



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

BIANCA VIEIRA DE LIMA

**PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS ACOMPANHADOS PELA FONOAUDIOLOGIA
INTERNADOS NA UNIDADE DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO**

LAGARTO

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

BIANCA VIEIRA DE LIMA

**PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS ACOMPANHADOS PELA FONOAUDIOLOGIA
INTERNADOS NA UNIDADE DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a
Banca organizadora da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Dra. Danielle Ramos Domenis

LAGARTO

2023

BIANCA VIEIRA DE LIMA

**PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS ACOMPANHADOS PELA FONOAUDIOLOGIA
INTERNADOS NA UNIDADE DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento
de fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe para
obtenção do título de bacharel em fonoaudiologia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Danielle Ramos Domenis (Orientadora)

Profª Drª Lúcia Maria Costa Fajardo (UFS)

Drª Priscila Silva Passos (Membro externo)

DEDICATÓRIA

A todos que perderam um ente querido durante a pandemia, que vocês sejam capazes de encontrar algum conforto em meio a dor.

Agradecimentos

Finalmente é chegado o momento de apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso, momento que ansiosamente esperei, mas trouxe marcas de uma graduação que aconteceu durante 2 anos no auge da pandemia.

Entre tantas perdas que tivemos em decorrência do SARS-CoV-2, agradeço primeiramente à Deus por ser minha força e segurança, pelo Pai confidente que foi durante 4 anos de curso.

Às minhas irmãs pelos momentos de distração, risadas, desabafos. Tudo se torna mais leve quando estamos no nosso lar.

Aos meus pais por todo suporte não só na graduação, mas durante toda minha vida, especialmente a minha mãe por nunca ter deixado faltar nada para a concretização desse curso, se cheguei até aqui foi graças a senhora.

À minha amiga Ingrid Morgana, que desde a infância me acompanha nessa jornada escolar e mesmo distante sempre busca uma forma de se fazer presente.

À Valdemir, por ser calma quando eu era tempestade. Obrigada por ser uma das minhas inspirações de profissional e por dividir a vida comigo.

Aos meus sobrinhos que me incentivam a ser a tia rica da família, mesmo que seja só para ganhar presentes futuramente.

À todas as meninas da república f1 por me acolherem e tornarem esse momento tenso de final de semestre em algo leve, divertido e com inúmeras risadas.

À turma 9 por toda união que tivemos e por saberem estender a mão em muitos momentos.

À minha orientadora Danielle, por aceitar me guiar durante a criação desse trabalho e por me fazer sentir capaz de escrevê-lo.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que eu chegasse até aqui. Gratidão a todos.

RESUMO

Introdução: O SARS-CoV 2 é uma doença infectocontagiosa que afeta a respiração. É um vírus que vitimou aproximadamente 700 mil pessoas só no Brasil, principalmente as que faziam parte dos grupos de risco, incluindo os idosos. Vários profissionais da saúde operaram na linha de frente para minimizar os danos causados pela doença, inclusive o fonoaudiólogo que foi essencial para a reabilitar os problemas relacionados aos aspectos de deglutição. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil dos pacientes idosos que tiveram COVID-19 e ficaram internados na Unidade de Doenças Respiratórias e necessitaram de acompanhamento fonoaudiológico. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, descritivo, realizado no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) que teve como base a análise de dados dos prontuários dos pacientes internados na Unidade de Doenças Respiratórias (UDR) e que passaram pela avaliação fonoaudiológica. Como critérios de inclusão, os pacientes tinham que ter o diagnóstico confirmado e serem idosos. **Resultados:** Foram analisados 166 prontuários de pacientes da UDR, notou-se média de 75.2 anos ($\pm 9,2$), sendo 85 (51,2%) do sexo masculino, 81 (49,8%) do sexo feminino e desses, 83 (50%) residiam em Lagarto, 83 (50%) eram de outras cidades. A maioria dos idosos precisou de suporte ventilatório, sendo 55% por ventilação mecânica e 147 (89,6%) apresentou pelo menos uma comorbidade. **Conclusão:** Observou-se predominância do sexo masculino, sendo as comorbidades mais relatadas a hipertensão arterial sistêmica e a doença pulmonar obstrutiva crônica. Com relação aos sintomas, a dispneia foi a que mais se evidenciou seguida da febre. A maioria precisou de algum tipo de suporte respiratório, seja através da oxigenioterapia e/ou ventilação mecânica. Todos os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica foram através do tubo orotraqueal, a maioria com (≥ 48 horas) de intubação. O número de pacientes com disfagia foi pequeno, e a maioria dos pacientes encontravam-se no nível 5 da escala FOIS, com alimentação exclusiva via oral, porém com necessidade de adaptações, mostrando assim a importância do fonoaudiólogo para garantir uma alimentação segura, sem riscos.

