Benefícios do tratamento fonoaudiológico hospitalar em pacientes em uso de via alternativa de alimentação

Benefits of hospital speech therapy in patients using alternative feeding route

Carlos Eduardo Sartori Fernandes[1], Franciele Pereira Simor[1], Lisiane Lieberknecht Siqueira[2], Gabriela Decol Mendonça[3], Ronan Mattos Mezzalira[1]

RESUMO

Introdução: Durante a internação hospitalar, os pacientes podem sofrer alterações funcionais, como limitações na ingestão de alimentos por via oral, por isso faz-se necessário o uso de via alternativa de alimentação. O fonoaudiólogo ingressa no atendimento hospitalar em uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de prevenir e reduzir complicações, gerenciar a deglutição de maneira segura e eficaz. O objetivo deste estudo foi verificar os benefícios do tratamento fonoaudiológico aos pacientes em uso de via alternativa de alimentação. **Métodos:** Estudo desenvolvido em um hospital com pacientes internados nas enfermarias e Centro de Tratamento Intensivo. Analisaram-se prontuários de pacientes entre dezoito e noventa anos, em uso de via alternativa de alimentação, e classificou-se quanto ao tempo de internação, patologia de base, justificativa para o uso de via alternativa, ocorrência de pneumonia, evolução e via de alimentação na alta. A amostra dividiu-se em dois grupos, Com Acompanhamento Fonoaudiológico (CAF) e Sem Acompanhamento Fonoaudiológico (SAF). **Resultados:** A amostra foi composta por 288 prontuários, 32,5% com acompanhamento fonoaudiológico e 67,5% sem acompanhamento. A média de internação do grupo CAF foi maior que do grupo SAF. No CAF, 21,3% evoluíram a óbito e 78,7% tiveram alta hospitalar. No SAF, 47,4% evoluíram a óbito e 52,6% tiveram alta. No CAF, 45,7% receberam alta com via oral exclusiva, enquanto 18,6% do SAF tiveram alta com via oral exclusiva. **Conclusão:** O acompanhamento fonoaudiológico aumentou o tempo de internação hospitalar quando comparados os grupos, porém evidenciou uma diminuição do percentual de óbitos e aumentou a alta hospitalar com via oral exclusiva.

UNITERMOS: Disfagia, Sonda, Deglutição, Alimentação, Hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: *During hospitalization, patients may suffer functional changes, such as limitations in oral food intake, which demand the use of an alternative feeding route. The speech therapist enters the hospital's care in a multidisciplinary team, in order to prevent and reduce complications, to manage swallowing safely and effectively. The aim of this study was to determine the benefits of speech therapy for patients using an alternative feeding route.* ***Methods:*** *A study developed in a hospital with inpatients in the wards and Intensive Care Unit. Medical charts of patients between 18 and 90 years old using alternative feeding route were analyzed and classified as for time of hospitalization, baseline pathology, justification for the use of alternative route, pneumonia, evolution, and feeding route at discharge. The sample was divided in two groups, one with speech therapy (WST) and the other with no speech therapy (NST) follow up.* ***Results:*** *The sample consisted of 288 charts, 32.5% with speech therapy and 67.5% without it. The mean hospitalization rate in the WST group was higher than in the NST group. In the WST, 21.3% patients died and 78.7% were discharged from hospital. In the NST, 47.4% patients died and 52.6% were discharged. In the WST, 45.7% were discharged with exclusive oral route, while 18.6% of the NST were discharged with exclusive oral route.* ***Conclusion:*** *Speech therapy increased hospitalization time when the groups were compared, but it evidenced a decrease in the percentage of deaths and increased hospital discharge with exclusive oral route.*

KEYWORDS: *Dysphagia, Catheter, Swallow, Feeding, Hospital.*

[1] Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade de Passo Fundo (UPF).
[2] Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Fonoaudióloga do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP); Docente na área de Motricidade Orofacial e coordenadora do curso de Fonoaudiologia da UPF.
[3] Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF. Fonoaudióloga clínica; Docente do curso de Fonoaudiologia da UPF.

