



Indicadores assistenciais do serviço de fonoaudiologia para o monitoramento de pacientes disfágicos

Assistive indicators in the speech-language pathology service for monitoring dysphagic patients

Indicadores asistenciales del servicio de fonoaudiología para el monitoreo de pacientes disfágicos

Laine Juciele Sousa¹, Monique Kelly Duarte Lopes Barros¹, Danila Lorena Nunes dos Santos¹, Gleidison Andrade Costa¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o uso de indicadores assistenciais do serviço de Fonoaudiologia para o monitoramento de pacientes disfágicos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e quantitativo, com base em prontuários eletrônicos de pacientes internados e as respectivas planilhas de produtividade do período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023. Foram analisados dados sociodemográficos e indicadores dos processos através do teste de Kappa e IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0, a qual adotou-se nível de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram incluídos 188 pacientes, entre estes 59% eram do sexo feminino, com idade média de 52,25 anos. Observou-se que 25,5% realizaram cirurgias neurológicas, 12,2% múltiplos diagnósticos, 9,0% cirurgias do aparelho digestivo e 8,0% cirurgias urológicas. O índice de avaliação da deglutição foi de 0,302, o índice de atendimento por paciente foi de 3,86. Analisou-se que os riscos iniciais de disfagia (47,9%) e broncoaspiração (44,1%), em resposta à intervenção fonoaudiológica apresentaram um nível de gravidade significativamente maior do que os finais (29,8% e 26,1% respectivamente). **Conclusão:** Os resultados deste estudo reforçam a relevância do uso de indicadores assistenciais para o monitoramento eficaz da disfagia em ambiente hospitalar, otimizando o processo de reabilitação e assistência de qualidade.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde, Resultado e avaliação de processos, Transtornos de deglutição, Unidades de Terapia Intensiva, Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the use of care indicators in Speech-Language Pathology services for monitoring dysphagic patients. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective, descriptive, and quantitative study based on electronic medical records of hospitalized patients and corresponding productivity spreadsheets from October 2022 to February 2023. Sociodemographic data and process indicators were analyzed using the Kappa test and IBM Statistical Package for the Social Sciences version 20.0, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The study included 188 patients, of whom 59% were female, with a mean age of 52,25 years. It was observed that 25.5% underwent neurological surgeries, 12.2% had multiple diagnoses, 9.0% had digestive system surgeries, and 8.0% had urological surgeries. The swallowing evaluation index was 0.302, and the patient care index was 3.86. Initial risks of dysphagia (47.9%) and bronchoaspiration (44.1%) were

¹ Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), São Luís - MA.

significantly higher than final risks (29.8% and 26.1%, respectively) following speech-language therapy interventions. **Conclusion:** The results of this study reinforce the relevance of using care indicators for effective monitoring of dysphagia in a hospital environment, optimizing the rehabilitation process and quality care.

Keywords: Quality indicators in health care, Process evaluation and outcome, Swallowing disorders, Intensive Care Units, Speech-language pathology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el uso de indicadores asistenciales del servicio de Fonoaudiología para el monitoreo de pacientes disfágicos. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y cuantitativo, basado en registros clínicos electrónicos de pacientes hospitalizados y las respectivas hojas de productividad del período de octubre de 2022 a febrero de 2023. Se analizaron datos sociodemográficos e indicadores de procesos mediante la prueba de Kappa y el IBM Statistical Package for the Social Sciences versión 20.0, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 188 pacientes, de los cuales el 59% eran mujeres, con una edad promedio de 52,25 años. Se observó que el 25,5% se sometió a cirugías neurológicas, el 12,2% presentó múltiples diagnósticos, el 9,0% se sometió a cirugías del aparato digestivo y el 8,0% a cirugías urológicas. El índice de evaluación de la deglución fue de 0,302 y el índice de atención por paciente fue de 3,86. Se analizó que los riesgos iniciales de disfagia (47,9%) y broncoaspiración (44,1%), en respuesta a la intervención fonoaudiológica, presentaron un nivel de gravedad significativamente mayor que los finales (29,8% y 26,1% respectivamente). **Conclusión:** Los resultados de este estudio refuerzan la relevância del uso de indicadores asistenciales para el monitoreo eficaz de la disfagia en el ambiente hospitalario, optimizando el proceso de rehabilitación y la calidad de la atención.

Palabras clave: Indicadores de calidad en asistencia sanitaria, Evaluación y resultado de procesos, Trastornos de la deglución, Unidades de Cuidados Intensivos, Fonoaudiología.

INTRODUÇÃO

No âmbito hospitalar, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são espaços físicos diferenciados e de alto custo, constituídos de tecnologias avançadas, profissionais treinados, qualificados e dedicados ao atendimento de pacientes críticos, com potencial risco de morte e que necessitam de cuidados complexos e especializados (SILVA DLR, et al., 2016).

Nas UTI's, os enfermos internados apresentam elevados riscos de aspirações frequentes, devido à inúmeros fatores, que incluem o rebaixamento do nível de consciência, muitas vezes causados sob efeitos residuais ou excessivos de medicamentos (sedativos e analgésicos), instabilidade clínica grave, posição supina, imunodepressão, presença de traqueostomia, uso de sonda nasogástrica e/ou tubo endotraqueal (PADOVANI AR, et al., 2013).

