

Artigos originais

Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de alagoas

Speech Therapy Practice in the Intensive Care Unit of a hospital of infectious diseases of Alagoas

Diêgo Lucas Ramos e Silva⁽¹⁾
Fabrício Osman Quixadá Lira⁽¹⁾
Julio Cesar Cavalcanti de Oliveira⁽¹⁾
Marisa Siqueira Brandão Canuto⁽²⁾

⁽¹⁾ Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – Uncisal, Maceió, Alagoas, Brasil.

⁽²⁾ Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Hospital Escola Dr. Hêlvio Auto e Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – Uncisal, Maceió, Alagoas, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Recebido em: 24/07/2015
Aceito em: 30/10/2015

Endereço para correspondência:
Marisa Siqueira Brandão Canuto.
Rua Ariosvaldo Pereira Cintra, nº 758,
Serraria, Condomínio Le Parc, bloco 01,
apartamento 05
Maceió – AL – Brasil
CEP: 57046-295
E-mail: marisasbc@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: descrever a atuação fonoaudiológica em Unidade de Terapia Intensiva no hospital de referência.

Métodos: a amostra foi composta por todos os registros no livro ata do local da pesquisa no período de 2014. Os dados foram coletados e tabulados em planilha Excel, analisado por meio de método estatístico e os resultados apresentados em gráficos e tabelas.

Resultados: da amostra de 166 pacientes, 77 tiveram intervenção fonoaudiológica, sendo 40 (51,9%) por meio de fonoterapia e 37 (48,1%) por meio de gerenciamento. Este número de pacientes assistidos pelo serviço de fonoaudiologia foi significativo, uma vez que em média o período de internação foi de vinte dias pela gravidade das patologias de base. A maioria dos pacientes que tiveram algum tipo de intervenção fonoaudiológica recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva sendo transferidos para outras unidades do hospital.

Conclusão: a fonoaudiologia tem uma atuação importante na Unidade de Terapia Intensiva favorecendo a possibilidade de alta dos pacientes internados nesta unidade.

Descritores: Fonoaudiologia; Unidades de Terapia Intensiva; Doenças Transmissíveis

ABSTRACT

Purpose: to describe the speech therapy in Intensive Care Unit of a main-hospital.

Methods: the sample consisted in all records of the minutes book of the research site in 2014. The period data was collected and tabulated in Excel®, analyzed using statistical methods and the results was presented in graphs and tables.

Results: in the sample of 166 patients, 77 has participated the research. 40 (51.9%) through speech therapy and 37 (48.1%) through monitoring. This number of patients assisted by speech therapy service was significant, once the average hospital stay was twenty days by the severity of the main-pathologies. Most patients that had some kind of speech therapy was discharged from the intensive care unit being transferred to other hospital units.

Conclusion: speech therapy was an important help in the Intensive Care Unit, making bigger the possibility of discharge

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Intensive Care Units; Communicable Diseases

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram implantadas no Brasil a partir de 1970 e com seu surgimento melhorou o atendimento a pacientes graves, que antes era realizado na enfermaria, com área física inadequada e escassez de recursos tecnológicos e humanos¹.

Os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos que necessitam de cuidados complexos e especializados. A realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva é permeada por variados sentimentos e emoções e a rotina exige uma excelente capacitação técnico-científica e preparo profissional para lidar com a perda, com a dor e com o sofrimento².

A fonoaudiologia teve uma inserção recente no ambiente hospitalar. A fonoaudiologia na UTI está inserida em diversas áreas de atuação, dentre elas UTI neonatal, pediátrica, coronariana, queimados, trauma e oncológica. A avaliação fonoaudiológica na UTI visa identificar as possíveis alterações funcionais que interferem na fase oral e faríngea da deglutição. Para uma avaliação clínica fidedigna, é necessária a utilização de itens descritos na literatura, como o teste da água, a oximetria de pulso e ausculta cervical³.

No ambiente hospitalar, a reabilitação realizada por este profissional envolve a dificuldade de deglutir (disfagia) e os aspectos cognitivos e comunicativos. No caso da disfagia, considerando o acidente vascular encefálico, a intubação orotraqueal prolongada e a traqueostomia como fatores de risco³⁻⁵.

Em relação à comunicação de pacientes internados em UTI de doenças infecciosas, o fonoaudiólogo pode atuar avaliando, planejando e discutindo com os demais profissionais da equipe multiprofissional aspectos relacionados aos incentivos cognitivos bastante importantes para o paciente internado na UTI, considerando que pode favorecer as dificuldades dos indivíduos com desordens neurológicas⁶.

