

ZENÓBIA ROSA ALVES DE ARAÚJO LIMA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A PRESENÇA DA
FONOAUDIOLOGIA NO PROCESSO DE DECANULAÇÃO EM UM HOSPITAL
TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, Brasil

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A PRESENÇA DA
FONOAUDIOLOGIA NO PROCESSO DE DECANULAÇÃO EM UM HOSPITAL
TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL**

ZENÓBIA ROSA ALVES DE ARAÚJO LIMA

**Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.**

Orientadora: Prof. Dra. Carla Targino Bruno dos
Santos

Brasília, Brasil

2019

ZENÓBIA ROSA ALVES DE ARAÚJO LIMA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A PRESENÇA DA FONOAUDIOLOGIA NO PROCESSO DE DECANULAÇÃO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovada em 07/06/2019

Banca Examinadora

Prof. Dra. Carla Targino Bruno dos Santos

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Juliana Onofre de Lira,

Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ana Valéria Mendonça,

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Keila Christiane Trindade da Cruz

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Dedico esta pesquisa a você que, como eu, navega em mares desconhecidos e agitados, sempre em busca do saber.

APRESENTAÇÃO

Apresento a você leitor a minha pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), cujo título é **PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A PRESENÇA DA FONOAUDIOLOGIA NO PROCESSO DE DECANULAÇÃO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL.**

A minha experiência em Fonoaudiologia são vinte e cinco anos de atuação prática e esta pesquisa é o resultado de praticamente seis anos de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Trauma de um hospital referência em neurotrauma e neurocirurgia do Distrito Federal.

Atuar na área de Disfagia em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é sempre um grande desafio, exigindo atualizações constantes, interdisciplinaridade e a lida com pacientes críticos e instáveis que necessitam de protocolos, tanto de triagens e avaliações fonoaudiológicas, como, também, de protocolo de decanulação elaborado pela equipe multidisciplinar. Por essa razão, venho apresentar a você leitor um pouco da minha experiência em UTI e, se possível, contribuir para um maior aprendizado nessa área.

O interesse nesta pesquisa nasceu do desejo de buscar aprofundamento teórico-prático sobre o serviço de fonoaudiologia em um hospital terciário do Distrito Federal (DF), com o intuito de descrever a percepção da equipe multiprofissional em relação à utilização desse protocolo nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma e conhecer a visão da equipe multidisciplinar quanto às mudanças no processo de trabalho na UTI Trauma após a implantação do protocolo de decanulação.

Ao longo da pesquisa foi observado que os profissionais da equipe multiprofissional demonstram a importância e necessidade da intervenção fonoaudiológica para os atendimentos à disfagia e, conseqüentemente, solicitam a avaliação fonoaudiológica e a intervenção especializada de forma preventiva, para se evitar os riscos da pneumonia aspirativa e todas as complicações oriundas dela. Estão conscientes da importância da intervenção fonoaudiológica para se evitar os agravos e reduzir os riscos de complicações para o paciente.

É importante ressaltar que existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação e, assim, a presente pesquisa tem uma grande importância, não apenas para a área da fonoaudiologia, mas, sobretudo para a área da saúde, contribuindo para a atuação dos profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Da mesma forma, é possível inferir que uma das atuações do fonoaudiólogo na saúde coletiva refere-se à construção de estratégias de planejamento e gestão em saúde, no campo fonoaudiológico. O fonoaudiólogo é um ator indispensável para promover a efetivação de direitos e a construção de políticas públicas em saúde, que atendam às reais necessidades da população no sentido de contribuir para a promoção, prevenção, educação e intervenção nesse setor, a partir de diagnóstico de grupos populacionais.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão:

a Deus, pela presença constante em minha vida, iluminando meus caminhos;

à minha família e especialmente a meus pais Nivaldo Villas Bôas de Araújo e Aurelina Alves de Araújo e à minha irmã Rosa Amarílis Alves de Araújo, exemplos de amor, coragem e fortaleza, que em mim despertaram o prazer em aprender;

ao meu marido Nerylson Lima, companheiro de jornada e que me desafia a ser melhor todos os dias;

aos meus filhos Marco Aurélio Lima e Vinícius Lima, por me ensinarem a praticar os conhecimentos aprendidos me motivando a querer e lutar por um mundo sempre melhor;

a todos os meus professores e mestres que, de muitas formas, contribuíram para a minha formação, despertando o prazer em aprender;

à minha querida orientadora Carla Targino, por estar sempre presente, parceira de todo o desafio que o Mestrado representa;

a todos os meus amigos que me incentivaram a concluir esta etapa, especialmente àqueles da turma do Mestrado em Saúde Coletiva da UnB: Sandra Freitas, Higor Alencar, Cibele Sousa, Ana Giomo, Rafael Cardinali e Amanda Motta;

à bibliotecária Luciana Setúbal, da Biblioteca Central da UnB, que se mostrou sempre prestativa;

a todos os meus amigos(as) do Hospital de Base do Distrito Federal que, de alguma forma, me ajudaram e me desafiaram nesta jornada;

e, finalmente, a todos os meus pacientes, verdadeiro motivo desta busca pelo conhecimento, que certamente contribuirá para melhor atendê-los.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”.