Palavras chaves: Fonoaudiologia. Coronavírus. Idosos. Comorbidades. Deglutição.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	8
2.OBJETIVO.....	10
3. MÉTODO	10
3. RESULTADOS.....	11
4. DISCUSSÃO	14
5. CONCLUSÃO	18
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo surto de COVID-19, o novo coronavírus SARS-CoV-2 foi decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, após muitos casos de pneumonia começarem a ser registrados na cidade de Wuhan na China, sendo considerada uma doença grave e de fácil transmissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A transmissão do SARS-CoV-2 se dá através do contato direto com as secreções de indivíduos contaminados, que apresentem ou não sintomas da doença, expelam ao falar, espirrar e tossir, ou seja, saliva e gotículas que entrem em contato com a mucosa oral, nasal e ocular de outro indivíduo. A forma mais eficaz de evitar o contágio foi o distanciamento social, uso de máscaras faciais e manutenção de outras medidas de higiene, como lavar as mãos com a água e sabão ou álcool 70% (WIERSINGA, *et al* 2020).

Os sintomas da infecção aparecem aproximadamente cinco dias após o primeiro contato como agente etiológico, esse espaço de tempo entre a contaminação e o surgimento dos primeiros sintomas é chamado de período de incubação. Segundo HUANG, *et al.* 2020, os indivíduos acometidos pelo vírus apresentavam no início do contágio a tosse, febre, fadiga e outros sintomas considerados pelo autor como menos comuns, como a dispneia, cefaleia, diarreia e outros.

Ainda em abril de 2020, a ageusia e anosmia entraram na lista de sintomas causados pela COVID-19 após estudos apontarem a perda de olfato e paladar em pacientes positivos para o vírus, estudo esse que sugeriu a inclusão de perguntas específicas em relação aos distúrbios olfatórios e gustativos sem obstrução nasal, e consequentemente, auxiliaria na identificação de pacientes assintomáticos que não apresentavam os sintomas mais comuns da doença, mas apresentavam esses distúrbios (GIACOMELLI, *et al* 2020).

O primeiro caso no Brasil foi registrado em fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo e em abril do mesmo ano mais de 3 mil casos já haviam sido confirmados, seguido de 204 mortes em decorrência do vírus. Em julho o Brasil foi considerado o segundo país com maior número de casos e mortes, chegando a contabilizar mais de 1.000 mortes por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). As primeiras medidas de

contenção incluíam evitar aglomerações, então foi definido o lockdown e uso de máscaras cirúrgicas, logo as escolas, Igrejas e demais locais públicos foram fechados para evitar a disseminação do vírus, foi permitido apenas o funcionamento dos estabelecimentos considerados essenciais, como mercados e farmácias (WHO, 2020).

Com o alto fluxo de novos casos foi necessário ampliar os leitos dos hospitais, reestruturar os serviços de saúde, além de suspender cirurgias eletivas e consultas, destinando assim a maior parte dos recursos para os infectados pela doença (BRASIL. GOV. 2020)

Os profissionais da saúde envolvidos no cuidado direto e indireto dos pacientes infectados pela COVID-19 tiveram que lidar com o risco iminente de serem contaminados. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e outros profissionais estavam na linha de frente desses cuidados, enquanto a fonoaudiologia realizava interconsultas quando solicitado pelo médico ou outro profissional (KIOKO, *et al*). A atuação fonoaudiológica é de suma importância para indivíduos, principalmente idosos que foram acometidos pela COVID-19, visto que o envelhecimento corporal causa modificações na deglutição, deixando-a mais lenta (AZZOLINO, *et al* 2019).

Pacientes que ficaram intubados por mais de 48 horas estão incluídos no grupo de risco para disfagia, esses podem apresentar algumas complicações, como a penetração e broncoaspiração e evoluir para pneumonias (DE LARMINAT V, *et al* 1995), nesses casos a intervenção do fonoaudiólogo se faz necessária para reabilitar e promover melhor qualidade de vida a esses idosos.

