

Alicia LOUIZ

Prática do Terapeuta da Fala em Unidade de Cuidados Intensivos - área da deglutição



Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2022

Alicia Louiz, aluna da Licenciatura de Terapêutica da Fala, ESS-FP, Porto, Portugal

36057@ufp.edu.pt

Orientador: Mestre Daniela Vieira

Projeto de Graduação em Terapêutica da Fala

Prática do Terapeuta da Fala em Unidade de Cuidados Intensivos - área da deglutição

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2022

Alicia Louiz, aluna da Licenciatura de Terapêutica da Fala, ESS-FP, Porto, Portugal

36057@ufp.edu.pt

Orientador: Mestre Daniela Vieira

Nome da Autora: Alicia Louiz

Número de Aluna: 36057

Curso: Terapêutica da Fala

Data:

Docente Orientadora: Mestre Daniela Vieira

Assinatura da Aluna: _____

(Alicia LOUIZ)

Projeto de Graduação apresentado à Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala.

RESUMO

Objetivo: O objetivo é compreender o papel do terapeutas da fala em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), na avaliação da deglutição, através de um questionário.

Tipo de Estudo: estudo transversal, quantitativo

Participantes e Métodos: Os participantes deste estudo serão terapeutas da fala que exercem ou já exerceram funções em UCI responderão ao questionário *online* que será disponibilizado para acesso livre.

Resultados : Um total de 14 participantes (N= 14) com uma idade médio de 31,5 anos e em totalidade de sexo feminino. 57,1% (N=8) dos participantes não obtiveram conhecimentos através da sua formação, no que respeita à intervenção em UCI; a amostra definem 5 objetivos principais do papel da TF em UCI : 1- realizar uma avaliação/diagnóstico de todas as áreas, 2- reeducar a deglutição em adultos e do recém-nascidos, 3- reeducar a comunicação (em doentes que sofrem de afasia ou disartria, por exemplo, ou reeducar doentes com disfonia que possam estar em pós-extubação) 4- prestar um verdadeiro apoio à família abrindo a comunicação com a família, e 5- ajudar na alta do hospital

Palavras-chave: Unidade de Cuidados Intensivos; terapeuta da fala; deglutição; perturbações da fala; traqueostomia.

ABSTRACT

Objective: The aim is to understand the role of speech therapists in Intensive Care Units (ICU), in the evaluation of swallowing, through a questionnaire.

Type of study: cross-sectional, quantitative study

Participants and Methods: The participants of this study will be speech therapists who perform or have performed duties in ICUs will answer the online questionnaire that will be made available for free access.

Results: A total of 14 participants (N=14) with an average age of 31.5 years and all of them female. 57.1% (N=8) of the participants did not obtain knowledge through their education regarding ICU intervention; the sample defined 5 main objectives of the role of the FT in ICU: 1 - perform an assessment/diagnosis of all areas, 2 - re-educate swallowing in adults and orality in new-borns, 3 - re-educate communication (in patients suffering from aphasia or dysarthria, for example, or re-educate patients with dysphonia who may be post-extubation) 4 - provide real support to the family by opening communication with the family, and 5 - help with discharge from hospital

Keywords: Intensive Care Unit; speech therapist; swallowing; speech disorders; tracheostomy.

Agradecimentos

Inicialmente queria agradecer à minha orientadora, a docente Mestre Daniela Vieira pela dedicação, disponibilidade e paciência para comigo, por toda a partilha de conhecimentos e sobretudo o tempo que me deu.

À minha mãe, à minha irmã e ao meu irmão por todo o apoio ao longo deste percurso, por me deixar viver este percurso académico longe deles.

Para o Pascal, que tem sido um apoio inabalável ao longo desta jornada, que não poderia ter sido de sucesso sem a sua coragem e força.

E por fim, mas não menos importante, a todos os professores que me acompanharam neste percurso, por toda a disponibilidade, compreensão, ajuda, ensinamentos transmitidos e confiança depositada em mim. Tornaram a minha experiência em Portugal muito mais fácil, por isso, muito obrigada!

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
ÍNDICE DE FIGURAS	12
I. INTRODUÇÃO	15
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
II.1. O TERAPEUTA DA FALA	17
II.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (NICU)	18
1. Prematuridade	18
2. As sequelas da prematuridade	19
2.1. Consequências funcionais e sensoriais	19
2.2. Sequelas de desenvolvimento neurológico	19
2.3. Sequelas nutricionais e de crescimento	20
3. Reanimação e cuidados intensivos	20
3.1. As diferentes unidades de cuidados	20
3.2. Alimentação artificial	21
3.3. Alimentação oral	22
4. Terapeuta da fala em neonatologia	22
4.1 Enquadramento legal	22
4.2. Educação precoce	23
4.3. Oralidade	23
4.4. Reflexos orais	23
5. As dificuldades do prematuro	25
6. O papel do terapeuta da fala UCI neonatal	26
II.3. Unidade de Cuidados Intensivos - Adultos	28
1. As diferentes unidades/serviços	28

2.	A deglutição em adultos	30
3.	<i>Neurofisiologia da deglutição</i>	32
3.1.	A ação dos pares cranianos	33
4.	<i>Fisiopatologia da disfagia</i>	34
5.	<i>Perturbações da deglutição nos cuidados intensivos</i>	37
6.	<i>A traqueotomia</i>	38
7.	O papel da TF em UCI	40
7.1.	A voz	40
7.2.	A deglutição	40
7.2.1.	<i>Teste de água</i>	41
7.2.2.	<i>Modified Mann Assessment Swallowing Ability (MMASA)</i>	41
7.2.3.	<i>Terapia do trato orofacial (FOTT)</i>	41
7.2.4.	<i>Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)</i>	41
7.2.5.	<i>Avaliação instrumental da deglutição</i>	42
7.2.5.1.	<i>Estudo de videofluoroscopia da deglutição (VFS)</i>	42
7.3.	Avaliação da deglutição em cuidados intensivos	43
7.4.	Reabilitação da disfagia	44
7.4.1.	<i>Modificação da textura e manobras compensatórias</i>	44
7.4.2.	<i>Abordagens intervencionistas/tecnológicas: estimulação elétrica faríngea</i>	45
III.	METODOLOGIA	46
III.1.	RECOLHA DOS DADOS	46
III.2.	PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
III.3.	OBJETIVOS	47
IV.	RESULTADOS	48
IV.1.	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	48
IV.2.	INTERVENÇÃO DA TF EM UCI	50

<i>IV.3. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO</i>	53
<i>V. DISCUSSÃO</i>	58
<i>VI. CONCLUSÃO</i>	61
<i>VII. REFERÊNCIAS</i>	62
<i>ANEXOS ANEXO I - QUESTIONÁRIO INICIAL EM PORTUGUÊS EUROPEU.</i>	66
<i>ANEXO II - QUESTIONÁRIO INICIAL EM FRANCÊS</i>	74
<i>ANEXO III - QUESTIONÁRIO FINAL EM PORTUGUÊS EUROPEU</i>	80
<i>ANEXO IV - QUESTIONÁRIO FINAL EM FRANCÊS</i>	89
<i>ANEXO V - PROVAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA</i>	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra (Nível Educacional dos Cuidadores).	49
Gráfico 2 - Caracterização da amostra (Ensino do papel da TF em UCI).....	49
Gráfico 3 - Caracterização da amostra (Unidades de Ensino).....	50
Gráfico 4- Utiliza de forma sistemática um anamnese para avaliar o doente?.....	53
Gráfico 5 - Tempo necessário para realizar avaliação da deglutição por TF	53
Gráfico 6 - Utilização de provas normalizadas.	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fases da deglutição, adaptado de Aslam e Vaezi (2013).....	31
Figura 2 - Mapa da França com os localizações de prática dos TF.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra (Idade, género e Cidade de prática).	48
Tabela 2 - Caracterização da amostra (Com que população trabalha?).	50
Tabela 3 - Procedimentos realizados pelo TF em UCI.	51
Tabela 4 - Profissionais envolvidos no tratamento do doente em UCI.	51
Tabela 5 - Encaminhamento para TF.	51
Tabela 6 - Quem encaminha os doentes para o TF.	52
Tabela 7 - Principais motivos para encaminhar um doente para TF.	52
Tabela 8 - Motivos para a não utilização de anamnese.	53
Tabela 9 - Etapas de avaliação informal da deglutição.	54
Tabela 10 - Áreas de intervenção do TF.	55
Tabela 11 - Facilitadores e barreiras à intervenção do TF.	55
Tabela 12 - Nível de confiança dos diferentes componentes.	56
Tabela 13 - Representação de TF em França.	58

ABREVIATURA

Acidente vascular cerebral - AVC

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala - APTF

Avaliação de Delirium para Unidade de Cuidados Intensivos - CAM-ICU

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes de l'Union Européenne - CPLOL

Comunicação alternativa e/ou aumentativa - CAA

Decreto-lei - DL

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES

Escala de Agitação-Sedação de Richmond - RASS

Esfíncter esofágico superior - EES

Estimulação Faríngea Elétrica - EFE

Facial Oral Tract Therapy - FOTT

Gugging Swallowing Screen - Intensive Care Unit - GUSS-ICU

Mann Assessment Swallowing Ability - MASA

Modified Mann Assessment Swallowing Ability - MMASA

Organização mundial de saúde - OMS

Otorrinolaringologia - ORL

Quociente de inteligência - QI

Terapeuta da fala - TF

Unidade de Cuidados Intensivos - UCI

Vias aéreas - VA

Videoendoscopia da deglutição - VED

Videofluoroscopia - VFS

Volume-Viscosity Swallow Test - V-VST

I. INTRODUÇÃO

A unidade de cuidados intensivos (UCI) pode ser uma das unidades hospitalares mais assustadoras para um jovem terapeuta da fala (TF), uma vez que nesta são tratadas pessoas em fase aguda da doença e com múltiplas variáveis clínicas, para além da fragilidade da pessoa internada. O papel do TF na UCI não está bem definido, e esta falta de conhecimento pode ser a razão para a apreensão de desenvolver funções neste serviço. Gostaria, portanto, de compreender o papel deste profissional em relação às características da UCI, que podem ser vitais para o utente e ajudar os jovens TF como, no meu caso, a aclarar esta situação, a fim de estar o mais bem preparados possível para o futuro acompanhamento terapêutico de pessoas internadas em UCI. Para além disso, conhecer a realidade de dois países europeus (Portugal e França). As UCI são altamente especializadas para pessoas em risco de vida, onde operam equipas multidisciplinares (Rodríguez-Riaño e Duarte-Valderrama, 2017).

O TF pode intervir tanto em UCI neonatais como de adultos. No caso das neonatais o seu papel passar pela promoção de bem-estar do recém-nascido/equipa/família, a prevenção e intervenção nas perturbações alimentares e da motricidade orofacial, incentivar o aleitamento materno, fomentar uma interação positiva entre mãe e recém-nascido e regular os estímulos ambientais (Amorim e Lira, 2021, Dantas, Brandão e Boger, 2017). Nas UCI de adultos o TF procura promover estratégias para doentes, famílias e equipa que visem uma comunicação efetiva, para além de promover o processo de alimentação para desta forma, promover qualidade de vida e uma recuperação mais breve (Rodríguez-Riaño e Duarte-Valderrama, 2017).

A disfagia orofaríngea é uma perturbação da deglutição. A deglutição pode ser definida como o processo de engolir uma ou mais substâncias, incluindo líquidos, alimentos e medicamentos, passando estes da boca até ao estômago. A disfagia orofaríngea por sua vez, pode conduzir à desnutrição, desidratação, obstrução das vias aéreas inferiores e contribuir para a ocorrência de uma pneumonia por aspiração ou morte. Todos eles têm impacto no tempo de hospitalização, afetam o potencial de reabilitação, diminuem a qualidade de vida e contribuem para o isolamento social. Devido às consequências associadas, a disfagia deve, portanto, ser detetada precocemente para que os seus efeitos adversos possam ser minimizados e prevenidos. A disfagia é um sintoma comum em

doentes na UCI após entubação traqueal, traqueostomia ou colocação de sonda nasogástrica. As consequências da disfagia incluem um aumento da incidência de falsas vias e pneumonia adquirida na UCI. No contexto da UCI, a avaliação da deglutição pode ser realizada de várias formas para detetar o risco de disfagia, como, a avaliação clínica abrangente das estruturas e funções orofaríngeas; (Bleeckx,2001; Clavé e Shaker, 2015; Rofes et al., 2011; Macht et al., 2013).

A avaliação da deglutição no campo da terapia da fala pode ser realizada através de protocolos formais de avaliação, protocolos informais de avaliação ou ambos. Durante a o meu Estágio Profissionalizante I num hospital, descobri que cada TF do centro tinha a sua própria forma de avaliar o paciente. Tinham obviamente um núcleo comum, mas cada um deles utilizava um programa, instrumentos, testes e também um tempo de avaliação diferente que lhes era específico como resultado dos seus anos de experiência. Na UCI são tratadas pessoas em fase aguda da doença e com múltiplas variáveis clínicas e pela fragilidade da pessoa internada. O papel do TF na UCI não está ainda bem definido e divulgado, e esta poderá ser a razão para a apreensão deste serviço. Assim, com este estudo gostaria, portanto, de compreender o papel deste profissional em relação às características da UCI, que podem ser vitais para o utente. O objetivo deste estudo é, portanto, reconhecer as fases fundamentais da avaliação da deglutição, do terapeuta da fala, em UCI, de acordo com os estudos existentes e o testemunho de TF franceses, no terreno.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

II.1. O TERAPEUTA DA FALA

O TF é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, diagnóstico, intervenção e estudo científico de perturbações relacionadas com a comunicação humana e perturbações relacionadas (CPLOL, 2013), ou seja, é o profissional que intervém em perturbações relacionadas com a comunicação e a deglutição. Na comunicação está incluída a produção e fluência da fala, a linguagem, cognição, voz, ressonância e audição. A deglutição, inclui todos os comportamentos relacionados com a mesma para que seja segura (ASHA, 2016).

Segundo a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), é da competência do TF prevenir, avaliar, intervir, e realizar estudos científicos relacionados com as perturbações da comunicação humana, como é o caso de funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita e utilização de diferentes formas de comunicação não verbal (APTF, 2017a), e também com perturbações relacionadas com a fala, linguagem e alterações relacionadas com as funções auditivas, visuais, cognitivas (aprendizagem), oro-muscular, respiração, deglutição e voz (Prates e Silva, 2011).

De acordo com o Decreto-Lei (DL) n.º 564/99 de 21 de Dezembro, o TF está inserido, no estatuto de carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, os quais têm como funções criar, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho da sua profissão, em que o objetivo passa pela promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção. Assim sendo, a definição legal de TF em Portugal atribuída por este DL, refere que este é o profissional responsável pelo *“desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal”* (Diário da República n.º 295/1999, Série I-A de 1999-12-21, páginas 9083 - 9100)

O profissional de terapia da fala pode exercer a profissão em diferentes setores, como: na saúde, na educação, de forma independente ou pública ou no domicílio (CPLOL, 2013). O TF pode exercer as suas funções de forma autónoma ou com outros profissionais (equipa multidisciplinar). Assim, este profissional pode trabalhar em hospitais públicos e

privados; centros de saúde; clínicas privadas, instituições sociais, creches, jardins de infância e colégios; escolas básicas e unidades de referenciação de multideficiência, autismo e surdez; empresas; lares; centros de reabilitação e unidades de cuidados continuados e paliativos (APTF, 2018).

Posto isto, é notório que, o TF intervém nas mais diversas faixas etárias, ou seja, desde a infância até à idade sénior. Portanto, é importante referir que não existe idade base nem limite para a intervenção de um TF. Assim, desde os recém-nascidos, passando pelas crianças em idade pré-escolar, adolescentes, adultos e idosos, todos estes podem beneficiar de cuidados prestados pelo profissional de terapia da fala (APTF, 2017b). Este profissional pode trabalhar diretamente com o indivíduo que esteja a beneficiar da intervenção, com os cuidadores ou pessoas que tenham proximidade diária com o mesmo ou até mesmo em grupo, com pessoas com ou sem patologia, sendo que o foco principal será sempre melhorar as suas competências e promover uma melhor qualidade de vida para o indivíduo (CPLOL, 2013).

II.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (NICU)

1. Prematuridade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "(...) Um nascimento é prematuro quando ocorre antes de 37 semanas completas de amenorreia (SA) definidas como o primeiro dia do último período menstrual. Se o termo não for claro, os médicos têm em conta um peso superior a 500g. Atualmente, o limite de viabilidade foi aumentado para 22 SA (...)". Vários fatores de diferenciação conduzem à distinção de categorias mais ou menos amplas, ligadas à idade de nascimento, características morfológicas, peso de nascimento, riscos que afetam as hipóteses de sobrevivência e défices particulares (Bloch et al., 2003). Segundo Bloch (2003), o nascimento espontâneo pré-termo é a consequência de uma indução inoportuna do parto que resulta no parto de um bebé entre os 22 e 36 anos de idade, SA completo. Os fatores de risco diretamente responsáveis pelo parto prematuro são os seguintes: gravidez múltipla; malformações e causas uterinas; e causas infecciosas. Os fatores favoráveis são: primazia; idade da mãe: menos de 18 ou mais de 35; má monitorização da gravidez; abuso de drogas: tabaco, álcool, entre outros; história do parto e/ou aborto tardio; e más condições socioeconómicas e culturais.