Pacientes internados em UTI frequentemente desenvolvem disfagia, o que dificulta que alimentos, líquidos e comprimidos se movam efetivamente da boca para o estômago. As complicações desses distúrbios de deglutição podem ser devastadoras, incluindo aspiração, reintubação, pneumonia e hospitalização prolongada (MACHT M, et al., 2013).

A atuação fonoaudiológica nas UTI's embora seja relativamente recente, visa detectar precocemente a disfagia, a fim de prevenir suas complicações clínicas, minimizando os riscos da pneumonia aspirativa, bem como participação nas decisões dietéticas, garantindo via oral segura para manutenção da qualidade de vida, intervenções terapêuticas, contribuindo para o processo de reabilitação da deglutição, além de reduzir custos e acelerar a alta hospitalar (FAVERO SR, et al., 2017).

As intervenções fonoaudiológicas desenvolvidas nas UTI's devem ser precoces, mas não absolutamente voltadas para intervenção terapêutica. Consistem também, em realizar triagens nos grupos de risco para disfagia, traçar condutas expectantes por protocolo de segurança nos casos de pacientes críticos e instáveis, além de realizar o gerenciamento por meio de avaliações diárias, definindo quais as intervenções terapêuticas (terapia indireta e/ou terapia direta) para os pacientes indicados (FURKIM AM e RODRIGUES KA, 2014).

Dentro das instituições hospitalares, o indicador assistencial é definido como uma unidade que mensura quantitativos para monitorar e avaliar a qualidade das atividades dos serviços oferecidos à população. Dessa forma, a gestão com uso de indicadores vem tomando destaque e se consolidando em formato de protocolos institucionais e multiprofissionais, contribuindo para a melhoria da assistência ao paciente, identificando pontos críticos, padronizando medidas preventivas, traçando planos de contingências e minimizando perdas e danos para os pacientes, profissionais e os serviços de saúde. (FELDMAN LB, 2008; BARRIOS WD, et al., 2020).

A gestão do serviço de saúde no processo de tomada de decisões requer elevada responsabilidade e relevância social. Portanto, as planilhas de indicadores representam uma importante ferramenta utilizada para medir a qualidade na prestação do serviço, envolvendo estrutura, processo e resultado dos cuidados atribuídos, bem como, fornece o embasamento necessário para o planejamento, para a execução e avaliação das ações realizadas, propiciando melhorias à população, redução do grau de incerteza sobre sua situação de saúde e auxiliando na busca de possíveis soluções e providências (LIMA KWS, et al., 2015; SANTOS RS, et al., 2020).

No Brasil, diversos centros de referência em reabilitação fonoaudiológica já utilizam os indicadores assistenciais como recurso para identificar o tempo para avaliação e reintrodução de via oral e o tempo para retirada de via alternativa de alimentação, pretendendo quantificar os prazos e marcos de melhora do paciente disfágico (MORAES DP e ANDRADE CRFD, 2011; LARRÉ MC, et al., 2020).

Batista MMSL, et al. (2021) relatam em seu estudo a escassez de publicações sobre dados administrativos e/ou operacionais específicos do serviço de Fonoaudiologia brasileira e que em sua maioria, apontam dados genéricos de serviços locais ou de atuação do profissional em patologias específicas. Diante disto, é de extrema importância fomentar a existência de mais pesquisas sobre o uso de indicadores como instrumento de avaliação e fonte de dados para planejamento de um serviço de Fonoaudiologia, propõe-se, com este estudo, analisar o uso de indicadores assistenciais do serviço de Fonoaudiologia para o monitoramento de pacientes disfágicos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter retrospectivo, descritivo e quantitativo, que foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), na Unidade Presidente Dutra, no setor de Unidade de Tratamentos Intensivos Adulto.

A amostra foi composta pelos registros das planilhas de produtividade do período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023, com os dados consolidados dos atendimentos da equipe de fonoaudiologia. Os critérios de inclusão foram: pacientes internados no período estabelecido com dados completos nas planilhas, triados com ou sem risco disfágico e de broncoaspiração, e que tiveram a via oral solicitada para avaliação. Para critérios de exclusão, foram considerados: pacientes que tiveram alta da UTI com a dieta zero e que evoluíram a óbito durante a internação na UTI, mesmo os atendidos pela equipe de fonoaudiologia.

As variáveis que foram consideradas para caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos foram: idade, sexo, motivo de internação na UTI/ Especialidade médica, risco de broncoaspiração e tipo de intervenção fonoaudiológica. Para a caracterização do serviço, foram utilizados indicadores de processo, sendo eles: o Índice de Avaliação de Deglutição, o Índice de Atendimento por Paciente e a Taxa de Gravidade. Os cálculos destes indicadores seguiram as orientações de Moraes e Andrade (2011).