Devido ao grande número de internações durante a pandemia as unidades hospitalares precisaram se reorganizar de forma que atendesse essa alta demanda de pacientes que evoluíram de forma grave. Em meados de 2010 na cidade de Lagarto, Sergipe, foi criado o Hospital Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro, que passou pelo processo de federalização em 2014, tornando-se um Hospital Universitário, gerenciado pela EBSERH.

O Hospital Universitário de Lagarto (HUL) atende toda região Centro Sul do estado de Sergipe, tendo uma população estimada em 255.885 habitantes

(DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, EBSHERH, 2015), além de atender algumas regiões baianas que fazem divisa com Sergipe. No pico da pandemia, se tornou hospital referência no atendimento a pacientes graves de COVID-19. Dentro do próprio hospital, com o remanejamento de leitos e enfermarias criou-se a Unidade de Doenças Respiratórias (UDR) específica para triagem e atendimento de pacientes com COVID-19.

A UDR, composta por Unidade de Terapia Intensiva e enfermarias recebeu um grande número de pacientes tanto da região centro sul quanto de pacientes de outras regiões, inclusive da região metropolitana. Inicialmente a fonoaudiologia não integrou a equipe da linha de frente da unidade, assim como no restante do país, passando a fazer parte da equipe em junho de 2020.

2. OBJETIVO

Traçar o perfil dos pacientes idosos com COVID-19 que foram acompanhados pela fonoaudiologia na Unidade de Doenças Respiratórias de um Hospital Universitário no interior de Sergipe.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, descritivo, realizado no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) da Universidade Federal de Sergipe (UFS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFS, com parecer de número: 4.404.388 e CAAE: 39598920.0000.5546. Houve dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de dados de prontuários (Anexo A).

Para o estudo, foi analisado o banco de dados dos pacientes internados na Unidade de Doenças Respiratórias (UDR) e acompanhados pela equipe de fonoaudiologia no período de junho de 2020 a agosto de 2021. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19, idosos (a partir de 60 anos), de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram prontuários não encontrados de pacientes que estavam no banco de dados e prontuários com dados incompletos da atuação fonoaudiológica.

Foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, cidade de origem, tempo de internação, desfecho hospitalar, sintomas na entrada hospitalar, comorbidades,

condição respiratória durante a internação, via de alimentação, nível de consciência, escala funcional de ingestão por via oral (FOIS), diagnóstico fonoaudiológico e tipo de intervenção.

A escala FOIS foi desenvolvida em 2005 (CRARY, *et al.*, 2005) e é um dos instrumentos utilizados para avaliar pacientes com disfagia. É separada por níveis que servem para classificar a capacidade de ingestão oral de cada indivíduo, quanto mais baixo for o nível que o paciente se encaixar, menos alimentos por via oral ele será capaz de ingerir, até chegar ao nível 7, no qual o paciente é capaz de se alimentar totalmente por via oral, fazendo ou não manobras compensatórias.

Quadro 1: Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS)

Nível 1:	Nada por via oral
Nível 2:	Dependente de via alternativa e mínima via oral de 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 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 sem restrições.

Os dados foram tabulados em planilha Excel e para análise a estatística foi descritiva, com as variáveis categóricas expressas em frequência (porcentagem), média e desvio padrão (DP).