Leonardo da Vinci

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sobre o serviço de fonoaudiologia prestado no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF), realizada com o objetivo de se conhecer a percepção de profissionais de saúde sobre a presença da fonoaudiologia no processo de decanulação em um hospital terciário do Distrito Federal.

Pretende-se refletir sobre a prática do fonoaudiólogo numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), haja vista o atendimento acontecer com pacientes críticos e instáveis, que necessitam de cuidados intensivos e que utilizam protocolos de segurança, cujo objetivo é prevenir agravos de qualquer condição. Dentre os protocolos utilizados numa UTI, vamos abordar aqui o protocolo de decanulação.

Utilizou-se o método qualitativo na realização do estudo, com os instrumentos de pesquisa roteiro de entrevistas autoaplicáveis com os profissionais que atuaram na equipe da UTI Trauma no período de 2013 até 2017, sendo escolhido esse instrumento pela prática e funcionalidade que o ambiente da UTI Trauma exige, uma vez que a complexidade e dinâmica dos atendimentos necessitavam de uma coleta funcional.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais que trabalhavam na UTI de um hospital referência em Trauma do DF no período compreendido entre 2013 e 2017, sendo 10 profissionais do sexo feminino e 5 profissionais do sexo masculino. A faixa etária desses profissionais era de 31 anos a 60 anos de idade e o tempo de atuação na UTI Trauma era em média de 5 anos.

A partir da análise dos dados coletados foram selecionadas cinco categorias: 1) Atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma; 2) Contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma; 3) Liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo; 4) Processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo; 5) Quantitativo de fonoaudiólogos necessário para atender à demanda diária da UTI Trauma, possibilitando a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), assim como na literatura referenciada, comprovou-se a pertinência da pergunta desta pesquisa, ou

seja, a atuação do fonoaudiólogo melhora as condições de saúde dos pacientes e o processo de trabalho da equipe multiprofissional? Assim, responde-se ao problema inicial levantado, com embasamento na literatura, apesar de existir uma contradição no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) atribuída basicamente à limitação de Recursos Humanos (RH) e à insegurança de alguns profissionais que se mantêm presos a protocolos, deixando de atender a alguns pacientes que seriam elegíveis ao atendimento.

À luz dessas reflexões, constata-se que os profissionais da equipe multiprofissional demonstram a necessidade da intervenção fonoaudiológica para os atendimentos à disfagia e, conseqüentemente, solicitam a avaliação fonoaudiológica e a intervenção especializada de forma preventiva, para se evitar os riscos da pneumonia aspirativa e todas as complicações oriundas dela. Estão conscientes da importância da intervenção fonoaudiológica para se evitar os agravos e reduzir os riscos de complicações para o paciente.

Descritores: Protocolos; Equipe de Assistência ao Paciente; Fonoaudiologia; Transtornos de Deglutição; Traqueostomia; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This is a research about the speech therapy service at IHBDF in order to verify the perception of health professional about the presence of speech therapy in a tertiary hospital in the Federal District.

It is intended to reflect on the practice of the speech-language pathologist in an Intensive Care Unit (ICU), given the attendance to critical and unstable patients who require intensive care and who use safety protocols, whose objective is to avoid aggravation of any condition. Among protocols used in an ICU, we will discuss here the decannulation protocol.

The qualitative method was used with the research tools script of self-administered interviews with the professionals who worked in the Trauma ICU team from 2013 to 2017, being chosen this instrument due to the practice and functionality that the ICU Trauma environment demands, since the complexity and dynamics of care required a functional collection.

The participants of the research were the professionals who worked in the ICU of a reference hospital in Trauma of DF from 2013 to 2017, being 10 female professionals and 5 male professionals. The age group of these professionals was between 31 years to 60 years and the time of operation at the Trauma ICU were on average 5 years of performance.

From the analysis of the collected data, five categories were selected: 1) speech language pathologist's performance in the Trauma ICU; 2) Contributions that the speech language pathologist brings to the Trauma ICU; 3) Release of the oral diet in the ICU Trauma without the presence of the speech language pathologist; 4) Process of protocol in the Trauma ICU without the presence of the speech language pathologist; 5) Quantitative of speech language pathologists are sufficient to attend the daily demand of the Trauma ICU, aiming at the construction of the Collective Subject Discourse (CSD).

In the construction of the Collective Subject Discourse (CSD), as well as in the referenced literature, the pertinence of the question of this research was proved, that is, does the speech language pathologist performance improve the patients' health

conditions and the work process of the multiprofessional team? Therefore, it is given an answer to the initial problem raised and supported by the literature, although there is a contradiction in the Collective Subject Discourse (CSD) attributed basically to the limitation of Human Resources (HR) and to the insecurity of some professionals who remain attached to protocols failing to meet some patients who would be eligible for care.

In the light of these reflections, professionals from the multiprofessional team demonstrate the need for speech therapy intervention for deglutition disorders and, consequently, they request speech-language evaluation and specialized intervention in a preventive way to avoid the risks of aspiration pneumonia and all complications arising from it. They are aware of the importance of speech-language intervention in order to avoid complications and reduce the risk of complications for the patient.