A prematuridade idiopática, ou seja, nenhuma causa é atualmente reconhecida, poderia ser induzida pelo próprio feto em reação a um ambiente hostil.

2. As sequelas da prematuridade

2.1. Consequências funcionais e sensoriais

As principais sequelas funcionais e sensoriais podem ser subdivididas em sequelas **respiratórias** - de acordo com Laugier e al. (2006), podem ser expressos como asma infantil com os seguintes fatores de risco: displasia broncopulmonar, bronquiolite de início precoce, infeções virais, apneia em bebés prematuros, estenose subglótica, - sequelas **auditivas** - embora se observe regularmente um atraso na maturação dos potenciais evocados auditivos sem consequências futuras, a surdez continua a ser rara. O controlo da audição é importante para evitar efeitos adversos na linguagem (Zupan, 2008), - e sequelas **visuais** - défices visuais graves como a retinopatia são raros. Agora só afeta bebés extremamente prematuros.

2.2. Sequelas de desenvolvimento neurológico

As sequelas de desenvolvimento neurológico são de diferentes tipos, isoladas ou associadas e podem ser: **paralisia cerebral** - afeta 5-10% dos bebés muito prematuros. A paralisia cerebral em bebés prematuros aparece geralmente sob a forma de diplegia espástica. "A gravidade da deficiência é variável; aproximadamente 2/3 das crianças afetadas alcançam autonomia para andar" (Zupan, 2008); perturbações neuromotoras menores - 40% dos bebés muito prematuros contra 20% dos bebés a termo. São notadas perturbações de coordenação, instabilidade postural e perturbações motoras finas. Não interferem muito na vida diária, mas estão associados a um maior risco de distúrbios cognitivos; e dificuldades cognitivas e de aprendizagem - a prematuridade extrema pode baixar o quociente intelectual (QI) médio por um desvio padrão. O risco de défice mental global é de cerca de 10%. No entanto, em prematuridade extrema, aumenta e aproxima-se dos 20%. As deficiências de aprendizagem específicas (sem deficiência mental) também permanecem frequentes e afetam todas as idades gestacionais. São de vários tipos: perturbações da linguagem, perturbações espaço-temporais, entre outros. (Zupan, 2008)

2.3. Sequelas nutricionais e de crescimento

As consequências comuns da alimentação por sonda nasogástrica incluem: falha ou atraso do crescimento, défices nutricionais, incoordenação oral-motora, aversão oral a certos alimentos e obstipação. (Zupan, 2008)

3. Reanimação e cuidados intensivos

3.1. As diferentes unidades de cuidados

As unidades de cuidados para bebés prematuros são (Branger & Flamant, 2011):

- **A unidade de reanimação neonatal:** Este serviço acolhe recém-nascidos que não são independentes das vias respiratórias. Diz respeito aos recém-nascidos em perigo vital. Estas crianças são geralmente ajudadas por assistência respiratória (entubação) mas em todos os casos requerem um acompanhamento atento por parte de todos os profissionais. Por esta razão, a equipa é maior do que nas outras unidades. A criança recém-nascida hospitalizada nesta unidade está sujeita a intervenções de vários profissionais frequentemente devido aos numerosos procedimentos de cuidados a serem realizados.
- **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais:** As crianças hospitalizadas são admitidas após uma estadia na UCI ou diretamente da sala de parto. A criança não apresenta quaisquer dificuldades vitais, mas devido ao seu termo ou à sua patologia, requer uma monitorização contínua, por vezes até assistência ventilatória (oxigénio ou cânulas nasais), e tratamento com antibióticos. A criança está clinicamente estável, mas o seu estado de saúde permanece frágil. O acompanhamento da criança é levado a cabo de forma meticulosa e regular, tentando ao mesmo tempo respeitar o seu ritmo de sono e preservar períodos de descanso importantes. Os prestadores de cuidados prestam cuidados personalizados. A equipa de cuidadores (enfermeiros, enfermeiros de enfermagem e auxiliares de puericultura) é mais pequena do que na unidade anterior.
- **A unidade pediátrica neonatal:** Acolhe todas as crianças cujo estado respiratório se encontra estabilizado. O bebé na incubadora necessita, no entanto, de oxigénio, ganhar peso (sonda de alimentação), e tempo para ser completamente autónomo

a nível digestivo. Precisa de uma vigilância adaptada e precisa, sem urgência, onde a importância é dada à criança e à aquisição da sua autonomia (alimentação, regulação térmica, ganho de peso...). Está equipado com o pessoal e equipamento necessários em caso de agravamento ou se houver necessidade de transferência para uma unidade mais especializada. A equipa de cuidados está concentrada em apoiar os pais no cuidado dos seus filhos e em todos os passos a dar antes de a criança regressar a casa. A unidade é mais confinada e mais clara, permitindo estabelecer o ciclo dia/noite e respeitar o ritmo da amamentação. A criança e os seus pais podem conhecer-se mais facilmente num ambiente menos técnico, menos barulhento e mais íntimo.

3.2. Alimentação artificial

Ao nascer, é possível que o padrão de sucção seja ainda imaturo no recém-nascido prematuro. Neste caso, esta sequência motora não teve tempo suficiente in útero para se desenvolver. Como resultado, a amamentação está altamente comprometida, o que é perigoso. (Lau, 2007).

Senez (2002) afirma que as indicações para a alimentação artificial são, ou a impossibilidade de alimentação oral para um sujeito com um tubo digestivo normalmente em funcionamento, ou a presença de grandes perturbações digestivas. Existem alternativas para fornecer à criança uma ingestão nutricional suficiente: nutrição artificial. Esta pode ser:

- **nutrição parenteral**: esta é a alimentação através da via venosa;

- **nutrição enteral**: isto refere-se a todas as técnicas de alimentação digestiva que contornam a via oral. É feita uma distinção entre alimentação nasal através de um sonda nasogástrica, alimentação oral através de um tubo orogástrico e gastrostomia percutânea ou cirurgia. Estes métodos de alimentação podem ser oferecidos de forma;

-**contínua**: para que a criança esteja na mesma situação que durante a gravidez, quando é alimentada continuamente através do cordão umbilical. Neste caso, deve ser oferecido à criança um boneco o mais rapidamente possível para encorajar a sucção não-nutritiva;

- **descontínua**: a criança recebe bolus de leite a intervalos regulares. (Senez, 2015).

De acordo com Laugier et al. (1991), "O leite materno é o alimento básico." Se necessário, é utilizado um leite específico para bebés de baixo peso à nascença, pois será sempre necessário enriquecer este leite com proteínas e fósforo.

3.3. Alimentação oral

Se a mãe não desejar amamentar, o seu filho é gradualmente alimentado a **biberão** entre as 35-36 semanas de idade gestacional. Para que isto seja possível, a criança deve ser capaz de coordenar bem a sucção-deglutição-respiração. Caso pretenda e haja condições pra tal, poderá ser ao **peito**. Neste caso, o movimento de sucção é mais difícil do que no biberão. De acordo com Nowak et al. (2005), o sucesso da amamentação depende de dois fatores principais: a boca do bebé deve chupar eficazmente a aréola do peito da mãe. Para que isto aconteça, o bebé deve estar numa boa posição em relação ao peito, com o rosto virado para o peito sem ter de virar o pescoço, a fim de facilitar a deglutição e evitar falsas vias; e o ambiente emocional em que a mãe experimenta este momento deve ser de alta qualidade.

4. *Terapeuta da fala em neonatologia*

4.1 Enquadramento legal

De acordo com o artigo R4341-1 do Código da Saúde Pública,

“A terapia da fala consiste em:

• Prevenir, avaliar e tratar, o mais cedo possível, através de reeducação que constitua tratamento, voz, articulação e perturbações da fala, bem como as perturbações associadas à compreensão da linguagem oral e escrita e à sua expressão; dar formação noutras formas de comunicação não-verbal para complementar ou complementar estas funções.”

Além disso, o Artigo R4341-4 declara que: *"A terapia da fala é acompanhada de conselhos apropriados ao ambiente próximo do doente. O terapeuta da fala pode propor, organizar ou participar em atividades de prevenção, educação sanitária ou rastreio. Podem participar na formação inicial e contínua dos terapeutas da fala e possivelmente*

de outros profissionais, na luta contra o analfabetismo ou na investigação no domínio da terapia da fala.”

4.2. Educação precoce

Crunelle (2007) define a educação precoce. O terapeuta da fala deve: identificar as crianças em risco o mais cedo possível; ajudar estas crianças a adquirir as competências necessárias para uma boa comunicação e desenvolvimento linguístico; fazer parte de um processo de apoio parental baseado na escuta e no intercâmbio de “saber-fazer e de saber-ser adaptado”. Este recente campo de especialização está em contínua evolução. Diz respeito às crianças prematuras em risco de desenvolverem dificuldades linguísticas e/ou de aprendizagem.

4.3. Oralidade

A oralidade é uma noção do vocabulário psicanalítico, o que significa todas as funções orais, ou seja, devolvidas à boca (Abadie, 2004). Como a boca está no cruzamento do interior e do exterior, estas funções orais são numerosas e envolvem: alimentação, respiração, grito, exploração táctil e gustativa. De acordo com Abadie (2004), estas funções são fundamentais para a sobrevivência e a comunicação. Thibault (2007), distingue duas oralidades, a **oralidade primária**, que é estabelecida desde a fase embrionária até cerca de 6 meses de idade. Nesta altura, a sequência de sucção e deglutição, durante a qual os tempos oral e de deglutição são fundidos, torna-se automática e o primeiro grito também aparece. Depois a **oralidade secundária**, que começa entre os 4 e os 7 meses e corresponde ao período de diversificação alimentar, à mudança para a colher e ao início da mastigação. Ao mesmo tempo, começa a balbuciar. Por conseguinte, as oralidades alimentares e verbais desenvolvem-se em paralelo. Todos estes componentes influenciam-se mutuamente e uma disfunção num aspeto da "oralidade" terá consequências para o estado oral global da criança, atual e futuro.

4.4. Reflexos orais

Quando nasce, a ação de sucção do recém-nascido é totalmente eficaz. Contudo, depois de ter realizado todas as suas experiências num ambiente aquoso, descobre e tem de se adaptar a este novo ambiente atmosférico. A partir de agora, terá de levar a boca ao mamilo ou ao biberão, aspirar o leite e deglutir, introduzindo pausas para respirar (Senez,

2002). De acordo com Senez (2002), este complexo ato motor de sucção requer "equipamento neurológico e anatómico intacto".

Ao nascer, os bebés têm reflexos que lhes permitem alimentar-se. Estes automatismos são definidos por Saint-Anne Dargassies em 1979 como "reações motoras que, para uma dada excitação, ocorrem de uma forma claramente determinada e estritamente idêntica ao longo do tempo" (in Senez, 2002, p.11). Alguns irão desaparecer enquanto outros persistirão.

Seguidamente serão descritos reflexos importantes para a deglutição. Estes reflexos primários são normalmente inibidos pela idade de 3/4 meses.

- **Reflexo dos 4 pontos cardeais:** É desencadeado pelo contacto com a pele na zona perioral (lábios, canto da boca, ou bochechas). A criança vira então a sua cabeça para o lado da estimulação. Este automatismo permite ao bebé orientar-se para o mamilo (Senez, 2002). Além disso, um contacto no lábio superior faz com que a boca se abra e que os lábios e a língua se movam. O bebé prepara-se agora para pôr o mamilo na boca.

- **Reflexo de sucção:** É desencadeado por qualquer estimulação oral da parte do meio da língua. Quando o dedo, o mamilo ou a tetina são colocados na boca, os lábios fecham-na, a língua é posicionada numa calha e são desencadeados movimentos de sucção ântero-posterior rítmicos (Nowak & al., 2005).

Depois também existem reflexões responsáveis pela protecção das vias respiratórias. São eles: o **reflexo da tosse:** protege as vias respiratórias superiores, é um fator importante para o desenvolvimento do cérebro. (Senez, 2002) e o **reflexo de vômito:** trata-se de um reflexo de defesa que consiste em inibir e inverter o reflexo de deglutição para evitar a ingestão de substâncias potencialmente perigosas para o organismo. É acionado quando um dedo é inserido na boca da criança a dois terços do palato duro. Este reflexo é um sinal da qualidade da sensibilidade intraoral. (Senez, 2002) Por fim, o **reflexo de mordida:** corresponde a uma alternância de abertura e fecho vertical e rítmico da mandíbula. Segundo Senez, é uma componente da sucção. No entanto, só está realmente presente em crianças patológicas e tem um prognóstico muito pobre para a alimentação e emissão vocal (Crunelle, 2004). Requer um tratamento intensivo e muito precoce de dessensibilização.

5. As dificuldades do prematuro

A criança prematura é submetida regularmente a cuidados médicos intrusivos na esfera oral. Isto pode estar associado a sensações desagradáveis ou mesmo dolorosas (Gottrand & al., 2007). O recém-nascido é imerso desde o nascimento num ambiente particular e recebe um *input* sensorial deficiente e uma estimulação excessiva (Bloch et al. 2003). A criança nascida prematura não pode, portanto, desenvolver-se como um bebé a termo e está em risco de desenvolver dificuldades com as funções orais.

O bebé prematuro nasce com um sistema respiratório imaturo e, portanto, requer assistência respiratória ou entubação endotraqueal. As principais consequências são a afonia e a obstrução respiratória (Maiffret & al., 2008). Para o seu desenvolvimento oral, a cadeia do olfato, paladar, sucção e deglutição deve ser completa (Nowak & al., 2005). No entanto, a imaturidade das funções orais do bebé prematuro impede este bom desenvolvimento. O seu movimento de sucção destes bebés não é suficientemente eficiente: falta-lhes força e a pressão intraoral é demasiado baixa. Por conseguinte, não podem ser alimentados pela boca. Quanto mais prematuro for o nascimento, menos tempo o bebé terá tido para desenvolver a sua oralidade primária e a sua aprendizagem gnosoprática (Puech et al., 2004). De facto, antes da 34ª semana, o bebé prematuro não foi capaz de treinar para coordenar a sucção e a deglutição e é alimentado por sonda enteral ou parentérica. Como resultado, é provável que tenham esquecido as competências adquiridas no útero quando retomarem a alimentação oral (Haddad, 2007).

Senez (2002) regista as consequências da alimentação por sonda nasogástrica (não especificamente em bebés prematuros): irritação nasal e faríngea; percentil de peso abaixo do esperado; risco de refluxo gastroesofágico; estagnação psicomotora; e dificuldade em transitar para a alimentação oral.

Um estudo realizado por Delfosse et al. (2006) mostrou que a perturbação precoce da atividade oral foi prolongada até aos primeiros anos de vida, em termos de alimentação. Este modo particular de alimentação perturba o padrão oral e impede a criança prematura de investir na hora das refeições de uma forma positiva (Crunelle, 2005). A criança prematura é privada das experiências sensoriais-motoras necessárias para o desenvolvimento de comportamentos alimentares e esta falta de experiência pode também ter consequências no balbuciar e na linguagem. Além disso, na unidade neonatal, a boca

é solicitada por numerosos gestos médicos intrusivos. A esfera oral é hiper-estimulada ou danificada, e, portanto, investida de forma negativa. A estimulação do prazer oral é rara. A criança é então passiva na sua experimentação oral e por isso, impedida na sua descoberta do mundo pela boca, um processo que é essencial no desenvolvimento da criança. Neste contexto, o cuidado precoce destas crianças é essencial, e terá obviamente de ser adaptado de acordo com a idade gestacional (Crunelle, 2005).

6. O papel do terapeuta da fala UCI neonatal

Atualmente, numerosos estudos sobre recém-nascidos demonstraram a ligação entre a experiência de um bebé prematuro e o seu desenvolvimento em termos de alimentação e linguagem (Maiffret et al., 2008). Assim, parece claro que os TF têm um papel importante a desempenhar com estas crianças na prevenção e intervenção precoce.

A duração da hospitalização depende da autonomia alimentar da criança nascida prematura. O objetivo do TF é levar gradualmente a criança a esta autonomia, apoiando-a ao mesmo tempo na sua relação com o desenvolvimento orofaringolaríngeo. Assim, o TF foca-se em três aspetos: intervenção com a criança; acompanhamento aos pais; e trabalho de equipa.

A terapia da fala para o recém-nascido prematuro baseia-se nos conceitos de plasticidade cerebral e nas capacidades proprioceativas da criança. A maturidade neurológica ligada à idade gestacional do bebé é um elemento a ser tido em conta no nosso programa de gestão. A nossa ação deve ser baseada nas competências da criança prematura. Estes são expressos, segundo Maiffret et al. em 2008, por sinais corporais, estados de alerta, ajustamentos posturais, o olhar e expressões faciais.

