



Concordância da avaliação da via alimentar entre fonoaudiólogo e médico baseado na escala FOIS: coorte retrospectiva

Agreement in the assessment of the food pathway between speech therapists and physicians based on the FOIS scale: a retrospective cohort study

Concordancia en la evaluación de la vía alimentaria entre fonoaudiólogos y médicos basada en la escala FOIS: un estudio de cohorte retrospectivo

Jaqueline Bayer* 

Sheila Zampini* 

Ana Paula Duca*,** 

Rosane Sampaio* 

Helbert do Nascimento Lima*** 

Roxele Ribeiro Lima* 

Resumo

Introdução: A avaliação fonoaudiológica hospitalar tem um importante papel na prevenção e manejo de pacientes com risco de broncoaspiração. No entanto, nem sempre cabe ao fonoaudiólogo a primeira avaliação e definição da via alimentar nos pacientes hospitalares. **Objetivo:** Comparar as decisões

* Associação Educacional Luterana Bom Jesus/IELUSC, Joinville, SC, Brasil.

** Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

*** Universidade da Região de Joinville, Joinville, SC, Brasil.

Contribuição dos autores:

JB: coleta de dados, esboço do artigo.

SZ e RS: revisão crítica.

APD: esboço do artigo, revisão crítica.

HNL: metodologia, revisão crítica.

RRL: concepção do estudo, esboço do artigo, orientação.

Endereço para correspondência: Jaqueline Bayer - bayer_jaque@hotmail.com

Recebido: 29/05/2023

Aprovado: 06/02/2024





fonoaudiológicas e médicas quanto à viabilidade da via alimentar em um hospital geral e identificar fatores associados com a melhora da deglutição. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de pacientes internados em hospital em Joinville durante março a agosto de 2018. A via alimentar foi considerada com base na *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) sendo a primeira decisão comparada entre o fonoaudiólogo e o médico para o mesmo paciente. **Resultados:** Dos 171 pacientes, houve maior concordância entre as condutas médica e fonoaudiológica para alimentação por sonda nasointestinal (SNE) (88,7%) e alimentação oral livre (81,9%). No entanto, houve apenas 35% de concordância na definição de dieta adaptada, sendo a concordância geral moderada (Kappa 0,486). Houve evolução na alimentação por via oral em 62 pacientes (36%). Maior limitação da via alimentar, verificado pela necessidade de SNE (OR = 3,17; p = 0,025) e o maior número de atendimentos fonoaudiológicos intra-hospitalares (OR = 1,09; p = 0,020) foram associados com a melhora da disfagia. **Conclusão:** Encontrou-se concordância entre a avaliação dietética de casos para uso de SNE ou dieta livre entre o fonoaudiólogo e médico. Uso de SNE, como indicador de gravidade do paciente, e o maior número de sessões de fonoterapia foram associados com a melhora da disfagia durante a internação.

Palavras-chave: Transtornos de deglutição; Evolução clínica; Hospitais; Fonoaudiologia.

Abstract

Introduction: Hospital-based speech-language pathology plays a crucial role in preventing and managing patients at risk of bronchoaspiration. However, the initial evaluation and determination of the feeding route in hospitalized patients may not always fall under the responsibility of the speech-language pathologist. **Objective:** To compare the decisions of speech-language pathologists and medical professionals regarding the feasibility of the feeding route in a general hospital and identify factors associated with swallowing improvement. **Methods:** This is a retrospective study of patients admitted to a hospital in Joinville from March to August 2018. The feeding route was assessed based on the Functional Oral Intake Scale (FOIS), with the initial decision compared between the speech-language pathologist and the physician for the same patient. **Results:** Among 171 patients, there was higher agreement between medical and speech-language pathology decisions for nasointestinal tube feeding (88.7%) and oral unrestricted intake (81.9%). However, there was only 35% agreement in defining an adapted diet, with overall moderate agreement (Kappa 0.486). Oral feeding improved in 62 patients (36%). The presence of nasointestinal tube feeding (OR = 3.17; p = 0.025) and a higher number of in-hospital speech-language pathology appointments (OR = 1.09; p = 0.020) were identified as independent predictors for dysphagia improvement. **Conclusion:** Concordance was found in the dietary assessment for the use of nasointestinal tube feeding or oral unrestricted intake between speech-language pathologists and physicians. The use of nasointestinal tube feeding as an indicator of patient severity and a higher number of speech-language pathology sessions were associated with dysphagia improvement during hospitalization.

Keywords: Deglutition Disorders; Clinical evolution; Hospitals; Speech, Language and Hearing Sciences.