INTRODUÇÃO

Durante o período de internação hospitalar, dependendo do quadro geral do paciente e das condições clínicas, os pacientes podem sofrer algumas alterações funcionais, como limitações para a ingestão por Via Oral (VO) de alimentos, o que leva ao uso de uma Via Alternativa de Alimentação (VA), a fim de garantir uma ingestão segura e de aporte nutricional adequado (1).

Sentir aromas e sabores que despertam os sentidos ao degustar um prato elaborado é um dos maiores prazeres do ser humano e lhe garante a manutenção da vida. No entanto, esse prazer pode ser interrompido em virtude de um distúrbio de deglutição, por consequência de patologias de origem mecânica, neurogênica, psicogênica ou medicamentosa, denominado de disfagia. Sendo assim, cabe ao fonoaudiólogo especialista dos distúrbios da deglutição reunir todas as informações necessárias de cada área, para realizar um trabalho adequado às necessidades do paciente e para que seu quadro não fique ainda mais complexo (2).

Desse modo, o fonoaudiólogo ingressa no atendimento hospitalar, em uma equipe, atuando de forma multidisciplinar e interdisciplinar, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, a partir do gerenciamento da deglutição e da comunicação, de maneira segura e eficaz. Com isso, a contribuição do fonoaudiólogo busca ampliar as perspectivas prognósticas, visando tanto à diminuição do tempo de internação quanto à redução de novas internações decorrentes da pneumonia aspirativa, contribuindo, assim, para uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes (3,4).

O presente trabalho tem, então, como finalidade verificar os benefícios do tratamento fonoaudiológico hospitalar aos pacientes em uso de via alternativa de alimentação.

METODOLOGIA

O estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição de Educação Superior Universidade de Passo Fundo, sob o nº 014783/2016. O trabalho foi desenvolvido segundo declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg, a Declaração de Helsinque e a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

O presente artigo é um estudo transversal, de caráter qualitativo e quantitativo, desenvolvido em um hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul, utilizando o banco de dados dos serviços de nutrição e de fonoaudiologia.

Realizou-se análise de 288 prontuários de pacientes adultos, com idades entre 18 e 90 anos, em uso de via alternativa de alimentação, internados no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. A caracterização da população em uso de via alternativa de alimentação foi determinada quanto à idade, ao sexo, ao tempo de internação, à doença de base de ordem neurológica, respiratória, gastrointestinal, cardiovascular, trauma, oncológica e outros (Sepse, desnutrição, doenças renais, hepáticas), VA de alimentação utilizada Sonda Nasogástrica (SNG), Sonda Nasoentérica (SNE) ou Gastrostomia/Jejunostomia, justificativas para uso de VA, como sonolência, grave estado geral, desnutrição, desorientação, dificuldade de deglutição e outros, ocorrência de pneumonia, evolução para alta ou óbito, e VA na alta hospitalar sendo VO exclusiva, VO com sonda, SNG/SNE ou Gastrostomia/Jejunostomia.

A amostra foi dividida em dois grupos, sendo um composto por sujeitos que tiveram acompanhamento fonoaudiológico (CAF) e o outro por sujeitos que não tiveram acompanhamento fonoaudiológico (SAF).

Os critérios de inclusão adotados para este estudo foram: prontuários de sujeitos internados nas enfermarias adultas e CTI central, de ambos os gêneros, entre 18 e 90 anos de idade, em uso de via alternativa de alimentação, independentemente da doença de base. Foram excluídos os prontuários incompletos quanto às variáveis adotadas pelo estudo.

Os resultados foram reunidos e compilados em uma planilha de trabalho, assim foram avaliados em medidas de tendência central (média), e medidas de dispersão (desvio-padrão), sendo, posteriormente, expressos em termos percentuais ou médios.

Foram aplicados testes estatísticos para determinação de distribuição normal mediante testes de Shapiro-Wilk. Para amostras de distribuição não gaussiana (não normal), foram aplicados testes não paramétricos de Kruskal-Wallis. Para comparação de grupos, considerou-se $p<0,05$ como estatisticamente significante.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 288 pacientes, sendo 57% (163) do sexo masculino e 43% (125) do sexo feminino.

Dos 288 pacientes, 32,6% (94) tiveram acompanhamento fonoaudiológico e pertencem ao grupo denominado CAF, e 67,4% (194) não tiveram acompanhamento fonoaudiológico e pertencem ao grupo denominado

Tabela 1 – Amostra estratificada por faixas etárias, comparando os grupos Com Acompanhamento Fonoaudiológico (CAF) e Sem Acompanhamento Fonoaudiológico (SAF).