Numa primeira fase é realizada uma **observação global da criança**. Qualquer intervenção de terapia da fala em neonatologia começa com uma observação da criança como um todo, e não apenas sobre a esfera oral. De acordo com Willemse (2006), estaremos interessados no(s) seu(sua): ambiente; modo de ventilação; método de alimentação; postura; estado de alerta e nível de vigília; capacidades motoras brutas, o tónus muscular; mímicas; e nível de investimento em comunicação (aparência, sorrisos, entre outros). Todos estes elementos dão-nos informações sobre o investimento da criança na esfera oral.

No que se refere à **avaliação** e de acordo com Willemse (2006), o TF neonatal deve realizar uma avaliação funcional do bebé prematuro, a fim de identificar dificuldades e competências. Em primeiro lugar, o TF avalia a esfera orofacial, incluindo as regiões extra e intraorais. Depois, numa segunda fase, será necessário avaliar os diferentes reflexos orais acima mencionados. O **terapeuta da fala** também avalia: sucção, deglutição, tónus, sensibilidade e o processo de alimentação. A fim de realizar esta avaliação, precisamos de entrar em contacto com a criança, que muitas vezes equaciona o contacto com um ato doloroso. Portanto, devemos abordar a criança com um toque firme, passando do corpo para a esfera orofacial, a fim de lhe proporcionar gradualmente "pontos de referência estáveis e coerentes". (Haddad, 2008, p. 17). Os gestos na zona da boca podem ser experimentados como uma intrusão por parte da criança. É por isso que acompanhar cada gesto com palavras oferece à criança uma melhor sensação, sem medo e em abertura para o mundo exterior (Thibault, 2007).

Relativamente à **intervenção**, a estimulação orofacial é dirigida a todas as crianças, prematuras ou não, que têm dificuldades de alimentação ou que estão em risco de as desenvolver (Blot, 2007). Os principais objetivos destes estímulos são: continuar ou descobrir o prazer da oralidade; estimular a sucção não-nutricional; confortar e acalmar o bebé; adquirir uma melhor coordenação da sucção, respiração e deglutição, mantendo uma boa saturação de oxigénio e ritmo cardíaco; evitar um reflexo de náusea demasiado anterior; encorajar a retomada da alimentação oral a fim de acelerar a autonomia alimentar; melhorar as capacidades motoras orais-faciais; e reduzir a duração do tempo de internamento hospitalar. O TF deve tratar o corpo na sua globalidade (Haddad, 2007), a zona perioral e a zona intraoral (Maillard, 2008). Estes solicitações permitem ao bebé pré-termo realizar a aprendizagem gnósica e relacionada com a práxis associada à oralidade e necessária para o desenvolvimento de uma sucção eficaz. (Willemse, 2006). Durante estes estímulos, devemos permanecer atentos às reações da criança, e saber como pará-los em caso de manifestações de desconforto e de aborrecimento, a fim de desenvolver o prazer oral da criança. O objetivo não é aplicar o mesmo protocolo a todas as crianças, mas ajustá-lo de acordo com as necessidades de uma determinada criança. Estes estímulos devem ser repetidos várias vezes ao dia, durante os cuidados de enfermagem, onde a mãe irá segurar a criança, falar com ela, acariciá-la, com o objetivo de reproduzir o melhor possível as condições de alimentação de um recém-nascido alimentado oralmente. (Maillard, 2008)

De acordo com Abadie (2004, p.55), “(...) a alimentação é um elemento muito fundamental da ligação mãe-filho (...)”. Contudo, no caso de um parto prematuro, a mãe pode ser privada destas situações de alimentação e é então possível que se sinta desafiada na sua capacidade de ser mãe, que se sinta culpada. De Groot (1993) salienta que o crescimento do peso é a principal preocupação dos pais quando regressam a casa, mas, a sua ansiedade pode levar a problemas nutricionais. Assim, o apoio dos pais é a base da terapia da fala em neonatologia. “(...) o objetivo da orientação parental não é "guiar" cada passo dos pais, mas acompanhá-los ao longo do caminho que decidem seguir, informando-os, encorajando-os a procurar e encontrar soluções por si próprios, valorizando as suas iniciativas, respeitando os seus costumes e regras de vida e, acima de tudo, orientando-os para a independência.” (Barbier, 2004, p.149)

Nos cuidados neonatais, a criança é considerada como um todo. Só o **trabalho transdisciplinar** permite que a criança não seja "fragmentada". Todos os profissionais trabalham para o mesmo objetivo, cada um contribuindo com a sua própria especialidade. É, portanto, essencial que sejam feitas ligações entre os diferentes profissionais para que os cuidados sejam coerentes (Willemse, 2006). O TF tem uma presença limitada no tempo neste serviço, pelo que esta parceria com os outros profissionais assegura a continuidade na gestão do desenvolvimento da criança. É uma verdadeira troca, o pessoal hospitalar informa-nos sobre as competências e dificuldades da criança e nós sensibilizamo-los para as perturbações orais que podem desenvolver-se em recém-nascidos prematuros. O TF pode formar enfermeiros para realizar estimulação oral e informar o pessoal médico e paramédico sobre a mesma: cuidados médicos intrusivos; da alimentação oral; das técnicas de alimentação; e da avaliação das competências orais do bebé (Willemse, 2006).

A intervenção da terapia da fala terá assim como objetivo acelerar a autonomia da criança na alimentação, torná-la ativa na alimentação, facilitar um investimento positivo da esfera oral, preservando ao mesmo tempo o relacionamento entre pais e filhos, com o objetivo de otimizar o regresso a casa (Willemse, 2006).

II.3. Unidade de Cuidados Intensivos - Adultos

1. As diferentes unidades/serviços

Em França, a definição regulamentar de uma unidade de reanimação é regida pelo artigo R. 712-90 do código da saúde pública:

“As unidades de reanimação devem ser capazes de gerir pacientes com ou em risco de múltiplas falhas circulatórias, renais e respiratórias agudas, que são potencialmente fatais. Estes pacientes requerem o uso prolongado de métodos de apoio tais como ventilação artificial, apoio hemodinâmico, assistência renal” (Decreto-Lei n° 2002-465 05/2002).

Existem vários tipos de unidades de reanimação, dependendo da origem dos pacientes a tratar:

- as unidades de **reanimação médica**, tratam todos os pacientes nas áreas médicas;
- as unidades **de reanimação cirúrgica**, tratam pacientes das áreas cirúrgicas;
- unidades de **cuidados intensivos** médico-cirúrgicos, admitem doentes tanto de áreas médicas como cirúrgicas. (Decreto n° 2002-465 05/2002).

A definição das condições técnicas de funcionamento para o **monitorização contínua** (atividade não sujeita a autorização) é estabelecida no artigo D. 712-125:

“As unidades de monitorização contínua cuidam de pacientes cuja condição e tratamento suscita receios da ocorrência de uma ou mais falhas vitais que requerem monitorização ou cuja condição, após uma ou mais falhas vitais, é demasiado severa ou instável para permitir o regresso a uma unidade hospitalar convencional. Constituem um nível intermédio entre as unidades de reanimação, por um lado, e as unidades de cuidados convencionais, por outro.”

A definição das condições técnicas de funcionamento dos **cuidados intensivos** é estabelecida no artigo D.712-112 : *“As unidades de cuidados intensivos são concebidas para gerir falhas viscerais relacionadas com uma única especialidade de órgãos.”* A monitorização permite a continuidade da **vigilância**. O paciente está equipado com uma série de dispositivos que permitem a monitorização contínua de parâmetros chamados “constantes”. O material base utilizado é esfigmomanómetro, tensímetro, oxímetro, cateter venoso central. Os dados recolhidos em tempo real são exibidos num ecrã localizado numa consola central, permitindo ao pessoal monitorizar todos os pacientes simultaneamente (Deroche, 2021) . Os sinais vitais monitorizados são a frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, pressão venosa central, saturação de oxigénio e temperatura. Conforme necessário, outros parâmetros podem ser monitorizados, tais como a pressão intracraniana ou o débito cardíaco. No caso de um problema súbito com qualquer um destes parâmetros, um alarme sonoro será acionado instantaneamente.

2. A deglutição em adultos

A deglutição é um fenómeno complexo que permite transportar saliva e alimentos da boca até ao estômago, ao mesmo tempo que ocorre a proteção das vias aéreas inferiores (Crunelle e Crunelle, 2008). É necessário um conhecimento geral das estruturas anatómicas envolvidas na deglutição antes de abordar a patologia. De acordo com Cot (1996), as estruturas anatómicas subjacentes à deglutição estão divididas em quatro regiões: a cavidade oral, faringe, laringe e esófago.

A cavidade oral situa-se entre o maxilar superior e inferior (ou mandíbula). Está dividida em duas partes: o vestíbulo (cavidade externa) e a cavidade oral propriamente dita (cavidade interna). O vestíbulo é isolado da cavidade oral pelos arcos dentários. Os **dentes** e a **mandíbula** asseguram a mastigação. Os músculos mastigatórios e os músculos do pavimento da boca são responsáveis por isso. O vestíbulo é limitado na frente pelos **lábios** e lateralmente pelas **bochechas**. Estas duas estruturas formam a cinta lábio-jugal. Isto envolve essencialmente o músculo orbicular dos lábios, que realiza a oclusão labial, e os músculos bucinadores. A própria cavidade oral é delimitada anterior e lateralmente pelos arcos gengivais-dentários. É delimitada no fundo pelo **assoalho da boca**, que é um espaço que contém essencialmente a língua, bem como parte das glândulas salivares que asseguram a salivação oral. A **língua** é um órgão muscular que realiza movimentos de propulsão, retropulsão e lateralização. A sua parte móvel está funcionalmente dividida em várias partes: uma parte bucal composta pelo ápice e a parte de trás da língua, e uma parte faríngea composta pela base da língua. A cavidade oral é delimitada no topo pelo paladar que a separa da cavidade nasal. A parte anterior da abóbada palatina é constituída pelo palato duro. É estendida para trás pelo palato mole ao nível do qual comunica com a faringe através do istmo do esófago. (Cot, 1996)

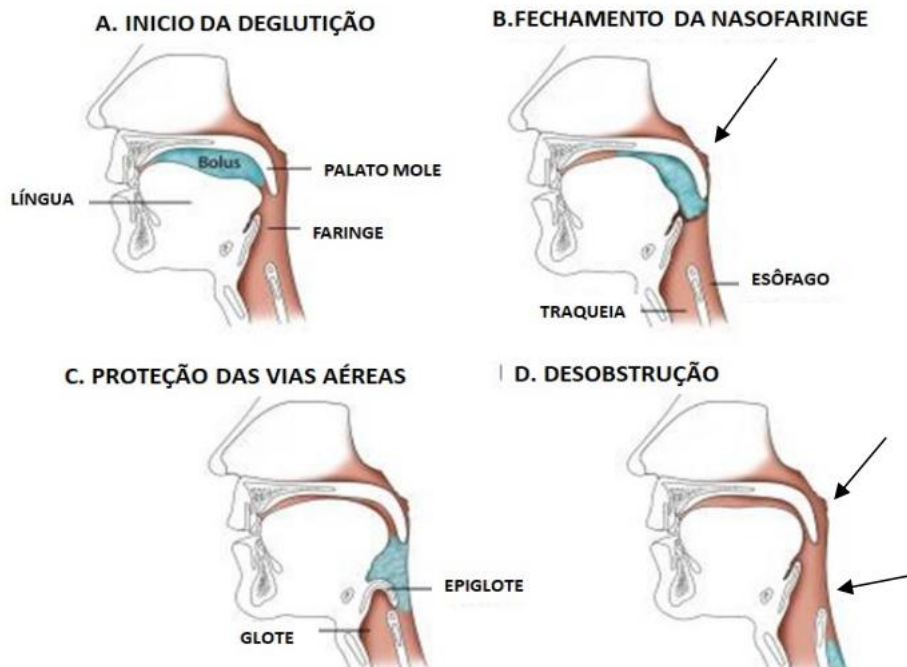
A faringe é uma conduta musculomembranosa localizada no cruzamento do trato aerodigestivo. Está dividida de cima para baixo em três segmentos. A **rinofaringe** (ou nasofaringe), localizada por detrás da cavidade nasal. A sua parede inferior abre-se para a orofaringe, acima do palato mole. É um septo musculomembranoso móvel que se combina com a contração do músculo constritor da faringe superior para formar o esfíncter **velofaríngeo**. A **orofaringe** está unida à cavidade oral (istmo do esófago). Estende-se desde o palato mole até ao bordo superior da epiglote. Contém a base da língua e as valéculas, o espaço entre a base da língua e a epiglote. A orofaringe é prolongada

pela **hipofaringe** (ou laringofaringe), que tem a forma de um funil. A sua extremidade inferior comunica com o esófago, limitado em cima pelo **esfíncter esofágico superior** (EES) e em baixo pelo esfíncter esofágico inferior. Além disso, rodeia lateralmente a laringe para formar os seios piriformes. (Cot, 1996)

A laringe é um órgão musculocartilaginoso localizado sob o osso hioide e acima da traqueia. A sua estrutura é constituída por cartilagens: a epiglote, a tiroide, o cricoide e as aritenoides. A musculatura intrínseca da laringe permite os movimentos de abdução e adução das pregas vocais. Durante a deglutição, a musculatura extrínseca da laringe completa a oclusão laríngea através da ascensão e projeção anterior da laringe. Este órgão está dividido em três fases pelo plano das pregas vocais: a **fase glótica**. A fase **supraglótica** (ou vestibular) está localizada acima. É composto pelas bandas ventriculares (ou pregas vocais falsas) e pelo ádito laríngea. O espaço **subglótico** encontra-se abaixo e é alargado pela traqueia. (Cot, 1996)

As estruturas anatómicas acima referidas estão envolvidas no processo de deglutição. Cot (1996) descreve-o cronologicamente em três fases (Figura 1) :

Figura 1 - Fases da deglutição, adaptado de Aslam e Vaezi (2013).



Em primeiro lugar, a **fase oral**, voluntária, iniciado assim que a comida é colocada na boca. A sua duração e movimentos variam de acordo com o volume e a consistência do

bolo. Durante a fase preparatória, a comida é mastigada e insalivada para formar uma massa homogénea. A sua contenção na cavidade oral é assegurada à frente pelo tónus lábio-jugal e pela oclusão velo-lingual na parte posterior. Esta última fecha a comunicação entre a cavidade oral e a orofaringe. Durante a fase de transporte oral, o bolo, recolhido no dorso da língua, progride em direção ao istmo do esófago graças à elevação do ápice e ao recuo da base da língua. (Cot, 1996)

A **fase faríngea**, uma fase reflexiva, começa assim que o istmo do esófago é atravessado, o que inicia o reflexo de deglutição. É acompanhada de apneia respiratória. Esta fase, embora muito breve, associa uma série de ações sincrónicas, que asseguram a migração do bolo alimentar para o esófago, protegendo ao mesmo tempo as vias respiratórias. A oclusão velofaríngea é alcançada pela ascensão do palato mole e pela contração do músculo constritivo faríngeo superior. Isto impede que os alimentos voltem a fluir para o nariz durante o período faríngeo. O encerramento das vias aéreas é efetuado de baixo para cima, a fim de expelir qualquer resíduo para a faringe. A oclusão começa com o encerramento do plano glótico e a junção das bandas ventriculares. A ascensão laríngea e o recuo da base da língua participam na inclinação da epiglote. A laringe é assim colocada sob a massa lingual. A contração progressiva da musculatura faríngea, associada ao recuo da base da língua, dá origem a peristaltismo faríngeo. Transporta o bolo em direção ao esófago. (Cot, 1996)

Finalmente, a **fase esofágica**, reflexa. O EES relaxa e abre-se devido à ascensão e projeção anterior da laringe. O bolo alimentar passa e progride para o esfíncter esofágico inferior. A parede do esfíncter, que é constituído por fibras musculares, gera uma onda peristáltica que é necessária para que o bolo seja transportado até ao estômago. O palato mole é baixado, a laringe volta à sua posição original e as vias aéreas é de novo permeável. Estas fases são coordenadas por uma rede neural complexa. (Cot, 1996)

3. Neurofisiologia da deglutição

O controlo neurológico da deglutição é exercido por diferentes estruturas envolvidas nos atos reflexos e voluntários da deglutição (Bleecx, 2010). O tronco cerebral organiza ações reflexas (reflexo de deglutição, reflexo da tosse, proteção das vias respiratórias, etc.). Os aferentes e eferentes sensoriais e/ou motores estão centralizados nos núcleos do nervo craniano na medula oblonga. O controlo cortical permite a realização de ações

voluntárias (fase oral de deglutição, tosse voluntária, etc.). O centro de deglutição está localizado no bulbo raquidiano. Os córtex motor e pré-motor controlam a deglutição bilateral, mas assimétrica. Os gânglios basais são responsáveis pela programação dos movimentos automáticos. Interagem em particular com o cerebelo, que sincroniza e coordena os vários grupos musculares. As lesões que afetam estas várias estruturas neurológicas são suscetíveis de causar perturbações de deglutição

3.1. A ação dos pares cranianos

Os pares cranianos, com exceção dos nervos I e II, são originários do tronco cerebral e têm ou uma ação motora, sensorial ou mista. Os nervos envolvidos no processo de deglutição são os nervos V, VII, IX, X e XII.