O fonoaudiólogo deve ser um profissional inserido em serviços de saúde que valorizem a assistência humanizada, uma vez que, o processo de humanização perpassa habilidades e atitudes comunicativas que são escopo e intervenção do fonoaudiólogo. Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) é base do sucesso de procedimentos terapêuticos e, principalmente, um exercício da cidadania⁷.

As doenças infecciosas estão entre as mais prevalentes nas Unidades de Terapia Intensiva. Infelizmente,

dados brasileiros fundamentados a respeito da prevalência de infecção em UTI são escassos⁸. Desta forma, informações sobre a atuação fonoaudiológica na reabilitação de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva em hospitais de doenças infectocontagiosas são praticamente inexistentes.

Desta forma o objetivo deste estudo foi descrever a atuação fonoaudiológica em Unidade de Terapia Intensiva no hospital de referência do Estado de Alagoas.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Uncisal com o número de protocolo 834.026 em 2014.

A pesquisa foi realizada em um Hospital Escola da Universidade de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas (UNCISAL), referência em doenças infectocontagiosas no estado. Foram incluídos os registros de todos os pacientes internos nesta unidade no período de janeiro a dezembro de 2014, a partir de 24 anos de idade, pois segundo descrição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹ caracterizam adultos e idosos. Abaixo dessa faixa etária, desvincula-se do perfil desta Unidade de Terapia Intensiva por caracterizar a população infanto-juvenil. Foram excluídos os pacientes que evoluíram a óbito após as primeiras 24h de internação.

Realizou-se coleta de dados em registros de livro ata correspondente ao período de Janeiro a Dezembro do ano de 2014 no local da pesquisa, considerando-se: o tempo de internação na UTI, as patologias de base, período de intervenção fonoaudiológica, definindo assim a caracterização da mesma.

Por ser uma pesquisa retrospectiva, na qual não houve identificação dos sujeitos internados, não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo solicitado declínio deste ao CEP. O local da pesquisa autorizou a realização desta.

Os dados foram coletados por meio de uma ficha estruturada para a aquisição das informações essenciais da pesquisa, a saber: tempo de internação, tempo de intervenção fonoaudiológica, hipóteses médicas de base, tipo de intervenção fonoaudiológica e desfecho da internação dos pacientes (Anexo 1), registrados em uma planilha eletrônica Excel (2007) e analisados por meio de método estatístico.

As variáveis foram descritas com distribuição de frequências. Foram construídas tabelas e gráficos. Para verificar a associação entre as variáveis intervenção

fonoaudiológica, por meio de fonoterapia ou gerenciamento fonoaudiológico, entendendo-se este como um acompanhamento do quadro disfágico do paciente, e o desfecho da internação dos pacientes foi aplicado o teste qui-quadrado para dois grupos independentes (com e sem intervenção fonoaudiológica). O nível de significância de 0,05 foi aceito para rejeitar a hipótese de nulidade.

RESULTADOS

Foram selecionados para este estudo 183 registros de pacientes presentes no livro ata de ocorrência da Fonoaudiologia do ano de 2014. Entretanto, 17 desses registros foram excluídos da pesquisa pelo fato dos pacientes terem entrado em óbito em menos de 24h de internação na UTI infecto-contagiosa. Desta forma, apenas 166 registros de pacientes foram analisados neste trabalho, sendo 77 (46,4%) de pacientes com intervenção fonoaudiológica e 89 (53,6%) de pacientes sem intervenção fonoaudiológica segundo registros do livro ata.

Quanto ao tempo de internação na UTI, foi observado que 160 pacientes permaneceram menos de 1 mês internados na UTI, no qual, dos 77 pacientes atendidos pelo fonoaudiólogo, 72 (93,5%) ficaram internados neste período e 5 (6,5%) entre 1 e 3 meses. Dos 89 pacientes que não tiveram intervenção do fonoaudiólogo, 88 (98,9%) ficaram internados em menos de 1 mês e apenas 1 paciente (1,1%) entre 1 e 3 meses. O predomínio do tempo de internação ser menor que 1 mês ocorreu devido ao fato de que os pacientes que eram atendidos pela fonoaudiologia recebiam alta da UTI e, no caso daqueles que não tinham intervenção do fonoaudiólogo, por se encontrar em grave estado geral, inviabilizando a intervenção. Em nenhum dos grupos, houve registro de pacientes que tenham ficado internado em um período compreendido entre 4 e 6 meses ou acima de 7 meses.

