alimentos sólidos no período da infância (HAWEON, BEAUREGARD, KENNEDY, 2000).

A introdução da alimentação via oral nos RNPT na maioria das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, já pode ser realizada por volta de 34ª semanas de idade gestacional, mediante os critérios variáveis e discutíveis.

A idade gestacional é, vista de forma isolada, um critério ruim para a indicação da transição da alimentação, já que outras variáveis são importantes e devem ser consideradas como a estabilidade clínica, estado de consciência, habilidade motora-oral e coordenação das funções de sucção, deglutição e respiração (LEMONS, 1996). O peso também é um critério ruim para a indicação do início da transição da alimentação oral, pois não considera a maturidade do prematuro. Os bebês nascidos de muito baixo peso ou prematuros extremos sofrem uma privação sensorial intensa, já que eles demoram a atingir o peso e, nem por isso, apresentam atraso no neuro desenvolvimento e maturidade motora oral (THOYRE.S.M, 2003). Desta forma, reforça-se a importância de uma avaliação global que antecipe, de forma objetiva, segura e funcional, a transição da alimentação gástrica para via oral.

Diante disso foi proposto por Fujinaga em 2005 um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para iniciar a transição da alimentação gástrica para via oral, e seu guia instrucional. O instrumento é constituído dos seguintes itens: idade corrigida; estado de consciência; postura e tônus global; postura dos lábios e língua; reflexo de procura, sucção, mordida e vômito; movimentação e canolamento de língua; movimentação de mandíbula; força de sucção; sucções por pausa;

manutenção do ritmo de sucção por pausa; manutenção do estado alerta e sinais de estresse (FUJINAGA et al, 2009).

Essa intervenção auxilia no desenvolvimento RNT e de risco, RNPT, RN de baixo peso (RNBP), pequenos para a idade gestacional (RNPIG), como também no RN portador de patologias específicas as quais comprometem o sistema sensorio motor oral (SSMO), sendo seu trabalho essencial para a evolução destes quadros (BROCK, 1998).

Os avanços nos cuidados neonatais e perinatais têm levado a um aumento na sobrevivência de RN com idade gestacional e peso ao nascer (PN) cada vez mais reduzido. Contudo, faz-se necessário o acompanhamento cuidadoso dessas crianças, uma vez que eles apresentam maior vulnerabilidade em relação às alterações do desenvolvimento neuropsicomotor (AURÉLIO et al., 2002; MANCINI et al., 2002).

Em relação à importância da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), trata-se do acompanhamento auditivo dos RNs realizando a triagem auditiva antes de um mês de vida, e no caso de falhas na triagem auditiva inicial e no reteste devem receber avaliação médica e audiológica apropriada para confirmar a perda auditiva antes dos 3 meses de idade. Crianças que possuem indicadores de risco para perda auditiva devem ser acompanhadas a cada seis meses por três anos (MANFREDI, 2002).

Essa identificação precoce de possíveis perdas auditivas é importante para que antes dos 3 meses de idade já se possa ter o diagnóstico e iniciar um intervenção evitando maiores prejuízos para o desenvolvimento dos bebês (GATANU).

Em suma, compreende-se que quando o paciente está no leito, a atuação do fonoaudiólogo, segundo Leite et al. (2003) tem um caráter mais preventivo e intensivo, com o objetivo de impedir e ou diminuir sequelas da comunicação ou deglutição que as patologias de base possam deixar. Para tanto, a atuação inicia-se logo após o paciente esteja estável seguindo critérios clínicos pré-estabelecidos garantindo segurança na avaliação fonoaudiológica, sem horários fixos. (LEITE et al., 2003)

A fonoaudiologia hospitalar é diferente da ambulatorial, além da intervenção quando os sintomas já estão instalados, caracteriza-se também pela intervenção dos

pacientes precocemente, que não tenham os sintomas instalados, já que os mesmos estão “disponíveis” para a intervenção (LEITE, 2003).

3 RESULTADOS

O estágio obrigatório de Fonoaudiologia Hospitalar foi realizado no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais no período de Abril de 2015 a Novembro de 2015, supervisionado pela professora e fonoaudióloga Francine Marson Costa e era composto por atividades em cinco subunidades que serão descritas abaixo.