Keywords: protocols; patient care team; speech, language and hearing science; deglutition disorders; tracheostomy; intensive care units.

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1. Avaliação dos efeitos Livro Avaliação Conceitos e Métodospág. 16

Quadro 1 – Símula das principais ideias dos entrevistados diante das questões
pág.76 a 78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IHBDF: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

DF: Distrito Federal

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUS: Sistema Único de Saúde

RDC7: Resolução da Diretoria Colegiada 7

TQT: Traqueostomia

RSB: Reforma Sanitária Brasileira

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CF: Constituição Federal

IN: Instrução Normativa

Amib: Associação de Medicina Intensiva

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CLDF: Câmara Legislativa do Distrito Federal

IGES DF: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

CVC: Cateter Venoso Central

ITU: Infecção Trato Urinário

RH: Recursos Humanos

CFFa: Conselho Federal de Fonoaudiologia

TCE: Traumatismo Crânio Encefálico

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

RS: Representações Sociais

EC: Expressões Chaves

IC: Ideia Central

AC: Ancoragem

SUMÁRIO

RESUMO	9
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivo Geral	18
2.2. Objetivo Específico	18
3. PERGUNTA DE PESQUISA	19
4. MARCO CONCEITUAL	20
4.1 Histórico da Fonoaudiologia – “Dialogando com a Fonoaudiologia”	20
4.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)	24
4.3. A Fonoaudiologia no SUS	26
4.4. Conhecendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	27
5. A FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR	30
6. INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (IHBDF)	31
6.1. Criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal	32
7. A INSERÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO HBDF	34
7.1. Entendendo a Disfagia	35
7.2 Entendendo o Protocolo de Decanulação	36
8. MÉTODO	44
8.6. Considerações Éticas	52
8.7 Limitações do Estudo e Dificuldades Encontradas	53
9. RESULTADOS E DISCUSSÕES	54
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é referente à pesquisa de dissertação de mestrado que foi apresentada à Universidade de Brasília (UnB), desenvolvida em uma unidade de saúde do Distrito Federal (DF), referência em neurocirurgia e neurotrauma.

Pretendeu-se refletir sobre a prática do fonoaudiólogo numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), haja vista o atendimento acontecer com pacientes críticos e instáveis, que necessitam de cuidados intensivos e protocolos de segurança cujo objetivo é prevenir agravos de qualquer condição.

O interesse nesta pesquisa nasceu do desejo de buscar aprofundamento teórico-prático sobre o serviço de fonoaudiologia em um hospital terciário do Distrito Federal (DF), com o intuito de descrever a percepção da equipe multiprofissional em relação à utilização desse protocolo nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma e, também, conhecer a visão da equipe multidisciplinar quanto às mudanças no processo de trabalho na UTI Trauma após a implantação do protocolo de decanulação.

É importante salientar que os protocolos surgem como formas alternativas importantes para facilitar a organização do serviço e uniformizar as estratégias a serem adotadas pela equipe multidisciplinar. Segundo Hausberger et al. (2016) “a proposta de um protocolo multidisciplinar permite uma abordagem minuciosa e segura, de forma integrada e aprimora a prestação de uma assistência de qualidade”.

Vale ressaltar que existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação e, com isso, a presente pesquisa tem uma grande relevância, não só na área de fonoaudiologia, mas, sobretudo, para a área da saúde, contribuindo para a atuação desses profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

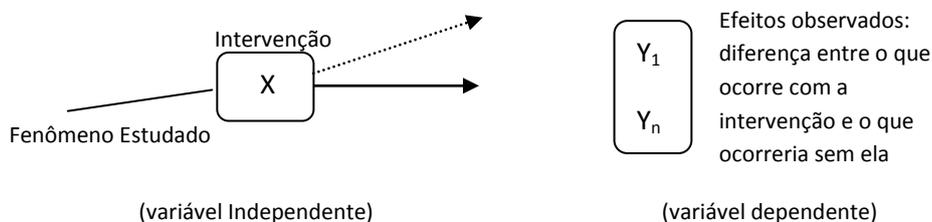
Segundo os autores Broussele et al (2011), a análise da implantação consiste em estudar as relações e seu contexto durante sua implementação, tendo por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças, fato que se aplica à realidade presentemente estudada.

De acordo com Kotter (1995), menos da metade das tentativas de instauração de mudanças não são adequadas ou não produzem os resultados esperados nas empresas; algumas mudanças são verdadeiros sucessos, enquanto outras são fracassos e, na maioria dos casos, estamos entre as duas situações.

A análise da implantação tem por meta delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção, encaixando-se perfeitamente no objetivo da presente pesquisa.

Para Rossi & Wright (1984), a avaliação tem por objetivo conhecer os efeitos das intervenções (outcome evaluation model, Mark, 1986).

Figura 1 - Avaliação dos efeitos – Livro Avaliação Conceitos e Métodos.