Para mensurar os resultados terapêuticos da atuação fonoaudiológica na UTI, foi considerado como indicador de resultado tempo para reintrodução de alimentação por via oral, que verificou o tempo (em dias) desde a primeira avaliação da deglutição até o início do processo de reintrodução de alimentação por via oral sendo demonstrado pelo percentual de pacientes que conseguiram iniciar alimentação por via oral em 0-5 dias ou 6-10 ou 11 a 15 ou acima de 15 dias e/ou média.

Os resultados terapêuticos também foram classificados segundo o uso da escala de ingestão de alimentação por via oral - Functional Oral Intake Scale (FOIS), pré e pós-intervenção fonoaudiológica que levou em consideração o último atendimento fonoaudiológico disponível nos registros. A FOIS é classificada pelo grau de ingestão oral que se divide em sete níveis, variando do nível 1 que significa nada por via oral, até o nível 7, que representa via oral total sem restrições (LARRÉ et al., 2020).

Os dados coletados foram analisados através de frequências absolutas e relativas nas variáveis qualitativas e médias e desvio padrão nas variáveis quantitativas. Para verificar concordância nos indicadores avaliados pré e pós-intervenção fonoaudiológica foi usado o teste de Kappa. Os dados coletados foram digitados na planilha eletrônica Microsoft Excel e posteriormente analisados no IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 69648423.8.0000.5086. Em virtude da natureza do estudo que utilizou dados previamente cadastrados pelo Serviço de Fonoaudiologia, na qual não houve contato direto com o paciente, não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo solicitado dispensa deste ao CEP. Todo o projeto foi financiado por recursos dos próprios pesquisadores.

RESULTADOS

Foram selecionados para este estudo 291 registros de pacientes presentes nas planilhas de produtividade do serviço de Fonoaudiologia da UTI no período estipulado. Entretanto, 103 desses registros foram excluídos da pesquisa pelo fato de 42 pacientes terem evoluído a óbito durante a internação na UTI, 39 tiveram alta em dieta zero e sem avaliação fonoaudiológica e 22 apresentaram dados incompletos nas planilhas de indicadores assistenciais. Desta forma, a amostra final resultou em 188 registros de pacientes.

Identificou-se que 59,0% eram do sexo feminino, a faixa etária foi frequentemente adulta, entre 20 a 59 anos, representada por 58,5%, com média de 52,25 anos. Dentre os quatro motivos mais frequentes de internação na UTI observou-se 25,5% por Cirurgias Neurológicas (neurologia), 12,2% por Múltiplos Diagnósticos (rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória aguda e sepse), 9,0% por Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) e 8,0% por Cirurgias urológicas (urologia) (**Tabela 1**).

Inicialmente, 47,9% dos pacientes foram identificados com risco disfágico. Após as intervenções fonoaudiológicas que incluíram triagens, avaliações, gerenciamentos e monitoramentos, esta porcentagem diminuiu para 29,8%. Em relação ao risco de broncoaspiração, 44,1% dos pacientes apresentaram riscos iniciais, observando-se uma redução para 26,1% ao momento da alta para a enfermaria. Esses resultados destacam a eficácia das intervenções realizadas para mitigar os riscos associados à disfagia e à broncoaspiração durante o período de internação na UTI (**Tabela 1**).

Os pacientes admitidos na UTI receberam avaliação fonoaudiológica, na qual foram realizadas triagens sistemáticas a fim de identificar precocemente riscos de aspiração, desnutrição e desidratação associados à disfagia, o que poderia agravar o estado clínico e aumentar o tempo de internação. A intervenção inicial teve resultado equilibrado: indivíduos triados sem riscos foram 53,2%, e os triados com risco, que seguiram com o plano de avaliação detalhada de deglutição, foram 46,8% (**Tabela 1**).

Na fase final da intervenção, os pacientes tiveram frequentemente melhora no quadro clínico, possibilitando a alta da UTI com condições de serem cuidados pelos familiares. Entretanto, 68,6% continuaram sob monitoramento fonoaudiológico, evidenciando uma redução nos riscos detectados anteriormente. E apenas 5,9% receberam alta com gerenciamento/terapia indireta, limitando-se a terapia em pequenos volumes, indicando a impossibilidade de via oral com necessidade contínua de acompanhamento fonoaudiológico conforme descrito na (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em serviço de Fonoaudiologia em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário do Maranhão (MA), 2023.

Variáveis	n	%	Média ± DP	
Sexo				
Masculino	77	41,0	52,25 ± 18,01	
Feminino	111	59,0		
Idade				
Até 19 anos	5	2,7		
De 20 a 59 anos	110	58,5		
60 anos ou mais	73	38,8		
Motivo da internação/especialidade				
Neurologia	48	25,5		
Múltiplos Diagnósticos	23	12,2		
CAD	17	9,0		
Urologia	15	8,0		
Ortopedia	11	5,9		
Cardiologia	10	5,3		
Endócrinologia	10	5,3		
Nefrologia	9	4,8		
Gineco/ Obst	9	4,8		
Hepatologia	9	4,8		
Cirurgia Geral	9	4,8		
Coloproctologia	7	3,7		
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	5	2,7		
Torácica	2	1,1		
Vascular	2	1,1		
Geriatria	1	0,5		
Bucomaxilo	1	0,5		
Risco disfágico inicial				
Sim	90	47,9		
Não	98	52,1		
Risco disfágico final				
Sim	56	29,8		
Não	132	70,2		
Risco de broncoaspiração inicial				
Sim	83	44,1		
Não	105	55,9		
Risco de broncoaspiração final				
Sim	49	26,1		
Não	139	73,9		
Intervenção inicial				
Triagem sem risco	100	53,2		
Triagem com risco + Avaliação	88	46,8		
Intervenção final				
Monitoramento	129	68,6		
Gerenciamento	37	19,7		
Gerenciamento/Terapia Direta	11	5,9		
Gerenciamento/ Terapia Indireta	11	5,9		

Legenda: DP= Desvio Padrão; Gineco/Obst = Ginecologia e Obstetrícia; CAD= Cirurgia do Aparelho Digestivo.