Resumen

Introducción: La evaluación fonoaudiológica hospitalaria desempeña un papel crucial en la prevención y el manejo de pacientes con riesgo de broncoaspiración. Sin embargo, no siempre corresponde al fonoaudiólogo la primera evaluación y definición de la vía alimentaria en los pacientes hospitalizados. **Objetivo:** Comparar las decisiones fonoaudiológicas y médicas sobre la viabilidad de la vía alimentaria en un hospital general e identificar factores asociados con la mejora de la deglución. **Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en un hospital de Joinville durante marzo a agosto de 2018. La vía alimentaria se evaluó según la Escala Funcional de Ingesta Oral (FOIS), siendo la primera decisión comparada entre el fonoaudiólogo y el médico para el mismo paciente. **Resultados:** De 171 pacientes, hubo una mayor concordancia entre las decisiones médicas y fonoaudiológicas para la alimentación por sonda nasointestinal (SNE) (88,7%) y la alimentación oral libre (81,9%). Sin embargo, solo hubo un 35% de concordancia en la definición de una dieta adaptada, siendo la concordancia general



moderada (Kappa 0,486). La alimentación oral mejoró en 62 pacientes (36%). Una mayor limitación de la vía alimentaria, indicada por la necesidad de SNE (OR = 3,17; $p = 0,025$), y un mayor número de sesiones fonoaudiológicas intrahospitalarias (OR = 1,09; $p = 0,020$) se asociaron con la mejora de la disfagia.

Conclusión: Se encontró concordancia en la evaluación dietética para el uso de SNE o dieta libre entre el fonoaudiólogo y el médico. El uso de SNE, como indicador de la gravedad del paciente, y un mayor número de sesiones de fonoterapia se asociaron con la mejora de la disfagia durante la hospitalización.

Palabras clave: Trastornos de Deglución; Evolución clínica; Hospitales; Fonoaudiología.

Introdução

O atendimento fonoaudiológico hospitalar representa um importante fator para a diminuição de complicações relacionadas à disfagia, principalmente respiratórias, e o tempo necessário de via alternativa de alimentação (VAA)^{1,2}. A avaliação fonoaudiológica de tais pacientes no âmbito hospitalar tem minimizado as ocorrências como pneumonia por aspiração, desidratação e desnutrição com impacto nas taxas de letalidade e redução do tempo de internação e dos custos hospitalares^{1,3}. Entretanto, a presença desses profissionais ainda é insuficiente em muitos hospitais de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento⁴.

A disfagia em pacientes adultos internados pode ter origem mecânica ou neurológica⁵. A prevalência de disfagia tem sido encontrada em 36,5% dos pacientes internados⁶. As doenças responsáveis pela disfagia variam conforme a etiologia, sendo entre 48% a 89% relacionadas a causas neurológicas⁷ e entre 11% a 93% associadas a doenças anatômicas, como câncer de cabeça e pescoço⁸. Pacientes hospitalizados com disfagia têm um aumento médio de permanência de 9 dias e costumam cerca de 42% a mais por admissão em comparação com pacientes sem disfagia⁹. Assim, a presença do fonoaudiólogo na avaliação de pacientes em risco de disfagia é fundamental no cuidado intra-hospitalar. No entanto, sabe-se que nem todos os hospitais dispõem de profissionais especializados para o atendimento destes pacientes⁴ e questiona-se para quais pacientes uma avaliação fonoaudiológica padrão poderia beneficiar pacientes com disfagia no âmbito hospitalar.

A avaliação da deglutição à beira do leito, comumente conduzida em hospitais com a presença de fonoaudiólogos para pacientes com risco de disfagia, diferencia-se por ser realizada por uma anamnese abrangente e um exame clínico focado na deglutição². A avaliação clínica fonoaudiológica

tem mostrado uma correlação consistente com métodos mais avançados, como videofluoroscopia da deglutição ou videoendoscopia da deglutição^{10,11}. Em um estudo abrangendo 23 hospitais na Alemanha e Suíça, a investigação da segurança e tolerabilidade da videoendoscopia da deglutição revelou uma correlação significativa com as pontuações da *Funcional Oral Intake Scale* (FOIS)¹². O uso da FOIS¹³, que tem como objetivo classificar o tipo de ingestão por via oral, graduando do pior para a melhor condição de via alimentar, tem sido comumente utilizada pelo fonoaudiólogo. Esta escala baseia-se na anamnese e no exame da deglutição, facilitando a classificação da melhor via de alimentação do paciente, visando prevenir pneumonias aspirativas e direcionar terapias para a deglutição^{1,3,14}. No entanto, a presença do fonoaudiólogo no primeiro atendimento do paciente internado nem sempre é possível, e cabe à equipe médica a decisão da via alimentar inicial. A avaliação da dieta definida pela equipe médica toma como base, geralmente, o nível de consciência^{15,16}, sendo a Escala de Coma de Glasgow frequentemente utilizada para definir a necessidade de SNE^{17,18}. A disfagia e o risco de broncoaspiração não apenas aumentam a mortalidade, mas também impactam o tempo de internação e os custos associados à assistência em saúde^{1,3}. Portanto, a abordagem proativa na identificação e gestão da disfagia em pacientes com alterações no estado de consciência emerge como essencial para mitigar complicações adversas e melhorar desfechos clínicos e econômicos.