Entende-se por **implantação** como a execução concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (Tornatzsky & Johnson, 1982; Patton, 1986). “O processo de implantação acontece em seguida à decisão de intervir” (Downs & Mohr, 1976; Scheirer, 1981).

Os objetivos da avaliação da implantação variam de um autor para outro, existindo uma variedade muito grande de subtipos identificáveis, designados como “avaliação dos processos” ou “avaliação da implantação” (Chen, 2005; Brousselle, 2004). Segundo alguns autores, a avaliação dos processos pode ser vista como uma etapa que tem como objetivo realizar um estudo de impacto ou uma avaliação completa.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Descrever a percepção da equipe multiprofissional em relação à utilização do protocolo de decanulação nas condições de saúde dos pacientes internados em UTI referência em Trauma em um hospital terciário do Distrito Federal.

2.2. Objetivo Específico

Conhecer a visão da equipe multiprofissional quanto às mudanças no processo de trabalho em UTI referência em Trauma após a implantação do protocolo de decanulação e a atuação fonoaudiológica nessa unidade.

3. PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta de pesquisa levantada é: a atuação da fonoaudiologia por meio da implantação do protocolo de decanulação melhora as condições de saúde dos pacientes e facilita o processo de trabalho da equipe de saúde em uma UTI?

4. MARCO CONCEITUAL

A proposta é realizar uma releitura da história da fonoaudiologia, partindo da noção de historicidade, considerando a visão de que o fazer terapêutico é atravessado por suas relações históricas, sociais e ideológicas.

Na revisão de literatura que irá subsidiar a discussão teórica deste projeto, partiremos do princípio da definição da ciência fonoaudiologia, fazendo uma contextualização histórica do início da profissão no Brasil, a lei de reconhecimento dessa profissão, o campo de atuação do profissional e o momento atual.

No segundo momento será estudado o Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção da fonoaudiologia no SUS, destacando-se a Resolução da Diretoria Colegiada nº 7 – RDC 7, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, e as mudanças ocorridas após essa resolução.

Um terceiro ponto a ser estudado serão alguns conceitos que permitirão embasamento bibliográfico para se compreender melhor a complexidade do que sejam Traqueostomia, Disfagia e Broncoaspiração, assim como também será analisada a sua contextualização no universo da UTI.

Detalhar-se-á a importância do trabalho da Equipe Multidisciplinar e Interdisciplinar. Discorreremos ainda sobre a importância da implantação de protocolos que, além de orientar o passo a passo da equipe, favorece a segurança, tanto do paciente quanto da atuação dos profissionais, permitindo a obtenção de melhores resultados.

4.1 Histórico da Fonoaudiologia – “Dialogando com a Fonoaudiologia”

Edmée Brandi (1996), em homenagem à comemoração aos 15 anos da fonoaudiologia, a define como a ciência que centraliza os aportes científicos de todas as demais ciências bio-sociais, tendo como missão na prática das escolas e outras instituições do futuro, a prevenção de desvios naquilo que o ser humano tem

de mais humano, ou seja, a fala, e com ela o próprio comportamento individual que nela reflete.

Atualmente a fonoaudiologia completou 37 anos de reconhecimento legal, de acordo com a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências.

Além disso, foi editado o Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, que regulamenta a referida Lei nº 6.965/1981.

O fonoaudiólogo

é um profissional de saúde, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua de forma autônoma e independente nos setores público e privado. É responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas (Conselho Regional de Fonoaudiologia 2º Região).

Em outras palavras, a fonoaudiologia é a ciência preocupada em estudar a comunicação (oral e escrita) do ser humano, buscando trabalhar na pesquisa e na prevenção, habilitando e aperfeiçoando a fala, a voz e a linguagem, trabalhando também com testagem audiológica, seleção e adaptação de aparelho de amplificação sonora individual, na tentativa de promover uma melhor integração das pessoas com déficits auditivos.

A origem da fonoaudiologia remota ao início dos cursos acadêmicos ditos oficiais. Por outro lado, a fonoaudiologia como disciplina surgiu no Brasil na década de 1960, a partir da necessidade de reabilitação de indivíduos portadores de distúrbios da comunicação. Portanto, é natural que a sua primeira preocupação tenha sido a elaboração de um conjunto de terapêuticas aplicáveis às diversas patologias de linguagem.

Contudo, justificar o porquê de a fonoaudiologia ter surgido em decorrência da existência e pela necessidade de tratamento técnico/especializado de pessoas portadoras de distúrbios da comunicação, segundo Berberian (1995), demonstra certa fragilidade, uma vez que as patologias da linguagem foram captadas antes e não depois da existência dos fonoaudiólogos.

A existência de pessoas com perdas auditivas, com fissuras palatinas, com distúrbios articulatorios, gagueira, etc., não ocorreu apenas por volta da

década de 60 neste século, nem tampouco esteve circunscrito a qualquer período. (Berberian, 1995, pág.12).

Berberian (1995) entende ainda que o surgimento da Fonoaudiologia não se deve à existência da patologia em si, à necessidade de cura ou reabilitação pelas sequelas ou limitações que, intrinsecamente, dela decorrem, referidas a fatores orgânicos.