	Acompanhamento Fonoaudiológico	
	Sem Acompanhamento Fonoaudiológico	Com Acompanhamento Fonoaudiológico
Idade		
<30 anos	22 (11,3%)	4 (4,2%)
31 a 60 anos	62 (40%)	32 (34,1%)
>61 anos	110 (56,7%)	58 (61,7%)
Total	194	94
Tempo médio	60,60±19	63,08±16

SAF. Para facilitar a análise descritiva dos dados, as idades passaram por estratificação, conforme apresenta a Tabela 1.

O Gráfico 1 mostra as doenças de base dos pacientes da amostra. Prevaleceram no grupo CAF as doenças de base de origem neurológica e pulmonar. No grupo SAF, houve prevalência das doenças de base de ordem oncológica e neurológica.

O Gráfico 2 apresenta a ocorrência de Pneumonia (PNM) em pacientes do grupo CAF e SAF, nos quais não houve diferença estatisticamente significativa (p<1,00). No grupo CAF, o índice de pneumonia foi de 31,9% (30 pacientes), e no grupo SAF, foi de 28,4% (55 pacientes).

Com relação ao tempo de internação, de acordo com o Gráfico 3, observou-se significância estatística quando comparados os grupos CAF e SAF (p < 0,002).

Quanto ao desfecho do paciente, foi possível verificar que ocorreu uma diferença estatisticamente significante (p<0,001) no que diz respeito à evolução do sujeito à alta hospitalar ou óbito.

O Gráfico 4 evidencia a via de alimentação dos grupos CAF e SAF na alta hospitalar.

DISCUSSÃO

Estudos envolvendo pacientes submetidos ao atendimento fonoaudiológico hospitalar para disfagia mostraram que a faixa etária predominante foi acima de 60 anos (5,6,7), concordando com esta pesquisa, a qual evidenciou que a média de idade do grupo CAF foi de 63,08 anos.

Cabe ressaltar que o fato de a população predominante dos estudos ser de indivíduos acima de 60 anos de idade reforça o efeito do envelhecimento no processo de deglutição, bem como a associação a alterações de saúde, o que torna o mecanismo biológico mais vulnerável a distúrbios como disfagia (8,9).

A doença de base com maior prevalência nos pacientes em atendimento fonoaudiológico hospitalar é a de ordem

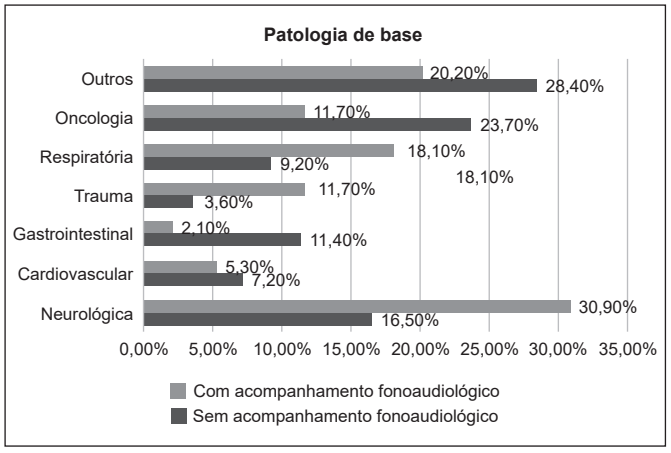


Gráfico 1 – Prevalência das patologias de base, comparando os grupos de estudo Com Acompanhamento Fonoaudiológico (CAF) e Sem Acompanhamento Fonoaudiológico (SAF).

