

A Fonoaudiologia Hospitalar e as evidências irrefutáveis de que a presença do Fonoaudiólogo é essencial nos hospitais.

EMENTA: - Áreas de atuação da Fonoaudiologia Hospitalar: Atuação fonoaudiológica em CTI Adulto, Semi Intensiva e enfermarias.

- Equipe multidisciplinares.

- Áreas de atuação da Fonoaudiologia Hospitalar: Atuação fonoaudiológica em Neonatologia, Pediatria, Oncologia, Neurologia, Gerontologia, Queimados, Traumas de face, AIDS.

M.Sc. Prof^a Viviane Marques

Coordenadora da Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar da UVA

Coordenadora do serviço de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Gafreé Guinle

Diretora da empresa FONOVIM Fonoaudiologia Neurológica LTDA

Docente do mestrado de HIV/AIDS e Hepatites Virais UNIRIO

Presidente do Projeto Terceira Idade Saudável

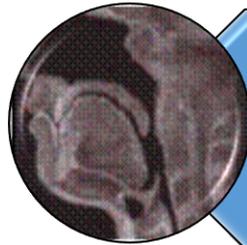
<http://www.fonovim.com.br>

**FONOAUDIOLOGIA
É COMO ÁGUA:
INDISPENSÁVEL**

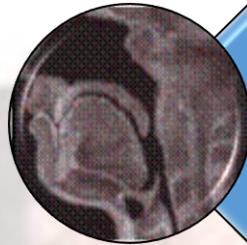
Porque o fonoaudiólogo
é indispensável no
ambiente hospitalar?



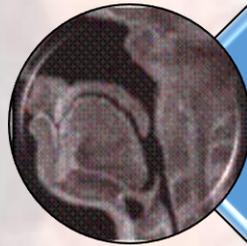
Art.1º - O fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológicos das disfagias orofaríngeas, bem como o gerenciamento destas no recém-nascido, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso;



Redução de
Comorbidades



Redução de Mortes



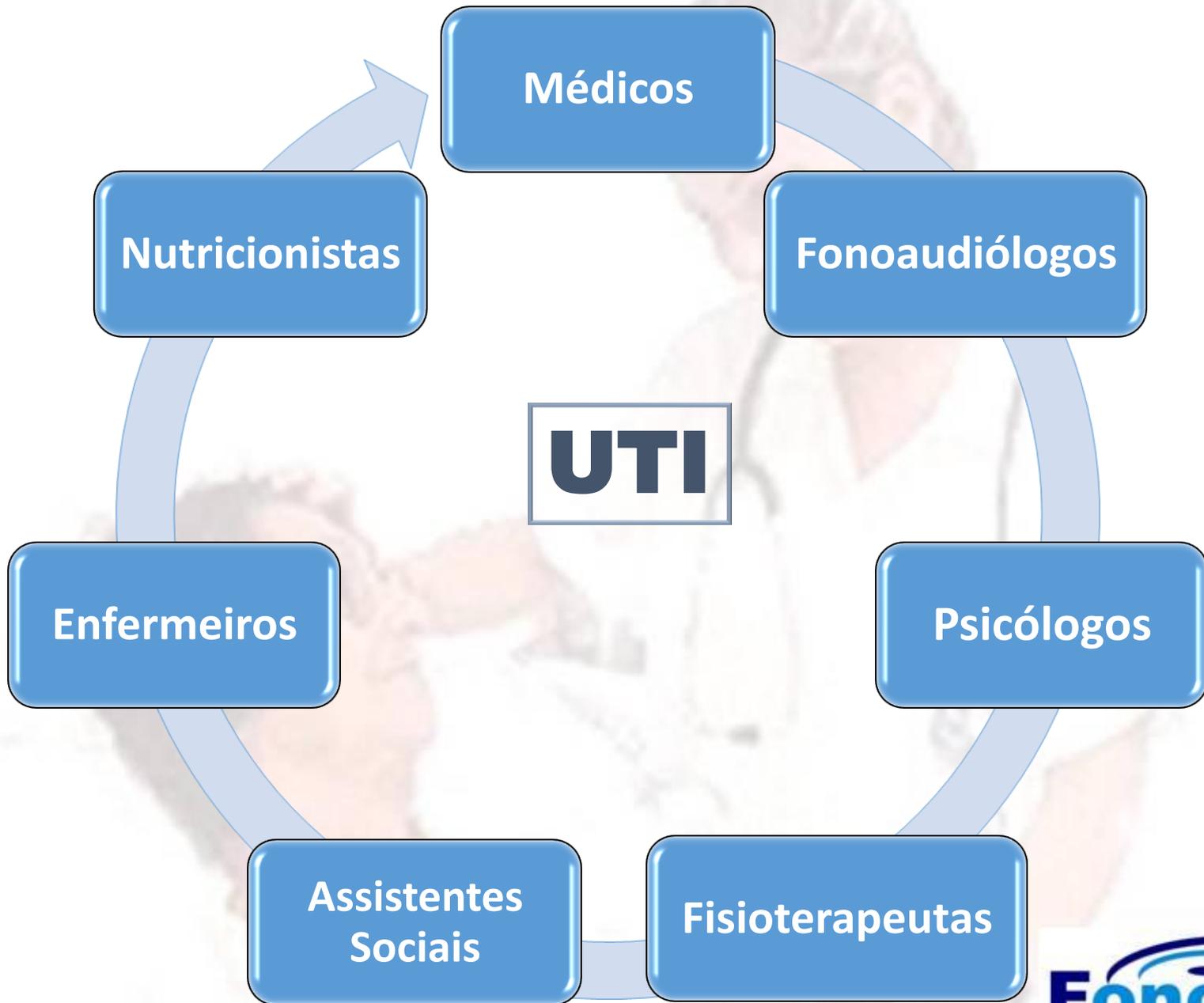
Redução de Custos
Hospitalares

Disfagia é a dificuldade de deglutição relacionada ao funcionamento das estruturas orofaringolaríngeas e esofágicas, dificultando ou impossibilitando a ingestão oral segura, eficaz e confortável de saliva, líquidos e/ou alimentos de qualquer consistência, podendo ocasionar desnutrição, desidratação, aspiração, desprazer e isolamento social, além de complicações mais graves como a pneumonia aspirativa e o óbito;

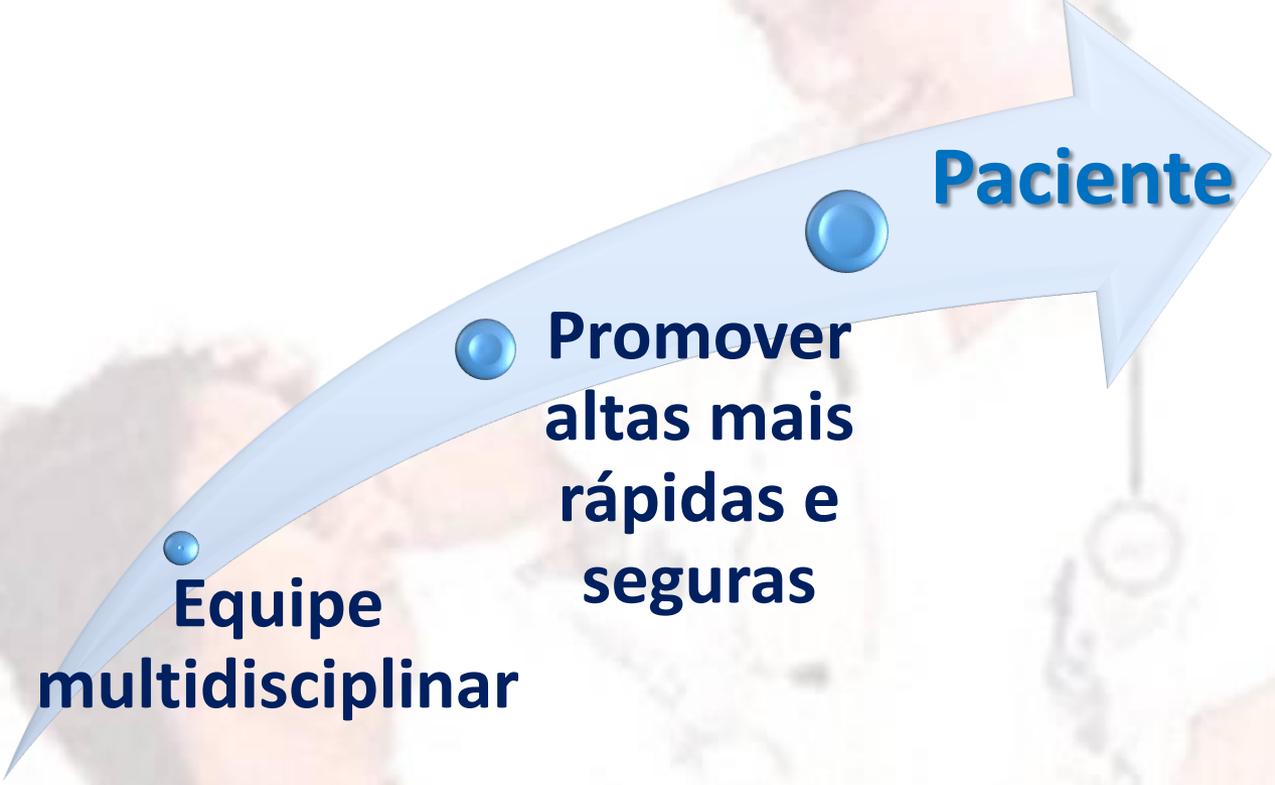








Dentro de uma UTI é de competência do fonoaudiólogo enquanto membro da equipe avaliar a disfagia orofaríngea de forma criteriosa e cautelosa não colocando em risco o quadro clínico do paciente, auxiliando, portanto, na prevenção e redução de complicações pulmonares e/ou de nutrição e hidratação, diminuindo o tempo de ocupação do leito e custos hospitalares