O presente estudo tem como objetivos comparar as decisões fonoaudiológicas e médicas quanto à viabilidade da via alimentar no primeiro atendimento de pacientes internados em um hospital geral, e identificar fatores associados com a melhora da deglutição após acompanhamento por equipe fonoaudiológica hospitalar.

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, realizado por meio da revisão de prontuário eletrô-

nico de pacientes internados no Centro Hospitalar Unimed (CHU), Joinville, Santa Catarina. Foram incluídos na amostra, todos os pacientes com mais de 18 anos que foram avaliados pelo serviço de fonoaudiologia nas primeiras 24 horas da internação, no período de março a agosto de 2018, devido a alteração na deglutição. Foram excluídos os pacientes cujo motivo da avaliação fonoaudiológica não estava relacionado à deglutição, bem como aqueles que não possuíam dados completos da avaliação fonoaudiológica. Todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob número 2.026.063.

Dados Coletados e Escala de Ingestão por Via Oral

Foram coletados dados sociodemográficos, como idade e sexo, variáveis associadas às gravidades do paciente ou limitação da via alimentar no início do atendimento fonoaudiológico, tal como o uso de oxigênio suplementar, presença de traqueostomia (TQT), gastrostomia (GTT) ou uso de SNE. Além disso verificou-se o número de sessões fonoaudiológicas realizadas durante a internação. As patologias de base ou situação clínica que motivaram a internação foram classificadas como de causas neurogênicas (acidente vascular cerebral, doenças neurodegenerativas; trauma crânio encefálico) ou não neurogênicas (neoplasia não do sistema nervoso central, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal, sepse ou outros diagnósticos clínicos). Para a classificação da conduta final da ingesta por via oral (VO) foi utilizada o instrumento FOIS. Os níveis da escala FOIS são: Nível I: alimentação por via alternativa (VA), sem oferta por VO; Nível II: alimentação por VA, com estimulação gustativa por VO; Nível III: alimentação por VA, com oferta constante de alimento por VO; Nível IV: alimentação por VO, de única consistência, sendo que as consistências: pastoso homogêneo e líquido espesso são consideradas pela escala como uma única consistência; Nível V: alimentação por VO, com múltiplas consistências, mas que necessitam de preparo especial; Nível VI: alimentação por VO, com múltiplas consistências, sem preparo especial, porém com limitações específicas, como por exemplo, evitar grãos secos, ou líquidos com gás; Nível VII: alimentação por VO, sem restrição¹.

A consistência da dieta VO ou a necessidade de uma via alternativa de alimentação foi inicialmente determinada pelo médico assistente nas primeiras 24 horas da internação e, posteriormente, confirmada pela fonoaudióloga do hospital. Habitualmente, a avaliação médica incluiu a coleta de informações a respeito de qualquer dificuldade de deglutição prévia e avaliação do nível de consciência pela escala de Coma de Glasgow¹⁹, sendo que um valor desta escala acima de 9 era indicado dieta por VO¹⁵. Já na avaliação fonoaudiológica, foi realizado análise estrutural e funcional da deglutição e observação do paciente durante as tentativas de deglutição, como escape anterior do alimento, tempo de trânsito oral, número de deglutições, elevação laríngea, ausculta cervical, resíduo em cavidade oral após deglutição, e alteração vocal após teste de diferentes consistências alimentares². Considerou-se a avaliação FOIS pré-fono aquela em que o médico era o primeiro a avaliar o paciente e determinava a conduta que achava adequada, FOIS pós-fono aquela realizada após a avaliação inicial da deglutição pelo fonoaudiólogo, e FOIS-alta aquela realizada no momento da alta hospitalar pelo fonoaudiólogo.