Quanto à hipótese diagnóstica médica, foi observada a presença de 4 patologias de base que foram mais registradas entre os 77 pacientes com intervenção fonoaudiológica, sendo a SIDA acometendo 27 pacientes (55,8%) e a tuberculose acometendo 20 pacientes (35%) as mais frequentes. Além disso, foram encontrados registros de 13 pacientes (16,8%) acometidos pela meningite e 3 pacientes (3,8%) com tétano, também foram registradas outras patologias de base menos frequentes (filariose, leptospirose, dengue hemorrágica, vírus influenza de subtipo A -H1N1, hepatopatia, encefalite, ascite, entre outras) que

acometeram um total de 43 pacientes (55,8%) e que foram reunidas em um único grupo. Algumas doenças oportunistas também foram registradas, sendo a toxoplasmose cerebral a mais frequente acometendo 14 pacientes (17,8%), seguida da tuberculose que acometeu 7 pacientes (8,8%) e a candidíase que acometeu 5 pacientes (6,5%). Todas estas doenças estavam associadas à SIDA.

Nos pacientes que não tiveram intervenção fonoaudiológica, foram observadas 5 patologias de base que foram mais registradas entre os 89 pacientes, sendo as mais frequentes: tuberculose que atingiu 29 pacientes (32,5%) e SIDA que também acometeu 29 pacientes (32,5%). Além disso, foram encontrados registros de 10 pacientes (11,2%) acometidos pela meningite, 8 pacientes (8,9%) acometidos pela leptospirose e 2 pacientes (2,2%) com tétano. Outras patologias menos frequentes também foram registradas (dengue, acidente ofídico, endocardite, câncer de útero, esofagite, hidrocefalia, hepatopatia, entre outras) acometendo um total de 62 pacientes (69,6%) e sendo reunidas em um único grupo. Algumas doenças oportunistas foram registradas, sendo a toxoplasmose cerebral a mais frequente aparecendo em 15 pacientes (21,3%), seguida da tuberculose que acometeu 10 pacientes (16,8%) e a candidíase que acometeu 8 pacientes (9%). Todas estas doenças estavam associadas à SIDA.

Vale ressaltar que mais de uma hipótese diagnóstica médica foi registrada em um mesmo paciente nos casos de HIV soropositivos, reforçando a imunossupressão destes.

A fonoterapia foi o tipo de intervenção fonoaudiológica que predominou na maioria dos pacientes assistidos pelo fonoaudiólogo na UTI de doenças infecto-contagiosas. Dos 77 pacientes, em 40 (51,9%) foi realizada fonoterapia e 37 (48,1%) foi realizado monitoramento (Tabela 1). Na fonoterapia era realizada estimulação sensorio motora oral com exercícios para adequação de tônus, sensibilidade e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios (OFA's), além de estimulação da linguagem em pacientes com SIDA associada à neurotoxoplasmose. Nos pacientes após ventilação mecânica invasiva e em alguns casos de tuberculose, também foram trabalhados aspectos de voz como a qualidade vocal na escala que considera grau de rouquidão-R, grau de aspereza-A, grau de sopro-sidade-S, grau de astenia-A, grau de tensão-T e grau de instabilidade-I (RASATI), *pitch* (sensação de frequência- grave/agudo) e *loudness* (sensação de intensidade- baixo/alto).

Tabela 1. Tipo de intervenção fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva infecto-contagiosa

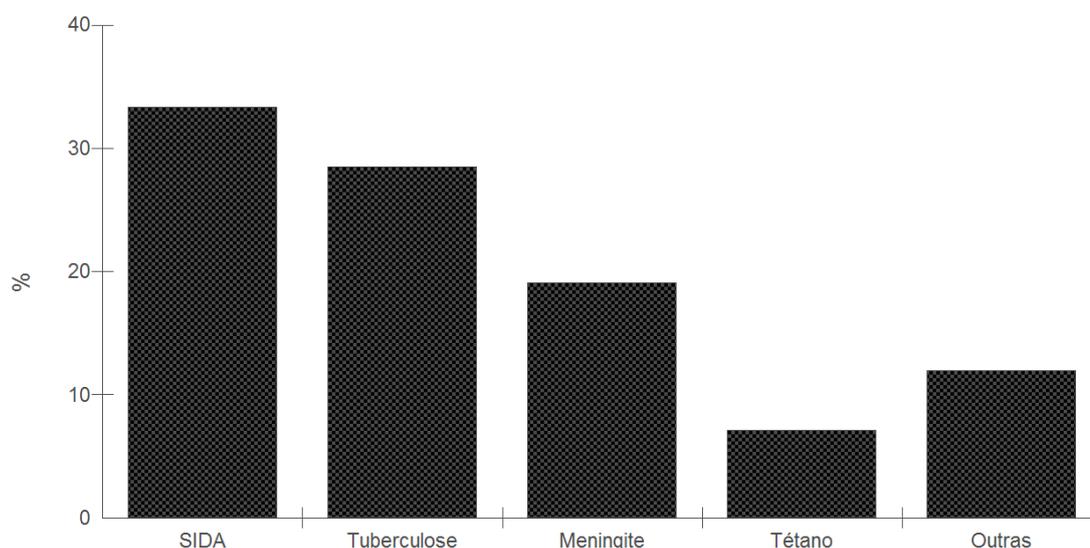
	N	%
Fonoterapia	40	51,9
Gerenciamento	37	48,1