Fonte: Sousa LJ, et al., 2025.

Para caracterizar o funcionamento do serviço, foram empregados indicadores de processos que auxiliam a gestão das atividades fonoaudiológicas na unidade. O Índice de Avaliação da Deglutição objetivou acompanhar o desempenho do serviço em relação ao número de avaliações conduzidas, permitindo dimensionar a demanda de tratamento para disfagia em comparação com o total de pacientes internados na UTI durante o mesmo período. Apesar do índice ter sido baixo, registrando 0,302 (30,2%), observou-se que o número absoluto de pacientes avaliados foi de 88.

O índice de atendimento por paciente foi de 3,86. Esse indicador permitiu comparar o número de sessões por paciente e o tempo médio dedicado ao programa de reabilitação da disfagia, conferem (**Tabela 2**). Para

mensurar a taxa de gravidade dos pacientes atendidos, foram considerados os riscos iniciais e finais de disfagia e broncoaspiração em resposta à intervenção fonoaudiológica. Foi observado que os riscos iniciais, foram respectivamente de 47,9% e 44,1%, apresentando um nível de gravidade maior do que os finais, que foram de 29,8% e 26,1% (**Tabela 2**).

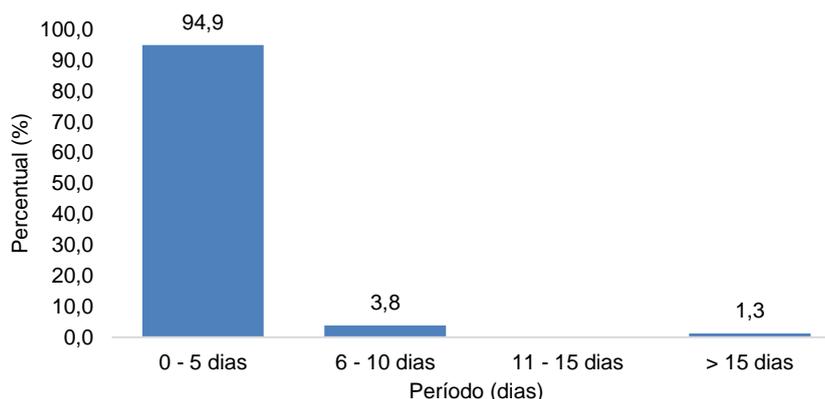
Tabela 2 - Indicadores de processos dos pacientes atendidos em serviço de Fonoaudiologia em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário do Maranhão (MA), entre os meses de outubro de 2022 a fevereiro de 2023.

Indicador	Objetivo	Forma de cálculo	Valores	Índices
Índice de Avaliação de Deglutição	Verificar o desempenho do serviço quanto ao número de avaliações realizadas	Número total de avaliações/número de internações na UTI	88/291	0,302 (30,2%)
Índice de Atendimento por Paciente	Acompanhar o número de atendimentos prestados a cada paciente	Número total de atendimentos/número de casos atendidos	726/188	3,86
Taxa de Gravidade	Acompanhar a gravidade dos casos atendidos	Número de casos para a classificação de gravidade / número de casos atendidos	R.D.I 90/188	0,478 (47,9%)
			R.D.F 56/188	0,297 (29,8%)
			R.B.I 83/188	0,441 (44,1%)
			R.B.F 49/188	0,260 (26,1%)

Legenda: R.D.I = Risco disfágico inicial; R.D.F = Risco disfágico final; R.B.I = Risco de broncoaspiração inicial; R.B.F = Risco de broncoaspiração final. **Fonte:** Sousa LJ, et al., 2025.

O indicador Tempo de Reintrodução de Via Oral incluiu 88 pacientes na análise, pois estes passaram por uma avaliação detalhada de deglutição. Destes, 78 pacientes recuperaram a capacidade de alimentação por via oral. Entre eles, 94,9% reintroduziram a via oral no período de 0 a 5 dias, 3,8% em 6 a 10 dias e 1,3% após 15 dias. Não houve reintrodução de via oral no período de 11 a 15 dias, conforme **Gráfico 1**. Do total de pacientes, apenas 11% continuaram em treinamento de deglutição após a alta da UTI, permanecendo sem condições de receber alimentação por via oral, mesmo sob terapia, necessitando de acompanhamento fonoaudiológico contínuo. Esses pacientes tiveram a transferência do cuidado para enfermaria, onde o processo de reabilitação foi mantido.