Análise estatística

As variáveis quantitativas são apresentadas pela sua média e desvio padrão. As variáveis qualitativas são apresentadas pelo número absoluto e porcentagem. Para comparar as médias das variáveis quantitativas entre indivíduos com ou sem evolução da deglutição, melhora do nível da FOIS alta em relação a FOIS pós-fono, foi utilizado o teste Mann Whitney. Já para comparar as distribuições das frequências entre os pacientes com e sem evolução da deglutição foi utilizado o teste qui quadrado ou teste exato de Fischer. Para avaliar a concordância em relação à consistência da dieta e via de administração entre médico e fonoaudióloga (FOIS pré-fono versus FOIS pós-fono) foi utilizado o teste de concordância de Kappa. Definiu-se os valores de Kappa para força de concordância como: <0,39 (fraca), 0,40 a 0,59 (moderada), 0,60 a 0,79 (alta), ≥0,80 (quase completa)²⁰. Para esta última análise, os níveis de escala FOIS foram agrupados em 3 categorias: VAA (níveis I ao III da escala FOIS); adaptada (níveis IV ao V da escala FOIS) e livre (níveis VI ao VII). Avaliou-se as variáveis preditoras para a melhora evolutiva da deglutição, em relação a

FOIS pós-fono e FOIS- alta, através de uni variada por regressão logística nos pacientes que tinham como conduta a FOIS no momento da alta, e que não estavam em uso de gastrostomia e/ou dieta parenteral total no momento da primeira avaliação fonoaudiológica. Posteriormente, todas as variáveis com valor de $p < 0,05$ foram consideradas no modelo multivariado para o mesmo desfecho por regressão logística. As análises foram realizadas através do software IBM SPSS versão 23.

Resultados

Achados Gerais da Amostra

Dos 206 pacientes incluídos, a média de idade foi de $69,32 \pm 19,51$ anos e 50,5% eram homens. As doenças de base mais prevalente foram do tipo não neurogênica (53, 6%). A maioria dos pacientes (74,8%) tinham VO de alimentação liberada pelo médico assistente antes da primeira avaliação fonoaudiológica. Outras características da amostra estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1. Característica geral (n=206).

| Variável | Média ou Frequência | % ou desvio padrão |
|---|---------------------|--------------------|
| Homens | 104 | 50,5% |
| Idade | 69,3 | 19,5 |
| Doença de Base | | |
| Neurogênica | 91 | 46,4% |
| Não Neurogênica | 105 | 53,6% |
| Via de alimentação antes da avaliação do fonoaudiólogo | | |
| Gastrostomia | 6 | 2,9% |
| SNE | 42 | 20,4% |
| NPT | 4 | 1,9% |
| Via oral | 154 | 74,8% |
| Com traqueostomia | 16 | 7,8% |
| Videofluoroscopia. sim | 14 | 6,8% |
| Número de atendimentos fonoaudiológico | 6,04 | 10,1 |
| Indicação de terapia fonoaudiológica após a alta | 52 | 27,8% |
| Óbitos | 19 | 9,2% |

SNE= Sonda Nasoenteral; NPT= Nutrição Parenteral

Quando comparada com a conduta feita pela fonoaudióloga, a conduta médica apresentou maiores taxas de concordância para o uso de VAA (88,7%) e VO livre (81,9%), conforme Tabela 2. Já com relação à definição de dieta adaptada, a conduta médica teve concordância em 35% em

relação à conduta realizada pelo fonoaudiólogo. A comparação final entre a definição de via de alimentação entre médico e fonoaudiólogo teve uma concordância moderada (teste concordância Kappa=0,49; $p < 0,001$).

Tabela 2. Concordância Inter avaliadores (n=206)

| FOIS Médico | FOIS Fonoaudiólogo | | | | | | Total |
|-------------|--------------------|-------|------------|-------|------------|-------|-------|
| | VAA* | | Adaptada | | Livre | | |
| | Frequência | % | Frequência | % | Frequência | % | |
| VAA* | 47 | 88,7% | 21 | 26,2% | 4 | 5,5% | 72 |
| Adaptada | 2 | 3,8% | 28 | 35,0% | 9 | 12,5% | 39 |
| Livre | 4 | 7,5% | 31 | 38,7% | 59 | 81,9% | 94 |
| Total | 53 | 100% | 80 | 100% | 72 | 100% | 205 |

*VAA=via alternativa de alimentação. Teste de concordância Kappa=0,49; $p < 0,001$.

Dos 206 pacientes avaliados, 19 vieram a óbito, 6 não possuíam registro da escala FOIS no momento da alta e 10 estavam utilizando nutrição parenteral total (NPT) ou gastrostomia. Para os 171 pacientes restantes, representando 83% da amostra total, foi realizada a observação da evolução na ingestão por via oral (VO) e, conseqüentemente, da disfagia (avaliada pela FOIS alta em relação à FOIS pós-fono). Dentre esses, 62 pacientes (36%) apresentaram uma evolução favorável da disfagia, tendo como base a escala FOIS.

A melhora da disfagia foi encontrada mais frequentemente entre os pacientes em uso de SNE em relação àqueles com dieta por VO adaptada (70% versus 29%; $p < 0,001$), com uso de traqueostomia em relação àqueles sem traqueostomia (67% versus 34%; $p = 0,032$), em uso de oxigenioterapia suplementar no momento da avaliação fonoaudiológica (55% versus 28%; $p = 0,001$) e que realizaram maior média de sessões intrahospitalar de fonoterapia (7,8 versus 3,7; $p < 0,001$), conforme Tabela 3.