3.1 Acompanhamento de avaliação clínica a beira do leito

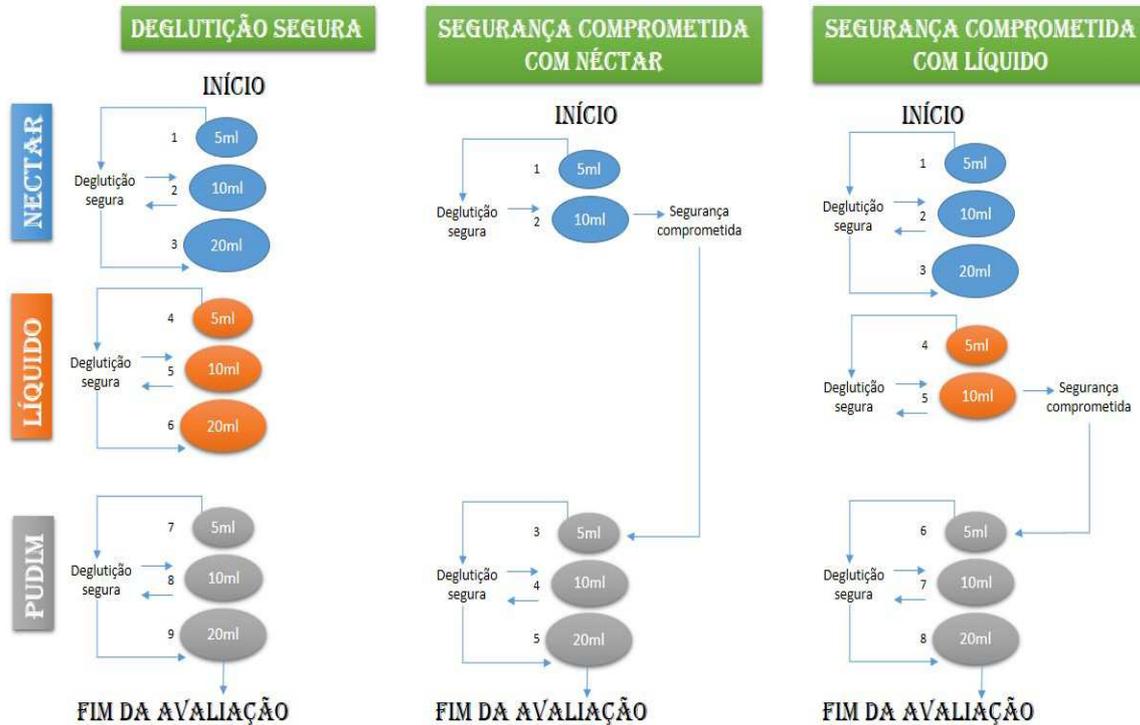
A avaliação fonoaudiológica era solicitada pelos médicos via prescrição médica quando o paciente tinha queixas ou riscos presumíveis pelo médico de disfagia. Essa avaliação tinha como objetivo avaliar a deglutição com a finalidade de detectar possíveis alterações do processo de deglutição.

A avaliação era realizada seguindo protocolo Volum Viscosity Swallowing Test (VVS-T) (CLAVE et al., 2008) o qual era padronizado pela instituição.

As consistências utilizadas pela avaliação eram: líquido, néctar e pudim. Para produção das consistências era utilizado espessante alimentar. Além disso, eram utilizados luvas e jaleco de mangas longas para o avaliador como medidas de proteção e higiene para o paciente, oxímetro para monitorar a oxigenação, estetoscópio para ausculta cervical da deglutição na identificação de estases e penetrações e ou aspirações laríngeas, espátula para avaliar cavidade oral, mobilidade e força dos órgãos fonoarticulatórios, gaze para limpeza da cavidade oral e ou oclusão da cânula de traqueostomia e seringa para introdução das quantidades adequadas para avaliação (JOTZ, 2009).

Primeiramente, a avaliação era composta por testes de força e mobilidade de língua, lábios e bochechas, dentição e também era realizada avaliação de fala. Após este processo era aplicado o protocolo VVST (FIGURA 1) de deglutição ofertando as consistências alimentares preparadas para o paciente.

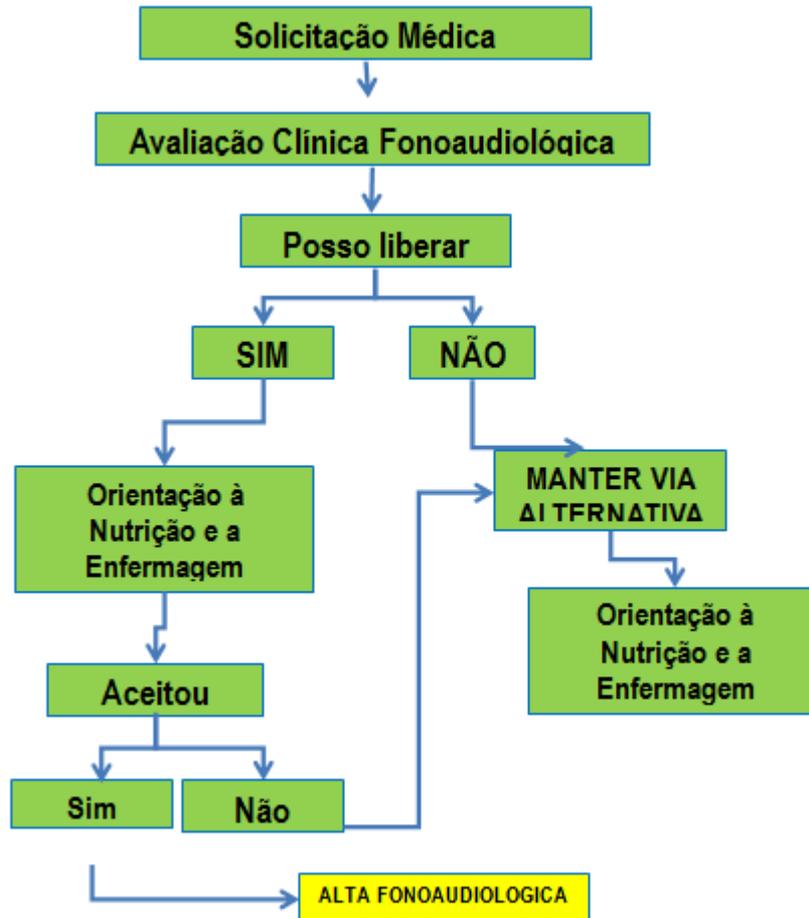
FIGURA 1: Tradução do esquema do protocolo VVST



Fonte: Protocolo VVST adaptado pelas autoras.