**Equipe
multidisciplinar**

**Promover
altas mais
rápidas e
seguras**

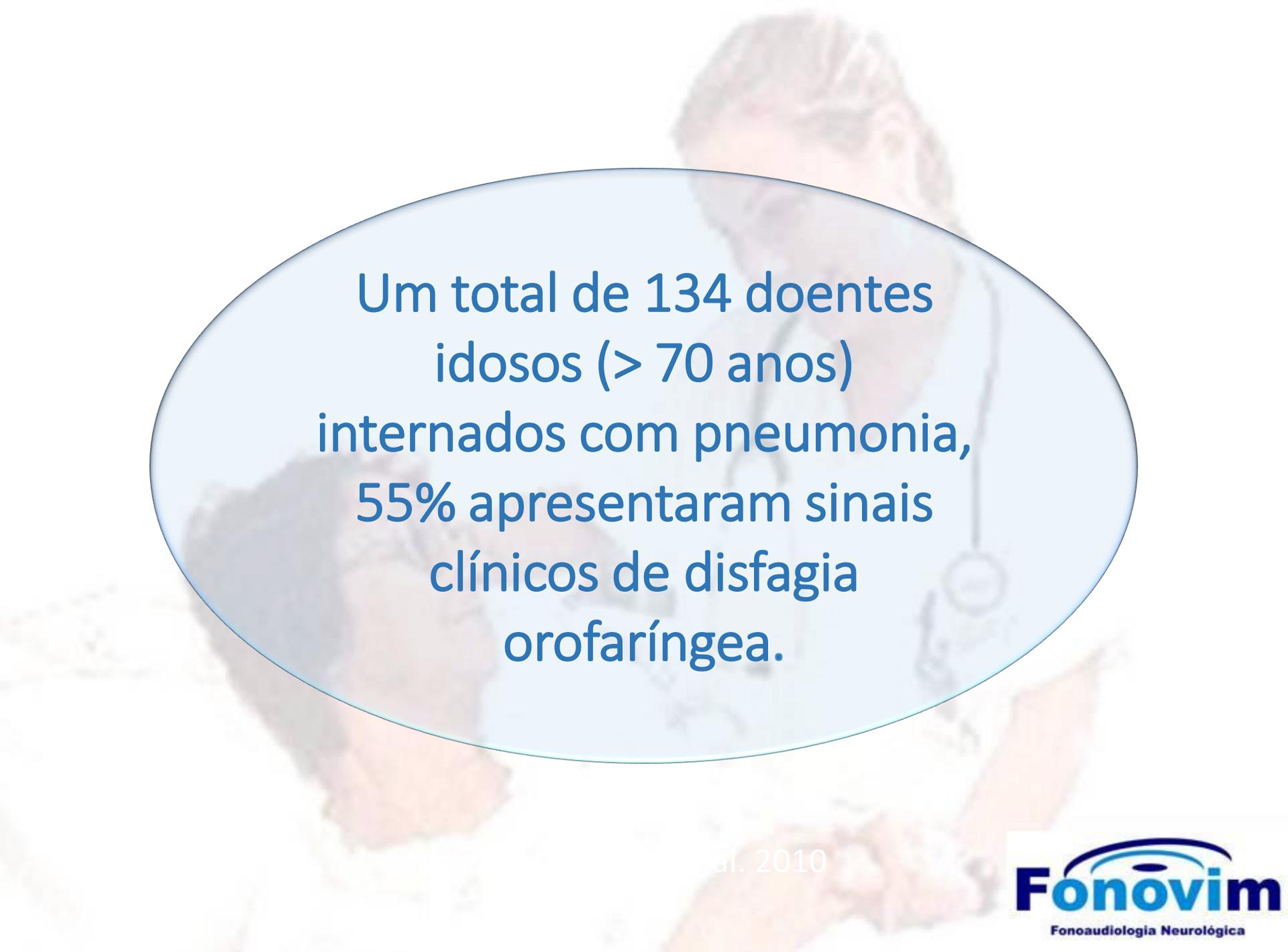
Paciente

A disfagia é um sério fator de risco para pneumonia aspirativa em idosos frágeis , especialmente em pessoas com algum comprometimento neurológico.

A atuação fonoaudiológica em UTI visa prevenir a aspiração de alimentos e de saliva e de suas consequências, contribuindo na rapidez da recuperação do paciente e na diminuição dos custos, cumprindo papel efetivo na prevenção da pneumonia aspirativa.

Smithard et al descreveram a redução da incidência de pneumonia aspirativa de 51% no primeiro dia para 17% em um mês, para 11% em seis meses quando o paciente era acompanhado por equipe multidisciplinar no monitoramento do alimento.

Estudo mostrou que após o exame clínico, 62,9% dos sujeitos avaliados, apresentaram detecção de broncoaspiração em pacientes com pneumonia.



Um total de 134 doentes
idosos (> 70 anos)
internados com pneumonia,
55% apresentaram sinais
clínicos de disfagia
orofaríngea.

et al. 2010

Um estudo avaliou a deglutição de pacientes em UTI, destes 74% apresentaram disfagia orofaríngea, 61% tiveram como doença de base lesão neurológica, e 39% tiveram como doença de base acontecimentos não neurológicos. Não houve associação significativa entre a presença de disfagia e doença de base neurológica. Dos pacientes disfágicos, 45% apresentaram disfagia de grau leve, 22% disfagia de grau moderado e 33% disfagia de grau grave.

67% dos pacientes podem ter seus sintomas de disfagia negligenciados



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012

Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

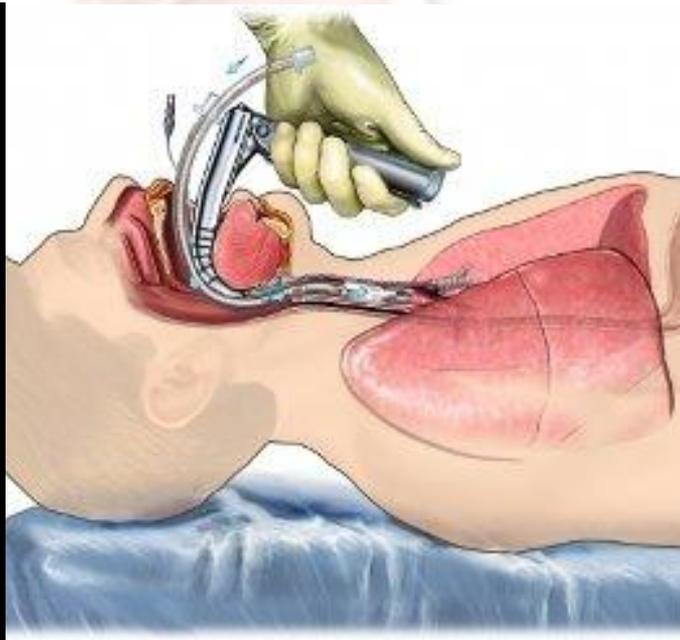
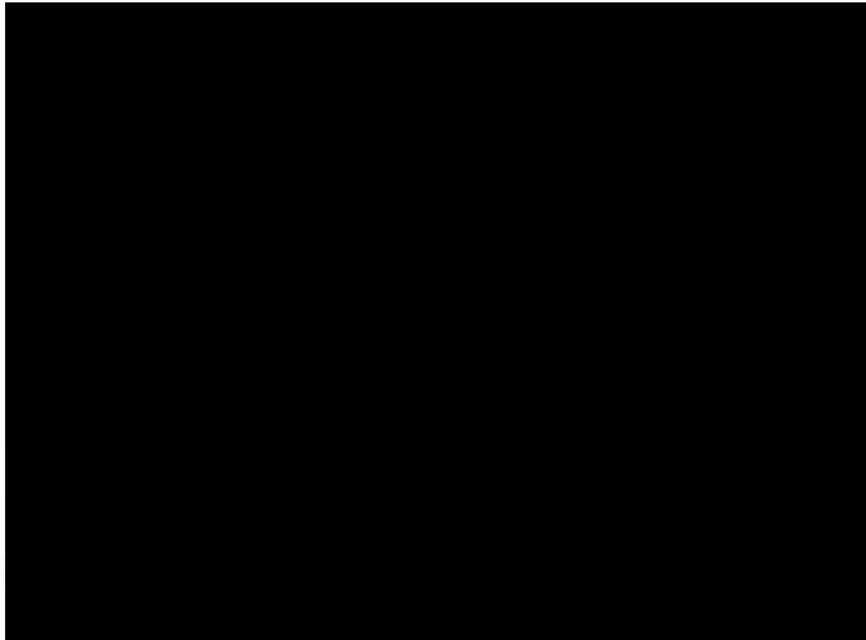
Considerando a alta prevalência do Acidente Vascular Cerebral e sua importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.