Tabela 3. Característica da amostra considerando a evolução da disfagia no paciente (n=171).

| Variáveis | Com evolução escala FOIS (n=62) | | Sem evolução escala FOIS (n=109) | | Valor p* |
|---|---------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------|
| | Média ou Freq. | % desvio padrão | Média ou Freq. | % desvio padrão | |
| Idade | 69,6 | 20,8 | 66,9 | 19,5 | 0,255 |
| Gênero | | | | | 0,919 |
| Homens | 30 | 35,3 | 55 | 64,7 | |
| Mulheres | 32 | 37,2 | 54 | 62,8 | |
| Doença de Base | | | | | 0,552 |
| Neurogênica | 27 | 33,3 | 54 | 66,7 | |
| Não Neurogênica | 35 | 38,9 | 55 | 61,1 | |
| Via de alimentação | | | | | <0,001 |
| SNE | 21 | 70,0 | 9 | 30,0 | |
| Via Oral Adaptada | 41 | 29,1 | 100 | 70,9 | |
| Com Traqueostomia | | | | | 0,031 |
| Sim | 8 | 66,7 | 4 | 33,3 | |
| Não | 54 | 34,0 | 105 | 66,0 | |
| Videofluoroscopia | | | | | 0,123 |
| Sim | 7 | 58,3 | 5 | 41,7 | |
| Não | 55 | 34,6 | 104 | 65,4 | |
| Uso de O2 | | | | | 0,001 |
| Sim | 29 | 54,7 | 24 | 45,3 | |
| Não | 33 | 28,0 | 85 | 72,0 | |
| Nº de atendimentos Fonoaudiológico | 7,8 | 6,5 | 3,7 | 4,8 | <0,001 |

* Teste Mann Whitney, Teste qui quadrado ou Teste Exato de Fischer; SNE= dieta por sonda nasoesférica

Paciente em uso de SNE para alimentação, uso de oxigenioterapia suplementar, traqueostomia e o maior número de atendimentos fonoaudiológicos durante a internação foram associados com maior chance de evolução favorável da deglutição na análise univariada (Tabela 4). Já no modelo multi-

variado, a presença de alimentação por SNE (OR 3,17; IC 95% 1,16-8,68, $p=0,025$) e o maior número de sessões de fonoterapia intrahospitalar (OR=1,09; IC 95% 1,01-1,18; $p=0,020$) foram associadas com a melhora da disfagia, com base na progressão da escala FOIS.

Tabela 4. Análise Univariada e Multivariada por Regressão Logística das Variáveis Predictoras para Melhora da Deglutição em Pacientes Internados com Disfagia Associada (n= 171).

| Variáveis | Univariada | | | Multivariada | | |
|--|------------|------------|---------|--------------|-----------|---------|
| | OR | IC 95% | Valor p | OR | IC 95% | Valor p |
| Idade, anos | 1,01 | 0,99-1,02 | 0,470 | 1,01 | 0,99-1,03 | 0,361 |
| Gênero, homens x mulheres | 0,92 | 0,49-1,72 | 0,795 | 0,82 | 0,40-1,69 | 0,596 |
| Doença Base, neurológica x não neurológica | 0,79 | 0,42-1,47 | 0,451 | | | |
| Via Alimentação, SNE x VO adaptada | 5,69 | 2,40-13,47 | <0,001 | 3,17 | 1,16-8,68 | 0,025 |
| Com Traqueostomia, sim x não | 3,89 | 1,12-13,50 | 0,032 | 0,96 | 0,20-4,61 | 0,961 |
| Fez Videofluroscopia, sim x não | 2,65 | 0,80-8,73 | 0,110 | | | |
| Uso de Oxigênio suplementar, sim x não | 3,11 | 1,59-6,11 | 0,001 | 1,80 | 0,84-3,89 | 0,132 |
| Número de consultas fonoaudiológicas | 1,13 | 1,05-1,22 | 0,001 | 1,09 | 1,01-1,18 | 0,020 |

SNE=dieta por sonda nasointestinal; VO=via oral

Discussão

Até onde nossa revisão foi possível, este estudo foi o primeiro a considerar a concordância da conduta do fonoaudiólogo e equipe médica através da escala FOIS. Para VAA e via oral livre, encontrou-se uma moderada concordância entre os dois profissionais; no entanto, em situações potencialmente intermediárias de gravidade de disfagia, houve baixa concordância para outras vias alimentares e padrões de dieta. Quanto aos fatores relacionados à melhora da disfagia durante a internação, observou-se que a maior limitação na via alimentar normal, indicada pela necessidade de SNE na primeira avaliação fonoaudiológica, e o aumento no número de sessões de fonoterapia intra-hospitalares foram associados à melhora da disfagia.