Gráfico 1 - Indicador de Resultado do serviço de Fonoaudiologia em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário do Maranhão: Tempo de Reintrodução de Via Oral (%).

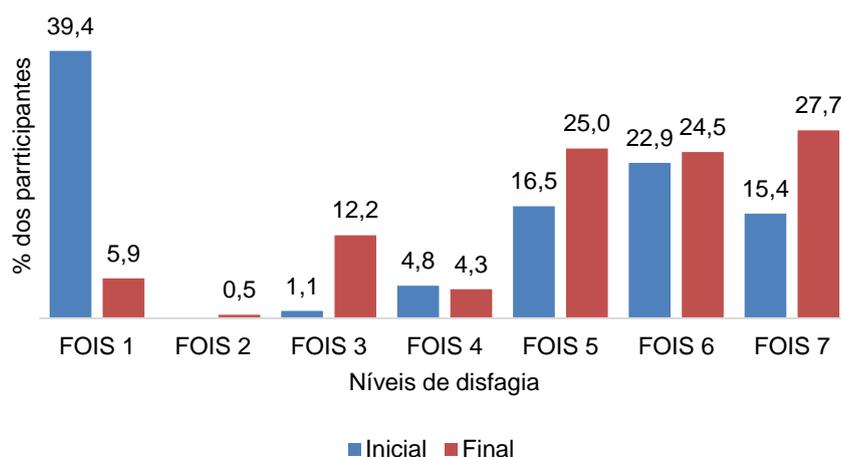


Fonte: Sousa LJ, et al., 2025.

O **Gráfico 2** ilustra a evolução dos pacientes de acordo com os níveis da escala FOIS. Observou-se que 67% apresentaram melhora, pois inicialmente, 39,4% estavam no nível 1, ou seja, não recebiam nada por via oral, apenas por Via Alternativa de Alimentação (VAA). Ao final, somente 5,9% permaneceram no nível 1, enquanto 33,5% evoluíram para outros níveis.

Destes, 11,1% migraram para o nível 3, pois estavam em uso de VAA e com via oral reintroduzida em uma consistência, e os demais avançaram para os níveis 5 (8,5%), 6 (1,6%) e 7 (12,3%), alcançando recuperação total da via oral sem uso de VAA. Esses dados demonstraram a efetividade da terapia fonoaudiológica, evidenciada pelos indicadores utilizados.

Gráfico 2 - Indicador de Resultado Terapêutico: Evolução dos pacientes seguindo os níveis da escala FOIS Inicial e final (%).



Fonte: Sousa LJ, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Ao todo, foram analisados 188 registros de pacientes para caracterizar os aspectos sociodemográficos e clínicos. A amostra apresentou uma idade média de $52,25 \pm 18,01$ anos, com predominância de indivíduos do sexo feminino (59,0%). Os motivos mais frequentes de internação na UTI foram cirurgias neurológicas (25,5%), múltiplos diagnósticos (12,2%), cirurgias do aparelho digestivo (9,0%) e cirurgias urológicas (8,0%).

Um estudo realizado no Piauí com 232 pacientes apresentou uma idade média de $54,9 \pm 20,2$ anos, predominância masculina (54,1%) e principais causas de internação relacionadas a cirurgias cardíacas (16,6%), insuficiência respiratória aguda (11,4%) e Acidente Vascular Cerebral (8,8%). Embora haja divergências quanto à distribuição por sexo e causas de internação, a média de idade é semelhante à encontrada em nosso estudo (BATISTA MMSL, et al., 2021).

Outra pesquisa, que analisou 56 prontuários de pacientes internados na UTI de um hospital em Maringá-PR, revelou uma predominância de pacientes do sexo masculino, com idades entre 60 e 76 anos. As principais causas de internação foram condições neurológicas (32%), traumas (25%), pós-operatório (21%) e problemas respiratórios (12%). Embora esses dados diferem quanto ao sexo e idade dos pacientes, eles apresentam um perfil de atendimento semelhante ao observado em nossa UTI, onde predominam doenças neurológicas e pacientes cirúrgicos (CARVALHO NZ, et al., 2016).

O risco disfágico foi identificado inicialmente em 47,9% dos pacientes, e, após intervenções fonoaudiológicas como triagens, avaliações, gerenciamento e monitoramento, esse percentual caiu para 29,8%. Bassi D, et al. (2014), aplicaram a triagem para risco de disfagia orofaríngea em 32 pacientes internados. Dos pacientes avaliados, 59% não apresentaram fatores de risco para a condição e foram classificados como aptos na triagem. Em contraste, 41% dos pacientes identificaram-se com fatores de risco e foram classificados como tendo "falhado" na triagem. Esses achados destacam a eficácia do instrumento de triagem utilizado para identificar a presença de risco de disfagia orofaríngea em um ambiente hospitalar. É importante destacar que, embora a triagem inicial seja crucial para identificar pacientes em risco, a eficácia das intervenções e o acompanhamento contínuo são essenciais para mitigar esse risco e aprimorar os resultados clínicos. A identificação do risco pode sinalizar a necessidade de medidas adicionais para prevenir a progressão dos problemas de deglutição e suas possíveis complicações (BOADEN E et al., 2021). O risco

de broncoaspiração foi identificado em 44,1% dos pacientes inicialmente, reduzindo para 26,1% no momento da alta para a enfermaria. Silvério CC, et al. (2010) investigou a evolução da ingestão oral e a incidência de broncopneumonias em pacientes com disfagia orofaríngea neurogênica após intervenção fonoaudiológica.