§ 1º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa.

§ 2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos:

I - recursos humanos:

g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;



Padovani *et al.* 2008;

TO

A intubação orotraqueal é comumente utilizada nas unidades de tratamento intensivo em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração; porém, apesar dos benefícios, pode causar ao trato respiratório superior complicações significantes para determinar prejuízos no processo da deglutição.

OTO

A intubação orotraqueal prolongada pode proporcionar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que causam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, determinando as disfagias orofaríngeas. Estas podem desencadear problemas como a desnutrição e a pneumonia aspirativa, piorando significativamente o estado clínico do paciente internado.

Kunigk MRG, Chehter E 2007

OTO

A população submetida à ventilação mecânica invasiva após a extubação apresenta alterações das fases oral e faríngea da deglutição caracterizadas por uma variedade de comprometimentos e acompanhadas por penetração e aspiração laríngeas.

Os pacientes submetidos à IOT prolongada apresentaram disfagia em diferentes graus, observando-se maior frequência e gravidade nos pacientes com algum grau de dano cerebral.

Os pacientes com acometimento neurológico apresentaram piores resultados na avaliação da deglutição e na possibilidade de alimentação por via oral, sendo que muitas destas alterações estiveram relacionadas ao quadro cognitivo-comportamental.

Deste modo, concluímos que a IOT isoladamente não pode ser considerada como fator causador da disfagia nos pacientes com danos neurológicos. As alterações neurológicas e, principalmente, os *deficits* nas habilidades cognitivas causados pela lesão devem ser considerados na avaliação da função de deglutição e no gerenciamento da disfagia, uma vez que estes são fatores de risco para aumento da frequência e gravidade deste distúrbio.

O desenvolvimento de disfagia pós extubação está bem documentado na literatura e ocorre com alta prevalência, entre 44-87% dos pacientes.

Medeiros, GC *et al.* 2014

A alteração de deglutição em pacientes que permanecem em ventilação Mecânica por mais de 48h é estimada entre 20 e 83%.

Furkim, AM & Rodrigues, KA

FTS

**RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de

Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução.

Seção IV

Acesso a Recursos Assistenciais

Art. 18. Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito:

IV - assistência fonoaudiológica;

Entre outros profissionais até o item XXVIII.

UTI

A atuação fonoaudiológica em UTI visa prevenir a aspiração de alimentos e de saliva e de suas consequências, contribuindo na rapidez da recuperação do paciente e na diminuição dos custos, cumprindo papel efetivo na prevenção da pneumonia aspirativa.

TO

**A associação entre
disfagia orofaríngea e a presença de
tubo endotraqueal e traqueostomia
com
cuff, pois esses pacientes podem
apresentar aspiração traqueal
silenciosa.**

**Além disso, durante o processo de
desmame da traqueostomia, os
pacientes podem
apresentar dificuldade para deglutir
saliva, e a possibilidade de
desenvolver
pneumonia aspirativa é
consideravelmente elevada.**

RESUMO

Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade

Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: a feasibility study

Rodrigues KA, Machado FR, Chiari BM, Rosseti HB, Lorenzon P, Gonçalves MI 2015

RESUMO

Objetivo: Avaliar a factibilidade da implantação precoce de um programa de reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados com disfagia e sob ventilação mecânica.

Métodos: Estudo prospectivo realizado em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário. Incluímos pacientes hemodinamicamente estáveis e submetidos à ventilação mecânica por pelo menos 48 horas e há no mínimo 48 horas com traqueostomia e nível adequado de consciência. Os critérios de exclusão foram cirurgia prévia na cavidade oral, faringe, laringe e/ou esôfago, presença de doenças degenerativas ou história progressiva de disfagia orofaríngea. Todos os pacientes foram submetidos a um programa de reabilitação da deglutição. Antes e após o tratamento de reabilitação da deglutição, foram determinados um escore

estrutural orofaríngeo, um escore funcional de deglutição, e um escore otorrinolaringológico estrutural e funcional.

Resultados: Foram incluídos 14 pacientes. A duração média do programa de reabilitação foi de $12,4 \pm 9,4$ dias, com média de $5,0 \pm 5,2$ dias sob ventilação mecânica. Onze pacientes puderam receber alimentação por via oral enquanto ainda permaneciam na unidade de terapia intensiva após 4 (2 - 13) dias de tratamento. Todos os escores apresentaram melhora significativa após o tratamento.

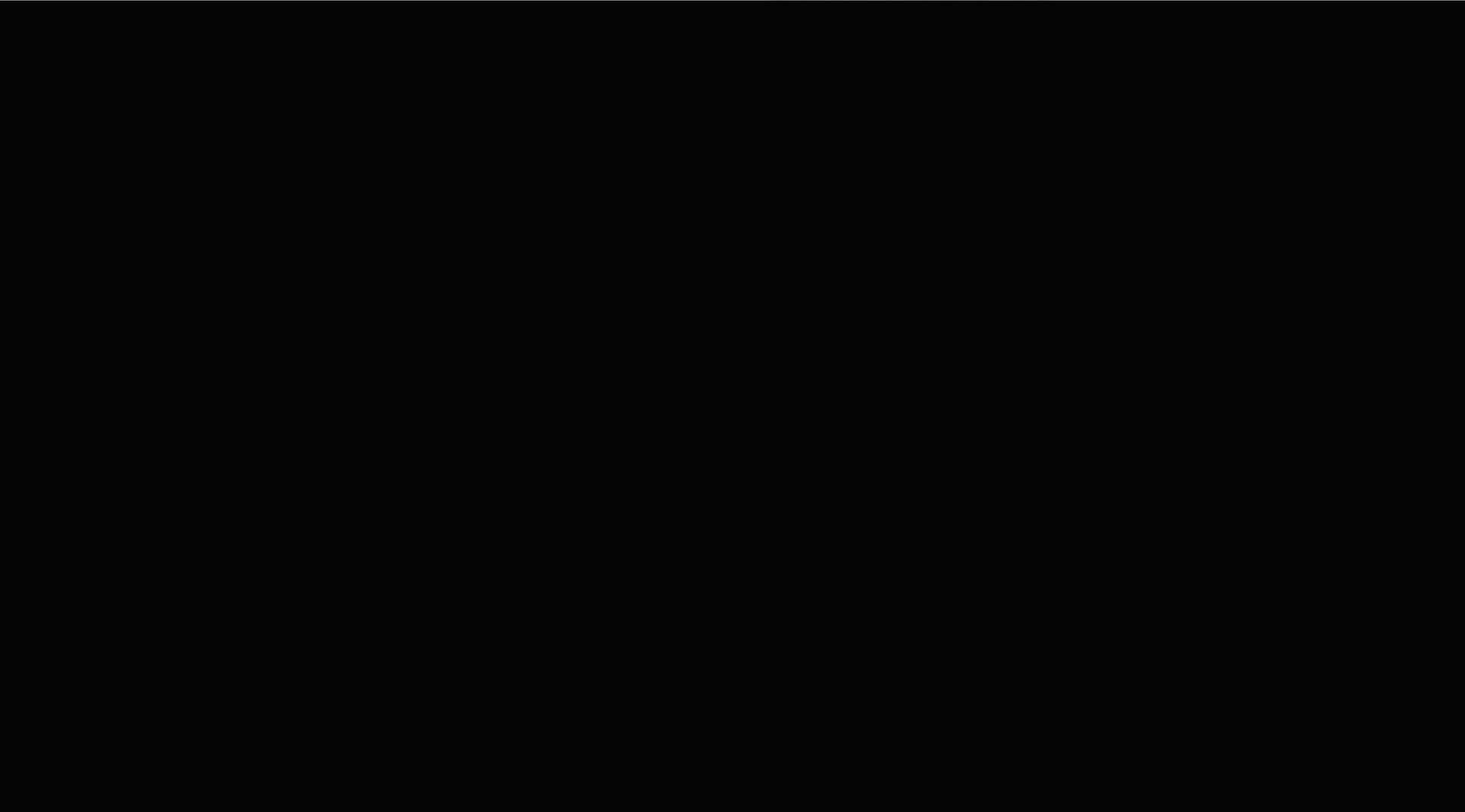
Conclusões: Neste pequeno grupo de pacientes, a implantação de um programa precoce de reabilitação da deglutição foi factível, mesmo em pacientes sob ventilação mecânica.

Descritores: Traqueostomia; Respiração artificial; Transtornos de deglutição/reabilitação; Disfagia; Unidades de terapia intensiva

Impacto da Traqueostomia na Deglutição



BARROS *et al.* 2009;



TO

A Traqueostomia é um procedimento técnico invasivo, realizado por profissional habilitado (médico), de forma eletiva ou em caráter de urgência. É um procedimento cirúrgico, onde se realiza uma abertura na traquéia do paciente, com a finalidade de favorecer a respiração e a eliminação e/ou retirada de secreção. A abertura entre o meio ambiente e a traquéia é chamado de estoma, e geralmente é indolor.