A fonoaudiologia hospitalar tem cada vez mais demonstrado sua importância no cuidado do paciente com disfagia^{21,22}. No entanto, ainda existe deficiência do número de profissionais habilitados para adequada avaliação destes pacientes no âmbito

hospitalar²³. No Brasil, segundo dados disponíveis do DATASUS, o número total de fonoaudiólogos atuando em hospitais públicos em todo o Brasil era de 5436 em 2020²⁴. Sendo que destes, a menor prevalência era na região norte (399; 7%) e maior prevalência na região sudeste (2671; 49%). Desta forma, considerando o número estimado de leitos hospitalares na rede pública em 419 mil em 2020²⁵, obtemos um número estimado de fonoaudiólogos por leito hospitalar de 77,07 leitos por fonoaudiólogo, sendo uma relação de 1 fonoaudiólogo para cada 100 leitos hospitalares, tanto na região norte quanto região sudeste²⁴. Conforme o Conselho Federal de Fonoaudiologia, é necessário que haja no mínimo um fonoaudiólogo em Unidade de Cuidado Intensivos Neonatal, Pediátrica, Adulto e Idoso, sendo a proporção de 1 fonoaudiólogo para até 8 leitos, com turno de 6 horas/dia; nas Unidades Abertas ou Clínicas Médicas é necessário ter 1 fonoaudiólogo para até 10 leitos, também com turnos de 6 (seis) horas/dia²⁶. Ou seja, mesmo com a ampliação da fonoaudiologia hospitalar no Brasil nos últimos anos, o número de profissionais ainda



é abaixo do recomendado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia²³. Esta situação implica em que muitos casos de disfagia são rotineiramente conduzidos por profissionais não fonoaudiólogos realizando uma avaliação menos criteriosa²⁷, embora priorizando a segurança do paciente para a via alimentar com base principalmente no estado de alerta e atenção do paciente, com base na Escala de Glasgow.

Uma pesquisa realizada em 2 hospitais gerais de uma cidade do interior do Paraná verificou quais os critérios utilizados por 48 profissionais de saúde, sendo a maioria médicos, quanto à liberação da dieta VO em pacientes hospitalizados¹⁵. Todos relataram que o nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow era o parâmetro mais utilizados¹⁵. No entanto, tais profissionais mostraram uma menor habilidade em reconhecer outras situações de risco para ocorrência de disfagia ou na importância de estar atento ao modo do paciente manejar a própria saliva. Da mesma forma, outro estudo de um hospital privado, também com menor número de fonoaudiólogos, administraram um questionário que explorou como médicos e enfermeiras identificavam e gerenciavam a disfagia pós-AVC²⁸. Segundo o estudo, os profissionais não utilizavam outros critérios, além do estado de alerta e atenção do paciente para identificar potenciais casos de disfagia, tais como tosse voluntária e qualidade vocal. O presente estudo também encontrou uma aceitável concordância entre médico e fonoaudiólogo nas dietas VAA e livre, visto que estas duas são mais facilmente definidas pelo nível do estado de alerta e atenção do paciente, e não necessitam de uma avaliação mais rigorosa. Entretanto, para a dieta adaptada, o nosso estudo obteve baixa concordância entre médico e fonoaudiólogo. Situação semelhante ocorreu quando a conduta da via alimentar foi estabelecida pela equipe de enfermagem, sem a utilização de critérios além do estado de alerta e atenção do paciente, baseando-se na Escala de Glasgow²⁷.

No âmbito hospitalar, a elevada demanda por avaliações da deglutição coloca o fonoaudiólogo em uma posição desafiadora, requerendo a execução de testes com diferentes consistências e manobras para a avaliação da disfagia. Esses procedimentos incluem testes para diagnosticar alterações nas funções orais, como escape oral anterior, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutições, elevação laringea, ausculta cervical, saturação

de oxigênio, qualidade vocal, tosse, engasgo e outros sinais de alteração clínica (como cianose, broncoespasmo e alteração nos sinais vitais)². No contexto hospitalar, a alta demanda por avaliações da deglutição, e devido, muitas vezes, à escassez de fonoaudiólogos, implica na necessidade de outros profissionais conduzirem essas avaliações. Isso pode resultar em uma indicação menos precisa do grau da disfagia, bem como indicação inadequada de via de alimentação e/ou modificações na dieta podendo implicar em aumento de custos hospitalares por uso desnecessários de SNE.