A inervação motora dos músculos da esfera buco-oral-faríngeo-laríngea é coordenada de modo a permitir uma deglutição eficiente e segura, desde a preparação do bolo alimentar até à sua propulsão, bem como uma proteção das vias respiratórias (Senez, 2002). Seguidamente serão descritas as ações de forma sumária de cada par craniano envolvido na deglutição.

- O nervo V (o nervo trigémeo), assegura a ação dos músculos mastigatórios, e atua sobre:

- Encerramento da boca
- Movimentos de retrusão e protrusão mandibular
- Retropropulsão lingual

- Nervo VII (o nervo facial) mantém a cinta lábio-jugal. Permite a oclusão e contenção por ação sobre os lábios, e mastigação por contra-acção.

- Nervo XII (o nervo hipoglossal), permite o mecanismo lingual, deformando e retraíndo a base da língua, em ação sinérgica com os músculos faríngeos.

- O plexo faríngeo é constituído por uma combinação de fibras do nervo IX (glossofaríngeo) e do nervo X (nervo vago). Permite, através da inervação do palato mole e em particular do músculo palatofaríngeo, um dinamismo velar e desencadeia a ascensão da laringe. Assim que o palato mole é levantado, a faringe começa a contrair-se e a laringe sobe.

- Os nervos laríngeos superiores e inferiores (o nervo recorrente), derivados do nervo X, asseguram a função de fonação, tosse e deglutição. O músculo cricofaríngeo forma o esfíncter superior do esófago e pela sua ação facilita a sua contração e relaxamento. O encerramento laríngeo é voluntário ou reflexivo. Nos mecanismos reflexos, os aferentes passam através do nervo laríngeo superior e os eferentes através do nervo laríngeo inferior.

Os músculos estão divididos em supra e infra-hioides. Para permitir a mobilidade da laringe, os músculos do chão devem ser contraídos, fixados e estabilizar a mandíbula. Da mesma forma, a postura cervical e da cabeça deve ser ótima e requer um posicionamento correto.

A sensibilidade da cavidade oral está dividida em vários territórios, cuja informação aferente passa pelos nervos V, VII, IX e X. Quando a comida chega à área do território do IX nervo, a pessoa engole por reflexo. Mas quando estão na área do nervo X, a resposta é variável, ou influenciam um reflexo de tosse ou a pessoa engole (Senez, 2002).

O sintoma mais preocupante da disfagia é a falsa via. É a passagem de material para as via aérea inferior. Dependendo da sua profundidade, é denominada penetração ou aspiração. É classificado de acordo com a sua ocorrência em relação ao início do reflexo de deglutição (início do tempo faríngeo). Existem três tipos de vias falsas (Mallart, 2019):

- **Antes** da deglutição, devido a um controlo deficiente do bolo, um atraso ou ausência do reflexo de deglutição durante a penetração faríngea. Entra na traqueia antes da laringe ser protegida.
- **Durante** a deglutição, ou vias falsas diretas, devido a um defeito no fecho glótico laríngeo durante a penetração laríngea e a uma falha na proteção das vias aéreas.
- **Depois** da deglutição, ou vias falsas indiretas, devido ao excesso de estase traqueal na hipofaringe através de um defeito no fecho supraglótico, durante a recuperação inspiratória.

4. Fisiopatologia da disfagia

Os mecanismos fisiopatológicos são as consequências das anomalias anatómicas e neuromusculares que afetam a fisiologia da deglutição. É essencial identificá-los a fim de orientar as avaliações e estratégias terapêuticas. Contudo, a diferenciação dos

mecanismos fisiopatológicos não é clinicamente fácil, uma vez que os sintomas podem corresponder a vários mecanismos. De acordo com Gonzalez-Fernandez e Daniels (2008), a disfagia após acidente vascular cerebral (AVC) tem como principal efeito, uma disfunção sensoriomotora dos tempos oral e faríngeo. Isto gera, de forma variável, defeitos de proteção das vias aéreas e defeitos de transporte. De acordo com Veis e Logemann (1985), o início tardio do reflexo de deglutição é a característica predominante da disfagia pós-AVC. No entanto, outros mecanismos podem coexistir (Woisard e Puech, 2003).

Os defeitos de proteção das vias aéreas são os seguintes (Mallart, 2019) :

- **defeito no encerramento anterior da cavidade oral** - corresponde a uma diminuição do tom e da sensibilidade das estruturas da cinta lábio-jugal do lado lesionado. A paralisia facial central é frequentemente responsável por isto em indivíduos com AVC hemisférico. Promove o escape anterior de saliva e líquidos, particularmente.

- **defeito no fecho posterior da cavidade oral** (oclusão velo lingual) - passagem prematura de parte do bolus para a faringe. Estas partículas alimentares podem entrar na laringe ainda aberta e causar vias falsas antes de serem engolidas.

- **defeito de encerramento da nasofaringe** (oclusão velofaríngea) - resulta em refluxo nasal, particularmente de fluídos.

- **defeito no fecho laríngeo** - a nível supraglótico: o fecho atrasado ou ausente do vestibulo resulta em penetração endolaríngea; a nível glótico: a adução retardada ou ausente das pregas vocais resulta em aspiração endotraqueal; e o defeito de encerramento laríngeo pode ser aumentado por insuficiência do levantamento laríngeo e da inclinação da epiglote.

- **defeito nos mecanismos de expulsão** - relevante para os pacientes na fase aguda de um AVC. A tosse é a resposta fisiológica normal para combater as falsas vias. Contudo, segundo Aviv et al. (1996), o reflexo da tosse pode ser deprimido pela hipoestesia faríngea e laríngea, caso em que as falsas vias são assintomáticas. Ramsey, Smithard e Kalra (2005) declaram que 25% das aspirações são silenciosas. Por outro lado, o reflexo da tosse pode estar presente, mas insuficiente para libertar completamente a via aérea.

Os seguintes defeitos de transporte também podem ser associados. A incapacidade de iniciar o tempo oral é definida como um atraso ou incapacidade de iniciar a sequência motora da preparação do bolo. O bolo estagna então na cavidade oral. A falta de controlo do bolo manifesta-se por dificuldades em formar um bolo compacto e homogéneo e em mantê-lo na cavidade oral. Isto está relacionado com uma redução na mobilidade e/ou sensibilidade das estruturas da cavidade oral. Pode levar a um deslizamento ou fluxo passivo do bolus para a faringe, o que pode causar vias falsas antes de engolir. A estase também pode permanecer na cavidade oral e ser engolida mais tarde.

O **defeito de transporte oral** corresponde a uma diminuição dos movimentos linguísticos ântero-posterior. Isto reduz a eficiência da propulsão do bolo em direção à faringe. O sujeito recorre a repetidas tentativas de deglutição, uma vez que o início do próprio movimento propulsivo é difícil. Isto resulta num alongamento do tempo oral e numa estase oral e/ou faríngea. Bleeckx (2010) lembra-nos que a deglutição é patológica quando o paciente demora mais de dez segundos a engolir.

O **defeito em iniciar o tempo faríngeo** provoca a estagnação do bolo na parte de trás da cavidade oral. A oclusão velofaríngea e a deformação da base da língua estão ausentes. O atraso no desencadeamento do reflexo de deglutição (ou tempo faríngeo) corresponde a um intervalo de tempo mais ou menos significativo entre o bolo que atravessa o istmo do esófago e a sequência motora do reflexo de deglutição.

O **defeito de transporte faríngeo** está geralmente associado a isto. Pode estar relacionado com propulsão lingual reduzida, recessão da base lingual ou peristaltismo faríngeo. Isto leva a um abrandamento do trânsito, particularmente para os sólidos, estase e/ou bloqueio faríngeo.

Finalmente, o **defeito de abertura do EES** deve-se a um relaxamento esfínteriano deficiente ou a uma projeção anterior e ascensão laríngea insuficiente. Esta disfunção pode levar à estase faríngea e a rotas secundárias falsas. Os quadros clínicos da disfagia neurológica central combinam estes mecanismos fisiopatológicos, dependendo da localização das lesões.

5. *Perturbações da deglutição nos cuidados intensivos*

A frequência das perturbações de deglutição em doentes internados em UCI não é realmente definida de uma forma precisa. Isto explica-se, por um lado, pela ausência de critérios de diagnóstico fiáveis, universais e validados para estes pacientes, bem como pelo prazo para a realização destas diferentes avaliações. Por outro lado, é difícil avaliar se apresentavam perturbações independentemente do seu estado antes da sua hospitalização. A disfagia adquirida após entubação na UCI é referida como "disfagia pós-extubação". Dependendo da população estudada e dos critérios diagnósticos utilizados, a prevalência estimada de disfagia varia de 3% a 62% em pacientes em recuperação. (Skoretz & al, 2010)

Vários estudos exploraram perturbações de deglutição pós-extubação em diferentes unidades de reanimação, de acordo com diferentes patologias. As estimativas sugerem que pelo menos 20% de todos os sobreviventes extubados de insuficiência respiratória aguda sofrem de função de deglutição anormal (Macht & al, 2014)

Nos cuidados intensivos, seis mecanismos potenciais podem ser responsáveis por perturbações de deglutição (Macht & al, 2014) :

- A presença de tubos endotraqueais e uma traqueostomia pode causar traumas diretos nas estruturas anatómicas, desde a inflamação até à ulceração local (Colice, 1989);
- A neuromiopia de reanimação (neuromiopia de reanimação afeta os músculos respiratórios, resultando em dificuldades de desmame e prolongamento significativo da duração da ventilação mecânica) responsável pela atrofia e fraqueza muscular;
- A alteração das sensações orofaríngeas e laríngeas pode ser secundária a danos neurológicos ou edema local. A presença da própria sonda é também responsável por um fenómeno de desfragmentação sensorial;
- As perturbações da consciência, quer relacionadas com a patologia subjacente ou com o tratamento, quer delírios secundários à reanimação, aumentam o risco de disfagia e falsas vias;
- A presença de refluxo gastroesofágico aumenta o risco de disfagia. Posição supina, alta sonda, são fatores de risco para o refluxo e, portanto, para falsas vias;

- Os distúrbios na coordenação da deglutição e da respiração, particularmente na insuficiência respiratória, podem levar a falsas vias. Durante a deglutição, a coordenação deve ser precisa e ótima, com um ciclo de fecho da laringe - apneia - abertura do ESS.

6. A traqueotomia

A traqueotomia trata-se de um procedimento cirúrgico que implica fazer uma abertura na frente do pescoço ao nível da traqueia, entre o segundo e quarto anel da cartilagem, bem abaixo das pregas vocais, no espaço delimitado pelo triângulo abaixo da glote e imediatamente acima do esterno (Macht & al, 2014). A introdução de uma cânula neste ponto permite a passagem de ar através do nariz e da boca para entrar nos pulmões. Uma traqueotomia pode ser temporária, enquanto uma traqueostomia é permanente. Ambas são frequentemente referidas como traqueotomias (Macht & al, 2014).

As vantagens da traqueotomia são as seguintes:

- facilita o desmame da ventilação mecânica;
- facilita os cuidados orofaríngeos em comparação com a intubação;
- melhor conforto do paciente do que a intubação;
- facilita a alimentação dos pacientes;
- permite as aspirações brônquicas;
- as pregas vocais permanecem livres e funcionais: a fonação é possível, dependendo do tipo de cânula;
- proteção do doente contra a inalação se a cânula tiver um balão.

Mas também tem os seus inconvenientes, nomeadamente, dificuldades de falar para o doente, desconforto durante a deglutição (geralmente temporário), impedimento à humidificação e ao aquecimento natural do ar inspirado, ponto de entrada infeccioso (regras de higiene a respeitar) e desconforto psicológico (especialmente em termos de relações com os outros) (Robert, 2014).

Muitos modelos de cânulas estão disponíveis: simples, com ou sem revestimento interno (para limpeza de vários dias), com ou sem balão, fenestrado ou não, flexível ou rígido (reforçado), de comprimento variável, curvatura e diâmetro interno, feito de látex, acrílico, PVC, silicone, poliuretano, ou feito à medida (Robert, 2014). O médico prescriptor escolhe a cânula mais adequada (marca, modelo, tipo, tamanho, etc.) para obter

conforto físico (adaptação à anatomia da traqueia) e ventilação, e para promover a fonação. Seguidamente, descrevem-se algumas cânulas que existem (Robert, 2014):

1) Cânulas simples fornecem ventilação por fuga de ar: a fonação é otimizada e a traqueia é protegida de complicações. São geralmente feitos de acrílico ou prata e consistem em 3 partes: uma peça exterior: em contacto com a traqueia e presa à volta do pescoço do paciente por uma faixa de fixação; uma peça interior inserida no camisa exterior e segurada por uma fechadura giratória; e um mandril com uma ponta (em forma de azeitona) para permitir a colocação da cânula externa (Robert, 2014).

2) Cânulas com *cuf* são utilizadas para problemas graves de deglutição e tosse falsa (mas não em crianças). O *cuf* (uma membrana macia que envolve a base da cânula), quando insuflado, sela a traqueia e reduz as falsas vias. É preferível utilizar cânulas com balões de "baixa pressão" (maior superfície e, portanto, melhor tolerância) (Robert, 2014).

3) Cânulas fenestradas são utilizadas para otimizar a fonação e em casos de baixa autonomia respiratória. A janela de fonação é uma abertura na parte dobrada da cânula oposta às pregas vocais (PV), que facilita a subida de ar insuflado em direção às PV (Robert, 2014).

A presença de uma cânula de longo prazo diminui o fluxo de ar translaríngeo. A sensibilidade proprioceptiva da laringe diminui, a coordenação do fecho da prega vocal é prejudicada. As lesões locais, a presença de um tubo e a subutilização das estruturas musculares envolvidas na deglutição levam à atrofia muscular. Os doentes entubados há menos de 48 horas têm uma prevalência de disfagia de 31-56%. Sobe até 86% para aqueles cuja entubação durou mais tempo. Estes pacientes têm um risco aumentado de pneumopatias, reintubações associadas às suas complicações secundárias (sedação, curarização, trauma local, inalação). A duração da estadia na unidade de cuidados intensivos será ainda mais prolongada. O risco de morte para pacientes extubados com disfagia moderada a grave é de 13% em comparação com 1% para aqueles sem disfagia. (Macht & al, 2011)

7. O papel da TF em UCI

7.1. A voz

A reabilitação através da reeducação é essencial. Durante a ventilação mecânica, é possível a fonação durante a inspiração, porque parte do volume insuflado é dirigido para as vias respiratórias superiores. Durante a expiração, a fonação só é possível se houver pressão positiva na traqueia. O paciente deve compreender as alterações anatómicas e fisiológicas da fonação. A terapia da fala permitirá:

- ajudar o doente a compreender e utilizar técnicas para restaurar a pressão subglótica positiva necessária para a fonação;
- adaptar a velocidade da fala e coordenar a fala nos momentos em que a pressão subglótica é positiva, o que depende das condições de ventilação. Assim, dependendo se o paciente é ou não ventilado, da regulação do ventilador e/ou da presença ou ausência de uma válvula de fonação, a pressão subglótica pode ser positiva apenas na inspiração, na expiração ou em ambos.

A informação à equipa permite explicar as diferentes reabilitações possíveis da fonação/comunicação com a cânula. Por exemplo, é importante explicar o interesse de deflacionar o balão de cânula e usar uma válvula de fonação para permitir e otimizar a comunicação com familiares, ou explicar ao doente como sincronizar a fala com a pressão subglótica positiva intermitente gerada pelo ventilador. Recomenda-se que a comunicação alternativa e/ou aumentativa (CAA) seja utilizada em conjunto com o terapeuta da fala e terapeuta ocupacional quando o paciente é incapaz de comunicar verbalmente ou como complemento da comunicação oral (por exemplo, placas de alfabeto, pictogramas, óculos a laser, *eye-track*, etc.).

7.2. A deglutição

A fim de detetar perturbações de deglutição, existem vários testes de rastreio. É necessário realizar previamente um exame clínico completo. Existem vários testes que podem ser utilizadas na avaliação clínica da deglutição. (Mallart, 2019)

7.2.1. *Teste de água*

A maioria dos protocolos de rastreio envolve a tentativa de ingestão de uma quantidade de água entre 3 a 90 ml, seguida de observação médica ou paramédica para detetar sinais clínicos de aspiração ou falsas vias.