N= número de pacientes %= porcentagem

O gerenciamento ocorreu em pacientes que foram avaliados e não apresentaram demanda fonoaudiológica, permanecendo em observação enquanto internos para acompanhamento da integridade das

funções oromotoras e outros estavam em grave estado geral decorrentes de um maior número de doenças oportunistas ou admitidos na UTI em franca insuficiência respiratória evoluindo para intubação orotraqueal.

Nos 40 pacientes que tiveram intervenção fonoaudiológica as doenças de base predominantes foram SIDA (n= 14; 33,3%) e meningite (n= 12; 28,5%), sendo que este tipo de intervenção também ocorreu em alguns pacientes com tuberculose (n= 8; 19,1%), em todos os pacientes com tétano (n= 3; 7,1%) e em outras patologias de base como H1N1, filariose, ascite, hepatopatia, encefalopatia (n= 5; 12%) (Figura 1).

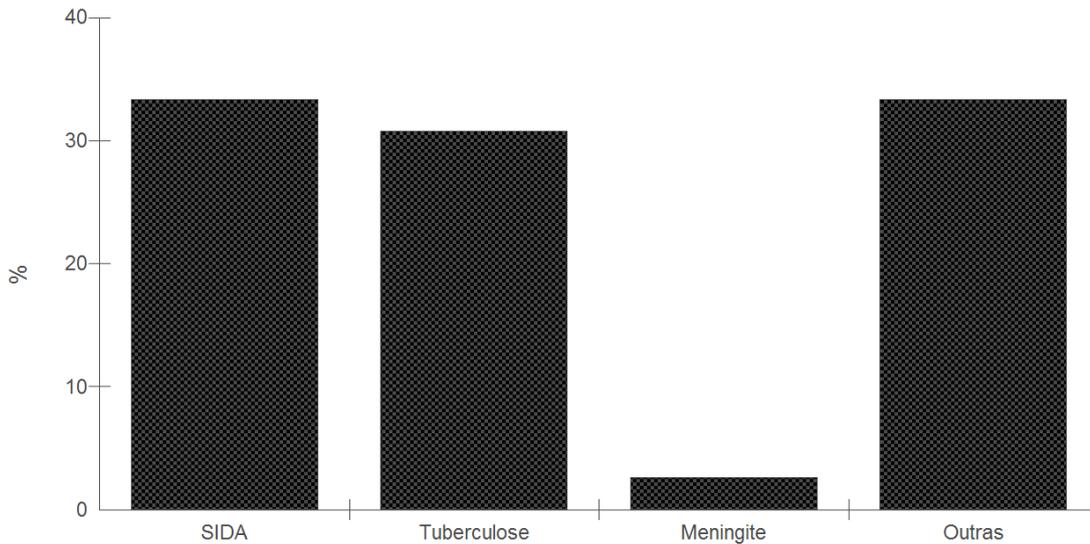


Outras: H1N1, filariose, ascite, hepatopatia e encefalopatia.

Figura 1. Intervenção fonoaudiológica: fonoterapia x patologias de base

Nos 37 pacientes que tiveram gerenciamento as doenças de base mais frequentes foram SIDA (n= 13; 33,3) e tuberculose (n= 12; 30,8%), sendo observado este tipo de intervenção em um paciente com meningite (n= 1; 2,6%) e em outras patologias de base como leptospirose, doença pulmonar obstrutiva crônica, hepatite entre outras (n= 13; 33,3%) (Figura 2).