Após a avaliação, a equipe de Fonoaudiologia orientava o acompanhante e a equipe multiprofissional quanto à liberação ou não da via oral e restrições quanto às consistências, posicionamentos e/ou cuidados necessários. Também era realizada a evolução do paciente no sistema da instituição e anexado ao prontuário. Posteriormente, cada paciente avaliado recebia uma etiqueta de identificação no prontuário, sendo elas: verde: quando liberada via oral, vermelha: somente via alternativa e amarela: via oral liberada parcialmente. Quando havia restrição da oferta de líquidos, uma etiqueta preta era também colada no prontuário alertando o manejo da enfermagem com esse paciente.

FIGURA 2: Esquema de funcionamento do atendimento beira leito de pacientes adultos



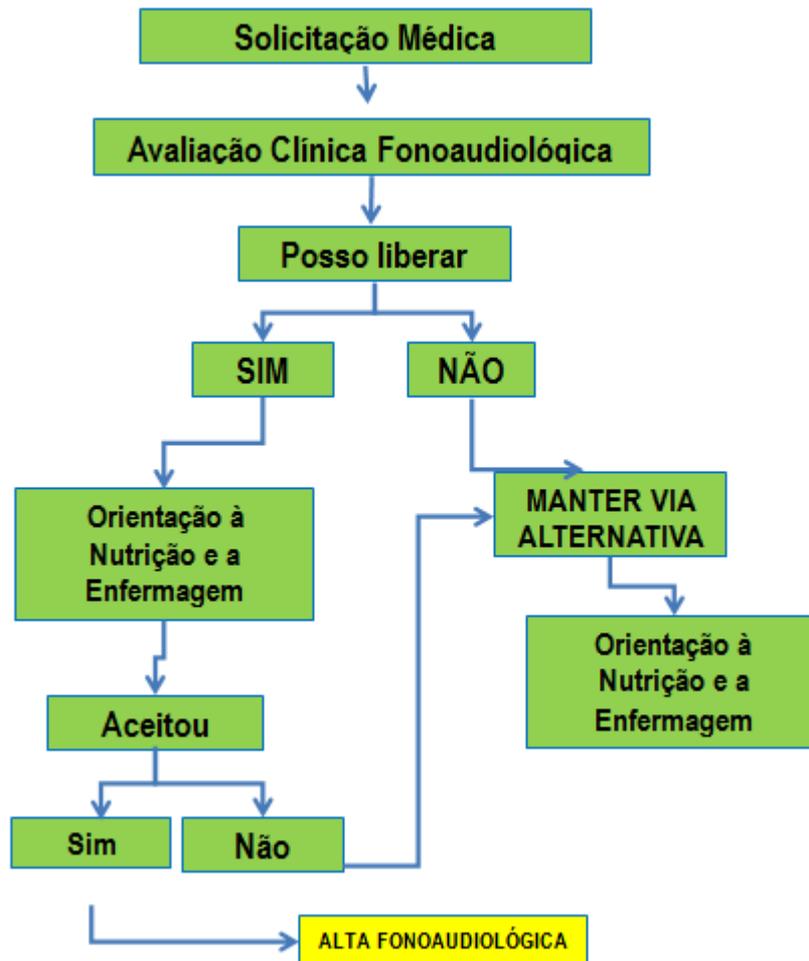
Fonte: Elaborado pelas autoras (2016)

3.2 UTI adulto

A avaliação fonoaudiológica era solicitada pelos médicos mediante critérios pré-estabelecidos pela fonoaudióloga responsável e baseados nos estudos de (SANTANA, et.al, 2014) sendo eles: estabilidade clínica, possibilidade de receber via oral, estado de alerta, Glasgow acima de 8 ou 9, tempo de extubação, tempo pós cirurgia de traqueostomia, aspecto respiratório e deglutição de saliva.

Essa avaliação tinha também como objetivo avaliar a deglutição com a finalidade de detectar possíveis alterações do processo de deglutição, sendo também realizada com base no protocolo Volum Viscosity Swallowing Test (VVS-T) (CLAVE et al., 2008).