Um estudo americano num grupo misto de pacientes hospitalares mostrou que um teste de engolir água de 3 vezes era 96,5% sensível e 48,7% específico para detetar vias falsas (em comparação com a endoscopia do lado da cama). Estes resultados sugerem um método potencial para rastreio de doente após a extubação, mas a validade é desconhecida ou questionável. (Suiter & al, 2008).

7.2.2. *Modified Mann Assessment Swallowing Ability (MMASA)*

O MMASA é um teste modificado e simplificado do Mann Assessment Swallowing Ability (MASA) que compreende 26 itens. Este teste de rastreio é uma escala de classificação baseada na observação clínica do paciente, a ser incluída no exame geral. (Mann & Hankey, 2001) Baseia-se na avaliação de 12 itens, cujas notas são somadas para dar uma pontuação de 100.

- Se a pontuação for inferior a 94, o paciente está em risco de disfagia com deglutição insegura. A alimentação deve ser interrompida e a deglutição explorada.
- Se a pontuação for maior ou igual a 95, a alimentação pode ser retomada gradualmente, dependendo da tolerância.

No entanto, ele não explora a função ou as dificuldade encontradas na deglutição.

7.2.3. *Terapia do trato orofacial (FOTT)*

É uma escala de classificação de sete critérios, do “Facial Oral Tract Therapy” (Hansen & Jakobsen, 2010). Também cumpre os critérios de avaliação clínica sem teste de deglutição. Para iniciar a alimentação oral, é necessário ter uma resposta "sim" aos quatro primeiros critérios e uma resposta "não" aos três seguintes.

7.2.4. *Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)*

O “Volume-Viscosity Swallow Test”, ou V-VST, é um teste que demonstra uma elevada precisão diagnóstica na identificação de sinais clínicos pela viscosidade ideal para ser

administrada com segurança nestes pacientes. O V-VST foi validado contra a videofluoroscopia utilizando líquidos espessados com um espessante à base de amido (Bernhard, 2016).

A fim de explorar a segurança da deglutição, a avaliação é iniciada com a ingestão de uma quantidade de NECTAR de 5 ml, seguida de uma quantidade de 10 e 20 ml. O mesmo padrão é então seguido com um LÍQUIDO em volume crescente de 5ml a 20ml. O protocolo é completado da mesma forma com os mesmos volumes de uma consistência PASTOSA para explorar a eficiência da deglutição. Se o paciente mostrar sinais de insegurança ou não eficiência com as consistências NECTAR ou LÍQUIDO, o regime é interrompido, continuando diretamente na consistência PASTOSA (Bernhard, 2016).

7.2.5. Avaliação instrumental da deglutição

Enquanto a avaliação clínica é diagnóstica, outros métodos de análise precisam de avaliar a fisiopatologia, identificar os principais sinais e sintomas e o mecanismo de disfunção, a fim de adaptar a gestão. As avaliações instrumentais são utilizadas para objetivar estas perturbações. Os exames de referência são a videofluoroscopia (VFS) da deglutição. De acordo com um guia de boas práticas, o VFS seria indicado em casos de disfagia orofaríngea ou de grandes perturbações de deglutição. A endoscopia deve ser realizada em primeira instância e o VFS será útil numa fase posterior para mostrar anormalidades de peristaltismo ou estenoses discretas que não são aparentes na endoscopia.

7.2.5.1. Estudo de videofluoroscopia da deglutição (VFS)

Speyer (2013) relata que a radiografia de deglutição é considerada o padrão de ouro para avaliações de deglutição. Fornece informação sobre a anatomia e fisiologia da doença. O trânsito de uma solução radiopaca é visualizado em tempo real durante as diferentes fases de deglutição. Várias consistências podem ser administradas para determinar quais aumentam ou diminuem os mecanismos fisiopatológicos. A gravação de vídeo permite analisar o complexo processo de deglutição *frame a frame*. Os tempos de trânsito oral e faríngeo podem ser medidos. O paciente senta-se numa mesa de raios X vertical e é examinado de duas perspetivas. O exame do perfil fornece a maior parte das informações sobre a deglutição. Destaca as falsas vias e/ou estase, e especifica a sua natureza (localização, hora de início, etc.). A eficácia dos mecanismos de expulsão também pode

ser avaliada. O exame frontal permite a exploração da simetria do fluxo de bolus e da estase nas valéculas ou seios piriformes (Rugiu, 2007). Esta técnica investigativa fornece informação valiosa para a gestão.

7.2.5.2. Videoendoscopia da deglutição (VED)

O outro procedimento instrumental padrão de ouro para avaliar a disfagia orofaríngea é uma videoendoscopia da deglutição¹ (VED). Durante este teste, um pequeno (normalmente 3,4 - 3,6mm) nasofaringoscópio é passado através de uma narina para a faringe, e toda a glote é endoscopicamente visualizada durante a deglutição. Os pacientes recebem frequentemente uma pequena quantidade de anestésico local pelas fossas nasais para maximizar o conforto. (Colodny, 2002). Uma grande vantagem da VED em pacientes em UCI é a capacidade de realizar o teste no leito. Outras vantagens incluem a capacidade de visualizar lesões nos tecidos moles laríngeos, observar a gestão da secreção e testar diretamente a sensibilidade laríngea (Aviv, 2002).

7.3. Avaliação da deglutição em cuidados intensivos

Face à disfagia pós-extubação em UCI, o GUSS foi modificado de modo a se tornar uma ferramenta eficaz de rastreio na deglutição: o *Gugging Swallowing Screen - Intensive Care Unit* (GUSS-ICU) foi desenvolvido adaptando a informação necessária e estando atento às complicações pós-extubação encontradas nestes doentes. Por conseguinte, de acordo com estas recomendações, este teste deve ser realizado em pacientes entubados há mais de 72 horas, incluindo o nível de sedação do paciente pela Escala de Agitação-Sedação de Richmond, a possível presença de delírio pelo Método de Avaliação de Delirium para UCI e complicações clínicas objetiváveis da laringe, tais como estridor (Mallart, 2019).

As principais limitações do GUSS-ICU são os critérios de inclusão. De facto, na altura dos testes, foram excluídos pacientes com patologia neurológica ou neurovascular, disfagia orofaríngea pré-existente, cancro ORL, traqueostomia ou otorrinolaringologia ou cirurgia facial. Não dispomos de um teste de avaliação rápida, relativamente aos riscos dos exames instrumentados, para diagnosticar a disfagia orofaríngea em doentes com lesões cerebrais em UCI.

¹ do termo inglês : “Fiberoptic endoscopic swallow study” (FEES)

7.4. Reabilitação da disfagia

O tratamento para a disfagia, especialmente em pacientes com disfagia orofaríngea na UCI, é limitado. Geralmente, são considerados três grandes pilares terapêuticos para o tratamento da disfagia (Rassameehiran, 2015): 1) modificações da textura alimentar; 2) alterações posturais/manobras compensatórias; e 3) intervenções destinadas a melhorar a função de deglutição (por exemplo, dispositivos para eletroestimulação neuromuscular). Seguidamente far-se-á uma breve descrição de cada um.

7.4.1. Modificação da textura e manobras compensatórias

A modificação da textura é realizada de acordo com a patologia de base associada à deglutição e através de ajudas técnicas, por exemplo, próteses para a correção de defeitos velofaríngeos, num esforço para otimizar a deglutição. A compensação refere-se a alterações posturais para facilitar o percurso do bolo alimentar no trato digestivo. As manobras de deglutição, por exemplo, a deglutição supraglótica, podem apoiar os pacientes, favorecendo a ativação mais eficaz do reflexo de deglutição perturbado ou encerramento laríngeo incompleto (por exemplo, após cordectomia). O paciente seria então treinado a sustentar a respiração antes e durante a deglutição e forçado a tossir imediatamente a seguir para otimizar a limpeza glótica (Ohmae, 1996). Para pacientes com elevação laríngea reduzida, força lingual reduzida, ou abertura disfuncional do EES, pode ser aplicada a manobra de *Mendelsohn*. Nesta manobra, durante a fase de preparação oral, o paciente pressiona o bolo o mais vigorosamente possível contra o palato duro por um máximo de 3 segundos. Isto eleva a laringe e melhora a abertura e a eliminação de resíduos alimentares do EES. A mudança postural "*chin down*" (queixo para baixo) reduz a distância entre a base da língua e a parede dorsal faríngea, estreitando assim as vias respiratórias e reduzindo assim o risco de penetração ou aspiração. Além disso, a valécula epiglótica distende-se, facilitando a passagem do bolo. (Logemann, 2008).

Os movimentos da cabeça (extensão, flexão, rotação, inclinação e lateralização para o lado da paresia/paralisia) também podem ser úteis no transporte do bolo para a zona de desencadeamento do reflexo de deglutição ou facilitando a passagem do bolo através dos seios piriformes (Logemann, 2008). Aparentemente, uma abordagem terapêutica intensiva com cinco treinos por semana parece ser mais eficaz na fase aguda da disfagia orofaríngea (Prosiege, 2002).

7.4.2. *Abordagens intervencionistas/tecnológicas: estimulação elétrica faríngea*

Em 2015, a Estimulação Faríngea Elétrica (EFE) foi proposta como uma nova modalidade de tratamento utilizando um cateter de estimulação tipo sonda de alimentação para melhorar a estimulação faríngea neuromuscular, dirigida ao paciente. Os níveis de estimulação são personalizados no início do tratamento para assegurar que são fornecidos níveis ótimos de estimulação. Considera-se que a EFE visa o *feedback* sensorial aferente dentro da rede de deglutição que parece crucial para a segurança da deglutição e eficácia da execução motora. (Suntrup, 2015)

A EFE pode envolver dois modos de ação chave: (a) facilitação de vias corticobulbar e (b) aumento da eficiência de processamento da deglutição nas respetivas áreas do sistema nervoso central, por exemplo, o córtex sensorial primário e secundário direito e a área motora suplementar direita. (Suntrup, 2015)

III. METODOLOGIA

III.1. RECOLHA DOS DADOS

Para a recolha dos dados foi concebido um questionário em português (Anexo I) e francês (Anexo II). Após a sua redação inicial foi realizado um pré-teste a fim de avaliar o conteúdo e sua relevância, por uma painel de peritos. Após a receção dos dados deste pré-teste, foram aplicadas as sugestões e obteve-se a versão final do questionário em português Europeu (Anexo III), e Francês (Anexo IV). Seguidamente, foi preenchido o formulário para a submissão do Projeto de Investigação à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, sendo se disponibilizado o questionário *online*, após aprovação do estudo (Anexo V) A divulgação do questionário foi realizada nas redes sociais, de terapeuta da fala franceses, prevendo-se a sua disponibilização durante o mês março.

No início do questionário há uma breve explicação do estudo, do seu objetivo e consta o contacto do investigador, para esclarecimento de dúvidas. O participante deverá carregar em "Aceito de livre vontade participar no estudo, confirmando a compreensão dos termos de apresentação acima expostos", para dar o seu consentimento informado e iniciar a sua participação através da resposta às questões do mesmo. Os princípios éticos, normas e princípios internacionais sobre o respeito e prevenção seguirão os modelos referidos pela Declaração de Helsínquia. O questionário é um método quantitativo que é aplicado a um conjunto (amostra) que deve permitir inferências estatísticas (Fontelles, 2009) .

III.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Uma vez que não seria possível obter respostas e todos os terapeutas da fala franceses, foram delineados critérios para a participação. Assim:

Critérios de exclusão:

- não aceitarem consentimento informado,
- não ser terapeuta da fala
- não ter experiência em UCI;

Critérios de inclusão:

- ser terapeuta da fala que exerce ou já exerceu funções em UCI, em França.

III.3. OBJETIVOS

Para a realização deste projeto de graduação foram estabelecidos alguns objetivos.

- i. Conhecer o papel do terapeuta da fala numa UCI;
- ii. Conhecer as áreas de intervenção do terapeuta da fala em UCI;
- iii. Identificar os diferentes protocolos de avaliação da deglutição que já existem para a UCI;
- iv. Caracterizar as diferentes técnicas de avaliação da deglutição utilizadas pelos terapeutas da fala num UCI;
- v. Identificar os benefícios referidos pelos terapeutas da fala acerca dos protocolos de avaliação padronizados;
- vi. Identificar os desvantagens referidos pelos terapeutas da fala acerca dos protocolos de avaliação padronizados.

IV. RESULTADOS

Após a difusão do questionário através de diferentes canais, obtiveram-se 14 respostas. Abaixo será realizada a descrição dos participantes, bem como das suas respostas.

IV.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

O tabela 1 mostra um total de 14 participantes com uma idade mínima de 24 anos e uma idade máxima de 62 anos, sendo o valor médio 31,5 anos, com um desvio padrão de 11,1 anos. Todos os TF eram do sexo feminino (100%), e exerciam funções em diversas localizações (ver Figura 2).

Tabela 1 - Caracterização da amostra (Idade, género e Cidade de prática).

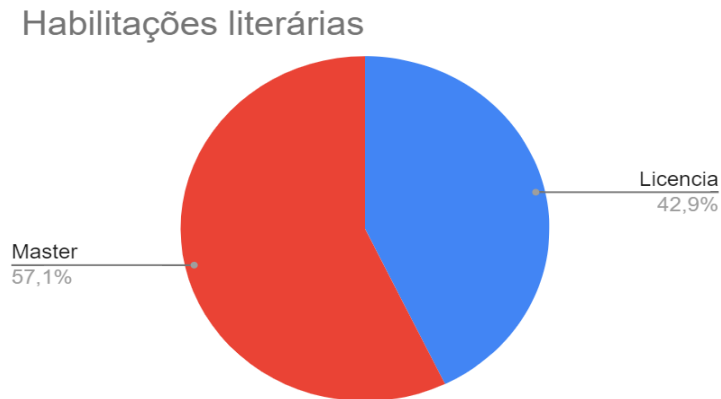
Nº de participantes	Idade (anos)	Género	Cidade de prática
1	24	Feminino	Lyon
2	25	Feminino	Aix-en-Provence
3	26	Feminino	Suresnes
4	26	Feminino	Saint-Denis
5	28	Feminino	Rennes
6	29	Feminino	Aix-en-Provence
7	30	Feminino	Besançon
8	33	Feminino	Brive
9	40	Feminino	Wattrelos
10	42	Feminino	Bayonne
11	43	Feminino	Paris
12	44	Feminino	Grenoble
13	48	Feminino	Caen
14	62	Feminino	Paris

Figura 2 - Mapa da França com os localizações de prática dos TF.



Através deste mapa (Figura 2) podemos constatar a heterogeneidade nas localizações das TF que constituem a amostra deste estudo.

Gráfico 1 - Caracterização da amostra (Nível Educacional dos Cuidadores).



A gráfico 1 representa o nível educacional dos participantes da amostra, na qual podemos verificar que 57,1% (N=8) das participantes tem o grau de Mestre e 42,9% (N=6) das participantes tem o grau de Licenciatura.

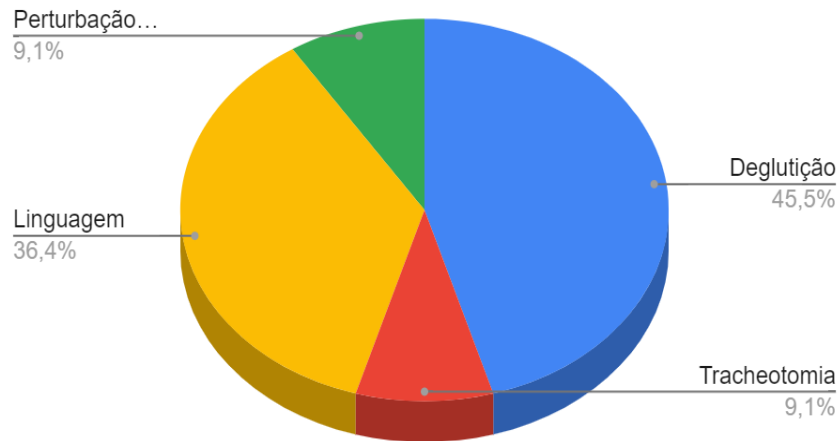
Gráfico 2 - Caracterização da amostra (Ensino do papel da TF em UCI).



A gráfico 2 mostra que a 57,1% (N=8) dos participantes não obtiveram conhecimentos através da sua formação, no que respeita à intervenção em UCI. No entanto, 42,9% (N=6) dos participantes tinham visto estes tópicos ensinados durante a sua formação. No que respeita aos temas abordados na formação de base dos terapeutas da fala franceses são os seguintes: 45,5% (N=5) dos participantes frequentaram a unidade de ensino de deglutição

na UCI, 36,4% (N=4) unidade de língua/voz na UCI e apenas 9,1%, respetivamente, aprendizagem sobre perturbações cognitivas (N=1) e gestão da traqueostomia (N=1).

Gráfico 3 - Caracterização da amostra (Unidades de Ensino).



Um dos itens do questionário diz respeito ao número de horas semanais que os TF exercem funções na UCI. Os resultados mostram uma média de 13 horas por semana com um máximo de 37 horas por semana e um mínimo de 2 horas. Estes resultados mostram uma vasta gama na amplitude das horas que os TF franceses permanecem na UCI e, por conseguinte, uma grande diversidade de funções dos TF.