A maioria dos pacientes que tiveram algum tipo de intervenção fonoaudiológica recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva sendo transferidos para outras unidades do hospital. Na análise estatística com o teste Qui Quadrado, esse achado foi altamente significativo ($p < 0,000$) demonstrando que existe uma relação importante entre a intervenção fonoaudiológica e o destino e sobrevivência dos pacientes que estão internados na UTI de doenças infecto-contagiosas (Tabela 2).



Outras: Leptospirose, doença pulmonar obstrutiva crônica e hepatite.

Figura 2. Intervenção fonoaudiológica: gerenciamento x patologias de base

Tabela 2. Relação entre a intervenção fonoaudiológica com o destino dos pacientes na unidade de terapia intensiva de doenças infecto-contagiosas

	Com intervenção fonoaudiológica		Sem intervenção fonoaudiológica		P valor
	N	%	N	%	
Alta	53	68,8	25	28,1	P<0,000
Óbito	24	31,2	64	71,9	

N = Número de pacientes

% = valor percentual

*Teste qui quadrado, P valor = Probabilidade de significância < 0,05

DISCUSSÃO

A atuação do fonoaudiólogo em hospitais possibilita uma avaliação precoce e um diagnóstico diferencial nos casos de disfagia, tendo como objetivo a prevenção, assim como evitar e/ou minimizar complicações clínicas ao paciente¹⁰.

A participação desses profissionais na equipe multidisciplinar objetiva a prevenção e redução de complicações decorrentes das alterações no sistema estomatognático, contribuindo assim para a redução do tempo de internação e da taxa de re-internações por complicações⁵.

O tempo de internação dos pacientes na UTI de doenças infecciosas na pesquisa foi menor que 1 mês, de forma semelhante foi observado em estudos em pacientes HIV positivos no qual tiveram um tempo médio de internação no hospital de doenças infecto-contagiosas em aproximadamente 22 dias, coincidindo com um outro estudo realizado em uma UTI no Acre que evidenciou média de internação de 20 dias^{1,11}.

Tais relatos sugerem que não necessariamente o tipo de patologia determina o prolongamento da internação hospitalar, mas a criticidade do quadro geral.

Neste estudo, a fonoterapia foi o tipo de intervenção fonoaudiológica que predominou na UTI de doenças infecciosas. Na prática clínica é possível observar que a disfagia é uma manifestação frequente entre os pacientes na UTI corroborando com outra pesquisa realizada em uma UTI de um Hospital no Maranhão que observou a existência de alta incidência de quadros de disfagia orofaríngea nos pacientes internados¹². Sendo assim, a fonoterapia para ajustar os aspectos miofuncionais que repercutem na deglutição torna-se essencial para a reabilitação dos pacientes internados na UTI de doenças infectocontagiosas.

O gerenciamento também foi realizado nos pacientes com ventilação mecânica invasiva (VMI) via intubação orotraqueal considerando o grave estado geral desses pacientes e, associado, o menor tempo de internação, discordando com os resultados de

outro trabalho que observou que os pacientes em VMI com grave estado geral permanecem longo período em UTI, inviabilizando quaisquer tipo de atuação de reabilitação pela caracterização do quadro clínico⁵. Observa-se, portanto, concordância apenas na relação entre gravidade do quadro geral e inviabilidade de intervenção.

Neste estudo, a SIDA, tuberculose, meningite e tétano foram as patologias de base mais registradas nos pacientes atendidos pelo fonoaudiólogo na UTI.

A SIDA é uma síndrome causada pelo retrovírus da família *Retroviridae*, o HIV-1 e o HIV-2, que se manifesta por uma diminuição quantitativa e qualitativa dos linfócitos T. Os pacientes HIV positivos com manifestações de doença avançada frequentemente têm contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm⁴, aumento dos níveis plasmáticos de *ribonucleic acid* (RNA) do HIV, e as manifestações clínicas indicativas de grave imunocomprometimento¹³.

Nos pacientes com SIDA, observam-se lesões intra-orais, alteração do tônus, mobilidade, força e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios, repercutindo na adequação das funções estomatognáticas. Outros estudos também definem esta interpretação considerando a disfagia e as alterações de mastigação como condições marcantes dos pacientes com SIDA¹⁴.

Nos pacientes HIV positivos que apresentam comorbidades neurológicas associadas é importante à intervenção fonoaudiológica em virtude das repercussões orgânicas inerentes ao quadro, principalmente por ser a deglutição uma função de controle neurológico com considerável implicação no seu estado geral. Esta análise é reforçada pelo estudo de autores que afirmam que todos os pacientes HIV positivos que apresentam disfagia neurogênica tem diagnóstico confirmado de toxoplasmose cerebral no qual a atuação fonoaudiológica é fundamental visando adequação de consistência, temperatura, volume dos alimentos e posturas mais favoráveis a uma alimentação segura e eficiente¹⁵.