Cânula de Traqueostomia



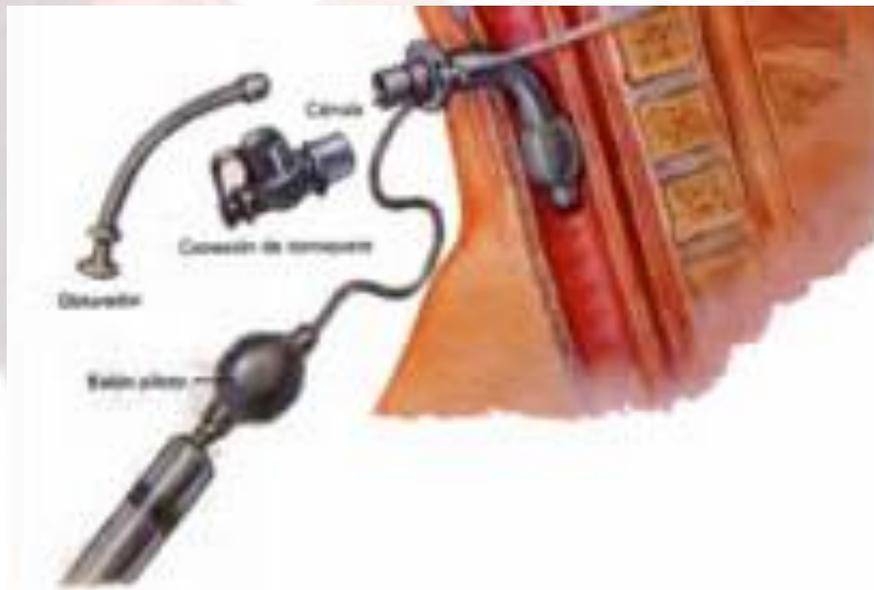
TO

Indicações para Traqueostomia

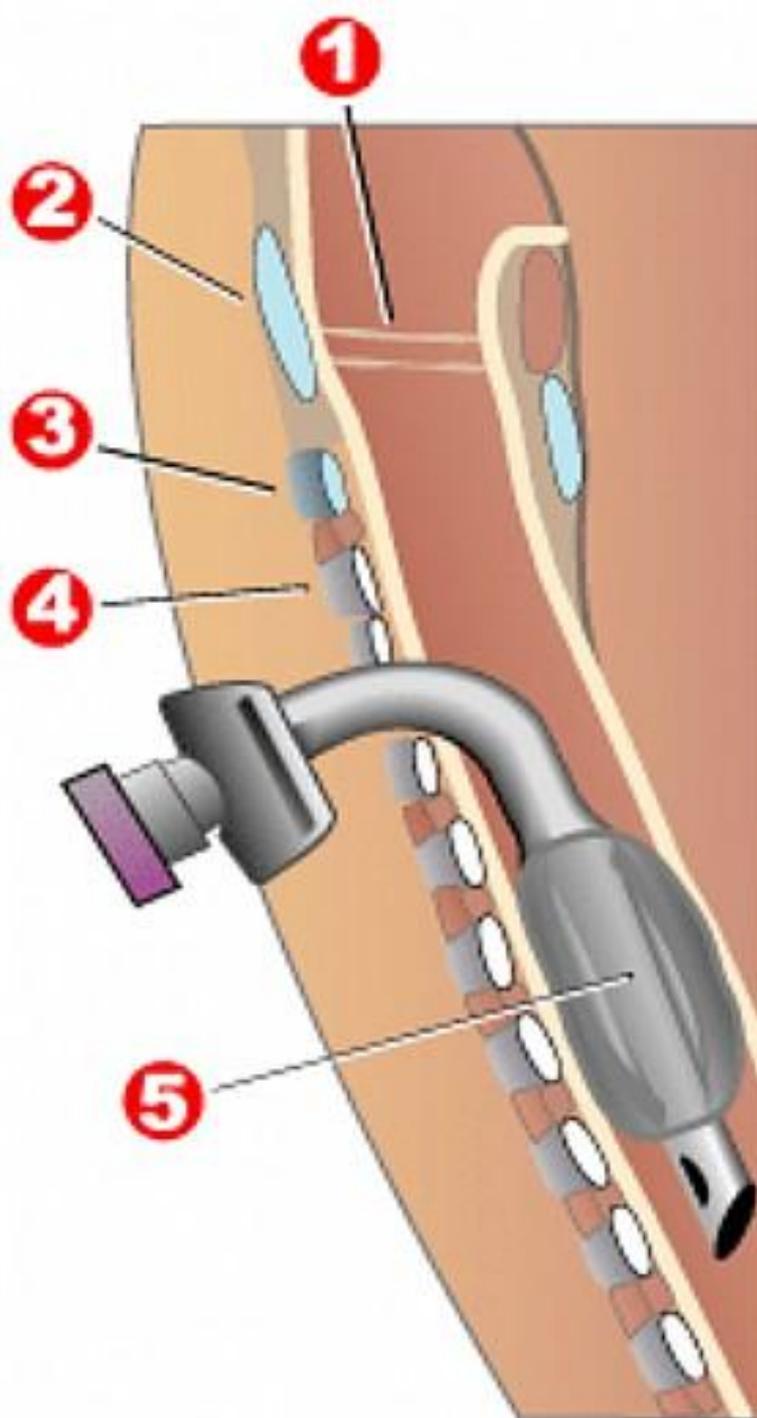
- Insuficiência respiratória
- Hipóxia
- Processos inflamatórios
- Corpos estranhos
- Hipersecreção brônquica
- Anomalias congênitas (alterações de nascimento)
- Doenças Neuromusculares
- Fadiga do músculo respiratório (geralmente causado por alguma doença)

Tipos de Cânulas de Traqueostomia

- As cânulas podem ser: plásticas, metálicas ou de silicone.
- Sem cuff, ou com o cuff (somente nas plásticas).
- O “cuff” é um balonete interno. A função do cuff é permitir, através da insuflação do balonete contra a parede da traquéia, que a luz da cânula (buraco interno da cânula), seja o único orifício viável, impedindo a passagem de líquidos e secreção para os pulmões. Assim como a perda de gás durante a ventilação mecânica (em pacientes mais graves), mantendo um sistema fechado e pressurizado.



TQT



- 1 – Região Glótica
- 2- Tireóide
- 3 – Cricóide
- 4 – Traquéia
- 5 - *Cuff*

TO

A Traqueostomia está associada ao aumento do risco de aspiração e a decanulação tende a melhorar a qualidade das funções do sistema estomatognático.

BARROS *et al.* 2009;

TO

Impacto da Traqueostomia na comunicação

Controle motor da fonoarticulação:

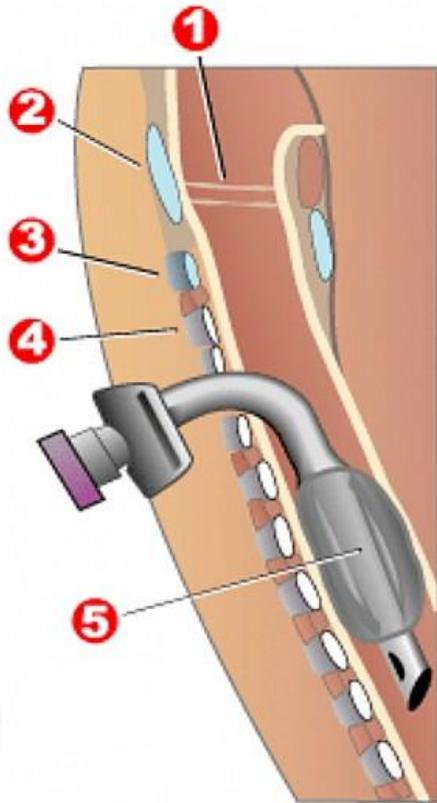
- 1) Sistema Nervoso Central
- 2) Sistema Nervoso Periférico
- 3) Sistema Respiratório
- 4) Laringe
- 5) Feedback auditivo

INTRODUCTION
DODD (1974)
L. (1974)

10
11
12



Impacto da Traqueostomia na Deglutição

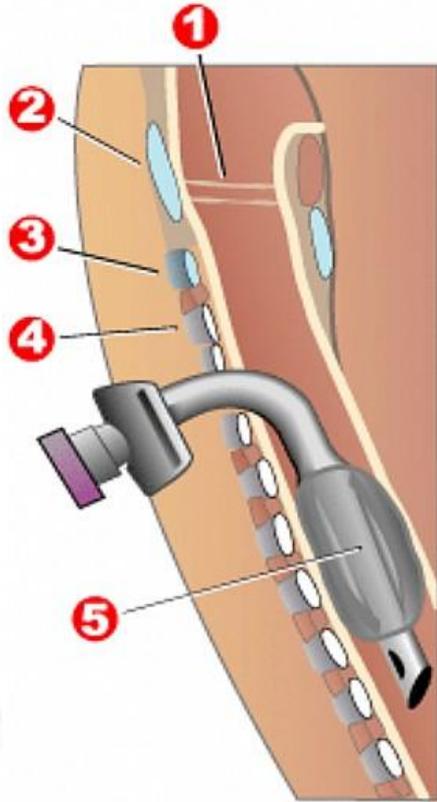


Impacto mecânico e/ou funcional

- Intubação anterior;
- Restrição da elevação laríngea;
- Prejudica a cooptação glótica;
- Técnica cirúrgica, tamanho e peso da cânula;
- O “cuff” insuflado pode pressionar o esôfago e dificultar a deglutição;
- Prejudica o reflexo de tosse;