FIGURA 3: Esquema de funcionamento do atendimento na uti adulto

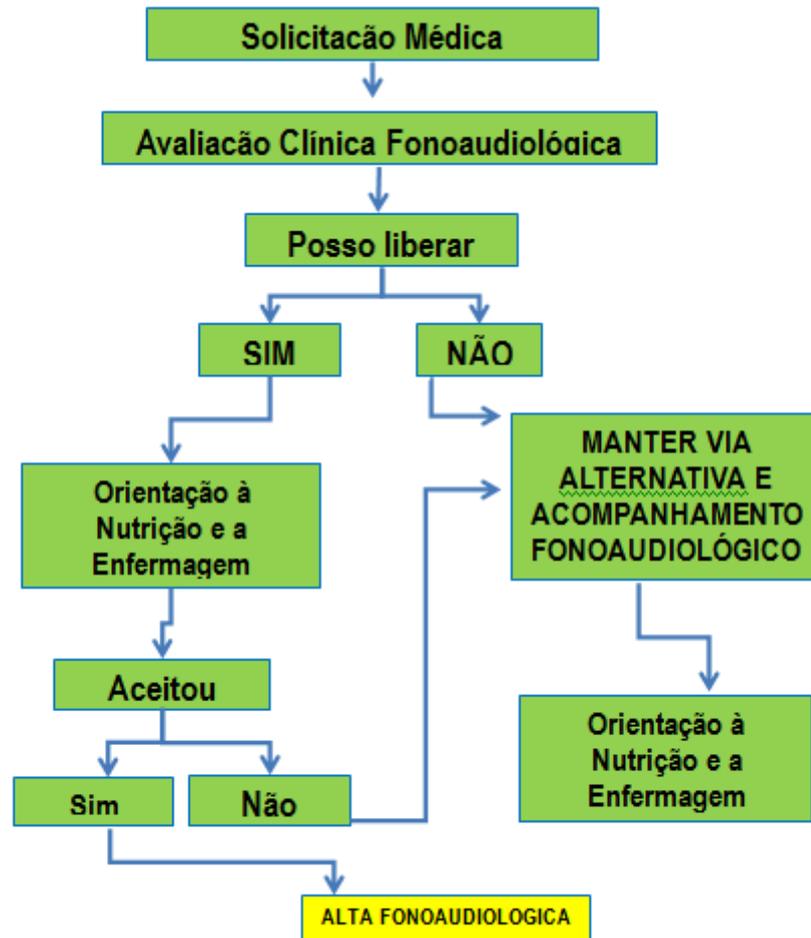


Fonte: Elaborado pelas autoras (2016)

3.3 UTI neonatal

Na UTI neonatal assim como nas subunidades anteriores, era solicitada a avaliação fonoaudiológica pela equipe médica. O protocolo utilizado para avaliação dos RN era o instrumento “Avaliação da prontidão do recém nascido para introdução de alimentação por via oral” (ANEXO A), para avaliar se o RN estava apto para a introdução da via oral. Caso o RN tenha alguma alteração nesses aspectos, era indicado intervenção fonoaudiológica, com estimulação fonoaudiológica com objetivo de adequar os aspectos alterados para poder iniciar a alimentação por via oral. Essa intervenção consistia na estimulação da sucção não nutritiva em dedo enluvado e/ou na estimulação da sucção nutritiva fazendo uso em geral, da sonda-dedo (FURKIM, 2014).

FIGURA 4: Esquema de funcionamento do atendimento na UTI neonatal



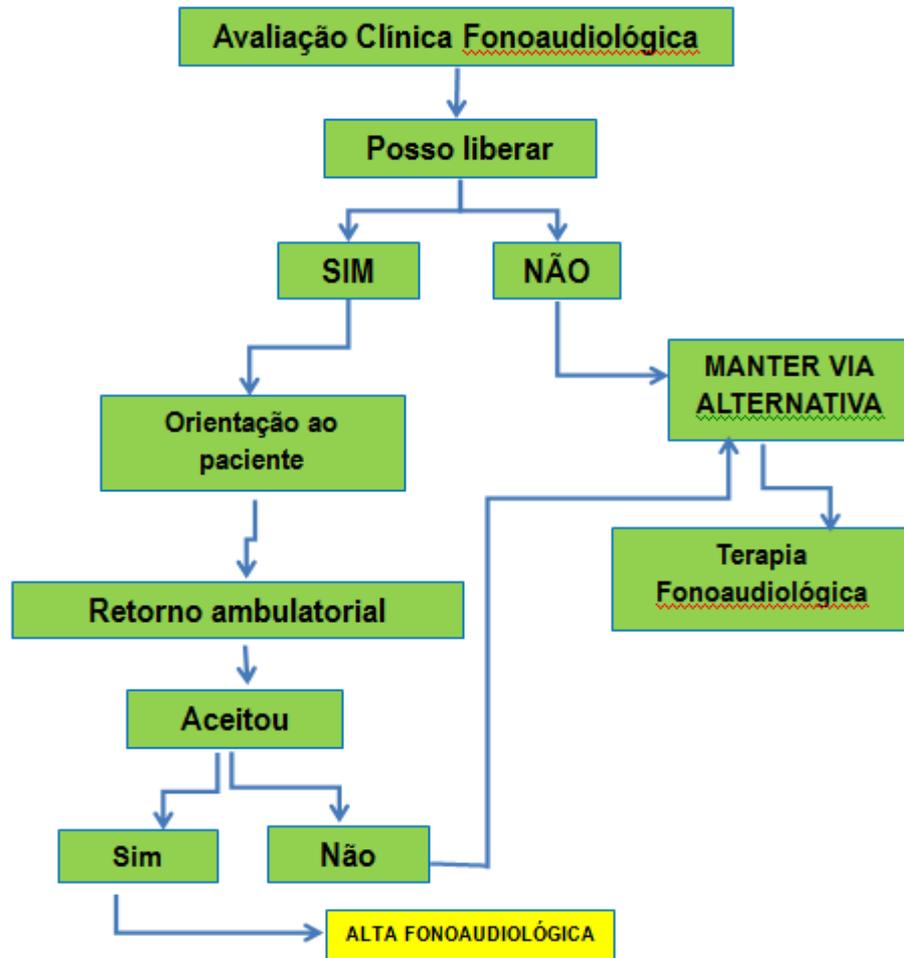
Fonte: Elaborado pelas autoras (2016)