A tuberculose constitui uma doença infecciosa, cujo agente é o bacilo de Koch¹⁶. Tosse por mais de duas semanas, produção de catarro, febre, sudorese, cansaço, dor no peito, falta de apetite e emagrecimento são os principais sintomas da tuberculose. Nos casos mais avançados, pode aparecer escarro com sangue¹⁷.

Em pacientes portadores da tuberculose a terapia fonoaudiológica inclui técnicas inicialmente indiretas de estimulação da deglutição, passivas e ativas, treinamento vocal para aumento do tempo máximo de fonação e melhora da coordenação

pneumo-fonoarticulatória¹⁸. Neste estudo, a fonoterapia nos pacientes com tuberculose foi realizada com ênfase na motricidade orofacial por meio de técnicas indiretas e diretas para favorecer adequação dos órgãos fonoarticulatórios e suas funções; e naqueles submetidos à ventilação mecânica invasiva por tempo prolongado foram trabalhados aspectos na área da voz como adequação do *pitch*, elevação da *loudness*, melhora da qualidade vocal e coordenação pneumofonoarticulatória.

A meningite caracteriza-se por uma inflamação na meninge com etiologia definida por agentes bacterianos, fúngicos e virais, provocando amplo espectro de sinais e sintomas, tais como aumento da cefaléia, vômitos, rigidez na nuca, constipação e sinais neurológicos^{19,20}. Observou-se neste estudo alterações fonoaudiológicas com repercussões no tônus e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, dificuldade na função da deglutição e alterações vocais. Desta forma, realizaram-se técnicas de terapia indiretas ou diretas de acordo com o nível de consciência apresentado pelo paciente; bem como manobras posturais para auxiliar na deglutição eficiente e segura para manutenção da via oral de alimentação. Além disso, fez-se uso da terapia vocal para ajuste da qualidade vocal, *pitch* e *loudness*.

O tétano é uma doença infecciosa não contagiosa, causada pela tetanospasmina (TS) produzida por cepas toxigênicas da bactéria *Clostridium tetani*. A infecção geralmente ocorre pela introdução de esporos do *Clostridium*. A TS impede a liberação de neuromediadores inibitórios que atuam no motoneurônio inferior aumentando sua frequência de disparos. Clinicamente, a liberação de disparos do motoneurônio inferior manifesta-se por hipertonia muscular, e por espasmos musculares aos estímulos sensoriais, principalmente visuais e auditivos. A musculatura mais frequentemente e precocemente acometida no tétano é a musculatura proximal, com riso sardônico, trismo, rigidez de nuca e engasgos⁵.

O tétano é uma patologia de base no qual o fonoaudiólogo tem importante atuação considerando que as dificuldades na deglutição e fonação, trismo e sialorréia são alguns dos sintomas encontrados nos pacientes com esta patologia nas Unidades de Terapia Intensiva⁵. Neste estudo a intervenção do fonoaudiólogo reforçou os relatos literários, enfatizando a adequação do tônus da musculatura orofacial com relaxamento e alongamento da musculatura responsável pela abertura mandibular, exercícios favorecedores da articulação

da fala e manobras posturais para efetivar a deglutição. Além da terapia vocal após intubação orotraqueal e posterior traqueostomia para favorecer regularidade vibratória de pregas vocais e proteção de vias aéreas inferiores.

Apesar dos progressos alcançados no tratamento e controle da infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) persiste como uma das principais causas de morte no mundo, além disso, infecções oportunistas permanecem sendo a maior causa de hospitalização e morte em pessoas vivendo com HIV/SIDA²¹.

No estudo, as doenças oportunistas associadas ao HIV/SIDA em pacientes com e sem intervenção fonoaudiológica foram, em ordem de prevalência, respectivamente: toxoplasmose cerebral, tuberculose e candidíase corroborando com a literatura no qual é observado que essas doenças são as 3 coinfeções mais comuns em pacientes notificados com HIV/SIDA^{13,15}.

A coinfeção HIV e tuberculose é uma das principais responsáveis pelo acréscimo da morbidade e mortalidade em pacientes com imunodeficiência, pois se por um lado a infecção pelo HIV aumenta a ocorrência de tuberculose, por outro a tuberculose interfere diretamente na sobrevivência de pessoas com HIV, diminuindo-a^{12,22}. Tal evidência foi constatada pelo elevado número de óbitos nos pacientes que apresentaram as duas patologias associadas.