Os resultados revelaram uma redução significativa nas ocorrências de broncoaspiração e pneumonias, com quedas expressivas nos índices: de 80,25% para 6,45% em pacientes com AVC, de 57,14% para 0% em pacientes com TCE e de 91,67% para 8,33% em pacientes com demência. Além disso, os pacientes apresentaram avanços na ingestão oral, com melhora nas consistências alimentares. As pesquisas indicaram que as intervenções realizadas na UTI foram eficazes em reduzir o risco de broncoaspiração, evidenciando a efetividade das práticas preventivas implementadas durante o período crítico da internação (SILVÉRIO CC et al., 2010 ; KARUNARATNE TB, CLAVÉ P e ORTEGA O, 2024).

Os dados evidenciam a importância da continuidade do acompanhamento fonoaudiológico mesmo após a alta da UTI, já que muitos pacientes ainda apresentam riscos relacionados à deglutição. Apenas 5,9% dos pacientes seguiram em terapia indireta, o que indica que, embora estabilizados, ainda não estavam aptos para alimentação oral plena. O estudo de Batista, MMSL et al. (2021) reforça essa realidade ao apontar que 19% dos pacientes mantiveram-se em treino de deglutição após a alta da UTI, evidenciando que a recuperação é gradual e muitas vezes requer intervenções prolongadas. Esses achados indicam que, apesar dos avanços durante a internação, uma parcela significativa dos pacientes ainda necessita de reabilitação de longo prazo, ressaltando a importância de programas estruturados que garantam a segurança alimentar e a prevenção de complicações

No indicador de Tempo de Reintrodução de Via Oral, 88 pacientes foram avaliados, com 78 deles recuperando a capacidade de se alimentar por via oral. Dentre esses, 94,9% reintroduziram a alimentação entre 0 e 5 dias, 3,8% em 6 a 10 dias, e apenas 1,3% após 15 dias, sem casos registrados entre 11 a 15 dias. Esses resultados corroboram com os achados de Batista, MMSL et al. (2021), onde 88,3% dos 188 pacientes reintroduziram a via oral entre 0 e 5 dias, 10,6% entre 6 e 10 dias, 0,5% entre 11 e 15 dias, e 0,5% após 15 dias.

Ambos os estudos mostram que a maioria dos pacientes recuperam a alimentação oral em até 5 dias, o que ressalta a importância de intervenções fonoaudiológicas precoces e direcionadas para acelerar o processo de recuperação da deglutição em pacientes críticos, minimizando o tempo necessário para a reintrodução segura da alimentação oral. Ao analisar a efetividade dos indicadores de qualidade em pacientes com distúrbios de deglutição internados e avaliados pela equipe de Fonoaudiologia, Costa, MAL et al. (2023) encontraram resultados semelhantes aos deste estudo.

Foi constatado que o tempo de retirada de vias alternativas de alimentação e a reintrodução da via oral tiveram melhores resultados na variável de 0 a 5 dias. Esse enfoque não apenas promoveu uma deglutição mais segura, mas também contribuiu significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A presença diária e integral da Fonoaudiologia na UTI foi fundamental para os resultados alcançados. O tempo dedicado à reabilitação da deglutição mostrou-se diretamente relacionado aos avanços clínicos significativos dos pacientes. Isso permitiu que a maioria dos pacientes fosse avaliado pelo fonoaudiólogo nos primeiros 5 dias de internação, facilitando a determinação da intervenção terapêutica mais adequada.

Um estudo avaliou o indicador fonoaudiológico de taxa de ingestão oral em pacientes com e sem COVID-19, utilizando a escala FOIS, e analisou a evolução da deglutição em 1.013 pacientes com idade média superior a 60 anos. Inicialmente, 44,88% dos pacientes com COVID-19 estavam no nível 1 da FOIS, o que significa que não recebiam alimentação por via oral. Na avaliação final, essa porcentagem caiu para 31,32%, indicando uma melhora significativa na capacidade de deglutição.

Além disso, uma parcela dos pacientes evoluiu para níveis mais altos na escala FOIS: 6,89% atingiram o nível 4, enquanto 36,53% chegaram ao nível 5, 19,83% ao nível 6 e 5,43% ao nível 7. Esses níveis refletem uma progressão na capacidade de alimentação por via oral, embora ainda houvesse necessidade de ajustes dietéticos (FELIPPE BS, 2022). Esses dados demonstram uma tendência consistente com os achados da nossa pesquisa, onde 67% dos pacientes apresentaram melhora na funcionalidade da deglutição.

Inicialmente, 39,4% estavam no nível 1 da FOIS, e após as intervenções, 33,5% evoluíram para outros níveis, com 11,1% alcançando o nível 3, e 8,5%, 1,6% e 12,3% avançando para os níveis 5, 6 e 7, respectivamente. Esses números refletem uma recuperação significativa da função oral, com a maioria dos pacientes alcançando uma recuperação total sem a necessidade de suporte via alimentação alternativa.