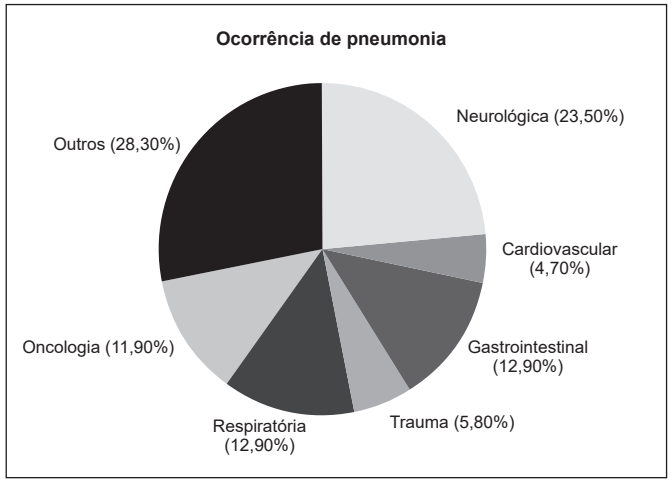


Gráfico 2 – Ocorrência de pneumonias por doença de base na amostra.

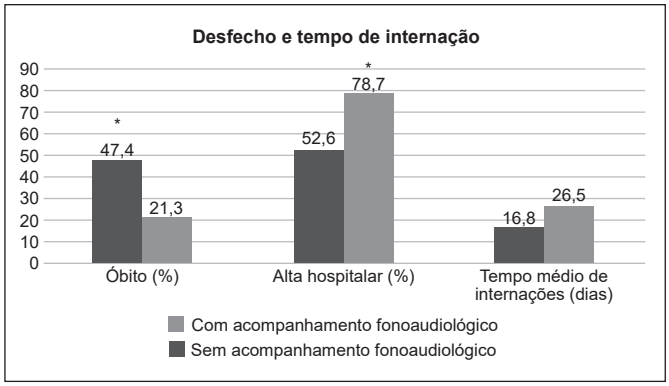


Gráfico 3 – Tempo de internação em dias e evolução do paciente para alta e óbito, comparando os grupos Com Acompanhamento Fonoaudiológico (CAF) e Sem Acompanhamento Fonoaudiológico (SAF).

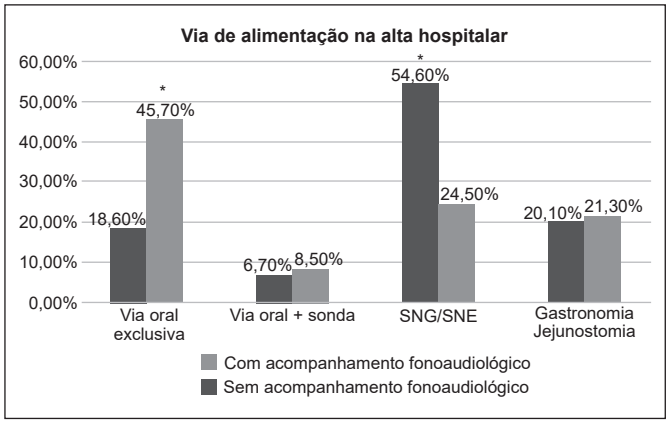


Gráfico 4 – Via de alimentação no momento da alta hospitalar, comparando os grupos Com Acompanhamento Fonoaudiológico (CAF) e Sem Acompanhamento Fonoaudiológico (SAF). *p<0,05

neurológica (5,6,10) e, nesta pesquisa, pôde-se confirmar tais achados, visto que, no grupo CAF, o diagnóstico mais prevalente foi o de origem neurológica, ficando a doença pulmonar em segundo lugar.

Este estudo, ao evidenciar que as patologias de base em que mais ocorre pneumonia são de origem neurológica, concorda com os resultados encontrados por um estudo (11) que concluiu que pacientes com doenças cerebrovasculares complicados por disfagia e por uso de sonda nasoenteral apresentam um maior índice de pneumonia.

Os achados de alguns autores (12,13) indicam que os principais fatores de risco para a ocorrência de pneumonias aspirativas podem estar relacionados ao uso de sonda, à falta de higiene intraoral, pois, mesmo com via oral suspensa, o paciente pode apresentar risco de aspiração de saliva e, desse modo, maximizar os riscos de infecção pulmonar. Logo, este trabalho sugere que tal situação pode estar relacionada com a permanência dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que não foram separados os dados dos pacientes internados nesta unidade ou em enfermarias.

Em uma retrospectiva de prontuários de pacientes com disfagia neurogênica acompanhados pelo Serviço de Fonoaudiologia, foi observada uma evolução das consistências alimentares na ingesta por via oral, com considerável redução da ocorrência de broncopneumonias (14). Nesta pesquisa, constatou-se a ocorrência de pneumonia em uma parcela da amostra estudada; no entanto, não foi possível verificar se houve ou não redução das broncopneumonias.