3.4 Ambulatório de disfagia

Os pacientes que chegavam ao ambulatório de Disfagia eram encaminhados pela equipe médica por possuir risco ou sintomas de disfagia e/ou pela equipe de Fonoaudiologia após período de internação para acompanhamento após alta. Após a anamnese, os pacientes eram submetidos à avaliação e/ ou reavaliação da deglutição. Este ambulatório tinha como foco diminuir o tempo de uso de via alternativa para alimentação bem como a suas complicações, acompanhando a evolução dos pacientes que utilizavam via alternativa para alimentação e realizando exercícios para facilitar uma possível retirada da sonda enteral quando possível. Pacientes que foram de alta com restrição de consistência alimentar, retornavam ao ambulatório para acompanhar evolução e possível adequação da consistência

alimentar. Pacientes com doenças neurológicas, como por exemplo Paralisia Cerebral ou Esclerose Lateral Amiotrófica eram acompanhados frequentemente, pois tem um risco maior de disfagia devido as suas doenças e sequelas.

FIGURA 5: Esquema de funcionamento do atendimento no ambulatório de disfagia



Fonte: Elaborado pelas autoras (2016)

3.5 Ambulatório de fonoaudiologia neonatal

Os pacientes que recebem alta da UTI neonatal eram encaminhados para retorno no Ambulatório de Fonoaudiologia Neonatal para acompanhamento do ganho de peso e do desenvolvimento neuromotor, assim como reteste da orelhinha.

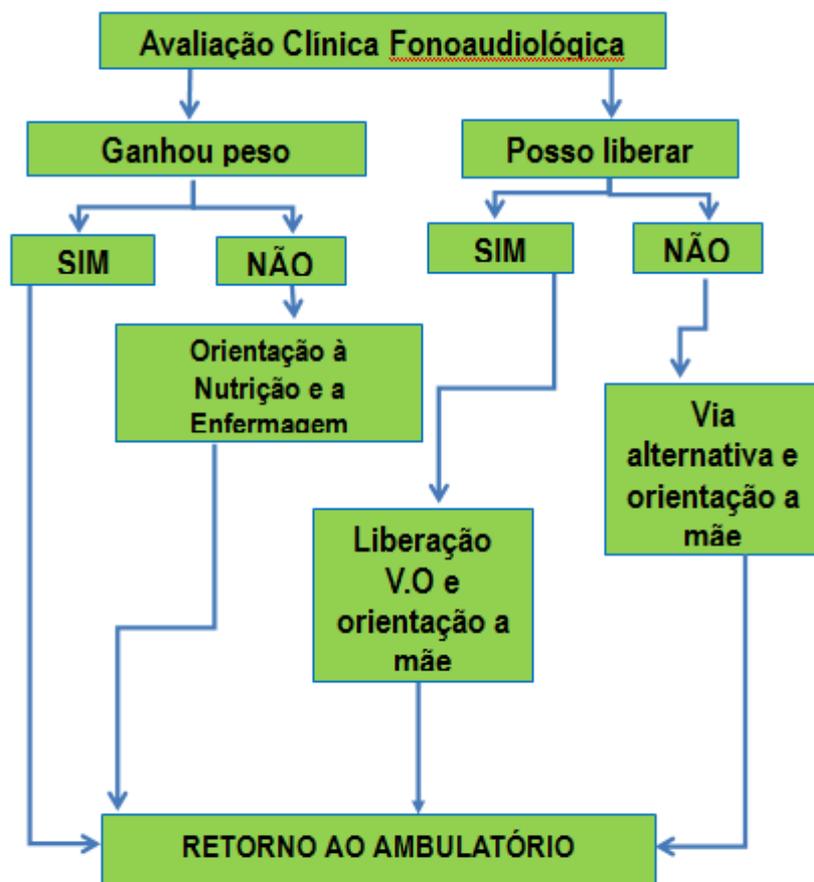
O teste da orelhinha era realizado em todos os RNs, efetuando registro nos prontuários, assim como marcando na carteirinha de cada paciente e posteriormente fazendo agendamento para reteste.