A comparação entre os dois estudos destaca a importância das intervenções fonoaudiológicas precoces e contínuas na reabilitação de pacientes, tanto com COVID-19 quanto com outras condições que afetam a deglutição, evidenciando a eficácia das estratégias terapêuticas aplicadas na melhora dos quadros disfágicos. O Índice de Avaliação da Deglutição registrou 0,302 (30,2%), um valor relativamente baixo, apesar de o número absoluto de pacientes avaliados ter sido 88. Esse resultado reflete desafios operacionais do setor, como a indisponibilidade de cobertura fonoaudiológica em período integral, especialmente no turno vespertino e nos finais de semana.

Além disso, o perfil de alta rotatividade desta UTI contribuiu para que alguns pacientes recebam alta para a enfermaria antes da realização da avaliação funcional da deglutição, o que impacta a frequência de atendimentos e o índice global de avaliação. Esses fatores destacam a necessidade de estratégias para ampliar a disponibilidade do serviço de fonoaudiologia. Comparativamente, o estudo de Larré MC, et al. (2020) com pacientes oncológicos mostrou índices de avaliação de deglutição ligeiramente superiores no setor de internação, com mediana de 0,52. Lima DP, et al. (2018), ao avaliar o gerenciamento da disfagia orofaríngea em uma enfermaria neurológica, encontraram um índice de 1,89 (821 avaliações para 433 pacientes), que embora superior aos estudos anteriores, ainda foi considerado baixo pelos autores.

Esses resultados indicam que, embora um número considerável de pacientes tenha sido avaliado, há espaço para melhorar a cobertura e eficácia das avaliações de deglutição, especialmente em unidades de terapia intensiva. Isso sugere a necessidade de estratégias mais eficientes para identificar e tratar a disfagia, além de uma inserção integral do fonoaudiólogo na equipe, visando alcançar melhores resultados clínicos (LIMA DP, et al. 2018; LARRÉ MC, et al. 2020). As informações referentes ao índice de atendimento por paciente oferecem dados sobre a eficácia dos procedimentos fonoaudiológicos ao longo do tempo, considerando também o número de sessões realizadas.

Esses resultados poderão ser comparados com achados de outros estudos, proporcionando uma análise comparativa da eficiência dos tratamentos. (MORAES DP e ANDRADE CRFD, 2011; LARRÉ MC, et al., 2020). O índice de atendimento foi de 3,86 sessões por paciente, o que possibilitou uma análise do número de sessões e do tempo médio dedicado à reabilitação da disfagia. No estudo de Lima DP, et al. (2018), que analisou prontuários de pacientes com disfagia acompanhados pelo serviço de fonoaudiologia, foi registrado um índice de 3,08 sessões por paciente.

A comparação desses índices sugere uma consistência na abordagem fonoaudiológica, indicando que ambos os serviços dedicam uma quantidade similar de sessões para o acompanhamento e tratamento de pacientes disfágicos, embora o número de sessões pode variar conforme as necessidades específicas de cada paciente ou nas abordagens terapêuticas adotadas. Quanto à taxa de gravidade dos casos atendidos, os dados analisados revelam uma diminuição significativa nos riscos de disfagia e broncoaspiração após a intervenção fonoaudiológica, com os riscos iniciais de 47,9% e 44,1% sendo reduzidos para 29,8% e 26,1%, respectivamente. Esses achados indicam a eficácia da intervenção no gerenciamento de complicações associadas à deglutição em pacientes hospitalizados.

Em paralelo, outro estudo também evidenciou melhorias no índice de gravidade da deglutição após a intervenção fonoaudiológica, utilizando a escala ASHA NOMS. Inicialmente, a maioria dos pacientes estava no nível 4 da escala, o que indicava restrições alimentares moderadas na dieta e, em alguns casos, a necessidade de vias alternativas de alimentação. Na avaliação final, ambos os grupos alcançaram os níveis 6 e 7, que correspondem a uma deglutição segura com uso de compensações e exclusivamente oral, embora o grupo 1 tenha demonstrado uma maior probabilidade de melhora significativa (2.831) em comparação ao grupo 2 (1.934). Os autores também relacionaram o prognóstico à idade, sugerindo que adultos jovens têm

maior chance de alcançar bons resultados na reabilitação da deglutição em comparação com idosos (Moraes DP e Andrade CRFD, 2013).