Impacto da Traqueostomia na Deglutição



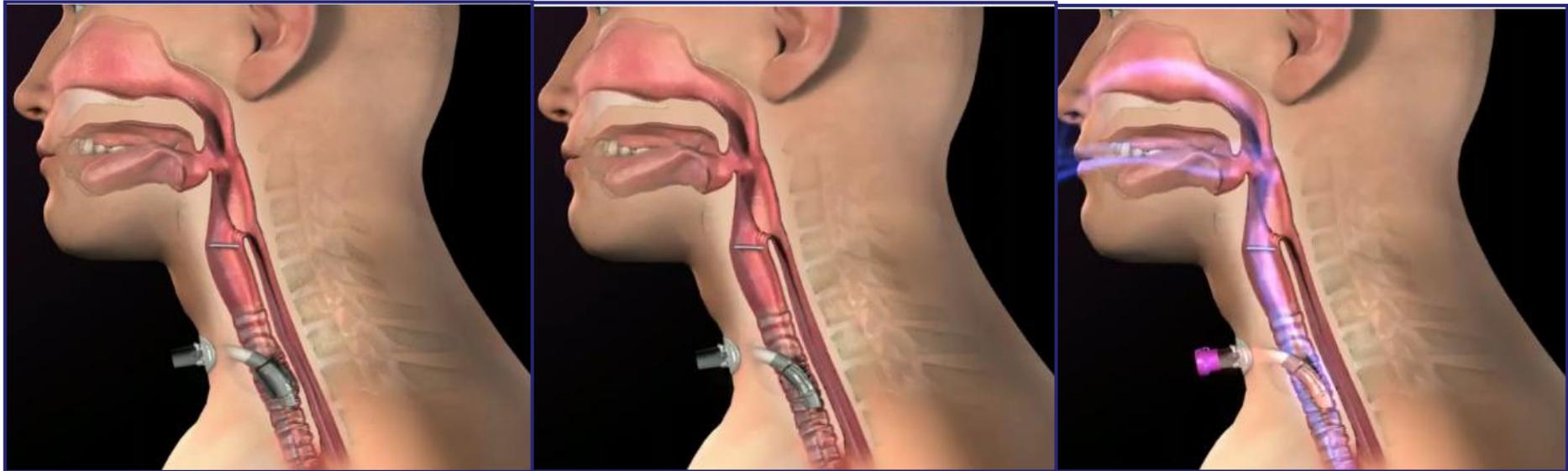
Impacto mecânico e/ou funcional

- Alteração do olfato e do paladar;
- Dessensibilização da mucosa com consecutivo risco de aspiração silenciosa;
- Ventilação mecânica acarreta modificações na fisiologia da deglutição;
- A disfagia geralmente está mais associada à gravidade da doença do que a traqueostomia.

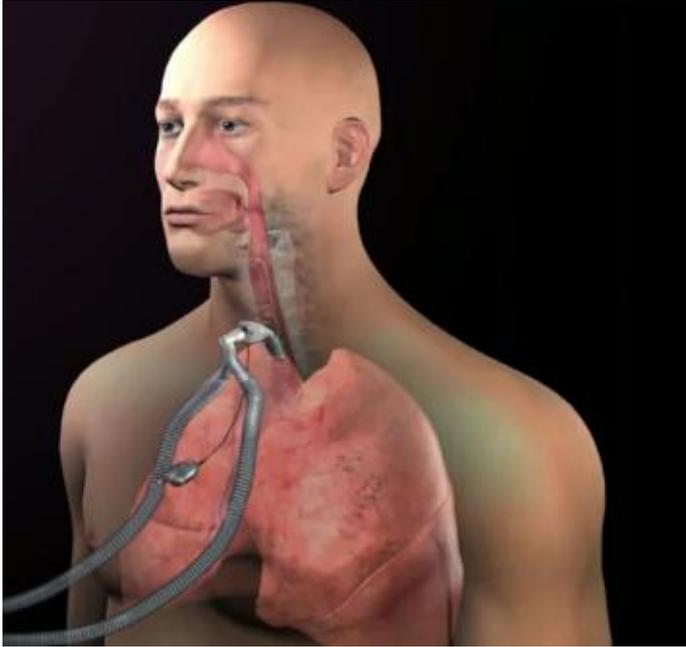


Conduatas que podem minimizar o impacto da traqueostomia

- Desinsuflar o *cuff* da cânula;
- Oclusão da cânula;
- Válvula de fala.

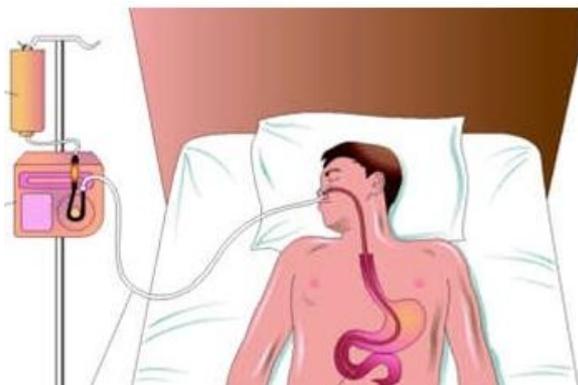


PRIGENT *et al.* 2006; BARROS *et al.* 2009



UTI, SEMI INTESNIVA E ENFERMARIAS

A Fonoaudiologia hospitalar auxilia a estabelecer a alimentação via oral mais precocemente e reduzir a indicação de vias alternativas de alimentação.



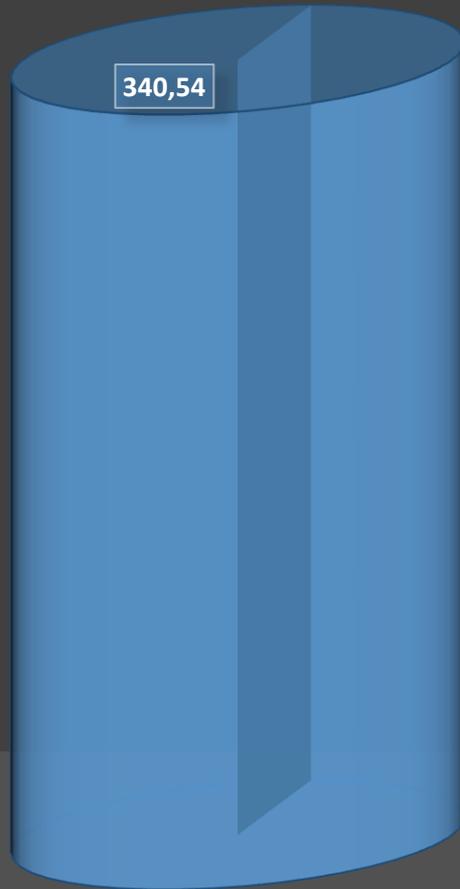
Preço médio de cada Bag entre seis dietas disponíveis

R\$ 350,00

Valor estimado, se a equipe de FONOAUDIOLOGIA reduzir um Bag de alimentação enteral por dia.

R\$ 10.500,00

Economia média de 32.600 mil reais por mês somente com dieta enteral no CER Leblon



Média dos valores das notas de três meses de gasto de dieta enteral SEM o serviço de Fonoaudiologia agost/set/out 2013

Média dos valores das notas de três meses de gasto de dieta enteral COM o serviço de Fonoaudiologia nov/dez 2013/jan 2014

Consequência da disfagia no paciente hospitalizado: impacto sobre o prognóstico e recursos hospitalares

Custo Econômico da Disfagia Tempo de internação hospitalar



■ Sem disfagia 2,4 dias ■ Com disfagia 4 dias

Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources.

Conseqüência da disfagia no paciente hospitalizado: impacto sobre o prognóstico e recursos hospitalares

[Altman KW](#), [Yu GP](#), [Schaefer SD](#).

Abstract

OBJECTIVE: To determine if comorbid dysphagia in all hospitalized patients has the potential to prolong hospital stay and increase morbidity. Dysphagia is increasingly prevalent with age and comorbid medical conditions. Our research group has previously shown that dysphagia is a bad prognostic indicator in patients with stroke.

MAIN OUTCOME MEASURES: The National Hospital Discharge Survey (NHDS), 2005-2006, was evaluated for presence of dysphagia and the most common comorbid medical conditions. Patient demographics, associated disease, length of hospital stay, morbidity and mortality were also evaluated.