Para a obtenção dos dados deste trabalho, foram levadas em consideração as ocorrências de pneumonia sem distinção de etiologia, devido à ausência desta informação nos prontuários, ou seja, os números referentes à intercorrência englobam pneumonias aspirativas e pneumonias bacterianas. Além disso, foram consideradas para o estudo as pneumonias ocorridas antes do início do acompanhamento fonoaudiológico. Sendo assim, sugere-se que em um próximo estudo especifiquem-se a etiologia da PNM e o local de internação do paciente.

Nesta pesquisa, obtiveram-se 45,7% de VO exclusiva na alta hospitalar no grupo CAF e 18,6% no grupo SAF, concordando com outros autores que estudaram o benefício do acompanhamento fonoaudiológico durante o período de internação hospitalar (2) e observaram que 59% dos pacientes apresentaram capacidade independente de alimentação, tendo alta com VO liberada para todas as consistências, 36% obtiveram alta em condições de alimentação por VO, com restrições para algumas consistências, necessitando de complementação por meio de VA, porém com bom prognóstico de evolução para VO exclusiva, sendo orientados a manter acompanhamento fonoterápico, e apenas 5% dos pacientes obtiveram alta hospitalar sem condições de alimentação por VO (15).

O tempo médio de internação dos pacientes do grupo SAF foi menor em relação aos pacientes do grupo CAF. Esse resultado assemelha-se a um estudo (16) que obteve uma média de internação de 22,64 dias dos pacientes atendidos pelo setor de Fonoaudiologia.

Pacientes que recebem acompanhamento fonoaudiológico apresentam melhor evolução para dieta VO, bem como uma melhora significativa do grau da disfagia e, consequentemente, apresentam menor tempo de internação hospitalar, comprovando a importância da assistência fonoaudiológica em UTIs (15). Contudo, esse último dado veio de encontro aos dados desta pesquisa, tendo em vista que o grupo CAF apresentou maior tempo de internação. Esse resultado pode ter acontecido pelo fato de o fonoaudiólogo somente liberar alimentação por via oral quando existir segurança de não ocorrer pneumonia aspirativa. Essa situação pode manter o paciente internado por mais tempo, mas este aumento de tempo resultará em liberá-lo sem sonda, alimentando-se de modo seguro e eficiente.

Outra justificativa para o aumento do tempo de internação pode estar associada à elevada demanda de pacientes para um número restrito de fonoaudiólogos. Dessa maneira, o acompanhamento não pode acontecer de forma intensiva com todos os pacientes. Entretanto, o percentual de pacientes que evoluíram para a alta hospitalar no grupo CAF foi significativamente maior que no grupo SAF.

Mesmo não se tendo encontrado estudos referentes à evolução dos pacientes quanto à alta hospitalar ou óbito, esta pesquisa evidenciou que o grupo de pacientes que não teve acompanhamento fonoaudiológico apresentou um número maior de mortalidade em relação ao grupo que teve acompanhamento. Deve-se atentar que não se sabe a gravidade do paciente atendido do grupo SAF, podendo ser esta a causa de um número maior de óbitos. Cabe ressaltar que, se este grupo tivesse maior gravidade, o acompanhamento fonoaudiológico seria imprescindível.

A atuação do fonoaudiólogo dentro do ambiente hospitalar proporciona a redução de custos hospitalares, haja vista que, quando avaliados, diagnosticados e reabilitados quanto aos distúrbios de deglutição, diversos pacientes conseguem evoluir à dieta exclusiva por VO, não mais necessitado de VA, minimizado as complicações do estado geral (5,14,17,18,19).

É notável um grande impacto da atuação fonoaudiológica para os pacientes que, embora tenham permanecido mais tempo internados, têm melhora na qualidade de vida e redução de custos com dieta especial. Também, para o hospital há a diminuição no gasto com sondas e exames e, ainda, para o Estado, que não necessita fornecer dietas especiais para alimentação via enteral. Nesta pesquisa, a maior parte dos pacientes do grupo CAF teve alta com VO exclusiva.