IV.2. INTERVENÇÃO DA TF EM UCI

Tabela 2 - Caracterização da amostra (Com que população trabalha?).

	N	%
Adulto	11	73.33%
Adolescente	1	6.67%
Criança	1	6.67%
Recém-nascido	2	13.33%
Total	15	100%

Pela análise da tabela 2 observa-se que 77,33% (N=11) dos TF trabalham com adultos na UCI, em comparação com 13,33% (N=2) com recém-nascidos e finalmente 6,67% (N=1) com adolescentes e 6,67% (N=1) com crianças.

Tabela 3 - Procedimentos realizados pelo TF em UCI.

	N	%
Diagnóstico/avaliação	13	92.86%
Educação	4	28.57%
Suporte aos pais/familiares	10	71.43%
Comunicação/voz	13	92.86%
Alimentação/deglutição	13	92.86%
Auxiliar na transição no momento da alta	10	71.43%

Perguntamos aos participantes que procedimentos realizaram na UCI, os resultados indicam que 92% (N=13) deles realizaram diagnóstico/avaliação, bem como comunicação/voz e alimentação/deglutição. 71% (N=10) dos participantes declararam ter prestado apoio familiar e assistência no momento da alta. Para 28% dos participantes, a educação faz parte das suas funções na UCI. No item "outros" os participantes responderam que a reabilitação, a paralisia facial e a formação do pessoal médico faziam parte dos procedimentos realizados. (Tabela 3).

Tabela 4 - Profissionais envolvidos no tratamento do doente em UCI.

	N	%
Psicólogo	9	64.3%
Terapeuta ocupacional	7	50%
Fisioterapeuta	14	100%
Assistente social	10	71.3%
Professor	0	0%
Nutricionista	9	64.3%
Enfermeiro	14	100%
Médico	14	100%
Pais	7	50%

Perguntámos aos participantes quem pensavam estar envolvido no tratamento dos pacientes na UCI e 100% (N=14) disseram que o fisioterapeuta, a enfermeira e o médico estavam envolvidos no tratamento. Depois 71% (N=10) dos participantes referem que a assistente social também está envolvida, 64% (N=9) mencionaram o psicólogo e o nutricionista. Finalmente 50% (N=7) acrescentam o terapeuta ocupacional e a família. (Tabela 4).

Tabela 5 - Encaminhamento para TF.

	N	%
Sim	4	28.6%
Não	10	71.4%

Na UCI a organização médica é diferente, por isso pretendeu-se compreender se em alguns hospitais há um encaminhamento automático para TF. 71% (N=10) mencionaram

que na sua UCI não havia encaminhamento automático contra 28% (N=4) que responderam positivamente. (Tabela 5).

Depois procurou-se saber como os pacientes são encaminhados para a terapia da fala. A tabela 4 mostra que 64% (N=9) das consultas são realizadas após prescrição médica, 13% (N=2) por enfermeiros e 7,1% (N=1) por meio do fisioterapeuta, ou logo no momento da admissão ou de acordo com a patologia/idade gestacional do recém-nascido. (Tabela 6)

Tabela 6 - Quem encaminha os doentes para o TF.

	N	%
Prescrição médica	9	64.3%
Enfermeiro	2	13.33%
Fisioterapeuta	1	7.1%
Patologia e/ou idade gestacional da criança	1	7.1%
Motivo de admissão	1	7.1%

Foi solicitado a indicação de três razões para solicitar uma avaliação de TF. 92,8% (N=13) relatam deglutição/oralidade, 64% comunicação (afasia/disartria) como uma das principais razões para solicitar uma avaliação de TF. Para 14,2% (N=2) dos participantes a cognição, a paralisia facial e a voz estavam entre as três principais razões para solicitar uma avaliação da TF. Finalmente, 7,1% (N=1) afirmou que o desmame da traqueostomia, o derrame e a fissura palatina foram as principais razões. (Tabela 7)

Tabela 7 - Principais motivos para encaminhar um doente para TF.

	N	%
Deglutição/Oralidade	13	92.8%
Voz	2	14.2%
Comunicação (afasia, disartria)	9	64.3%
Paralisia facial	2	14.2%
Desmame da traqueotomia	1	7.1%
Cognição	2	14.2%
AVC	1	7.1%
Fenda velopalatina	1	7.1%

Este gráfico (3) mostra que 35,7% (N=5) utilizam a recolha sistemática de dados históricos em comparação com 64,3% (N=9) dos participantes, que não utilizam a recolha sistemática. As principais razões apresentadas foram: 44% dos TF é porque o paciente é incapaz de comunicar, para 22% é porque o registo digital já está completo, para 11% (N=1) é por falta de tempo ou porque não é necessário na sua opinião. (Tabela 8)

IV.3. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Gráfico 4- Utiliza de forma sistemática um anamnese para avaliar o doente?

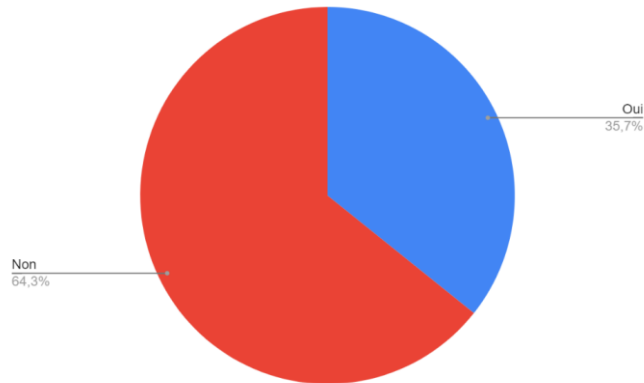
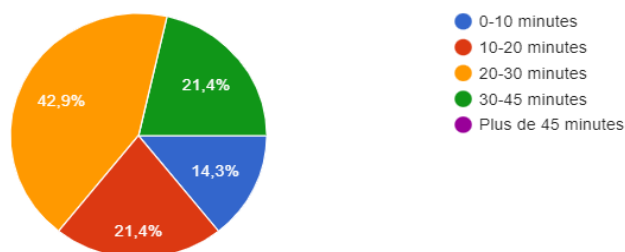


Tabela 8 - Motivos para a não utilização de anamnese.

	N	%
Doente sem comunicação	4	44,4%
Dossier completo	2	22,2%
Não é necessário	1	11,1%
Falta de tempo	2	22,2%

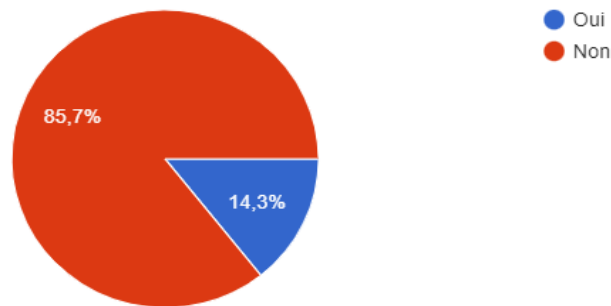
O gráfico 4 mostra que 42,9% (N=9) dos TF necessitam de 20-30 minutos para realizar uma avaliação de deglutição completa. Para 21,4% (N=3) dos participantes são necessários 30 a 45 minutos, enquanto 21,4% (N=3) precisam de 10 a 20 minutos. Finalmente 14,3% (N=2) utilizaram 10 minutos ou menos para realizar a avaliação da deglutição na UCI.

Gráfico 5 - Tempo necessário para realizar avaliação da deglutição por TF



Existem diferentes técnicas de avaliação da deglutição. Esta pode ser realizada através de um protocolo de avaliação normalizado, isto é, foi realizado um estudo e a ferramenta foi submetida a provas de validação ou, através de um protocolo de avaliação informal, isto é, criado pelo TF para os seus pacientes, conforme necessário (Gentile & Andrade, 2001). Assim, perguntou-se se os participantes utilizaram um protocolo normalizado de avaliação da deglutição. 85,7% (N=12) dos participantes não utilizaram um protocolo normalizado, enquanto 14,3% (N=2) da amostra utilizaram, destes 14,3% todos relataram utilizar os "Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition" (Guatterie, Lozano 1997, unidade de reabilitação de deglutição - USN Tastet Girard CHU Bordeaux). (Gráfico 6)

Gráfico 6 - Utilização de provas normalizadas.



Perguntamos então aos 85,7% (N=12) dos participantes que não utilizaram um protocolo normalizado se tivessem criado o seu próprio protocolo de avaliação da deglutição, toda a amostra (N=12) afirmou ter criado um.

Tabela 9 - Etapas de avaliação informal da deglutição.

	N	%
Pré-requisitos (anamnese, alerta/confusão, compreensão, estado respiratório)	6	50%
Observação global (respiração, postura, paralisia facial) e observação oral (higiene oral, edêntulo)	6	50%
Exame dos pares cranianos/avaliação dos praxis	8	66,7%
Sensibilidade intra e perioral	4	33,3%
Avaliação de reflexos (náusea e velo-palato)	3	25%
Voz	2	16,7%
Deglutição seca (salivar)	5	41,7%
Ensaio alimentar progressivo	8	66,7%
Discussão com a equipa	2	16,7%

Na tabela 9 pode observar-se os passos dos TF que criaram as suas próprias avaliações de deglutição. O número total de respostas é de 12 (N=12). 66,7% (N=8) avaliam os pares

cranianos/praxias no seu protocolo e a mesma percentagem deles faz ensaios de alimentação progressiva, 50% (N=6) observam os pré-requisitos (anamnese, alerta/confusão, compreensão, estado respiratório), 50% (N=6) observam o doente global e oralmente. 41,7% (N=5) pediu ao doente uma deglutição seca ou de saliva. 33,3% (N=4) avaliam a sensibilidade intraoral e perioral. Relativamente à avaliação dos reflexos orais, 25% (N=3) acrescentaram esta etapa no seu protocolo de avaliação informal. Finalmente, 16,7% (N=2) avaliaram a voz e discutiram com a equipa médica, respetivamente.

Tabela 10 - Áreas de intervenção do TF.

	N	%
Linguagem/comunicação/voz	8	57.1%
Cognição (memória, atenção, funções executivas, funções neurovisuais)	5	35.7%
Deglutição/Funções orais	10	71.5%
Paralisia facial	1	7.1%

Em termos mais gerais, perguntámos sobre as áreas de trabalho com os doentes, na UCI. Dos 14 participantes, as respostas foram as seguintes:

- 71.5% (N=10) : Deglutição
- 57.1% (N=8) : Linguagem/comunicação/voz
- 35,7% (N=5): Perturbações cognitivas
- 7.1% (N=1): Paralisia facial

Podemos concluir que a deglutição, a linguagem e as perturbações cognitivas são as três principais áreas de intervenção para os TF na UCI.

Pretendeu-se ainda conhecer os fatores facilitadores e barreiras às boas práticas do TF na UCI. 78,6% (N=11) da amostra declarou que encontrou fatores facilitadores para a profissão de TF na UCI e 71,4% (N=10) da amostra declararam ter encontrado barreiras ao trabalho como TF na UCI.(Tabela 11)

Tabela 11 - Facilitadores e barreiras à intervenção do TF.

Fator facilitador da TF em UCI		Barreira da TF em UCI	
	%		%
Trabalho pluridisciplinar	63.6%	Falta de tempo	50%
Presença da TF em UCI	36.4%	Desconhecimento da profissão	30%
Investimento familiar	9.1%	Restrição da intervenção da TF	10%

		Falta de equipamento (protocolo de avaliação)	10%
		Falta de transmissão de informação	10%

Em relação às barreiras, a falta de tempo no dia (50%), de conhecimento da prática de TF (30%), restrição da intervenção do TF (10%) na UCI (aspirações endotraqueais, nasofibroscopias de deglutição), a falta de equipamento (10%) dedicado à intervenção TF na UCI e, finalmente, a falta de transmissão de informação importante do paciente (10%) são as principais barreiras à boa prática de TF na UCI. (Tabela 11)

Pedimos à amostra que classificasse um conjunto de declarações de acordo com o seu nível de confiança (0 = nada confiante e 10 = extremamente confiante).

Tabela 12 - Nível de confiança dos diferentes componentes.

	Média	Moda
Pacientes em ventilação mecânica invasiva	6.5/10	7/10
Avaliação da disfagia	8.5/10	9/10
Tratamento da disfagia	8/10	9/10
Tratamento da comunicação	8/10	9/10
Utilização de sistemas de comunicação aumentativos e/ou alternativos	3.5/10	3/10
Gestão da traqueostomia	5.5/10	6/10

A tabela 12 mostra que a amostra tem um elevado nível de confiança na avaliação da disfagia (média de 8,5/10), no tratamento da disfagia (média de 8/10) e no tratamento das perturbações da comunicação (8/10). A confiança na gestão de pacientes com ventilação mecânica invasiva (6,5/10) e traqueostomia (5,5/10) é mais moderada. E, finalmente, o grau de confiança cai drasticamente para a utilização de sistemas de comunicação aumentativos e/ou alternativos. O trabalho da TF na UCI requer várias competências. De acordo com a amostra (N=14) as competências importantes necessárias são:

- Capacidade de observação
- Adaptabilidade
- Disponibilidade
- Conhecimentos teóricos
- Ouvir
- Flexibilidade
- Humildade

- Trabalho de equipa
- Paciência

V. DISCUSSÃO

A escolha deste estudo foi feita tendo em conta a complexidade da gestão de pacientes em UCI. A disfagia orofaríngea destes pacientes frágeis nestas unidades é um sintoma extremamente importante a ter em conta devido ao impacto na mortalidade e comorbilidades. Estas perturbações neste contexto, são diferentes pela variedade de fatores que influenciam esta função: o diagnóstico inicial, as comorbilidades e os tratamentos dos cuidados intensivos, mas também de duração variável após o desmame da ventilação mecânica. (Macht, 2013)

Segundo a DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), em 1 de Janeiro de 2021, havia 27.642 TF em França, com uma taxa de feminização de 97% e uma idade média de 44 anos. No presente estudo, utilizando o questionário concebido, recolheram-se dados sociodemográficos a fim enquadrar a amostra deste estudo no universo de terapeutas franceses.

Tabela 13 - Representação de TF em França.

	Total em França	Amostra
Número de TF	27 642	14
Idade média	44 anos	31.5 anos
Percentagem de mulheres TF	97%	100%

A nossa amostra representa 0,05% dos TF em França, o que constitui uma pequena percentagem dos TF praticantes em França. Esta percentagem pode ser interpretada pelo facto de poucos TF trabalharem ou terem trabalhado em UCI e, portanto, não cumprirem os critérios de inclusão do presente estudo. Este aspeto pode comprometer a validade dos resultados obtidos, que deve ser ter em atenção de forma cautelosa.

O principal objetivo deste estudo é conhecer o papel do TF na UCI, no entanto, vimos que 57% (N=8) dos participantes não tinham na sua formação básica o ensino de temas relacionados com a intervenção na UCI. Os resultados de 57% da amostra são então baseados na experiência de cada um deles. O papel do TF nas unidades de cuidados intensivos varia de instituição para instituição (Baumgartner, 2008).

Os participantes deste estudo referem os diferentes objetivos da intervenção do TF de acordo com a especificidade da tipologia da UCI. Os resultados estão de acordo com a

descrição de alguns autores, uma vez o TF pode intervir tanto em UCI neonatais como de adultos. No caso das neonatais o seu papel passa pela promoção de bem-estar do recém-nascido/equipa/família, a prevenção e atenção de distúrbios alimentares e da motricidade orofacial, incentivar o aleitamento materno, fomentar uma interação positiva entre mãe e recém-nascido e regular os estímulos ambientais (Amorim e Lira, 2021, Dantas, Brandão e Boger, 2017). Nas UCI de adultos o TF procura promover estratégias para doentes, famílias e equipa que visem uma comunicação efetiva, para além de promover o processo de alimentação para desta forma, promover qualidade de vida e uma recuperação mais breve (Rodríguez-Riaño e Duarte-Valderrama, 2017).