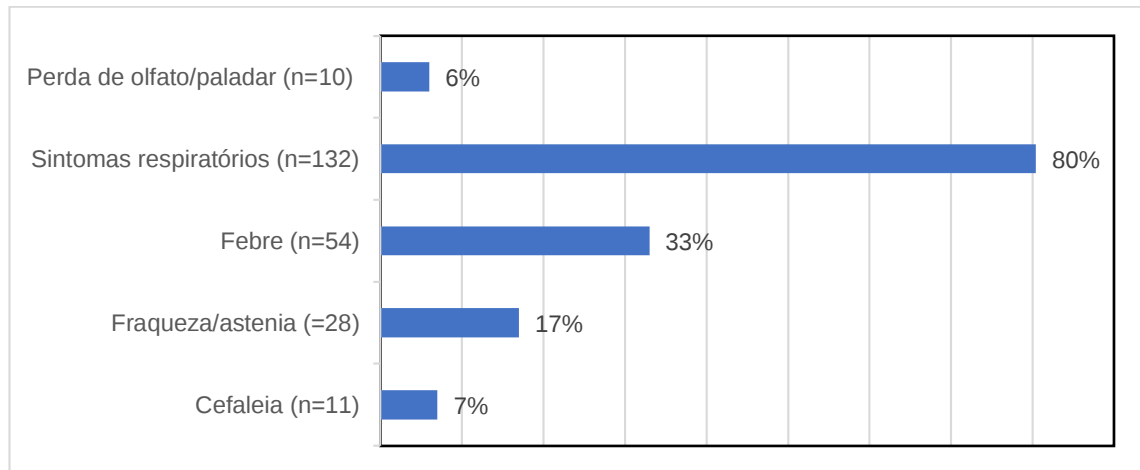
4. RESULTADOS

Dos 468 pacientes atendidos pela equipe de fonoaudiologia na UDR, foram encontrados 329 prontuários e desses 166 eram idosos, sendo esses incluídos no estudo.

Dos 166 prontuários analisados, a média de idade foi de 75.2 ($\pm$ 9,2) com faixa etária dominante de 60 a 79 anos (66,5%), 85 (51,2%) eram do sexo masculino e 81 (49,3%) residiam em Lagarto, enquanto 83 (50,6%) eram de outras cidades.

Quanto aos sintomas que levaram a internação hospitalar, o mais frequente foram os sintomas respiratórios, 132 (80%) seguidos de febre 54 (33%). O gráfico 1 mostra a distribuição dos principais sintomas.

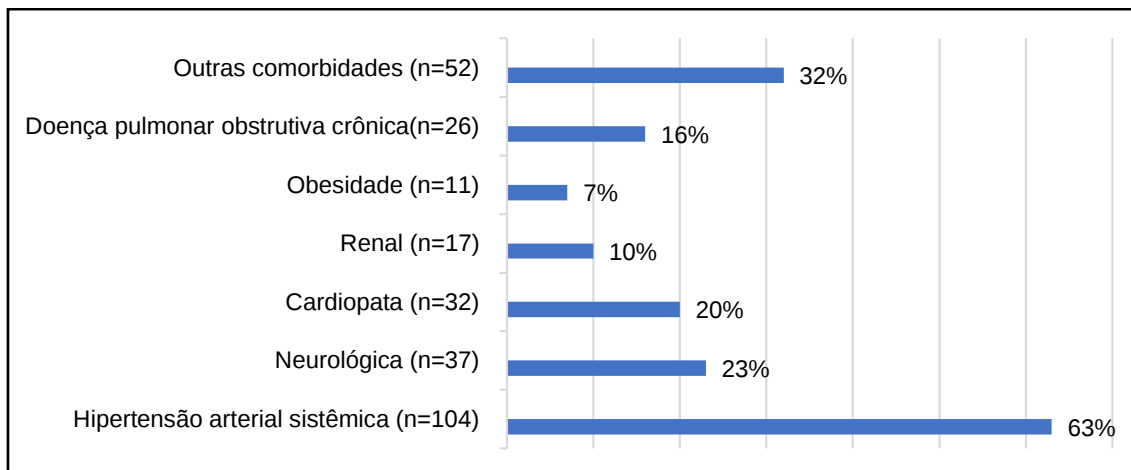
Gráfico 1. Distribuição dos pacientes de acordo com os sintomas na admissão.



No item “outros sintomas” os principais foram mialgia, inapetência, êmese e diarreia. É importante ressaltar que o mesmo paciente pode ter apresentado mais de um sintoma.

Com relação as comorbidades, 147 (89,6%) pacientes apresentaram ao menos uma comorbidade, desses 69 (42%) apresentaram duas ou mais, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a que teve maior predomínio, acometendo 104 (63%) indivíduos. Vale ressaltar que 43 (26%) dos pacientes eram tabagistas e 26 (16%) tinham doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos pacientes de acordo com as comorbidades.



Com relação aos dados respiratórios, os mesmos estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos dispositivos respiratórios utilizados durante a internação.

Variáveis	N	%
Ventilação mecânica	55	34
Tubo orotraqueal	55	34
Traqueostomia	7	4
Reintubados	7	4
Oxigenioterapia	146	89

Dos que necessitaram de oxigenoterapia, 81 (49%) utilizaram a máscara de Hudson, 34 (21%) cateter nasal e 9 (5%) utilizaram cateter nasal de alto fluxo. Vale ressaltar que o mesmo paciente pode ter usado mais de um tipo de suporte.