Apesar de as patologias sempre existirem, as práticas fonoaudiológicas datam de um período situado historicamente, ou seja, quando os distúrbios da comunicação, articulados a uma série de iniciativas e interesses de grupos da sociedade, passou a ter um papel importante nas formas de organização social. (Berberian, 1995, pág. 12).

Berberian (1995) continua:

diante da precariedade das explicações e argumentações relativas ao surgimento da Fonoaudiologia, problematizando seus referenciais históricos, lançamos olhares e atenções para contextos históricos onde conflitos socioculturais tivessem deixado registros de preocupações em torno da língua e dos modos de expressão e comunicação. Desde a passagem para este século e, mais claramente, a partir da década de 20, podemos acompanhar uma política sistemática de controle da linguagem que apontou para a necessidade de se criarem medidas de padronização e normatização. Como parte desta encontra-se, inclusive, aquelas voltadas para o tratamento de pessoas portadoras de patologias, em nome das quais se justifica a origem da Fonoaudiologia, porém não era propriamente estes indivíduos seu principal alvo. (Berberian, 1995, pág. 12).

Dessa forma, com o advento político e das novas exigências sociais, tornou-se importante à padronização “oficial” da nossa língua, haja vista o grande contingente de imigrantes em nosso País e pelo fato de a língua representar um enorme elo entre um povo que buscava sua própria identidade.

Com isso, desenvolveram-se os primeiros cursos voltados ao estudo da comunicação oral e suas respectivas alterações. Contudo, esses cursos não eram a formação oficial atual de graduação plena em fonoaudiologia, mas cursos de pequena duração, conhecidos como “logopedia”, “ortofonia” etc. já na década de 1960. Mais tarde é que houve a oficialização do curso universitário de Fonoaudiologia (graduação) e, em decorrência, o reconhecimento oficial em todo o território nacional de profissionais que tivessem mais de cinco anos de atuação prática na área, que poderiam ser reconhecidos como fonoaudiólogos, na década de 1980, com a Lei n.º 6.965, de 9 de dezembro de 1981.

Segundo Berberian (1995), as campanhas ou medidas terapêuticas e de reabilitação, voltadas ao tratamento das doenças, em defesa da saúde, foram respostas às exigências criadas pela forma de desenvolvimento sociocultural desse

período. Mais do que uma preocupação direta com as doenças e com os doentes, ou com as consequências sociais sustentadas na presença e na constatação de ser doente e do estar doente, tornou-se necessário discriminar, fixar e localizar limites entre o normal e o patológico, o certo e o errado, o adequado e o desajustado, enfim, entre o eficiente e o ineficiente. A preocupação com a anormalidade estava, nesse sentido, diretamente comprometida com o controle da normalidade.

Para Berberian (1995), as explicações que atribuem a existência da Fonoaudiologia e a formação especializada de seus profissionais à necessidade de tratamento das patologias da comunicação, fala, linguagem, nos propõem um domínio muito restrito das razões históricas da constituição desse campo profissional.

Assim, a elaboração de um currículo específico para a formação dos cursos acadêmicos dessa área só foi possível, segundo Berberian (1995), na década de 1960, à medida que, anteriormente a esse período, práticas e conhecimentos foram sistematizados. Referidos cursos, além de terem sido a base sobre a qual se sistematizaram as diretrizes acadêmicas da formação do fonoaudiólogo, deram a sustentação para que os profissionais, uma vez institucionalmente formados, pudessem consolidar o controle que vinha sendo exercido sobre a linguagem dos indivíduos.

Dessa forma, com o intuito de atrelar práticas homogeneizadoras e disciplinadoras da língua a um discurso técnico-científico, foi que os responsáveis pelo tratamento dos distúrbios da linguagem passaram a ser possuidores de um status de especialista.

A relação existente entre Fonoaudiologia e Educação, particularmente, com a educação especial, teve início, segundo Berberian (1995), no momento em que ambas definiram-se, ganhando significado social, e que a constituição da prática fonoaudiológica esteve articulada, sobretudo, ao universo educacional, por meio das propostas da Saúde Escolar e da Escola Nova.

Com isso, conclui-se que os primórdios da Fonoaudiologia no Brasil ocorreram a partir do interesse de diversos grupos na caracterização e unificação de uma língua pátria, mediante sua racionalização e simplificação, como fundamentos da unidade nacional e da construção de um Estado Novo.

Para Berberian (1995), o encontro histórico entre a educação e a fonoaudiologia aconteceu numa época de controle sistemático da língua prática, nos bancos escolares, com o objetivo de neutralizar a influência advinda dos imigrantes.

Com essa breve explicação sobre o que é Fonoaudiologia, sua origem e sua importância social, gostaríamos de refletir sobre o papel do fonoaudiólogo como

profissional com o compromisso de repensar o processo terapêutico, cuja contribuição deve permitir ao paciente a capacidade de dialogar não só com o terapeuta, mas com os seus pensamentos e com o mundo. Sem ter de negar a complexidade e o alcance que estas dimensões da realidade – pensamento e linguagem – lhe conferem (Berberian, 1995, pág. 139).