As funções e responsabilidades específicas podem ser influenciadas por vários fatores, incluindo a disponibilidade de um terapeuta da fala especificamente formado para esta população, a consciência da equipa médica sobre como e quando a terapia é indicada, e a existência de vias clínicas estabelecidas que podem indicar uma necessidade de avaliação ou intervenção na comunicação e alimentação. (Baumgartner, 2008) Os participantes identificaram diferentes formas de avaliar a deglutição. Quer utilizando um protocolo informal criado pelos TF para as suas próprias necessidades, dependendo da posição que ocupam, quer um protocolo de avaliação normalizado. Neste estudo apenas 14,3% (N=2) da amostra utilizam um, destes 14,3% todos relataram utilizar o "Tests de Capacité Fonctionnelle de la Déglutition" (Guatterie, Lozano 1997); em que apenas permite a colocação da fronteira entre a capacidade e a incapacidade de deglutição dos doentes e não aborda outros aspetos importantes da avaliação da deglutição. Várias diretrizes nacionais especificam a necessidade do envolvimento do TF nos cuidados críticos, com especialização, experiência e antiguidade para assegurar que sejam fornecidas avaliações e intervenções adequadas a doentes complexos, incluindo os que requerem ventilação, traqueostomia e disfagia complexa prolongada e/ou défices de comunicação. (Royal College of Speech and Language Therapists, 2014)

Verificou-se que para 10 dos 14 participantes, o solicitação (encaminhamento) para a avaliação pelo TF não era automático. Assim, procurou-se compreender o motivo da dificuldade no encaminhamento. De acordo com dados recolhidos, neste estudo, fora, identificadas algumas barreiras à prática do TF na UCI. Quando os doentes em risco não são referenciados à TF, isto pode dever-se a um desconhecimento da nossa profissão, a restrições à nossa intervenção ou a uma falta de transmissão no seio da equipa

multidisciplinar, de acordo com a perceção dos participantes. Para a gestão da comunicação e da deglutição na população de doentes em UCI, o TF desempenha um papel vital. Nestes ambientes, os pacientes apresentam desafios únicos quando consideradas as suas necessidades de comunicação e de deglutição no quadro geral da sua recuperação. Em conjunto com a enfermeira e o médico, a identificação e gestão destas complexas questões pode maximizar resultados e segurança dos doentes. (Baumgartner, 2008)

VI. CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível constatar que o objetivo principal de compreender o papel do TF em UCI, foi conseguido. De acordo com a nossa amostra, os TF trabalham com todas as idades, desde os recém-nascidos prematuros aos idosos. Os participantes identificaram cinco objetivos principais na nossa intervenção: 1) realizar uma avaliação/diagnóstico de todas as áreas; 2) reeducar a deglutição em adultos e em recém-nascidos; 3) reeducar a comunicação; 4) prestar apoio à família abrindo a comunicação com a mesma; e 5) ajudar na alta hospitalar.

A profissão de TF é uma profissão jovem, o campo das competências está em constante expansão, bem como o conhecimento da mesma. Estamos a começar a procurar respostas a uma série de questões. Quem deve ser rastreado para a disfagia após a extubação? Qual é o teste de rastreio ideal? Como podemos limitar o desenvolvimento da disfagia? Como deve ser tratado?

Dado o grande número de doentes que necessitam de cuidados intensivos e o aumento da mortalidade nas UCI, é importante encontrar as respostas certas a estas questões. Além disso, as perturbações da deglutição envolvem múltiplos sistemas de órgãos e afetam aspetos, tanto de cuidados agudos como crónicos. Portanto, os avanços na nossa compreensão destas perturbações exigirão uma colaboração eficaz entre enfermeiros, TF, neurologistas, otorrinolaringologistas, gastroenterologistas, e médicos de cuidados primários.

Por esse motivo, poderia ser interessante continuar este inquérito com uma amostra maior de TF para aumentar a representatividade dos resultados. Poderia ser realizado um estudo para identificar as necessidades de informação dos médicos e do pessoal hospitalar, a fim de aumentar a sensibilização para a profissão e as áreas de especialização dos TF.

VII. REFERÊNCIAS

Abadie V. (2004). *Troubles de l'oralité du jeune enfant*. Rééducation orthophonique, 220 : 55-68.

American Speech-Language_Hearing Association [ASHA]. (2016). Scope of Practice in Speech-Language Pathology. American Speech-Language_Hearing Association.

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala [APTF]. (2017a). O Terapeuta da Fala. [Em Linha]. (2017a). Disponível em < <https://www.aptf.org/profisso> > [Consultado em 09/04/2019].

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala [APTF]. (2017b). Campo de Atuação. [Em Linha]. (2017b). Disponível em < <https://www.aptf.org/reas-de-interveno> > [Consultado em 09/04/2019]

Aviv JE, Spitzer J, Cohen M, et al. (2002). Laryngeal adductor reflex and pharyngeal squeeze as predictors of laryngeal penetration and aspiration. *Laryngoscope*; 112:338–341

Baumgartner, Christina A.; Bewyer, Emily; Bruner, Diane (2008). *Management of Communication and Swallowing in Intensive Care*. AACN Advanced Critical Care, 19(4), 433–443. doi:10.1097/01.AACN.0000340724.80280.31

Bloch H., Lequien P., Provasi J. (2003). *L'enfant prématuré*. Paris, Armand Colin
Blot L. (2007). *Orthophoniste et équipe soignante de néonatalogie : partageons nos compétences ! Intérêts et limites du partenariat dans la prise en charge de l'oralité des bébés prématurés*. Mémoire d'orthophonie, Université Lille II.

Colice, G. L., Stukel, T. A. & Dain, B. (1989). *Laryngeal Complications of Prolonged Intubation*. CHEST 96, 877–884

Colodny N. (2002) *Interjudge and intrajudge reliabilities in fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (fees) using the penetration-aspiration scale: A replication study*. *Dysphagia*; 17:308–315

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne [CPLLOL]. (2013). NetQues Project Report: Speech and Language Therapy Education in Europe United in Diversity. [Em Linha]. Disponível em < http://www.netques.eu/wp-content/uploads/2013/10/NetQues_Project_Report_SLT_Education_in_Europe_260913.pdf > [Consultado em 01/03/2019].

- Crunelle (2004). *Les troubles de déglutition et d'alimentation de l'enfant cérébrolésé*. Rééducation orthophonique, 220 : 85-92.
- Crunelle D. (2007). *L'intervention orthophonique très précoce : axes prioritaires*. In : Actes du colloque, l'éducation précoce en orthophonie.
- Crunelle D., Crunelle J-P. (2005). *Les troubles de l'alimentation et de la déglutition*. DVD. Isbergues, Ortho édition.
- D.Bleeckx et G.Postiaux. (2002) *Déglutition-évaluation-rééducation*. Encycl Méd Chir, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-430-A10, 1op.
- De Groot L., (1993). *L'intervention précoce et la stimulation du développement chez l'enfant prématuré, une mode ou une nécessité?*. Motricité cérébrale, 14 : 10-16.
- Delaoutre-Longuet C. (2010). *Rôle d'une orthophoniste auprès des nouveaux-nés prématurés*. Rééducation orthophonique, 242 : 79-83.
- Delfosse M.-J., Soullignac B., Depoortere M.-H., Crunelle D. (2006). *Place de l'oralité chez des prématurés réanimés à la naissance. Etat des lieux à trois ans et demi*. Devenir, 18 : 23-35.
- F.Cot et Coll.(1996) *La dysphagie oropharyngée chez l'adulte*, Maloine, Paris.
- Gentile, P., & Andrade, C. (2001). *Avaliação nota 10*. Revista nova escola.
- Gottrand L., Vancoppenolle S. (2007). *Interventions d'orthophonistes en néonatalogie et travail en partenariat avec l'équipe soignante*. In : Actes du colloque, l'éducation précoce en orthophonie. [<http://www3.univ-lille2.fr/orthophonie/formationjourn.htm>, consulté le 03/11/2011]
- Guillet M. et Kaigre M. (2009). *Un savoir-faire à faire savoir... : Etude de la mise en place d'une intervention orthophonique autour de l'oralité dans un service de réanimation néonatale*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- Haddad M. (2007). *Prise en charge orthophonique du bébé prématuré en néonatalogie*. Orthomagazine, 68 : 33-37.
- Hansen, T. S. & Jakobsen, D. (2010). *A decision-algorithm defining the rehabilitation approach: 'Facial oral tract therapy'*. Disabil Rehabil 32, 1447–1460
- Herridge M.S. (2009). *Legacy of intensive care unit-acquired weakness*. Crit Care Med; 37:S457–S461
- Laugier J., Gold F. (1991). *Abrégés de néonatalogie*. Paris, Masson.
- Laugier J., Rozé J-C., Siméoni U., Saliba E. (2006). *Soins aux nouveaux-nés. Avant, pendant et après la naissance*. Paris, Masson.

- Le Metayer M. (1993). *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant*. Paris, Masson.
- Logemann JA. (2008) *Treatment of oral and pharyngeal dysphagia*. Phys Med Rehabil Clin N Am;19(4):803–16 ix
- Macht, M. et al. (2011). Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. Crit Care 15, R231.
- Macht, M., White, S. D. & Moss, M. (2014). *Swallowing dysfunction after critical illness*. Chest 146, 1681–1689
- Maiffret C., Meulien C. (2008). *Conduites orales à 7 ans chez des anciens grands prématurés réanimés à la naissance : poursuite de l'étude débutée en 2004*. Mémoire d'orthophonie, Université Lille II.
- Maillard T. (2008). *Oralité : bébé prématuré deviendra grand*. Orthomagazine, 78 : 16-19.
- Mann, G. & Hankey, G. J. (2001). *Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke*. Dysphagia 16, 208–215
- Nowak A., Soudan E. (2005). *L'orthophonie en néonatalogie*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille II.
- O Terapeuta da Fala Pode Fazer a Diferença [APTF]. (2018). *Campos de atuação do terapeuta da fala*. [Em Linha]. Disponível em < <https://www.oterapeutadafalapodefazeradiferenca.org/copia-home> > [Consultado em 12/04/2019].
- Ohmae Y, Logemann JA, Kaiser P, Hanson DG, Kahrilas PJ. (1996) *Effects of two breath-holding maneuvers on oropharyngeal swallow*. Ann Otol Rhinol Laryngol. 105(2):123–31
- Prates, A. e Silva, E. (2011). *A Terapia da Fala em Portugal*. Revista Distúrbios comum. São Paulo. 23(3), pp. 365-368.
- Prosiegel M, Heintze M, Wagner-Sonntag E, Hannig C, Wuttge-Hannig A, Yassouridis A. (2002) *Deglutition disorders in neurological patients. A prospective study of diagnosis, pattern of impairment, therapy and outcome*. Nervenarzt.;73(4):364–70.
- Puech M., Woisard V., (2004). *Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant*. In : *Les approches thérapeutiques en orthophonie tome 3, Prise en charge orthophonique des pathologies oto-rhino-laryngologiques*. Isbergues, Ortho Edition, 113-151.

- Puech M., Woisard V., (2004). Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant. In : *Les approches thérapeutiques en orthophonie tome 3, Prise en charge orthophonique des pathologies oto-rhino-laryngologiques*. Isbergues, OrthoEdition, 113-151
- Rassameehiran S, Klomjit S, Mankongpaisarnrung C, Rakvit A.(2015). Postextubation dysphagia. Proc (Bayl Univ Med Cent).;28(1):18–20.
- Senez C. (2002). *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*. Marseille, Solal.
- Skoretz, S. A., Flowers, H. L. & Martino, R. The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. Chest 137, 665–673 (2010).
- Suiter, D. M. & Leder, S. B. (2008). *Clinical utility of the 3-ounce water swallow test*. Dysphagia 23, 244– 250
- Suntrup S, Marian T, Schroder JB, Suttrup I, Muhle P, Oelenberg S, Hamacher C, Minnerup J, Warnecke T, Dziewas R. (2015) *Electrical pharyngeal stimulation for dysphagia treatment in tracheotomized stroke patients: a randomized controlled trial*. Intensive Care Med.;41(9):1629–37
- Thibault C. (2007). *Orthophonie et oralité, la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-lesMoulineaux, Masson.
- Willemse A. (2006). *Si petit... mais déjà si compétent ! Observations et facilitations autour de l'oralité du bébé prématuré : création d'un outil d'aide à l'observation, l'évaluation et la prise en charge de l'oralité du bébé prématuré en néonatalogie*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lille II.
- Zupan Simunek V. (2008). *Le devenir des prématurés en 2008 en France*

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO INICIAL EM PORTUGUÊS EUROPEU

Prática do Terapeuta da Fala em Unidade de Cuidados Intensivos - área da deglutição

Este questionário integra um estudo desenvolvido pela aluna Alicia LOUIZ, no âmbito do seu projeto de graduação da licenciatura em Terapia da Fala, na ESS-FP, sob orientação da Mestre Daniela VIEIRA.

Tem como objetivo geral conhecer as diferentes possibilidades de avaliações da deglutição numa Unidade de Cuidados Intensivos. O estudo tem um desenho quantitativo, com recurso à aplicação do presente questionário.

Para qualquer esclarecimento de dúvidas ou questões sobre o estudo poderá contactar: 36057@ufp.edu.pt ou tlm.: +33 7 85 02 07 90.

A sua participação é livre e voluntária, não existindo qualquer prejuízo pessoal associado. Será assegurada a confidencialidade de toda a informação recolhida, bem como o anonimato dos participantes. As informações serão utilizadas unicamente para fins académicos e eventual publicação científica, sendo guardadas pela investigadora num local

Agradeço a atenção e reforço que a sua participação é muito importante!

Caso aceite participar nesta investigação, será necessário dar o seu assentimento informado abaixo descrito.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e a metodologia. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte digital, serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão. Por isso, dou o meu assentimento em participar do estudo em causa.

Aceito de livre vontade participar no estudo, confirmando a compreensão dos termos de apresentação acima exposto

Pré-requisito:

Alguma vez trabalhou numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)?

Sim

Não

➔ Se não, agradecemos-lhe pelo seu tempo infelizmente este estudo é apenas para terapeutas com experiência em UCI

Grupo I- Caracterização Sociodemográfico e Profissional

1. Idade:

_____ anos

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Anos de experiência:

_____ (anos)

4. Habilitações académicas

Licenciatura

Pós-graduação

Mestrado

Doutoramento

Pós-Doutoramento

5. Qual é o número médio de horas em que esteve envolvido numa UCI?

_____ (horas)

6. Na formação base foram ministradas temáticas relacionadas com intervenção em unidades de cuidados intensivos?

Sim : Quais: _____

Não

Grupo II – Intervenção do Terapeuta da fala em UCI

1. Com que população trabalha?

Recém-nascidos

Crianças

Adolescente

Adultos

2. Que procedimentos realiza:

Diagnóstico

Educador

Suporte aos pais/familiares

Comunicação

Alimentação

Auxiliar na transição no momento da alta

Outra _____

3. Quem está envolvido no tratamento dos doentes na UCI?

Psicólogo

Terapeuta ocupacional

Capelão

Fisioterapeuta

Assistente social

Professor

Nutricionista

Enfermeiro

Médico

Pais

4. Existe alguma forma de referenciação automática para terapia da fala?

Sim

Não

5. Como é feita a referenciação?

6. Quais os 3 principais motivos para pedirem avaliação do terapeuta da fala?

7. Utiliza sistematicamente uma anamnese com o utente ?

Sim

Não

8. Quanto tempo demora em média a avaliação da deglutição de um paciente na UCI?

0-10 minutos

10-20 minutos

20-30 minutos

30-45 minutos

Mais de 45 minutos

9. Nas suas avaliações de deglutição utiliza um protocolo padronizado?

Sim

Não

Se não, porque _____

Se sim, quais? _____

10. Indique os benefícios do protocolo de avaliação da deglutição que utiliza com mais frequência.

11. Indique as limitações/desvantagens do protocolo de avaliação que utiliza com mais frequência.

12. Criou um protocolo informal para a sua avaliação da deglutição?

Sim

Não

Em caso afirmativo, que passos de avaliação utiliza? _____

13. Que áreas avalia?

14. Que áreas faz intervenção na UCI?

15. Percebe algum fator facilitador do exercício da sua profissão na UCI?

Sim

Não

Que tipo de facilitadores :

16. Percebe algum tipo de barreiras para o exercício da sua profissão na UCI?

Sim

Não

Que tipo de facilitadores ? _____

17. Tem alguma recomendação para aqueles que vão iniciar a intervenção em UCI?

Não

Sim Qual? _____

18. Que competências, na sua opinião são necessárias para um terapeuta da fala se competente numa UCI?

19. Dê uma sugestão para divulgação do trabalho do terapeuta da fala em UCI?

20. Classifique as seguinte afirmações de acordo o seu nível de confiança, onde 0=nada confiante e 10= extremamente confiante (marque na linha)

	Não confiante	Extremamente confiante
Pacientes com ventilação mecânica invasiva	_____	
Avaliação de disfagia	_____	
Tratamento de disfagia	_____	

Tratamento da comunicação	_____
Uso de sistemas aumentativos e/ou alternativos de comunicação	_____
Manuseamento de traqueotomia	_____

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO II - QUESTIONÁRIO INICIAL EM FRANCÊS

Pratique de l'orthophoniste en Unité de Soins Intensifs - domaine de la déglutition

Ce questionnaire fait partie d'une étude développée par l'étudiante Alicia LOUIZ, dans le cadre de son projet de fin d'études du diplôme d'orthophonie, à l'ESS-FP, sous la supervision du Maître Daniela VIEIRA. Son objectif général est de connaître les différentes possibilités d'évaluation de la déglutition dans une unité de soins intensifs. L'étude a une conception quantitative, à l'aide de ce questionnaire.

Pour toute clarification de doutes ou de questions sur l'étude, veuillez nous contacter par mail : 36057@ufp.edu.pt ou par téléphone : +33 7 85 02 07 90.