O acompanhamento do desenvolvimento dos RNs era feito com base nos protocolos (APÊNDICE A e ANEXO A) previamente realizados pelas acadêmicas sob orientação da Fonoaudióloga responsável Francine Marson Costa, e outro protocolo realizado pela Fonoaudióloga Francine Marson Costa para avaliar a prontidão do RN para a introdução da alimentação complementar, ou seja, momento de introdução de outros alimentos como papinhas. Os protocolos tinham o objetivo de controlar o ganho de peso, a ingestão alimentar, o tipo de aleitamento, quem orientou e se teve alguma dificuldade.

Além disso, os responsáveis pelo RN eram orientados quanto a dúvidas sobre alimentação, desenvolvimento motor, neurológico e auditivo.

As consultas eram marcadas com 1, 3, 5, 7 e 9 meses de idade, conforme o RN tivesse recebido alta hospitalar.

FIGURA 6: Esquema de funcionamento do atendimento no ambulatório de fonoaudiologia neonatal



Os atendimentos foram iniciados em julho de 2015 e finalizados em outubro de 2015 e eram realizados todas as terças feiras, com média de 1 a 2 crianças por dia. Durante o tempo em que houve atendimento no ambulatório foram atendidas 11 crianças, porém 10 dessas crianças foram acompanhadas em mais de uma consulta. A grande maioria das crianças agendadas comparecia ao atendimento e tinham um bom desenvolvimento.

Com este atendimento, conseguimos observar que todas as crianças estavam ganhando peso, as mães não possuíam queixas de amamentação e as crianças apresentavam um desenvolvimento dentro do padrão esperado.

3.6 Ambulatório

Já o acompanhamento fonoaudiológico ambulatorial tinha como objetivo a reabilitação ou acompanhamento com pacientes pós alta nas áreas de voz, fala e deglutição restabelecendo ou readequando funções alteradas desde recém nascidos a idosos garantindo a permanência da assistência pelo tempo necessário para reabilitação completa dos pacientes.

4 CONCLUSÃO

O estágio desenvolvido no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais nos enriqueceu como acadêmicas e com as diversidades e áreas que o campo oferece. Tivemos uma boa interação e receptividade com a equipe multiprofissional podendo assim estar realizando um atendimento digno aos pacientes e podendo acompanhá-los desde a internação até o momento da alta.

Tivemos também a oportunidade de realizar diferentes procedimentos e vivenciar diversos casos e desafios os quais contribuíram para nossa formação acadêmica.

Agradecemos imensamente a oportunidade que nos foi dada pela nossa supervisora Francine Marson Costa pelos ensinamentos e principalmente pela confiança em podermos realizar esse trabalho.

REFERÊNCIAS

AZZAM, R. S. ; SAKAI, P. Distúrbios da deglutição. Tratado de endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica: esôfago. **Atheneu**. São Paulo. 1997.

BARCELLOS, C.B. et al. Crescimento da atuação fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva (UTI) em um hospital oncológico. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, out. 2009. Disponível em: <<http://www.sbfpa.org.br/portal/anais2009/resumos/R1514-1.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BARROS, A.P.B et al. Atuação fonoaudiológica em unidade de terapia intensiva. **In:** Fundação Oncocentro de São Paulo. Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. Fonoaudiologia em cancerologia. São Paulo: FOSP; 2000

CARDOSO, M.C, SILVA, A.M.T.S. Oximetria de pulso: alternativa instrumental na avaliação clínica junto ao leito para a disfagia.14(2), ABR.-JUN.2010.

CLAVE, C, et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition* (2008) 27, 806 e 815.

COSTA, H. Alimentação enteral mínima. Nutrição do recém-nascido. **Atheneu**. São Paulo. 2007.

COUTO, D.E, NEMR, K. Análise da prática da técnica do copinho em hospitais amigos da criança nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. **Rev. Cefac**. 2005; 7(4):448-59.

FUJINAGA, C. et al. Validade discriminatória do instrumento de avaliação da prontidão para início da alimentação oral de bebês prematuros. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* vol.14 no.1 São Paulo, 2009.

FURKIM, A.M, RODRIGUES, K. A. Disfagias nas unidades de terapia intensiva. Roca. São Paulo, 2014.

Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal — GATANU. Disponível em URL:<<http://www.gatanu.org>>. Acesso em: 26 set. 2016.

HERNANDEZ A.M. **Conhecimentos essenciais para atender melhor o neonato**. Edição São Paulo: Pulso; 2003.

JOTZ, G.P, ANGELIS. E.C, BARROS.A.P.B. Tratado da deglutição e disfagia: No adulto e na criança. **Revinter**. Rio de Janeiro, 2009.

HAWDON JM, BEAUREGARD N, KENNEDY G. Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. **Developmental Medicine & Child Neurology**. 2000.

LEMONS, P.K, LEMONS, J.A. Transition to breast/bottle feedings the premature infant. **Jam Coll Nutr**. 1996;15(2):126-35.

Thoyre SM. Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant. *Annu Rev Nurs Res*. 2003;21:61-92.