A seguir será contextualizada a fonoaudiologia no SUS.

4.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

É possível afirmar que todo e qualquer brasileiro já teve algum contato com o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo não conhecendo a sua história, as suas bases conceituais, políticas e jurídicas e a organização e funcionamento desse sistema.

Para Paim & et. al (2014), muitos brasileiros dependem exclusivamente do SUS para ter acesso a ações e serviços necessários à proteção, manutenção e assistência à saúde e, mesmo aqueles que pensam não “dependem” do SUS, porque pagam planos de saúde privados, são usuários desse sistema, consumindo serviços que são produzidos para garantir condições epidemiológicas, sanitárias e ambientais saudáveis para toda a população. Como, por exemplo, as ações de controle de epidemias e endemias, as ações de vigilância sanitária de alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos e estabelecimentos de saúde e ações de vigilância ambiental, dirigidas ao controle da qualidade da água, do solo e do ar (pág. 121).

Toda a população brasileira vem se beneficiando dos programas desenvolvidos pelo SUS, desde a vacina até o transplante de órgãos, muito embora o SUS ainda apresente inúmeros problemas políticos, gerenciais e organizacionais, comprometendo o acesso, a qualidade e a humanização da atenção prestada à população.

Entende-se o SUS como uma política de Estado, que foi construída pelas forças sociais que lutaram pela democracia e se organizaram no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), desencadeando diversos processos de mudança (jurídica, política, institucional, organizativa e operacional).

As propostas da RSB fundamentam-se numa concepção ampliada de saúde em que esta é vista não apenas como a ausência de doenças ou enfermidades, mas como “bem-estar físico, mental e social”, fruto de condições de vida saudáveis: acesso adequado à alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades (Paim, 2014 pág. 123).

A RSB defende que a saúde é direito inalienável de todo e qualquer cidadão e deve ser garantido pelo Estado, mediante implantação de políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos, nas quais se inclui uma política de saúde que garanta o acesso universal e equitativo a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.

Tais concepções e princípios foram apresentados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) em Brasília, que contou com a participação de quatro mil delegados, representantes do Governo Federal, dos estados e municípios, como também dos movimentos sociais, incluindo sindicatos, igrejas, associações profissionais e comunitárias.

O relatório final dessa Conferência (Brasil, 1987) subsidiou o debate sobre a política de saúde no âmbito da Assembleia Nacional Constituinte responsável pela elaboração e aprovação da nova Constituição Federal (Brasil, 1988) do país, conhecida como a “Constituição cidadã”, que reconhece a saúde como “direito de cidadania e dever do Estado” e incorpora a proposta de criação do Sistema Único de Saúde, referenciada na legislação orgânica da saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), aprovada pelo Congresso Nacional em 1990 (Brasil, 1990a; 1990b).

O SUS é uma conquista histórica do povo brasileiro, podendo ser considerada a maior política pública nascida da sociedade e que se incorporou ao Estado através dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário (Paim, 2014, pág.123).

4.3. A Fonoaudiologia no SUS

Nas décadas de 1970 e 1980 os fonoaudiólogos iniciaram suas atividades no sistema público via secretarias de educação ou via secretarias de saúde. O número de fonoaudiólogos era pequeno e os trabalhos isolados, fato que comprometia a efetividade do trabalho, não surtindo efeito na comunidade geral e aos olhos dos órgãos competentes.

Os procedimentos eram baseados na estrutura de consultório, não sendo voltados para grandes populações. Os serviços se concentravam em ambulatórios de saúde mental e hospitais com propostas reabilitadoras.

De acordo com Moreira e Mota (2009), na década de 1980, com a promulgação da Constituição de 88, define-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e a população brasileira passa a ter acesso universal e igualitário para a promoção, recuperação e proteção de sua saúde. Surgem os concursos públicos para as Secretarias de Saúde, visando à contratação de fonoaudiólogos, principalmente no estado de São Paulo.

Com isso, surgem os atendimentos fonoaudiológicos na atenção primária à saúde em centros de saúde. Os fonoaudiólogos passam a organizar seus ambulatórios, atendendo às patologias da comunicação.

Em consequência, na década de 1980 surgem as primeiras pesquisas mostrando a ocorrência de patologias de comunicação na população brasileira, sendo percebido que a população infantil apresentava maior demanda de manifestação primária.

A partir desse momento, os fonoaudiólogos sentem a necessidade de formalização de sua inserção nos serviços do SUS e organizam propostas de ações a serem executadas junto aos programas de pediatria e puericultura, saúde do adolescente, da mulher, do trabalhador e do idoso, além de creches e escolas, demonstrando a evolução da Fonoaudiologia na saúde pública.

Segundo Moreira et al (2007), as ações desenvolvidas na atenção primária não são coletivas e, portanto, o que é adequado para uma comunidade nem sempre o é para outra, sendo necessária a realização de ações pertinentes às necessidades

de cada local. Paralelamente a esse processo, as Universidades vão adequando as grades curriculares com o objetivo de melhor preparar o fonoaudiólogo para essa nova área de atuação. Assim, o fonoaudiólogo que trabalha no SUS deve ser generalista, identificando os aspectos fonoaudiológicos de maior relevância na sua coletividade, sendo capaz de elaborar e efetivar ações que visem uma solução, por meio de medidas preventivas sempre que for possível.