Com relação à VA de alimentação na alta hospitalar, tanto o grupo CAF como o grupo SAF obtiveram percentual semelhante de uso de gastrostomia/jejunostomia. Pacientes com prognóstico reservado, sem possibilidade de liberação de dieta por VO exclusiva, têm indicação do uso desta VA, a fim de manter a nutrição do paciente. O acompanhamento fonoaudiológico auxilia a decisão da

VA nestes casos, incluindo a indicação e programação de gastrostomia e manutenção desta, prevenindo a ocorrência de broncoaspiração em casos de disfagia grave (5).

CONCLUSÃO

O acompanhamento fonoaudiológico aumentou o tempo de internação quando comparado ao grupo SAF, porém evidenciou uma redução da mortalidade e maior ocorrência de alta hospitalar com dieta via oral exclusiva. Sendo assim, pode-se constatar a evidente importância do acompanhamento fonoaudiológico em pacientes em uso de via alternativa de alimentação.

REFERÊNCIAS

1. Leite HP, Carvalho WB, Santana e Meneses JF. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. Rev. Nutr. 2005; 18(6):777-84;
2. Abdulmassih EMS, Macedo Filho ED, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de Pacientes com Disfagia. Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol. São Paulo, v.13, n.1, p. 55-62, 2009;
3. Hinchey JA, Shepard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Stroke Practice Improvement Network Investigators. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke. 2005;36(9):1972-6;
4. Smith Hammond CA, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006;129(1 Suppl):154S-168S;
5. Nogueira, SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 94-104, Fev. 2013;
6. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. Rev. Codas, 2013; 25 (1): 1-7;
7. Mourão AM, Stela MAL, Almeida EO, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequência e fatores associados à disfagia após acidente vascular cerebral. Rev. Codas, 2016; 28 (1): 66-70;
8. Suzuki HS, Nasi A, Ajzen S, Bilton T, Sanchas EP. Avaliação clínica e videofluoroscópica de pacientes com distúrbio de deglutição – estudo comparativo em dois grupos etário: adultos e idosos. Arq. Gastroenterol. 2006; 43(3)**:** 201-5;
9. Fiorese AC, Bilton T, Venites JP, Sanches EP. Estudo das alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngea da deglutição, entre 20 e 93 anos de idade, avaliados pela videofluoroscopia. Distúrbios da comunicação. Dezembro, 2004;16(3): 301-12;
10. Faria KCF, Pessoa ACN, Araújo LI, Paiva MLF. Perfil do paciente atendido pela fonoaudiologia na unidade de urgência e emergência de um hospital universitário. Rev. ACR, 2013; 18 (4): 308 – 13;
11. Gomes GF, Campos ACL, Pisani JC, Macedo Filho ED, Ribas Filho JM, Malafaia O, Czeczko NG. Sonda nasoenteral, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.16(4):189-192, out-dez. 2003;
12. Moraes AMS, Coelho WJP, Castro G, Nemr K. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. Rev CEFAC, São Paulo, v.8 n.2, 171-177, abr-jun, 2006;
13. Xerez DR, Carvalho YSV, Costa MMB. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. Radiol Bras. 2004; 37(1):9-14;
14. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. Ingesta Oral do paciente hospitalizado com Disfagia Orofaríngea. Rev. CEFAC. 2010 Nov-Dez; 12(6):964-70;
15. Turra GS. Intervenção fonoaudiológica em pacientes com disfagia, pós intubados e sem morbidades neurológicas [thesis]. Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013;
16. Santos MA. Caracterização de pacientes disfágicos atendidos pelo setor de fonoaudiologia / estágio em um hospital universitário / Maysa Andrade Santos; orientadora, Ana Maria Furkim – Florianópolis, SC, 2015. 69p;
17. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(1):89-94;
18. Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão oral como marcador. Rev CEFAC. 2008; 10 (4): 503-12;
19. Silva, RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2007;19(1) :123-30.

✉ Endereço para correspondência
Ronan Mattos Mezzalira
Rua Castanho da Rocha, 121 A
99.025-080 – Passo Fundo, RS – Brasil
☎ (54) 3314-2504
💻 ronan_mm@hotmail.com

Recebido: 30/7/2016 – Aprovado: 24/10/2016