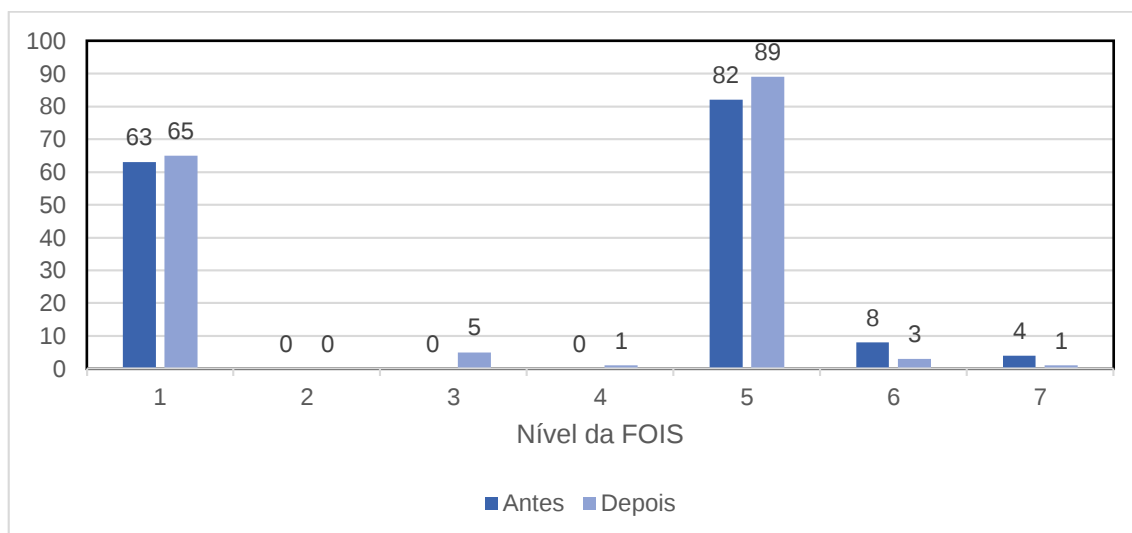
Com relação ao desfecho hospitalar, 89 (54,7%) pacientes receberam alta, 26 (16%) foram transferidos para outra unidade hospitalar e 50 (30%) evoluíram a óbito.

Sobre a primeira intervenção fonoaudiológica, 150 (90%) dos pacientes encontravam-se acordados, 9 (5%) sonolentos, 5 (3%) dormindo e 2 (2%) estavam em estado de coma, não havendo nenhuma intervenção nos que estavam dormindo ou em estado de coma, na primeira abordagem. Quanto a linguagem, constatou-se que 56 (34%) dos pacientes apresentaram algum tipo de alteração, não sendo aplicado nenhum protocolo específico para diagnóstico da mesma.

Quanto a deglutição, 39 (24%) pacientes receberam o diagnóstico de disfagia, 89 (54%) apresentaram deglutição funcional, 11 (7%) com deglutição normal e 25 (15%) com diagnóstico a esclarecer, necessitando de novas abordagens para definição. Quanto ao grau da disfagia, 24 (15%) eram de grau grave, 3 (2%) de moderado a grave, 5 (3%) de grau moderado e o restante não tinha descrito o grau da disfagia.

Após avaliação, foi constatado predomínio do nível 5, sendo 82 (50%) pacientes nível 5 antes a primeira avaliação e 89 (54%) após.

Gráfico 4. Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS) antes e após a primeira avaliação da deglutição.



Da amostra total, 107 (64%) continuaram em acompanhamento fonoaudiológico e 26 (16%) foram apenas monitorados, 94 (57%) necessitaram de mais de uma intervenção fonoaudiológica.

5. DISCUSSÃO

O SARS-CoV 2 acometeu muitos pacientes nos anos de 2020 a 2022, período de maior manifestação de casos da doença. Com inúmeros casos de internação

principalmente por complicações respiratórias, a COVID-19 trouxe muitas mudanças em relação a atuação do profissional de saúde dentro e fora do ambiente hospitalar.

Em 2014 o Hospital Regional de Lagarto foi cedido à Universidade Federal de Sergipe através do projeto de Lei nº 119/2014 que visava a federalização do Hospital Regional. Com a doação o hospital passou a atender casos de alta complexidade da cidade de Lagarto e toda região Centro Sul do estado, posteriormente passando a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) (“Portal UFS, 2014).