- LEITE, I.C.G et al. Fonoaudiologia Hospitalar. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**. Curitiba, p. 1-6. jan. 2003. Disponível em: <<http://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/10/Fonoaudiologia-Hospitalar.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2016.
- LOVISE. Fonoaudiologia Hospitalar. São Paulo. 2003
- LUZ, E. A Fonoaudiologia Hospitalar em questão. **Jornal do CFFa**,2,4,1999.
- LUZ, E. **A Inimaginável Complexidade entre o Cérebro e Consciência Durante a Intervenção Fonoaudiológica em Pacientes Comatosos**. 1999. Disponível em: <<http://www.elisabethluz.com>>. Acesso em: 26 set. 2016
- MANFREDI, A.F.S, SANTOS, C.B. Intervenção fonoaudiológica junto a mães ou responsáveis por recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, precocemente. MORAES, A.M.S et al. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. **Cefac**, São Paulo, v. 2, n. 8, p.171-177, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/dfc9f2e5b8662ef0af1bb1220cc48201-incidencia-de-disfagia-em-uti.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2016.
- MAZZA, M.M.P.R. Cuidar em família: análise de representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Cresc Desenvolv Hum**, São Paulo. 2014
- OLIVEIRA, S. T. O trabalho do fonoaudiólogo realizado à Beira do Leito, 2003 in: Figueiredo, Elaine Sefrain. Benincasa, Mônica Müller. in: Fonoaudiologia Hospitalar, in: de. São Paulo: Lovise, 2003
- PITTIONI, M.E.M. Fonoaudiologia Hospitalar: uma realidade necessária. **Rev Cefac**. 2001.
- ROBBINS J. **Tube or not tube**: physiological, medical and ethical issues. Asha Short Course.AshaConvention; 1999.
- RUGOLO, M. L. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo de prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**. São Paulo. 2005
- SANTANA, et al. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. **Rev Cefac**. São Paulo. 2014.

APÊNDICE A

PROTOCOLO AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO DO RECÉM NASCIDOPARA INTRODUÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

I) ANAMNESE

Nome: _____ Data da Avaliação: _____

Idade Gestacional: _____ Idade Corrigida: _____

Uso de nutrição alternativa: Parenteral () Enteral () Se sim, quanto tempo? _____

Aleitamento Materno: () não () sim. Exclusivo? Qual via? _____

Já introduziu outros alimentos além do leite: () não () sim

Se sim, responda:

- 1) Como foi?
- 2) O tipo de alimento e em qual idade?
- 3) Quem orientou?

FASE 1- IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE RISCO

- QUEIXAS DURANTE A ALIMENTAÇÃO

- ENGASGOS PRESENTE SEMPRE (2) PRESENTE AS VEZES (1) AUSENTE (0)

- CIANOSE PRESENTE (1) AUSENTE (0)

Se > ou = 2, NÃO APLICAR FASE 3

- REGURGITAÇÃO SEMPRE (3) GERALMENTE (2) AS VEZES (1) NUNCA (0)

- VOMITO SEMPRE (3) GERALMENTE (2) AS VEZES (1) NUNCA (0)

- TOSSE SEMPRE (3) GERALMENTE (2) AS VEZES (1) NUNCA (0)

Se > 2 = NÃO APLICAR FASE 3

FASE 2 – INVESTIGAÇÃO DE ESTADO GERAL DE DESENVOLVIMENTO

- ATRASO DNPM EM ACOMPANHAMENTO POR ESPECIALISTA **NÃO (0)SIM (1)**
- DIAGNOSTICO DE PC EM ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA **NÃO(0) SIM (1)**

Se RESULTADO >1,NÃO APLICAR FASE 3

FASE 3 – AVALIAÇÃO NEUROMOTORA ORAL

Instrução: para avaliação desses aspectos, sugere-se tocar região peri-oral e introduzir o dedo enluvado na boca do RN observando reflexos, tonicidade e mobilidade detalhados abaixo.

II) AVALIAÇÃO MOTORA ORAL

- **Reflexos Oraís Primitivos**

- Reflexo de Procura (0) presente (1) deficiente (2) ausente
- Reflexo de Preensão (0) ausente (1) deficiente (2) presente
- Reflexo de Extrusão(0) presente (1) deficiente (2) ausente
- Reflexo Nauseoso (0) exarcebado (1) presente (2) ausente

- **Estruturas Motoras Oraís**

- **Repouso**

- Língua(2) normotonica (1) hipertônica(0) hipotônica
- Lábios (2) normotonica (1) hipertônica(0) hipotônica
- Bochechas (2) normotonica (1) hipertônica(0) hipotônica
- Mandíbula(2) adequada(1) levemente instável (0) instável

- **Repouso**

- Língua(2) normotonica (1) hipertônica (0) hipotônica
- Lábios (2) normotonica (1) hipertônica(0) hipotônica
- Bochechas(2) normotonica (1) hipertônica (0) hipotônica
- Mandíbula (2) adequada(1) levemente instável (0) instável

- **Controle Corporal**

- Cervical (Cintura Escapular)(2) normal (1) instável (0) ausente
- Tronco (Cintura Pelvica)(2) normal (1) instável (0) ausente