Segundo os dados do Ministério da Saúde a toxoplasmose cerebral é uma doença neurológica mais frequente em pacientes com SIDA, ocorrendo em 20-30% dos portadores de HIV²³. Os dados do estudo foram de encontro a estes achados com variação de 2% do menor valor da faixa percentual considerado pela OMS, a não coincidência pode ter sido influenciada pelo número absoluto dos internos da pesquisa.

As candidíases orais representam uma das lesões mais comuns em pacientes portadores do HIV/SIDA. Alguns estudos afirmam que mais de 75% dos pacientes infectados apresentam candidíase¹⁵, em discordância com os achados desta pesquisa, na qual a candidíase aparece como terceira coinfeção mais frequente em pacientes portadores do HIV/SIDA. Pode-se inferir que talvez tenha existido uso anterior de medicação para suavizar os sintomas desta comorbidade, uma vez que se caracteriza por manifestações físicas (em cavidade oral), portanto, lesão perceptível não necessariamente identificada por uma intervenção

médica prévia o que pode favorecer a automedicação em alguns indivíduos.

Quanto ao desfecho da internação dos pacientes, neste estudo a maioria dos pacientes com intervenção fonoaudiológica foi transferida para outras enfermarias do hospital. Evidencia-se o diferencial da intervenção fonoaudiológica na reabilitação destes pacientes, favorecendo a alta da UTI. Um estudo observou uma taxa de óbito maior comparada com a taxa de transferência em pacientes com HIV positivos num hospital de doenças infecciosas¹¹. Contudo essa não possuía o fonoaudiólogo em seu quadro clínico.

Ao serem admitidos na UTI os pacientes são classificados de acordo com seu estado. De uma maneira geral, os pacientes considerados em estado regular são aqueles cujas funções vitais estão alteradas, porém, existe estabilidade hemodinâmica. Os pacientes considerados com estado geral comprometido são aqueles em que há estabilidade hemodinâmica, porém, cursam com alterações refratárias das funções vitais. Pacientes em estado geral grave se encontram em instabilidade hemodinâmica²⁴. O obstáculo na atuação fonoaudiológica se caracteriza apenas pela inviabilidade de intervenção nos casos graves que poderia determinar uma piora na instabilidade hemodinâmica.

Constatou-se que na atuação fonoaudiológica nesta UTI predominou a organização da musculatura orofacial e cervical, e identificação das alterações da função de deglutição. Desta forma, foi proporcionada reabilitação e condução da alimentação por via oral. É importante ressaltar a reabilitação vocal e os incentivos cognitivos, principalmente nos casos com repercussões respiratórias e neurológicas.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa foi possível identificar a SIDA, tuberculose, meningite e tétano como as patologias de base que mais acometem os pacientes assistidos pelo fonoaudiólogo na UTI de um hospital de doenças infectocontagiosas. Sendo o único obstáculo à intervenção fonoaudiológica o grave estado geral de alguns pacientes, que determina inviabilidade da atuação, pela possibilidade de agravamento do quadro em virtude da instabilidade hemodinâmica.

A proposta de reabilitação mais utilizada foi a fonoterapia com ênfase na organização da musculatura orofacial e cervical e reabilitação das alterações de deglutição no caso de SIDA e meningite; e reabilitação vocal e das alterações de deglutição nos casos de tuberculose e tétano.

Portanto, a atuação fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de doenças infectocontagiosas engloba aspectos de motricidade orofacial e disfagia como áreas de reabilitação mais utilizadas, favorecendo a alta dos pacientes internos nesta unidade.