A COVID-19 impactou direta e indiretamente a vida das pessoas, desde crianças que atrasaram o desenvolvimento na vida escolar, até o fechamento de empresas de prestação de serviços de saúde e de lazer (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022). No decorrer da pandemia alguns estudos mostraram a pessoa idosa como mais suscetível a doença e com um quadro clínico mais agressivo, logo muitos idosos estavam afastados da rotina do dia a dia e com maior risco de desenvolver depressão (SUS, 2021). Dos pacientes internados na UDR, a maioria era do sexo masculino com faixa etária dominante de até 79 anos.

O SARS-CoV-2 aumenta potencialmente a chance de intubação orotraqueal, alguns pacientes chegam a ficar aproximadamente 14 dias entubados, necessitando da ventilação mecânica para respirar. Após a extubação os pacientes podem apresentar dificuldade para deglutir, aumentado o risco de desnutrição e broncoaspiração, além de aumentar o tempo de internação hospitalar. Nesse contexto o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para identificar, tratar e reestabelecer as funções da deglutição, avaliando se há alterações estruturais ou funcionais. O tratamento fonoaudiológico visa reduzir o risco de engasgos e broncoaspiração e consequentemente a chance de desenvolver pneumonia. Essa intervenção se dá por meio da escolha de terapias diretas ou indiretas e da escolha da via de alimentação mais segura para cada paciente, seja ela líquida, pastosa ou sólida (CFFa, 2020).

Como dito na introdução desse trabalho, a princípio a fonoaudiologia estava inclusa no tratamento dos pacientes realizando apenas interconsultas, isso acontecia, pois, a atuação do fonoaudiólogo de forma presencial poderia aumentar a possibilidade de espalhar gotículas e aerossóis (KIMURA *et al.*, 2020), embora há

estudos que mostram que o atendimento a beira leito em pacientes com disfagia orofaríngea propicia uma recuperação mais rápida ((PADOVANI *et al.*, 2013).

Dos prontuários analisados houve média de idade de 75.2 anos ($\pm 9,2$), dado que coincide com outros estudos já publicados (NIQUINI *et al.*, 2020), embora na literatura mostre um número maior de casos em idosos, da amostra total que foi analisada (n=329) apenas 50,4% dos pacientes tinham idade a partir dos 60 anos. Desses idosos 51,2% eram do sexo masculino, o que pode ser explicado com base na literatura de que o sexo masculino é menos prestativo com a própria saúde, muitos não possuem uma boa alimentação e não se exercitam, este fato pode colaborar para que evoluam para a forma mais grave da doença, além disso, o número de homens fumantes é maior que o número de mulheres, chegando a alcançar aproximadamente 15,9% da população total do Brasil acima de 18 anos, enquanto o número de mulheres é de 9,6% (IBGE, 2019)

Os sintomas mais relatados na admissão hospitalar foram em grande escala os respiratórios, totalizando o “N” de 132 (80%), principalmente a dispneia e dessaturação, o que condiz com estudos (LI *et al.*, 2020) que mostram o desconforto respiratório como dominante. Além desse, a febre acometeu 33% dos idosos internados na UDR, seguido da cefaleia e astenia. Dentro dos sintomas da COVID-19 há os distúrbios olfatórios e gustativos, anosmia e ageusia.

Um estudo mostra que esses distúrbios foram associados ao vírus após um determinado número de pacientes positivarem para o vírus e apresentarem essas alterações (SUTHERLAND, 2020). Antes do início da pandemia a ageusia e anosmia era associada a obstrução nasal causada por gripes ou resfriados, além de casos alérgicos. Esse é um sintoma que pouco foi relatado, relatado apenas por 10 pacientes e não condiz com a literatura, pois a princípio não havia conhecimento de que se tratava de uma alteração causada pelo vírus, além de não fazer parte da rotina médica tais perguntas relacionadas ao olfato. É válido ressaltar que a perda de olfato altera a maneira que sentimos o alimento, prejudica a percepção do bolo alimentar e faz com que o paciente não tenha prazer em ingerir os alimentos, visto que a fase antecipatória da deglutição também estará prejudicada.

Quando a COVID surgiu houve estudos para denominar o que poderia agravar os casos que chegavam aos hospitais. Idade e comorbidades associadas estavam entre os fatores agravantes, visto isso, as comorbidades mais relatadas no momento da admissão foram a hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica (*DPOC*), obesidade e doenças neurológicas (NIQUINI et al., 2020). Vale ressaltar que muitos casos de *DPOC* estavam associadas ao tabagismo, visto que esse é um fator determinante para o desenvolvimento da doença. Em relação a obesidade, apenas 11 pacientes foram considerados obesos, isso pode ter acontecido pois o estudo foi baseado em uma revisão de prontuários, logo a obesidade poderia estar listada no início da pandemia como características gerais, e não como doença.