Infere-se que a intervenção fonoaudiológica no SUS, mais especificamente na unidade de terapia intensiva (UTI), vem recebendo grande atenção atualmente devido à gravidade das condições clínicas do paciente na UTI suscitar questões sobre o momento apropriado para essa intervenção.

4.4. Conhecendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O conceito de Unidade de Terapia Intensiva foi desenvolvido na década de 1950, em função da necessidade de atendimento a pacientes acometidos por epidemia de poliomielite e que necessitavam de suporte ventilatório mecânico, os antigos “pulmões de aço” (Mazza, 2014, pág. 1). Em outras palavras, o objetivo principal continua sendo manter uma estrutura adequada para promover os cuidados necessários aos pacientes em estado grave, com potencial risco de morte, que são internados na unidade.

Os gestores de UTI têm por desafio instituir e desenvolver o equilíbrio entre a oferta adequada dos recursos a serem utilizados e o seu uso racional.

É importante a integração entre toda a equipe multidisciplinar nas UTIs, com adequada adesão aos protocolos propostos, comprometimento e adequação dos recursos com medidas que propiciem benefícios para o paciente, possibilitando um desfecho adequado e satisfatório para todos, isto é, a equipe multidisciplinar da UTI, os pacientes e seus familiares.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib) esteve presente na organização, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os

requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Apesar dessa resolução, a maioria das UTI ainda não se adaptou a essas novas determinações, que incluem desde a adequação de profissionais qualificados e em número apropriado para a demanda da unidade, até equipamentos que supram a necessidade da unidade e uma estrutura física adequada.

Caracterizando a rotina de uma UTI

A RDC nº 7 trouxe uma grande alteração no modo de atendimento e caracterização nas UTIs. Prioriza-se atualmente (i) a qualidade do atendimento, devendo existir indicadores assistenciais que mostrem onde estamos e forneçam dados que possibilitem a melhora da qualidade assistencial, como também (ii) a busca por mais segurança para o paciente, e (iii) a melhoria gerencial, permitindo melhor utilização de tecnologias e critérios na relação custo-benefício de algum método diagnóstico, terapêutico ou tecnológico utilizado. Portanto, é de grande importância a atualização constante das lideranças da unidade multiprofissional.

Na nossa prática é imprescindível a visita multiprofissional, que deve ocorrer com certa regularidade. Também se recomenda a utilização de um check-list para todos os pacientes, com a finalidade de avaliar e discutir os critérios seguintes:

- Dieta: adequação quanto à quantidade e qualidade de alimento, bem como se será por via oral ou por via alternativa de alimentação e, daí, a necessidade da avaliação fonoaudiológica para se verificar a segurança alimentar do paciente e o potencial risco de broncoaspiração;
- sedação e analgesia: avaliar a possibilidade de interrupção da sedação dos pacientes e da adequação da droga e da dose utilizadas;
- profilaxia de eventos trombolíticos: discussão da necessidade e modo de profilaxia utilizado, baseando-se no quadro clínico apresentado pelo paciente;
- profilaxia para lesão de estresse: discussão da necessidade de se utilizar profilaxia medicamentosa;

- posicionamento da cabeceira do leito: cabeceira entre 30° e 45° quando for possível, se não houver contraindicação, como profilaxia para se evitar a pneumonia associada à ventilação mecânica;
- controle glicêmico: ajuste e monitoramento do controle glicêmico, utilizando medicações hipoglicemiantes, caso necessário.

Todas as condutas e propostas terapêuticas devem ser registradas no prontuário do paciente. A adesão aos protocolos assistenciais propostos e sua adequação na unidade fazem parte da rotina de todos os profissionais da equipe, cujos objetivos são uma melhor qualidade assistencial e a redução dos custos referentes à internação.

Em 24 de fevereiro de 2010, a ANVISA publicou a Instrução Normativa (IN) nº 4, na qual estabelece indicadores obrigatórios em todas as UTI. São eles:

- Taxa de mortalidade absoluta e estimada
- Tempo de permanência na UTI
- Taxa de reinternação em 24 h
- Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)
- Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (IPCS) relacionada ao acesso vascular
- Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)
- Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) relacionado ao cateter vesical.

5. A FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

É a área da fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas que a patologia-base possa deixar. A intervenção fonoaudiológica inicia-se tão logo os sinais vitais do paciente estejam restabelecidos pela equipe médica que o assiste, sendo realizada sem horário estipulado e com maior frequência possível.

6. INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HDBDF)

Em 1957, com a criação da Nova Capital, foi planejado, organicamente, o sistema de saúde de Brasília. A assistência médica seria inicialmente oferecida por um Hospital de Base, Hospitais Distritais, Hospitais Rurais, Unidades Satélites e Colônia Hospitalar. O Hospital Distrital objetivava dispensar assistência de rotina médica, cirúrgica e obstétrica, além de incorporar atividades de emergência, serviços de ambulatório e medicina preventiva. O Hospital Distrital seria o fulcro do sistema, pois nele estariam concentradas todas as especialidades e equipamentos de alta precisão, facilitando, pela concentração de especialistas e respectivos meios, uma assistência de alto padrão.