REFERÊNCIAS

1. Acuña K, Costa E, Grover A, Camelo A, Junior RS. Características clínico-epidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007;19(3):304-9.
2. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2005;13(2):145-50.
3. Padovani AR, Andrade CRF. Perfil funcional da deglutição em unidade de terapia intensiva clínica. *Einstein*. 2007;5(4):358-62.
4. Canuto MSB, Pereira RJS. Fonoaudiologia e disfagia em ambiente hospitalar. *Rev. intensiv*. 2011;6:28-34.
5. Mangilli LD. Disfagia e tétano: caracterização fonoaudiológica de pacientes em UTI [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
6. Celín SH, Gobbi FHA, Lemos SMA. Fonoaudiologia e humanização: percepção de fonoaudiólogas de um hospital público. *Rev CEFAC*. 2012;14(3):516-27.
7. Gonçalves MJ. O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar? *Mundo Saúde*. 2008;32(1):79-84.
8. Lisboa T, Faria M, Jorge A, Borges LAA, Gómez J, Schifelbain L et al. Prevalência de infecção nosocomial em Unidades de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007;19(4):414-20.
9. Henriques FA. O aprendizado após a juventude: discutindo o conceito de “adulto” e as tendências pedagógicas modernas. 2a ed. Vila Velha: FACEVV; 2009.
10. Drozd DRC, Costa CC, Jesus PRO, Trindade MS, Weiss G, Neto ABM et al. Análise da fase faríngea da deglutição em portadores de tosse crônica. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2012;16(4):502-8.
11. Perrut JF, Santos EP, Oliveira BR, Carneiro ACLL, Oliveira GL, Júnior ABE et al. Risco nutricional e sua associação com o tempo e desfecho da internação de pacientes com AIDS em um hospital de referência em infectologia de Belo Horizonte. *Espaç. Saúde*. 2014;15(1):57-65.
12. Moraes MAS, Coelho WJP, Castro G, Nemr K. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev CEFAC*. 2006;8(2):171-7.
13. Soares MT, Pinheiro JBF, Freitas CHSM, Smith AAF, Moreira EFR. Prevalência das coinfeções em pacientes notificados com Aids no centro de referência na Paraíba. *Rev. Bras. Cienc. Saude*. 2014;18(1):5-12.
14. Martins MR, Capistrano SFS, Pacheco MTT. O perfil da disfagia em pacientes com AIDS. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de pós-graduação; 2008. Out 27/Nov 02; Universidade do Vale da Paraíba. São Paulo: 2008. p.1-4.
15. Araújo DR, Bicalho JCS, Francesco, RD. Disfagia em pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS. *Rev CEFAC*. 2005;7(1):42-9.
16. Ribeiro KCS, Lima KMSR, Loureiro AD. Coinfecção hiv/tuberculose (mal de pott) um estudo de caso. *DST, J. Bras. Doenças Sex. Transm*. 2009;21(2):83-6.
17. Drauzio Varella. Sinais e sintomas da tuberculose: São Paulo [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br>
18. Efsen AMW, Panteleev AM, Grint D, Podlekareva DN, Vassilenko A, Rakhmanova A et al. TB meningitis in HIV-Positive patients in Europe and Argentina: clinical outcome and factors associated with mortality. *Biomed Res. Int.* [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 Apr 20]; 2013(2013): [about 9 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/373601>.
19. Fiorillo AM, Lima RHP, Martinez R, Levy CE, Takayanagui OM, Neto JB. Meningite criptocócica: aspectos clínicos, evolutivos e histopatológicos segundo a condição predisponente. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 1990;23(1):19-25.
20. Mendonça JS - Meningoencefalite tuberculosa. In: Rodrigues EAC. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p.3-27.
21. Coelho L, Veloso VG, Grinsztejn B, Luz PM. Trends in overall opportunistic illnesses, Pneumocystis carinii pneumonia, cerebral toxoplasmosis and Mycobacterium avium complex incidence rates over the 30 years of the HIV epidemic: a systematic review. *Braz. J. Infect. Dis*. 2014;18(2):196-210.

22. Santos RP, Deutschendorf C, Scheid K, Goldani LZ. In-hospital mortality of disseminated tuberculosis in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Clin. dev immunol.* [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 Apr 22]; 2011(2011): [about 6 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/120278>.
23. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
24. Bezerra GKA. Unidade de Terapia Intensiva – Perfil das admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. *Rev. Bras. Cienc. Saúde.* 2012;16(4):491-6.

Anexo 1

FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Registro: _____ Gênero: _____

Data: _____ Mês: _____

1 – Número de pacientes internos _____

2 – Tempo de internação do paciente:

 menor que 1 mês Entre 1 e 3 meses Entre 4 e 6 meses Entre 7 e 9 meses Entre 10 e 12 meses

3 – Tempo de intervenção fonoaudiológica junto ao paciente:

 menor que 1 mês Entre 1 e 3 meses Entre 4 e 6 meses Entre 7 e 9 meses Entre 10 e 12 meses

4 – Hipótese diagnóstica médica de base:

 Tuberculose SIDA Tétano Meningite Outras

5 – Tipo de intervenção fonoaudiológica:

 Fonoterapia _____ Monitoramento _____