Na literatura podemos ver que a maioria dos pacientes internados necessitavam de algum tipo de suporte respiratório (MOHAN; MOHAPATRA, 2020), fato que foi notado nesse estudo, onde dos 166 prontuários analisados 34% necessitaram de ventilação mecânica, desses, 49 (30%) passaram (≥ 48 horas) entubados. Sabe-se que a intubação por tempo prolongado aumenta o risco para o aparecimento da disfagia, principalmente em idosos que a partir dos 60 anos apresentam redução de massa e força muscular (DELEVATTI et al., 2020).

O longo tempo de IOT pode afetar os músculos responsáveis pela deglutição, causando atrofia e alteração na sensibilidade do trato orofaringolaríngeo (BROWN et al., 2011). Ela é separada em 3 fases: fase preparatória, quando iniciamos a introdução do alimento na boca e mastigamos; fase faríngea, quando deglutimos o alimento e a úvula e palato mole fecham-se impedindo que o bolo alimentar subam para a região do nariz e fase esofágica que é involuntária e dura aproximadamente 5 segundos a partir da abertura da faringe e esôfago, a partir daí o bolo alimentar é levado até o estômago através de movimentos peristálticos. Quando o paciente passa (≥ 48 horas) fazendo o uso da IOT, há o aumento da possibilidade de apresentar incoordenação e diminuição da sensibilidade da musculatura, o que pode favorecer o risco de aspiração ("Deglutição - SBGG", 2020).

Além dos pacientes entubados, 149 (89%) necessitaram de oxigenioterapia para fornecer oxigênio extra aos pulmões e prevenir o desenvolvimento da hipoxemia (SBPT, 2015).

Com relação aos dados fonoaudiológicos, observou-se que do “N” total, 94 (57%) necessitaram de intervenção fonoaudiológica mais de uma vez e 56 (34%) tiveram algum distúrbio de linguagem. Dos pacientes avaliados pela fonoaudiologia a maioria sobreviveu provavelmente por terem melhor prognóstico, além de não analisarmos a população toda, visto que apenas uma fonoaudióloga atendia na UDR. Ainda assim, o atendimento fonoaudiológico é necessário para avaliar clinicamente a deglutição e definir a via de alimentação mais segura, qual o momento adequado voltar a se alimentar por via oral e quais estratégias serão usadas para isso (FREITAS; ZICA; ALBUQUERQUE, 2020)

6. CONCLUSÃO

Observou-se predominância de idosos do sexo masculino, sendo as comorbidades mais relatadas a hipertensão arterial sistêmica e a doença pulmonar obstrutiva crônica. Com relação aos sintomas, a dispneia foi a que mais se evidenciou e logo a seguir a febre. A maioria precisou de algum tipo de suporte respiratório, seja através da oxigenioterapia e/ou ventilação mecânica, sendo esse último a minoria. Todos os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica foram através do tubo orotraqueal, a maioria com (≥ 48 horas) de intubação. O número de pacientes com disfagia foi pequeno, e a maioria dos pacientes encontravam-se no nível 5 da escala FOIS, com alimentação exclusiva por via oral porém com necessidade de adaptações, mostrando assim a importância do fonoaudiólogo para garantir uma alimentação segura, sem riscos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZZOLINO, D. et al. **Sarcopenia and swallowing disorders in older people**. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 31, n. 6, p. 799–805, 22 jan. 2019.

BROWN, C. V. R. et al. **Swallowing dysfunction after mechanical ventilation in trauma patients**. *Journal of Critical Care*, v. 26, n. 1, p. 108.e9–108.e13, fev. 2011.

Conselhos para o público. Disponível em:

<https://www.who.int/pt/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAIaIQobChMIwbq5yIbn_gIVlxXUAR2kQwJtEAAYAAAEgK1j_D_BwE>. Acesso em: 4 maio. 2023.

Coronavírus Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 4 maio. 2023.

COVID-19: DEMANDA REPRIMIDA DE CIRURGIAS ELETIVAS. [s.l: s.n.].

Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/2021/COVID-19%20-%20Demanda%20reprimida%20de%20cirurgias%20eletivas.pdf>>. Acesso em: 4 maio. 2023.

DE LARMINAT, V. et al. **Alteration in swallowing reflex after extubation in intensive care unit patients.** Critical Care Medicine, v. 23, n. 3, p. 486–490, mar. 1995.

Deglutição - SBGG. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/espaco-cuidador/degluticao/>>. Acesso em: 8 maio. 2023.

DELEVATTI, C. et al. **Prevalência e fatores de risco para disfagia orofaríngea em idosos frágeis com fraturas traumato-ortopédicas.** Audiology - Communication Research, v. 25, 2020.

FREITAS, A. S.; ZICA, G. M.; DE ALBULQUERQUE, C. L. **Pandemia de coronavírus (COVID-19): o que os fonoaudiólogos devem saber.** CODAS, v. 32, 2020.

GIACOMELLI, A. et al. **Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study.** Clinical Infectious Diseases, v. 71, n. 15, p. 889–890, 26 mar. 2020.

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, fev. 2020.

KIMURA, Y. et al. **Society of swallowing and dysphagia of Japan: Position statement on dysphagia management during the COVID-19 outbreak.** Auris Nasus Larynx, v. 47, n. 5, p. 715–726, out. 2020.

KIOKO, T. et al. **Revista Qualidade HC Cobertura fonoaudiológica a infectados pelo SARS-CoV2 com risco para disfagia orofaríngea em Hospital Público Universitário.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/263/263.pdf>>. Acesso em: 4 maio. 2023.

LI, L. et al. **COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis.** Journal of Medical Virology, v. 92, n. 6, p. 577–583, 23 mar. 2020.

MOHAN, R.; MOHAPATRA, B. **Shedding Light on Dysphagia Associated With COVID-19: The What and Why**. OTO Open, v. 4, n. 2, abr. 2020.

OMS. **Novo Coronavírus (Covid-19): informações básicas** | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/novo-coronavirus-covid-19-informacoes-basicas/>>. Acesso em: 4 maio. 2023.

Oxigenoterapia - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - Público Geral. Disponível em: <<https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oxigenoterapia/>>. Acesso em: 8 maio. 2023.

PADOVANI, A. R. et al. **Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva**. CoDAS, v. 25, p. 1–7, 2013.

Portal UFS - Hospital Regional de Lagarto é cedido à UFS. Disponível em: <<https://www.ufs.br/conteudo/15444-hospital-regional-de-lagarto-->>>. Acesso em: 8 maio. 2023.

Prevalência do tabagismo. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>>. Acesso em: 8 maio. 2023.

SUTHERLAND, S. **Mysteries of COVID Smell Loss Finally Yield Some Answers**. Disponível em: <<https://www.scientificamerican.com/article/mysteries-of-covid-smell-loss-finally-yield-some-answers1/>>. Acesso em: 9 maio. 2023.

WIERSINGA, W. J. et al. **Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. JAMA, v. 324, n. 8, p. 782, 25 ago. 2020.

Anexo A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação fonoaudiológica em pacientes com COVID-19 em um Hospital Universitário do interior de Sergipe

Pesquisador: Danielle Ramos Domenis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39598920.8.0000.5548

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.404.388

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1650998.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (Projeto_Danielle_Domenis_Fono_UFS.pdf), postados em 27/10/2020.

Introdução:

Em março de 2020 foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estado de pandemia causada pelo surto da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, levando os serviços de saúde a se reorganizarem, diante do grande fluxo de pacientes nos diferentes níveis de complexidade, principalmente nas instituições hospitalares (WHO, 2020a; ONG et al., 2020). Os sintomas da infecção por COVID-19 costumam aparecer após um período de incubação de aproximadamente 5,2 dias sendo os mais comuns, febre, tosse, dor de cabeça, dor de garganta e cansaço havendo descrição de outros sintomas como: hemoptise, diarreia, dispneia e linfopenia (LI et al., 2020; REN et al., 2020; HUANG et al., 2020). O contato com secreções de indivíduos infectados, principalmente por gotículas de saliva é o principal meio de transmissão, havendo propagação dentre as mais diversas formas, por exemplo, através de espirros e aerossóis podendo ocorrer também pelo contato com sangue, urina e fezes (DEL RIO; MALANI, 2019; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020; LU; LIU; JIA, 2020; PENG et al., 2020). No Brasil o

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