No presente estudo, os pacientes potencialmente com pior condição clínica (em uso de oxigenioterapia, pacientes com traqueostomia ou em uso de SNE) foram associados com a melhora da disfagia na análise univariada. No caso do uso da SNE no momento da avaliação fonoaudiológica, utilizou-se como uma medida aproximada de gravidade do paciente em relação à via alimentar possível naquele momento, seja por fatores relacionadas a doença com implicação na deglutição, seja por estado neurológico^{27,29}. No momento da admissão, devido à gravidade inicial da situação apresentada pelo paciente, o uso da SNE é, muitas vezes, a conduta mais utilizada para garantir a via de alimentação³⁰. Já a evolução favorável da disfagia pode estar associada à melhora clínica e neurológica durante a internação²⁹. Desta forma, pacientes potencialmente mais graves clinicamente, e que necessitaram uso de SNE demonstraram ter sido aqueles que mais evoluíram durante o atendimento fonoaudiológico, no presente estudo. Tal achado pode ser justificável tanto pela melhora do quadro clínico que motivou a internação, quanto pela própria terapia fonoaudiológica ofertada. Esta última, considerando que o número de sessões de fonoterapia também se relacionou com um fator associado à melhora da disfagia. Assim, nossos achados apontam que a frequência das sessões teve importante papel no atendimento desses pacientes, como já demonstrado em outros estudos^{29,31}. Sabe-se que a frequência das sessões fonoaudiológicas desempenha um papel fundamental na melhoria da disfagia, sendo imperativo compreender adequadamente o tempo, a intensidade e a regularidade da terapia fonoaudiológica^{14,31}. As intervenções terapêuticas fonoaudiológicas visam manter ou reabilitar a deglutição, podendo variar de exercícios de fortalecimento muscular, manobras para deglutição e estimulação sensorial^{14,31}. Além disso, pacientes



em uso de SNE poderiam ser rotineiramente mais avaliados pelo fonoaudiólogo hospitalar, tendo maior contribuição para a reabilitação em disfagia orofaríngea¹, além de favorecer o menor tempo de uso de via alimentar complementar, ganho nutricional⁵ e redução na ocorrência de pneumonia aspirativa^{1,3,22}.

Nosso estudo possui algumas limitações que necessitam ser consideradas. Utilizou-se como critério de doença de base a doença que acarretou a internação ou sua complicação direta, desta forma não foi possível considerar outras doenças pré-existentes que poderiam ter relação com o desfecho clínico. Além disso, apesar da avaliação clínica fonoaudiológica ter uma boa correlação com achados de videofluoroscopia da deglutição, não é possível afastar um viés de observação pelo fonoaudiólogo que avaliou os pacientes do presente estudo em relação à real situação da disfagia. Além disso, não foi possível avaliar os parâmetros específicos da severidade da disfagia avaliado tanto pelo fonoaudiólogo quanto pelo profissional médico, devido ao aspecto retrospectivo do desenho do estudo. Reconhece-se que a categorização da conduta final adotada para a via alimentar através da escala FOIS como pressuposto de gravidade da disfagia está além da função desta escala. Mesmo tendo sido usado como uma medida indireta de severidade de disfagia considerada pelo profissional avaliado no presente estudo. Novos estudos seriam necessários para uma melhor definição da severidade da disfagia por cada profissional.

Acreditamos que nossos resultados podem colaborar para que novos estudos avaliem lacunas na definição da melhor via de alimentação em casos limitrofes, especialmente considerando a realidade do ambiente hospitalar, no qual frequentemente existe uma escassez de fonoaudiólogos em relação à demanda necessária.

Conclusão

Este estudo evidencia a concordância entre as condutas fonoaudiológica e médica em casos de dieta via oral livre e SNE para aqueles pacientes com maior ou menor gravidade. No caso de pacientes com situação clínica intermediária com relação à via alimentar, a avaliação fonoaudiológica para a dieta poderia favorecer abordagens de dietas adaptadas e menor uso de SNE em relação à avaliação médica. Pacientes com maior limitação

à via alimentar no início do atendimento fonoaudiológico, bem como aqueles que realizaram maior número de sessões de fonoterapia apresentaram melhora da disfagia. Essas conclusões apontam para a importância da atuação integrada de equipes médicas e fonoaudiológicas, visando condutas mais assertivas e seguras para pacientes com disfagia, especialmente em contextos hospitalares com limitações de recursos e envolvendo pacientes em que o uso de parâmetros clínicos baseados em nível de consciência não são tão claros para definir a melhor via alimentar.