Votre participation est libre et volontaire, et n'entraîne aucun inconvénient personnel. La confidentialité de toutes les informations recueillies sera assurée, de même que l'anonymat des participants. Les informations seront utilisées uniquement à des fins académiques et en vue d'une éventuelle publication scientifique, et seront stockées par le chercheur.

Je vous remercie de votre attention et souligne que votre participation est très important!

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez donner votre consentement éclairé comme décrit ci-dessous.

J'ai compris l'explication qui m'a été donnée sur la participation à la recherche qui va être menée, ainsi que l'étude dans laquelle je serai inclus. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je jugeais nécessaires, et j'ai obtenu toutes les réponses à ma satisfaction. J'ai pris note que les informations ou explications qui m'ont été fournies portaient sur les objectifs et la méthodologie. En outre, on m'a dit que j'avais le droit de refuser de participer à l'étude à tout moment, sans que cela ait pour effet de causer un quelconque préjudice personnel. On m'a également assuré que les enregistrements sur support numérique seront confidentiels et utilisés uniquement et exclusivement pour l'étude en question, qu'ils seront conservés dans un endroit sûr pendant la recherche et détruits après sa conclusion. Par conséquent, je donne mon consentement pour participer à l'étude en question.

J'accepte librement de participer à l'étude, confirmant ma compréhension des conditions de présentation énoncées ci-dessus.

Pré-requis :

Avez-vous déjà travaillé dans une unité de soins intensifs (USI) ?

Oui

Non

➔ Si ce n'est pas le cas, merci pour votre temps ; malheureusement, cette étude ne s'adresse qu'aux thérapeutes ayant une expérience en soins intensifs.

Groupe I- Caractérisation sociodémographique et professionnelle

7. Âge :

_____ ans

8. Sexe:

Femme

Homme

Je ne souhaite pas répondre

9. Années d'expérience:

_____(ans)

10. Qualifications académiques :

Licence

Master

Doctorat

11. Quel est le nombre d'heures moyen pendant lesquelles vous avez travaillé dans une unité de soins intensifs ?

_____ (heures)

12. Dans la formation de base, les sujets liés à l'intervention dans les unités de soins intensifs ont été enseignés?

Oui, lesquels ? : _____

Non

Groupe II - Intervention de l'orthophoniste en soins intensifs

21. Avec quelle population travaillez-vous ?

Nouveau-nés

Enfants

Adolescent

Adultes

22. Quelles sont les procédures que vous effectuez ?:

Diagnostique

Soutien aux parents/membres de la famille

Communication

Alimentation

Aide à la transition au moment de la sortie de l'hôpital

Autres : _____

23. Qui est impliqué dans les soins des patients de l'USI?

Psychologue

Ergothérapeute

Kinésithérapeute

Assistant(e) social

- Enseignant
- Nutritionniste
- Infirmier(e)
- Médecin
- Parents

24. Existe-t-il un référencement automatique vers l'orthophonie ?

- Oui
- Non

Comment se fait le référencement?

_____ Quelles
sont les 3 principales raisons de demander un bilan orthophonique ?

_____ Utilisez-
vous systématiquement une anamnèse avec le patient ?

- Oui
- Non

25. Combien de temps faut-il en moyenne pour évaluer la déglutition d'un patient aux soins
intensifs ?

- 0-10 minutes
- 10-20 minutes
- 20-30 minutes
- 30-45 minutes
- Plus de 45 minutes

26. Utilisez-vous un protocole standardisé dans vos évaluations de la déglutition ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ? _____

Si oui, lesquels ? _____

27. Veuillez indiquer les avantages du protocole d'évaluation de la déglutition que vous utilisez le plus fréquemment.

_____ Indiquez
les limites/inconvénients du protocole d'évaluation que vous utilisez le plus fréquemment.

_____ Avez-
vous créé un protocole informel pour votre évaluation de la déglutition ?

Oui

Non

Si oui, quelles étapes d'évaluation utilisez-vous ? _____

28. Quels sont les domaines que vous évaluez ?

_____ Dans
quels domaines intervenez-vous aux soins intensifs ?

_____ Percevez
-vous un facteur facilitant l'exercice de votre profession dans l'unité de soins intensifs ?

Oui

Non

Si oui, lesquels :

_____ Percevez
-vous des obstacles à l'exercice de votre profession dans l'unité de soins intensifs ?

Oui

Non

Si oui, lesquels : _____

29. Avez-vous des recommandations pour ceux qui sont sur le point de commencer une intervention en soins intensifs ?

Non

Oui, lesquelles? _____

30. Quelles sont, à votre avis, les compétences nécessaires pour qu'un orthophoniste soit compétent dans une unité de soins intensifs ?

Avez-vous une suggestion pour la diffusion du travail de l'orthophoniste en soins intensifs ?

Notez les affirmations suivantes selon votre degré de confiance, où 0=pas du tout confiant et 10=extrêmement confiant

	Pas confiant	Extrêmement confiant
Patients sous ventilation mécanique invasive	_____	
Évaluation de la dysphagie	_____	
Traitement de la dysphagie	_____	
Traitement de la communication	_____	
Utilisation de systèmes de communication augmentative et/ou alternative	_____	
Gestion de la trachéotomie	_____	

Merci pour votre collaboration !

ANEXO III - QUESTIONÁRIO FINAL EM PORTUGÊS EUROPEU

Prática do Terapeuta da Fala em Unidade de Cuidados Intensivos - área da deglutição

Este questionário integra um estudo desenvolvido pela aluna Alicia LOUIZ, no âmbito do seu projeto de graduação da licenciatura em Terapia da Fala, na ESS-FP, sob orientação da Mestre Daniela Vieira.

Tem como objetivo geral compreender o papel do terapeutas da fala em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), na avaliação da deglutição. O estudo tem um desenho quantitativo, com recurso à aplicação do presente questionário.

Para qualquer esclarecimento de dúvidas ou questões sobre o estudo poderá contactar: 36057@ufp.edu.pt ou tlm.: +33 7 85 02 07 90.

A sua participação é livre e voluntária, não existindo qualquer prejuízo pessoal associado. Será assegurada a confidencialidade de toda a informação recolhida, bem como o anonimato dos participantes. As informações serão utilizadas unicamente para fins académicos e eventual publicação científica, sendo guardadas pela investigadora num local

Agradeço a atenção e reforço que a sua participação é muito importante!

***Obrigatório**

1. Caso aceite participar nesta investigação, será necessário dar o seu assentimento informado abaixo descrito. *

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e a metodologia. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte digital, serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão. Por isso, dou o meu assentimento em participar do estudo em causa.

Marcar apenas uma oval.

Aceito de livre vontade participar no estudo, confirmando a compreensão dos termos de apresentação acima expostos

Pré-requisito

2. Alguma vez trabalhou numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Grupo I- Características sócio-demográficas

3. Idade *

4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não dizer

5. Cidade onde exerce funções *

6. Anos de experiência como terapeuta da fala *

7. Habilitações académicas *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

8. Qual é o número médio de horas por semana que trabalha em UCI? *

9. Na formação de base, foram ministradas temáticas relacionadas com intervenção em unidades de cuidados intensivos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Se sim, indique qual(is) deles.

Grupo II- Intervenção do Terapeuta da fala em UCI

11. Com que população trabalha? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Recém-nascidos

Crianças

Adolescente

Adultos

12. Que procedimentos realiza : *

Marcar tudo o que for aplicável.

Diagnóstico

Educador

Suporte aos pais/familiares

Comunicação

Alimentação/deglutição

Auxiliar na transição no momento da alta

Outra: _____

13. Quem está envolvido no tratamento dos doentes na UCI? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Psicólogo
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta
- Assistente social
- Professor
- Nutricionista
- Enfermeiro
- Médico
- Pais
- Outra: _____

14. Existe alguma forma de referenciação automática para terapia da fala? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

15. Como é feita a referenciação? *

16. Quais os 3 principais motivos para pedirem avaliação do terapeuta da fala? *

17. Utiliza sistematicamente uma anamnese com o utente ? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. Se não, porquê ?

19. Quanto tempo demora em média a avaliação da deglutição de um paciente na UCI? *

Marcar apenas uma oval.

0-10 minutos

10-20 minutos

20-30 minutos

30-45 minutos

Mais de 45 minutos

20. Nas suas avaliações de deglutição utiliza um protocolo padronizado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

21. Se não, porquê?

22. Se sim, quais?

23. Indique os benefícios do protocolo de avaliação que utiliza com mais frequência.

24. Indique as limitações/desvantagens do protocolo de avaliação que utiliza com mais frequência.

25. Criou um protocolo informal para as suas avaliações de deglutição? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

26. Em caso afirmativo, que passos de avaliação utiliza?

27. Que áreas avalia? *

28. Que áreas faz intervenção na UCI? *

29. Percebe algum fator facilitador do exercício da sua profissão na UCI? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

30. Se sim, que tipo de facilitadores ?

31. Percebe algum tipo de barreiras para o exercício da sua profissão na UCI? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

32. Se sim, que tipo de barreiras ?

33. Tem alguma recomendação para aqueles que vão iniciar a intervenção em UCI? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

34. Se sim, quais ?

35. Que competências, na sua opinião são necessárias para um terapeuta da fala ser competente numa UCI? *

36. Dê uma sugestão para divulgação do trabalho do terapeuta da fala em UCI? *

37. Classifique as seguinte afirmações de acordo o seu nível de confiança, onde 0=nada *
confiante e 10= extremamente confiante

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7
Pacientes com ventilação mecânica invasiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação de disfagia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de disfagia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento da comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de sistemas aumentativos e/ou alternativos de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manuseamento de traqueotomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO IV - QUESTIONÁRIO FINAL EM FRANCÊS

Pratique de l'orthophoniste en unité de soins intensifs - domaine de la déglutition

Ce questionnaire fait partie d'une étude développée par l'étudiante Alicia LOUIZ, dans le cadre de son projet de fin d'études du diplôme d'orthophonie, à l'ESS-FP, sous la supervision du Maître Daniela Vieira.

Son objectif général est de comprendre le rôle des orthophonistes dans les unités de soins intensifs (USI) dans l'évaluation de la déglutition. L'étude a une conception quantitative, avec le recours à l'application de ce questionnaire.

Pour toute clarification des doutes ou des questions concernant l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : 36057@ufp.edu.pt ou par téléphone : +33 7 85 02 07 90.

Votre participation est libre et volontaire, et n'entraîne aucun inconvénient personnel. La confidentialité de toutes les informations recueillies sera assurée, de même que l'anonymat des participants. Les informations seront utilisées uniquement à des fins académiques et en vue d'une éventuelle publication scientifique, et seront stockées par le chercheur.

Je vous remercie de votre attention et souligne le fait que votre participation est très importante !

***Obrigatório**

1. Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devrez donner votre **consentement éclairé** comme décrit ci-dessous. *

J'ai compris l'explication qui m'a été donnée sur la participation à la recherche qui va être menée, ainsi que l'étude dans laquelle je serai inclus. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je jugeais nécessaires, et j'ai obtenu toutes les réponses à ma satisfaction. J'ai pris note que les informations ou explications qui m'ont été fournies portaient sur les objectifs et la méthodologie. En outre, on m'a dit que j'avais le droit de refuser de participer à l'étude à tout moment, sans que cela ait pour effet de causer un quelconque préjudice personnel. On m'a également assuré que les enregistrements sur support numérique seront confidentiels et utilisés uniquement et exclusivement pour l'étude en question, qu'ils seront conservés dans un endroit sûr pendant la recherche et détruits après sa conclusion. Par conséquent, je donne mon consentement pour participer à l'étude en question.

Marcar apenas uma oval.

J'accepte librement de participer à l'étude, confirmant ma compréhension des conditions de présentation énoncées ci-dessus.

Pré-requis

2. Avez-vous déjà travaillé dans une unité de soins intensifs (USI)/ réanimation ? *

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non *Avançar para a secção 5 (Merci pour votre collaboration !)*

Groupe I- Caractérisation sociodémographique et professionnelle

3. Âge *

4. Sexe *

Marcar apenas uma oval.

Femme

Homme

Je ne souhaite pas répondre

5. Ville où vous exercez votre activité *

6. Années d'expérience en tant qu'orthophoniste *

7. Qualifications académiques *

Marcar apenas uma oval.

Licence

Master

Doctorat

8. Combien d'heures effectuez-vous en moyenne par semaine dans une unité de soins intensifs (USI) ? *

9. Dans votre formation de base, les sujets liés à l'intervention dans les unités de soins intensifs ont été enseignés? *

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

10. Si oui, veuillez indiquer le(s) quel(s).

Groupe II - Intervention de l'orthophoniste en soins intensifs

11. Avec quelle population travaillez-vous ? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Nouveau-nés

Enfants

Adolescents

Adultes

12. Quelles sont les procédures que vous effectuez ? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Diagnostique

Educateur

Soutien aux parents/membres de la famille

Communication

Alimentation

Aide à la transition au moment de la sortie de l'hôpital

Outra: _____

13. Qui est impliqué dans les soins des patients de l'USI? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Psychologue
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Assistante sociale
- Enseignant
- Nutritionniste
- Infirmier(e)
- Médecin
- Parents
- Outra: _____

14. Existe-t-il une forme d'orientation automatique vers l'orthophonie ? *

Marcar apenas uma oval.

- Oui
- Non

15. Comment se fait l'orientation ? *

16. Quelles sont les 3 principales raisons de demander un bilan orthophonique ? *

17. Utilisez-vous systématiquement une anamnèse avec le patient ? *

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

18. Si non, pourquoi?

19. Combien de temps faut-il en moyenne pour évaluer la déglutition d'un patient aux soins intensifs ? *

Marcar apenas uma oval.

0-10 minutes

10-20 minutes

20-30 minutes

30-45 minutes

Plus de 45 minutes

20. Utilisez-vous un protocole standardisé dans vos évaluations de la déglutition ? *

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

21. Si non, pourquoi?

22. Si oui, le(s)quel(s) ?

23. Veuillez indiquer les avantages du protocole d'évaluation de la déglutition que vous utilisez le plus fréquemment.

24. Indiquez les limites/inconvénients du protocole d'évaluation que vous utilisez le plus fréquemment.

25. Avez-vous créé un protocole informel pour votre évaluation de la déglutition * ?

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

26. Si oui, quelles étapes d'évaluation utilisez-vous ?

27. Quels sont les domaines que vous évaluez ? *

28. Dans quels domaines intervenez-vous aux soins intensifs ? *

29. Percevez-vous un facteur facilitant l'exercice de votre profession dans l'unité *
de soins intensifs ?

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

30. Si oui, lesquels ?

31. Percevez-vous des obstacles à l'exercice de votre profession dans l'unité de soins intensifs ? *

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

32. Si oui, lesquels ?

33. Avez-vous des recommandations pour ceux qui sont sur le point de commencer une intervention en soins intensifs ? *

Marcar apenas uma oval.

Oui

Non

34. Si oui, lesquelles?

35. Quelles sont, à votre avis, les compétences nécessaires pour qu'un orthophoniste soit compétent dans une unité de soins intensifs ? *

36. Avez-vous une suggestion pour la diffusion du travail de l'orthophoniste en soins intensifs ? *

Notez les affirmations suivantes selon votre degré de confiance, où 0 = pas du tout confiant et 10 = extrêmement confiant

37. Notez les affirmations suivantes selon votre degré de confiance, où 0 = pas du tout confiant et 10 = extrêmement confiant

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7
Patients sous ventilation mécanique invasive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluation de la dysphagie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement de la dysphagie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement de la communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation de systèmes de communication augmentative et/ou alternative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion de la trachéotomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

◀ ▶

Merci pour votre collaboration !

ANEXO V - PROVAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora
Prof. Doutora Clarinda Festas
Diretora da ESS/FP

Nº	Data
ESS/TRF - 284/22	22 de Março de 2022

Exma. Senhora Professor Doutora,

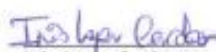
A Comissão de Ética analisou o projeto de investigação apresentado por Alicia Louiz, intitulado "Prática do Terapeuta da Fala em Unidade de Cuidados Intensivos - área da deglutição", a realizar no âmbito da licenciatura em Terapia da Fala.

A Comissão de Ética considera que o estudo está bem delineado do ponto de vista das questões éticas (acesso aos participantes, procedimento para a divulgação do questionário, garantia de confidencialidade).

Logo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso

*Tomei conhecimento
22/3/2022
Clarinda Festas*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC 562 087 602 - Reg. Comércio nº 28 Conservatória do Registo Comercial do Porto
UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (UFP) - (FACULDADE DE CIÊNCIAS TECNOLÓGICAS) - (FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAS)
Praça de Bani, 345 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1930 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt
(FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE) Rua Carlos da Maia, 295 - 4200-168 Porto - Portugal - T. +351 22 101 4632

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA
Rua D. Dinis Maia, 334 - 4200-252 Porto - Portugal
T. +351 22 539 4371 - geral@esa.fernandopessoa.pt