A correlação entre os achados sugere que a intervenção fonoaudiológica não apenas reduz os riscos e a gravidade associados à disfagia e broncoaspiração, mas também melhora significativamente a qualidade da deglutição, permitindo uma progressão para níveis mais altos de segurança alimentar. A maior melhora observada nos casos atendidos, reforça a importância de intervenções precoces e adequadas para maximizar os resultados clínicos, destacando a necessidade de uma avaliação contínua e personalizada para cada paciente.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a relevância do uso de indicadores assistenciais para o monitoramento eficaz da disfagia em ambiente hospitalar, permitindo a otimização dos processos de reabilitação e promovendo uma assistência de qualidade. A predominância de pacientes do sexo feminino (59%) e a faixa etária entre 20 e 59 anos, com ênfase em internações relacionadas a cirurgias neurológicas (25,5%) e múltiplos diagnósticos (12,2%), destacam o perfil da população estudada. A intervenção fonoaudiológica demonstrou uma redução significativa nos riscos disfágicos e de broncoaspiração, sublinhando sua eficácia. O Índice de Avaliação da Deglutição foi de 30,2%, com uma média de 3,86 atendimentos por paciente. Além disso, 94,9% dos pacientes reintroduziram a via oral entre 0 e 5 dias, com 67% melhoraram os níveis da escala FOIS, avançando para alimentação oral. Esses dados evidenciam a importância das intervenções fonoaudiológicas precoces e contínuas para a reabilitação eficaz da deglutição, especialmente em pacientes internados na UTI.

AGRADECIMENTOS

Registra-se o agradecimento ao Hospital Universitário da Universidade do Maranhão (HU UFMA) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) por receberem a equipe de pesquisadores, autorizar e apoiar o estudo, durante todo o percurso da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. BARRIOS WD, et al. Gestão de indicadores como ferramenta de educação continuada em serviços de nutrição hospitalar. *Braz. J. of Develop. Curitiba*, 2020; 6(12): 103207-103217.
2. BASSI D, FURKIM AM, et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um Hospital Universitário. *CoDAS. Santa Catarina*, 2014; 26(1): 17-27.
3. BATISTA MMSL, et al. Indicadores de qualidade, reintrodução de alimentação por via oral e a atuação fonoaudiológica na UTI. *Research, Society and Development*, 2021; 10(10): 390101018950.
4. BOADEN E, BURNELL J, et al. Triagem para risco de aspiração associado à disfagia em acidente vascular cerebral agudo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 10(10).
5. CARVALHO NZ, SILVA MPP, et al. Principais causa de internamento na unidade de terapia intensiva em um hospital de Maringá – PR.VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil, 2016.
6. COSTA MAL, SARMET M, et al. Indicadores de resultados à deglutição orofaríngea de uma Unidade Hospitalar do Distrito Federal. *Congresso Nacional de Inovações em Saúde. Distrito Federal – DF*, 2023.
7. FAVERO SR, et al. Complicações clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. *Distúrb Comum. São Paulo*, 2017; 29(4): 654-662.
8. FELDMAN LB. Prevenção de danos ao paciente, notificação auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. In: Feldman LB, *Gestão de risco e segurança hospitalar*, São Paulo: Martinari, 2008; 1.

9. FELIPPE BS. Taxa de Ingesta Oral em Pacientes Hospitalizados com Disfagia durante a Pandemia Covid-19. Universidade Federal de São Carlos – SP, 2022.
10. FURKIM AM, RODRIGUES KA. Disfagias em Unidades de Terapia Intensiva. Editora Roca. São Paulo, 2014; 1: 82–108.
11. INAOKA C, ALBUQUERQUE C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. Rev. CEFAC, 2014; 16(1): 187-196.
12. KARUNARATNE TB, CLAVÉ P, et al. Complicações da disfagia orofaríngea em idoso e pacientes com distúrbios neurológicos: percepções do hospital Mataró, Catalunha, Espanha. Frente Neurol. Univerdade de Missouri - EUA, 2024; 15: 1355199.
13. LARRÉ MC, et al. Atuação fonoaudiológica no paciente oncológico disfágico: uso de indicadores. Distúrb Comum. São Paulo, 2020; 32(2): 259-269.
14. LIMA KWS, ANTUNES JLF, et al. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. Saúde Soc. São Paulo, 2015; 24(1): 61-71.
15. LIMA DP, FRANCISCO PR; et al. Gerenciamento da disfagia pela equipe de fonoaudiologia em pacientes da enfermaria da neurologia - HC/UNICAMP, com base em um protocolo de avaliação. Rev trab. Iniciaç. Cient. UNICAMP, Campinas, SP, 2018; 26.
16. MACHT M e WIMBISH T, et al. ICU-Acquired swallowing disorders. J Crit Care Med. 2013; 41(10): 2396-405.
17. MORAES DP, ANDRADE CRFD. Indicadores de prognósticos clínicos de deglutição funcional em pacientes de um hospital público de grande porte. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de São Paulo, 2013.
18. MORAES DP, ANDRADE CRFD. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. J. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2011; 23(1): 89-94.
19. PADOVANI AR, MORAES DP, et al. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. CoDAS. São Paulo, 2013; 25(1): 1-7.
20. SANTOS RS, LIMA FM, et al. Indicadores de qualidade aplicados na assistência de enfermagem em cuidados paliativos: Revisão Integrativa de Literatura. Enferm. Foco. 2020; 11(2): 191-197.
21. SILVA DLR, LIRA FOQ, et al. Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de Alagoas. Rev. CEFAC. Maceió – AL, 2016; 18(1): 174-183.
22. SILVÉRIO CC, HERNANDEZ AM, et al. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. Rev. CEFAC. São Paulo – SP, 2010; 12(6): 964-970.