RESULTS: There were over 77 million estimated hospital admissions in the period evaluated, of which 271,983 were associated with dysphagia. Dysphagia was most commonly associated with fluid or electrolyte disorder, esophageal disease, stroke, aspiration pneumonia, urinary tract infection, and congestive heart failure. **The median number of hospitalization days for all patients with dysphagia was 4.04 compared with 2.40 days for those patients without dysphagia.** (O número médio de dias de internação para todos os **pacientes portadores de disfagia foi de 4,04 em comparação com 2,40 dias para os pacientes sem disfagia.**) Mortality increased **substantially in patients with dysphagia associated with rehabilitation, intervertebral disk disorders, and heart diseases.**

CONCLUSIONS: Dysphagia has a significant impact on hospital length of stay and is a bad prognostic indicator. Early recognition of dysphagia and intervention in the hospitalized patient is advised to reduce morbidity and length of hospital stay.



Definição, prevalência e custo das disfagias orofaríngeas: um sério problema entre os idosos no mundo, e o impacto no prognóstico e nos recursos hospitalares

Custo médio estimado de um paciente com pneumonia aspirativa tem o custo médio de US\$ 17.000 dólares, aumentando o número de comorbidades.

Cichero JA, Altman KW. 2012

Definition, Prevalence and Burden of Oropharyngeal Dysphagia: A Serious Problem among Older Adults Worldwide and the Impact on Prognosis and Hospital Resources.

Definição, prevalência e custo das disfagias orofaríngeas: um sério problema entre os idosos no mundo, e o impacto no prognóstico e nos recursos hospitalares

Cichero JA, Altman KW.

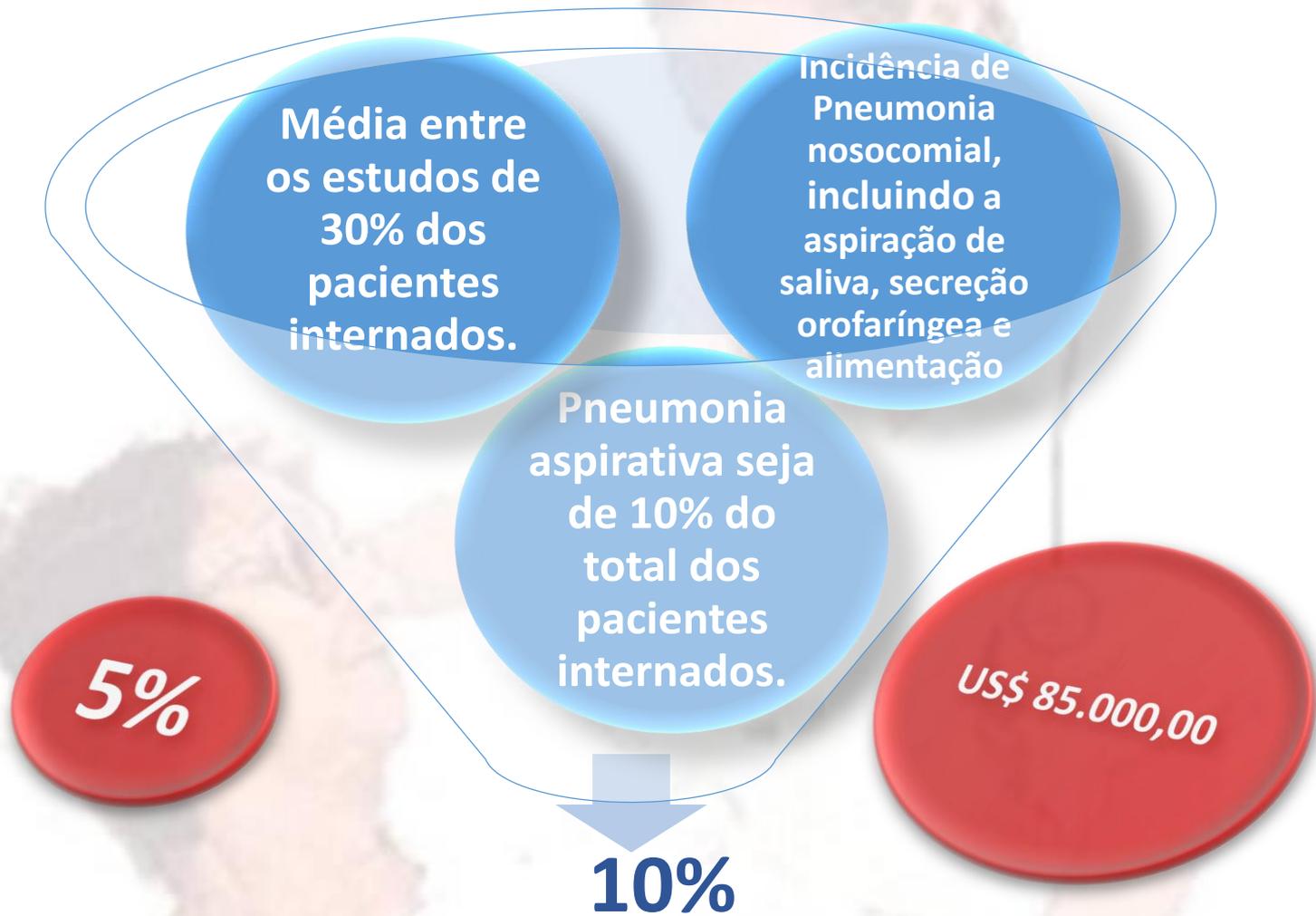
Source

School of Pharmacy, The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia.

Abstract

Oropharyngeal dysphagia describes difficulty with eating and drinking. This benign statement does not reflect the personal, social, and economic costs of the condition. Dysphagia has an insidious nature in that it cannot be 'seen' like a hemiplegia or a broken limb. It is often a comorbid condition, most notably of stroke, and many other neurodegenerative disorders. Conservative estimates of annual hospital costs associated with dysphagia run to USD 547 million. Length of stay rises by 1.64 days. The true prevalence of dysphagia is difficult to determine as it has been reported as a function of care setting, disease state and country of investigation. However, extrapolating from the literature, **prevalence rises with admission to hospital and affects 55% of those in aged care settings. Consequences of dysphagia include malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia and potentially death. The mean cost for an aspiration pneumonia episode of care is USD 17,000, rising with the number of comorbid conditions. (O custo médio do atendimento de um episódio de pneumonia por aspiração é de US\$ 17.000 dólares, aumentando o número de comorbidades).** Whilst financial costs can be objectively counted, the despair, depression, and social isolation are more difficult to quantify. Both sufferers and their families bear the social and psychological burden of dysphagia. **There may be a cost-effective role for screening and early identification of dysphagia, particularly in high-risk populations. A avaliação e a identificação precoce de disfagia, podem apresentar uma redução efetiva nos custos, particularmente com o risco de aspiração dessa população.**

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23051995 ANO DE PUBLICAÇÃO: 2012

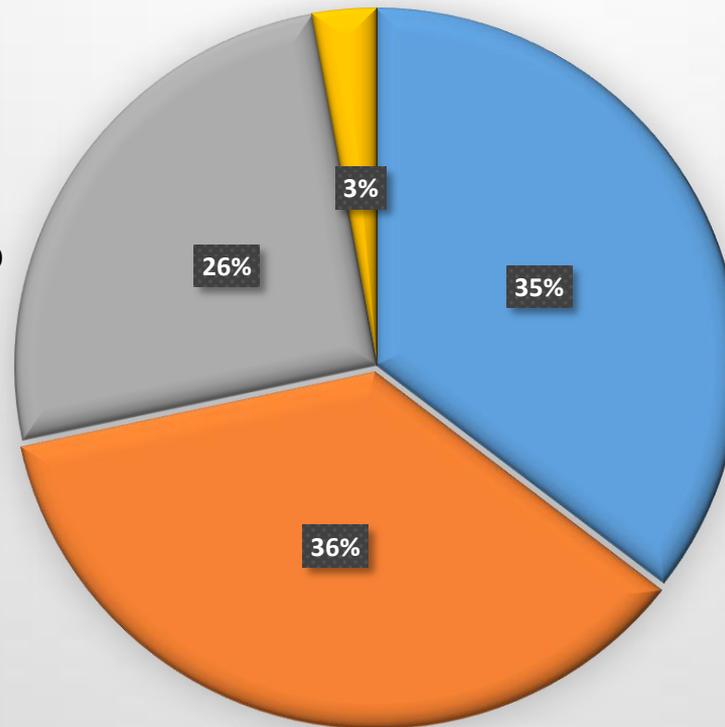


Maral SM, Cortês AQ, P... P 2009

Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – *Functional Oral Intake Scale – FOIS*

Amostra de 144 pacientes

**Pacientes da amostra,
Retirados da alimentação
Enteral 60,28%**



- Evolução nos níveis da Escala FOIS 35,46%
- Manutenção do níveis da Escala FOIS com VO liberada em monitoramento da Disfagia 36,17 %
- Manutenção da FOIS com VO + CNE e com VO Zero 25,6%
- Involução da Escala Fois 2,8%