Referências

1. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. *Revista CEFAC*. 2010; 12: 964-70.
2. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRFd. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2007; 12: 199-205.
3. Titsworth WL, Abram J, Fullerton A, Hester J, Guin P, Waters MF, et al. Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke*. 2013; 44(11): 3154-60.
4. Fuhs AK, LaGrone LN, Porras MGM, Castro MJR, Quispe RLE, Mock CN. Assessment of rehabilitation infrastructure in Peru. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2018; 99(6): 1116-23.
5. Silva RGD. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007; 19: 123-30.
6. Rivelsrud MC, Hartelius L, Bergström L, Løvstad M, Speyer R. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: a systematic review and meta-analyses. *Dysphagia*. 2023; 38(1): 76-121.
7. Ribeiro M, Miquilussi PA, Gonçalves FM, Taveira KVM, Stechman-Neto J, Nascimento WV, et al. The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dysphagia*. 2023: 1-14.
8. Garcia-Peris P, Parón L, Velasco C, De la Cuerda C, Cambor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clinical nutrition*. 2007; 26(6): 710-7.
9. Patel D, Krishnaswami S, Steger E, Conover E, Vaezi M, Ciucci M, et al. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus*. 2018; 31(1): dox131.
10. Lim SH, Lieu P, Phua S, Seshadri R, Venketasubramanian N, Lee S, et al. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia*. 2001;16:1-6.



11. Velasco LC, Imamura R, Rego APV, Alves PR, da Silva Peixoto LP, de Oliveira Siqueira J. Sensitivity and specificity of bedside screening tests for detection of aspiration in patients admitted to a public rehabilitation hospital. *Dysphagia*. 2021; 36(5): 821-30.
12. Dziejwas R, auf dem Brinke M, Birkmann U, Bräuer G, Busch K, Cerra F, et al. Safety and clinical impact of FEES—results of the FEES-registry. *Neurological Research and Practice*. 2019; 1: 1-8.
13. Crary MA, Mann GDC, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2005; 86(8): 1516-20.
14. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijnenberg I. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. *Dysphagia*. 2010; 25: 40-65.
15. Furmann N, Costa F. Critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes adultos hospitalizados. *Rev CEFAC*. 2015; 17 (4): 1278-87.
16. Melotte E, Maudoux A, Delhalle S, Lagier A, Thibaut A, Aubinet C, et al. Swallowing in individuals with disorders of consciousness: A cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2021; 64(4): 101403.
17. de Jesus Oliveira I, Couto GR, da Mota LAN. Nurses' preferred items for dysphagia screening in acute stroke patients: A qualitative study. *Nursing Practice Today*. 2020.
18. Zhang G, Li Z, Gu H, Zhang R, Meng X, Li H, et al. Dysphagia management and outcomes in elderly stroke patients with malnutrition risk: results from Chinese stroke center alliance. *Clinical Interventions in Aging*. 2023: 295-308.
19. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*. 1974; 304(7872): 81-4.
20. Miot HA. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. *SciELO Brasil*; 2016. p. 89-92.
21. Rodrigues LKV, Pernambuco L. Produção científica sobre disfagia orofaríngea em idosos nos periódicos brasileiros: uma análise bibliométrica. *Distúrbios da Comunicação*. 2017; 29(3): 529-38.
22. Felipe B, Lima D, Mourão L. Role of the Speech-Language Pathologist in the Neurology inpatient clinic at a Teaching Hospital in Brazil.
23. Especialista por área [Internet]. 2021. Available from: <https://www.fonoaudiologia.org.br/fonoaudiologos/especialista-por-area/>.
24. Banco de dados do Sistema Único de Saúde- DATASUS [Internet]. 2021 [cited Acesso em 10/12/2022.]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>.
25. Brasil MdS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS 2021 [Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>].
26. CFFa CFDF. RESOLUÇÃO CFFa nº 580, de 20 de agosto de 2020 https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_580_20.htm2020
27. Spronk PE, Spronk LE, Lut J, Gnacke E, Mijnes D, van Munster B, et al. Prevalence and characterization of dysphagia in hospitalized patients. *Neurogastroenterology & Motility*. 2020;32(3):e13763.
28. Pierpoint M, Pillay M. Post-stroke dysphagia: An exploration of initial identification and management performed by nurses and doctors. *South African Journal of Communication Disorders*. 2020; 67(1): 1-13.
29. Furkim AM, Sacco ABdF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Revista Cefac*. 2008; 10: 503-12.
30. Nogueira SCJ, Carvalho APCd, Melo CBd, Morais EPGd, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Revista Cefac*. 2013; 15: 94-104.
31. Benfield JK, Everton LF, Bath PM, England TJ. Does therapy with biofeedback improve swallowing in adults with dysphagia? A systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2019; 100(3): 551-61.
32. Ferrucci JL, Sassi FC, Medeiros GCd, Andrade CRFd, editores. Comparação dos aspectos funcionais da deglutição e indicadores clínicos em pacientes com traumatismo crânioencefálico em UTI. *CoDAS*; 2019: SciELO Brasil.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