- **Hábitos Oraís**

- Leva objetos à boca espontaneamente (2) sim (1) somente na linha média (0) não
- Movimentos Primitivos de Mastigação (2) sim (1) às vezes (0) não

Escore Final: _____

**PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS**

Nome da mãe: _____

Nome do bebê: _____

IG: _____ IC: _____

Peso ao Nascimento: _____ Peso na alta: _____

Data da alta: ____/____/____

Tempo de utilização de sonda: _____

Qual? () Orogástrica () Nasogástrica

Quando iniciou alimentação VO? _____

Qual era a via? () Seio materno () copo () mamadeira () outro _____

Como foi essa transição? _____



PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

1º MÊS

Peso: _____ Via de alimentação/Qtidade: _____

Deu algo além do leite? ()SIM ()NÃO O que? _____

Como? _____ Porquê? _____

Teve alguma dificuldade? ()SIM ()NÃO Qual? _____

3º MÊS

Peso: _____ Via de alimentação/Qtidade: _____

Deu algo além do leite? ()SIM ()NÃO O que? _____

Como? _____ Porquê? _____

Teve alguma dificuldade? ()SIM ()NÃO Qual? _____

5º MÊS

Peso: _____ Via de alimentação/Qtidade: _____

Deu algo além do leite? ()SIM ()NÃO O que? _____

Como? _____ Porquê? _____

Teve alguma dificuldade? ()SIM ()NÃO Qual? _____

ANEXO A

PROTOCOLO AVALIAÇÃO DA PRONTIDÃO DO RECÉM NASCIDOPARA INTRODUÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

I) ANAMNESE

Nome: _____ Data da Avaliação: _____

Idade Gestacional: _____ Idade Corrigida: _____

Uso de nutrição alternativa: Parenteral () Enteral () Se sim, quanto tempo? _____

Aleitamento Materno: () não () sim. Exclusivo? Qual via? _____

Já introduziu outros alimentos além do leite: () não () sim

Se sim, responda:

- 1) Como foi?
- 2) O tipo de alimento e em qual idade?
- 3) Quem orientou?

FASE 1- IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE RISCO

- QUEIXAS DURANTE A ALIMENTAÇÃO

- ENGASGOS PRESENTE SEMPRE (2) PRESENTE AS VEZES (1) AUSENTE (0)

- CIANOSE PRESENTE (1) AUSENTE (0)

Se > ou = 2, NÃO APLICAR FASE 3

- REGURGITAÇÃO SEMPRE (3) GERALMENTE (2) AS VEZES (1) NUNCA (0)

- VOMITO SEMPRE (3) GERALMENTE (2) AS VEZES (1) NUNCA (0)

- TOSSE SEMPRE (3) GERALMENTE (2) AS VEZES (1) NUNCA (0)

Se > 2 = NÃO APLICAR FASE 3

FASE 2 – INVESTIGAÇÃO DE ESTADO GERAL DE DESENVOLVIMENTO

- ATRASO DNPM EM ACOMPANHAMENTO POR ESPECIALISTA NÃO (0) SIM (1)

- DIAGNOSTICO DE PC EM ACOMPANHAMENTO COM ESPECIALISTA NÃO (0) SIM (1)

Se RESULTADO > 1, NÃO APLICAR FASE 3

FASE 3 – AVALIAÇÃO NEUROMOTORA ORAL

Instrução: para avaliação desses aspectos, sugere-se tocar região peri-oral e introduzir o dedo enluvado na boca do RN observando reflexos, tonicidade e mobilidade detalhados abaixo.

II) AVALIAÇÃO MOTORA ORAL

- Reflexos Oraís Primitivos

- Reflexo de Procura (0) presente (1) deficiente (2) ausente
- Reflexo de Preensão (0) ausente (1) deficiente (2) presente
- Reflexo de Extrusão (0) presente (1) deficiente (2) ausente
- Reflexo Nauseoso (0) exarcebado (1) presente (2) ausente

- **Estruturas Motoras Oraís**

- **Repouso**

- Língua(2) normotonica (1) hipertônica (0) hipotônica
 - Lábios (2) normotonica (1) hipertônica(0) hipotônica
 - Bochechas (2) normotonica (1) hipertônica (0) hipotônica
 - Mandíbula(2) adequada (1) levemente instável (0) instável

- **Movimento**

- Língua(2) normotonica (1) hipertônica (0) hipotônica
 - Lábios (2) normotonica (1) hipertônica(0) hipotônica
 - Bochechas(2) normotonica (1) hipertônica (0) hipotônica
 - Mandíbula (2) adequada(1) levemente instável (0) instável

- **Controle Corporal**

- Cervical (Cintura Escapular)(2) normal (1) instável (0) ausente
 - Tronco (Cintura Pelvica)(2) normal (1) instável (0) ausente

- **Hábitos Oraís**

- Leva objetos à boca espontaneamente (2) sim (1) somente na linha média (0) não
 - Movimentos Primitivos de Mastigação (2) sim (1) às vezes (0) não

Escore Final: _____