Nível 1: Nada por via oral

Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido

Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido

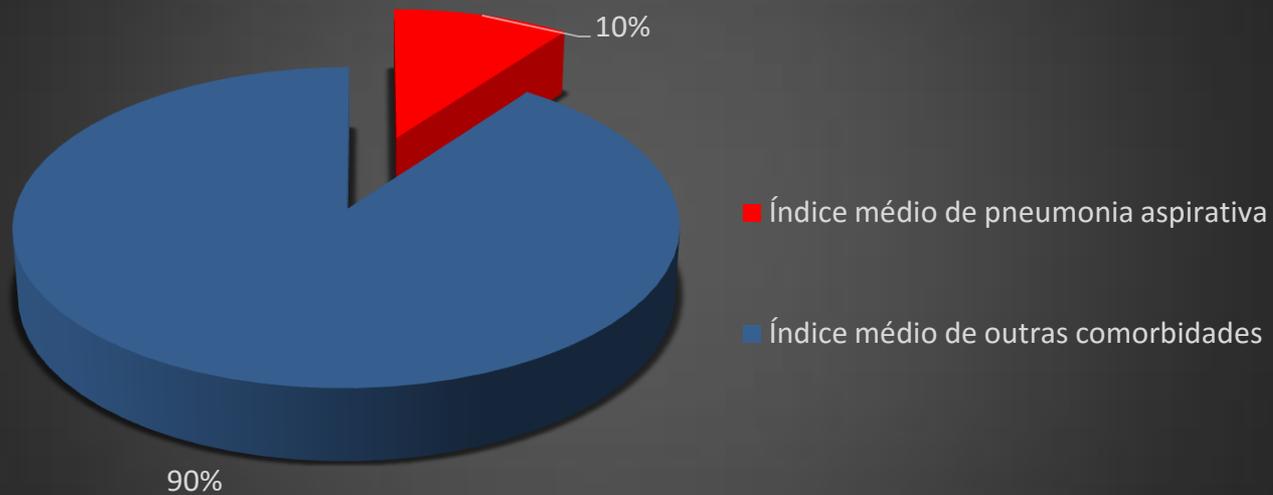
Nível 4: Via oral total de uma única consistência

Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações

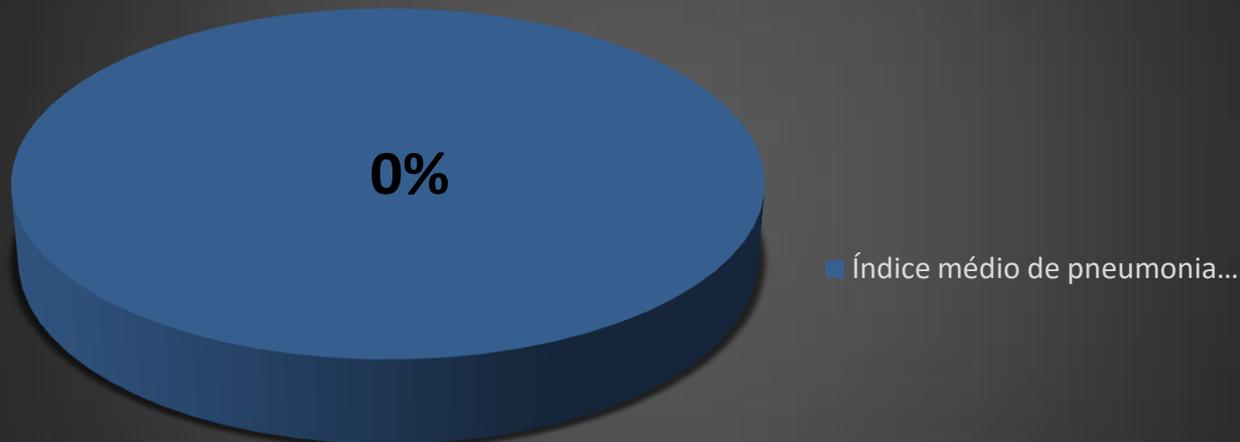
Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares

Nível 7: Via oral total sem restrições

Estatística dos hospitais sem o serviço de Fonoaudiologia



Estatística do CER com o serviço de Fonoaudiologia



**FONOAUDIOLOGIA
HOSPITALAR**



**REDUÇÃO DE
COMORBIDADES E
MORTALIDADE**

FONOAUDIOLOGIA EM UTI NEONATAL



Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

**PORTARIA Nº 930,
DE 10 DE MAIO DE 2012**

Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

VI - equipe mínima formada nos seguintes termos:

j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

**FONOAUDIOLOGIA
NEONATAL EM
MATERNIDADES**



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO
DE 2013**

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais:

Item d) fonoaudiólogo;

Fonovim
Fonoaudiologia Neurológica

FONOAUDIOLOGIA NEONATAL EM MATERNIDADES



Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 12.303, DE 2 DE AGOSTO DE 2010.

Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º É obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.
Brasília, 2 de agosto de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

José Gomes Temporão;



**Presidência da República
Casa Civil**

Teste da linguinha

**LEI Nº 13.002, DE 20 JUNHO DE
2014.**

**Obriga a realização do Protocolo de
Avaliação do Frênulo da Língua em
Bebês.**

**ONOFRE SANTO AGOSTINI
BRASÍLIA - 201**

**FONOAUDILOGIA
NEONATAL EM
MATERNIDADES**

FONOAUDIOLOGIA PEDIÁTRICA EM UTEI E ENFERMARIA



Ministério da Saúde

Parágrafo único. Os critérios de elegibilidade da UCI - ped são os critérios de alta da UTI - ped, apenas na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI e UCI, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico na instituição, os critérios de alta da UCI - ped passam a ser os critérios de alta da UTI - ped. Subseção II Dos critérios de habilitação de UTI - ped Art. 32. As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica poderão ser habilitadas em duas tipologias: Tipo II e Tipo III

Art. 35. Para habilitação, a UTI-ped tipo II deverá contar com a seguinte equipe multiprofissional mínima:

IX - 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

Art. 37. Para habilitação, a Unidade de Terapia Pediátrica UTI-ped tipo III no SUS, deverá cumprir os seguintes critérios: II - Cumprir os seguintes critérios, além dos já exigidos para a UTI-ped Tipo II:



Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

**PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE
2014**

Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

V - ter equipe multiprofissional e multidisciplinar que contemple atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, nas seguintes áreas:

h) fonoaudiologia;

**FONOAUDIOLOGIA
HOSPITALAR EM
ONCOLOGIA**

FONOAUDIOLOGIA EM NEUROLOGIA



Ministério da Saúde

PORTARIA Nº 391 DE 07 DE JULHO DE 2005 O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, e Considerando a Portaria nº 1.161/GM, de 07 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica;

Deverá ter como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- e) Fonoaudiologia;**

FONOAUDIOLOGIA EM NEUROLOGIA



Ministério da Saúde

PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012

Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro

de Atendimento de Urgência aos Pacientes

com Acidente Vascular Cerebral (AVC),

no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), institui o respectivo incentivo financeiro

e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos:

I - recursos humanos:

g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;

FONOAUDIOLOGIA EM GERONTOLOGIA



Ministério da Saúde

Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

No Brasil, o direito **universal e integral à saúde** foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90**. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

FONOAUDILOGIA EM QUEIMADOS



Tratamento fonoaudiológico em queimadura orofacial

Speech-language treatment in orofacial burn

Evelyne M. L. Ramos¹, Fabrícia M. G. Danda¹, Flavia T. C. Araujo¹, Renata M. F. L. Regis¹, Hilton J. Silva²

RESUMO

Objetivos: Após ter sido detectado o desconhecimento de vários profissionais da Fonoaudiologia e de áreas afins, bem como da população estudada, sobre o assunto em nossa região, procuramos através de estudos bibliográficos, por em evidência a importância do tratamento fonoaudiológico e os processos terapêuticos relacionados às queimaduras orofaciais. **Método:** Foram analisados livros que abordaram dados sobre queimaduras, motricidade orofacial e tratamento fonoaudiológico em pacientes acometidos por queimaduras de cabeça e pescoço, além de livros da área da saúde em geral e artigos científicos nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO. **Resultados:** Os pacientes com queimaduras orofaciais apresentam graves alterações que comprometem as funções do sistema estomatognático e a mímica facial. Contudo, ainda é observada a dificuldade do fonoaudiólogo ser inserido na equipe multidisciplinar envolvida; com isso, grupos de pessoas estão deixando de receber assistência fonoaudiológica. **Conclusões:** As queimaduras são traumas térmicos que ocasionam lesões nos tecidos acompanhadas de dor, o que é algo comum nesse tipo de acidente, deixando, na maioria das vezes, sequelas irreversíveis às vítimas de queimaduras. As queimaduras que atingem a face podem acarretar cicatrizes que prejudicam a capacidade de comunicação, assim como a funcionalidade do sistema motor orofacial dos indivíduos queimados. Apesar dos crescentes avanços obtidos no tratamento dos grandes queimados, ainda são consideráveis as taxas de mortalidade e morbidade. Os sobreviventes de queimaduras graves ainda carregam um pesado fardo de sequelas físicas e psicossociais que geram grande sofrimento.

FONOAUDILOGIA EM TRAUMAS DE FACE

PACIENTES ACOMETIDOS POR TRAUMA DA FACE: CARACTERIZAÇÃO, APLICABILIDADE E RESULTADOS DO TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO ESPECÍFICO

Esther M. Gonçalves Bianchini ⁽¹⁾, Laura Davison Mangilli ⁽²⁾,
Silvana Regina Marzotto ⁽³⁾, Daniella Nazário ⁽⁴⁾

Objetivo: caracterizar principais sintomas e sinais clínicos de pacientes acometidos por traumas da face encaminhados para reabilitação fonoaudiológica após tratamento emergencial, e verificar os resultados do tratamento fonoaudiológico específico proposto para esses casos. **Métodos:** 18 pacientes consecutivos encaminhados para avaliação fonoaudiológica, por apresentarem trauma de face, constituíram os sujeitos da pesquisa. O levantamento dos sintomas e sinais clínicos foi realizado a partir dos Protocolos de Anamnese e de Avaliação Fonoaudiológica para Trauma de Face (Bianchini, 2004). O tratamento fonoaudiológico variou de 8 a 12 sessões seguindo o Protocolo de Tratamento de Fraturas (Bianchini, 2004) e modificado na presença de fraturas múltiplas ou acometimento de tecidos moles. Após tratamento específico os pacientes foram reavaliados. Os dados pré e pós-tratamento fonoaudiológico foram registrados por meio de vídeo e foto, tabulados e analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** média de idade de 21,8 anos, sendo 78% do gênero masculino. Quanto aos fatores etiológicos, prevaleceram acidentes automobilísticos e motociclísticos. Quanto à caracterização das fraturas verificou-se maior incidência de casos envolvendo côndilo. Principais sintomas em ordem decrescente: dor na musculatura facial e/ou cervical, cansaço e redução de força ao mastigar, alteração da oclusão, limitação da abertura da boca, limitação e desvios dos movimentos mandibulares e ruído articular. Principais sinais clínicos funcionais: alterações em funções estomatognáticas decorrentes do trauma e desvios e/ou alterações no percurso dos movimentos mandibulares em 100% dos casos; limitação da amplitude desses movimentos em 88,8%; edema, dor à palpação e alterações musculares decorrentes da fratura em 61,1%; ruídos articulares em 44,4%; alterações cicatriciais em 11,1%. Na reavaliação, após intervenção fonoaudiológica, constatou-se: alterações musculares decorrentes da fratura em 38,8%; desvios e/ou alterações no percurso dos movimentos mandibulares, ruídos articulares, dor à palpação e alterações em funções estomatognáticas em 16,6%; edema e limitação da amplitude dos movimentos mandibulares em 11,1%; alterações cicatriciais em 5,5%. **Conclusão:** os principais sintomas e sinais miofuncionais orofaciais em casos de traumas de face referem-se à dor na musculatura facial e/ou cervical, comprometimento da mastigação devido à limitação e assimetria dos movimentos mandibulares, além de ruído articular levando a desconforto. O resultado do tratamento fonoaudiológico específico proposto para esses casos mostrou-se eficiente, uma vez que todos os pacientes apresentaram melhoras importantes em relação aos aspectos alterados, minimizando as seqüelas inerentes aos traumas e viabilizando o funcionamento do sistema estomatognático.

DISFAGIA EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

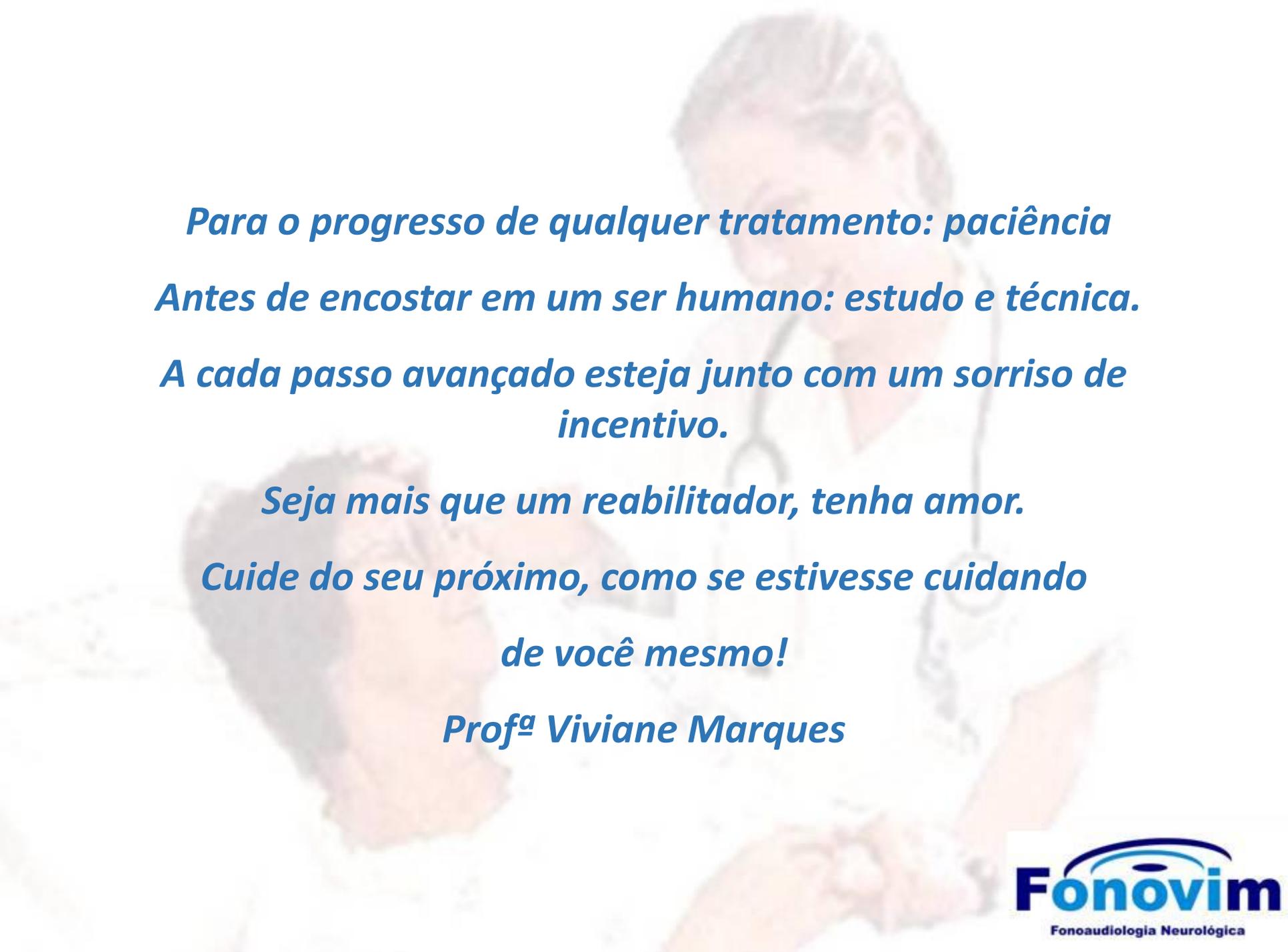
Dysphagia in patients with acquired immunodeficiency syndrome – Aids

Daniela Rocha Araújo ⁽¹⁾, Isabella Carolina Santos Bicalho ⁽²⁾, Renata Di Francesco ⁽³⁾

RESUMO

Objetivos: determinar a freqüência da disfagia em pacientes com AIDS internados em instituição hospitalar da cidade de Belo Horizonte; quantificar a ocorrência da disfagia quanto aos tipos: mecânica, neurogênica ou mista; estabelecer a relação entre disfagia, CD4 e carga viral; relacionar as doenças associadas causadoras de disfagia. **Métodos:** foram realizadas avaliações funcionais da deglutição em 23 pacientes, 17 do gênero masculino e 6 do gênero feminino, entre 24 e 68 anos; e pesquisa nos prontuários. **Resultados:** sete pacientes eram disfágicos. Destes, 5 apresentaram disfagia neurogênica, 1 disfagia mecânica e 1 disfagia mista. Das doenças associadas, as mais freqüentes nos disfágicos foram Candidíase (57%), Meningoencefalite tuberculosa (14,2%), Toxoplasmose cerebral (85,7%), Criptococose extra pulmonar (14,2%), Pneumonia por Pneumocystis carinii (28,5%) e Citomegalovírus (14,2%). **Conclusões:** dos indivíduos que apresentaram disfagia, a maioria mostrou disfagia orofaríngea neurogênica associada à Toxoplasmose cerebral. Não houve significância estatística entre disfagia e os valores de carga viral e contagem de células CD4.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Transtornos de Deglutição; HIV; Candida



*Para o progresso de qualquer tratamento: paciência
Antes de encostar em um ser humano: estudo e técnica.
A cada passo avançado esteja junto com um sorriso de
incentivo.*

*Seja mais que um reabilitador, tenha amor.
Cuide do seu próximo, como se estivesse cuidando
de você mesmo!*

Prof^a Viviane Marques