Com essa visão, inaugura-se, em 12 de setembro de 1960, o Primeiro Hospital Distrital de Brasília - HDB.

Com o excelente serviço prestado, tornou-se centro de referência para as Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, quer em atendimento médico, quer em ensino. Recebeu, nesse mesmo ano, sua primeira turma de médicos residentes oriundos de vários estados do Brasil.

Em 1976, o HDB assume o papel de Hospital de Base previsto no plano original, fruto do atendimento especializado e de qualidade que prestava à população, passando a denominar-se Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF. Em 1978, implanta-se a proposta de hierarquização da atenção à saúde, em vigor até hoje. O HBDF passa a atender patologias de alta complexidade (Terciárias); os Hospitais, agora Regionais e não mais Rurais, patologias de média complexidade (Secundárias), e os Centros de Saúde, criados a partir dessa proposta, seriam responsáveis pela atenção primária.

Hoje, o HBDF atende toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade. Recebe anualmente egressos de cursos de medicina pleiteando vagas nos Programas de Residência Médica, bem como estudantes solicitando campo de estágio para internato médico. Atende, como campo de estágio, a vários convênios da Secretaria de Saúde com Instituições de Ensino Superior e Médio, recebendo em suas dependências

estudantes de cursos de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, odontologia e psicologia.

6.1. Criação do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

Em 12 de janeiro de 2018, teve início, de fato, o Instituto Hospital de Base, fruto de um projeto ousado, com a intenção de ser uma alternativa de gestão sustentável ao Sistema Único de Saúde. Nasceu como Serviço Social Autônomo na maior unidade hospitalar do Distrito Federal.

O Instituto Hospital de Base - IHB é uma unidade de referência voltada principalmente para o atendimento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar. Tem a missão de “prestar serviço de alta complexidade em saúde aos usuários do SUS aliado à produção e aplicação de conhecimentos, por meio de uma gestão ágil, efetiva e sustentável”.

É composto de 499 leitos de internação; 68 leitos de unidade de tratamento intensivo; 95 leitos de observação no pronto-socorro; 115 consultórios ambulatoriais; e 3.403 colaboradores.

Em 24 de janeiro de 2019, o governador do Distrito Federal enviou à Câmara Legislativa do DF o projeto de lei nº 1/2019, votado e aprovado em 24 de janeiro de 2019, para contemplar mais estruturas naquela unidade.

O texto, sancionado na Lei nº 6.270, de 30 de janeiro de 2019, ampliou o modelo IHB para o Hospital Regional de Santa Maria e para as seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do DF. Assim, o modelo passou a ser chamado Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (Iges DF) que passou a ter um organograma específico. (ANEXO 04 – ORGANOGAMA IGES DF).

UTI Trauma:

Apresenta 21 leitos cuja especialidade refere-se, basicamente, a atendimentos a pacientes politraumatizados adultos ou pós-cirúrgicos de neurocirurgia (craniectomia descompressiva, clipagem de aneurisma, sequelados de Perfuração de Arma de Fogo - PAF, Perfuração de Arma Branca – PAB etc.).

A importância da UTI Trauma nesse contexto:

O Brasil aparece em quinto lugar entre os países recordistas em mortes no trânsito, atrás da Índia, China, EUA e Rússia. Segundo o Ministério da Saúde, em 2019, foram registrados quase 39.000 mortes no trânsito e 400 mil pessoas com algum tipo de sequela. Com isso, cerca de 60% dos leitos hospitalares do SUS são preenchidos por acidentados, resultando em custos anuais estimados em R\$ 52 bilhões.

Segundo a Polícia Rodoviária Federal (PRF), entre as principais causas dos acidentes com mortes ocorridos em 2016 estão: falta de atenção (30,8% dos óbitos registrados); velocidade incompatível (21,9%); ingestão de álcool (15,6%); desobediência à sinalização (10%); ultrapassagens indevidas (9,3%); e sono (6,7%).

As colisões frontais responderam por 29% das vítimas mortas no ano de 2015, seguidas pelos atropelamentos de pedestres (18,2%). Condutores ou passageiros de motocicletas foram 17,8% dos mortos; ciclistas, 4,1%.

A cada quatro mortes, três ocorreram em pista seca. Mais de 70%, em retas. Mais da metade foram registradas à noite (53,8%), em trechos de pista simples (61,7%) e em regiões rurais (68,9%).

Os jovens de 20 a 24 anos são a faixa etária mais atingida, somando 14,2% dos mortos. Idosos acima de 60 anos, 12,3%. Os homens representaram 79,3% das vítimas que perderam a vida.

Ao longo de todo o ano de 2016, a PRF flagrou, apenas no Paraná, 3.567 motoristas dirigindo sob efeito de bebidas alcoólicas; 22,8 mil manobras irregulares de ultrapassagem; e mais de 235 mil veículos trafegando acima da velocidade máxima permitida.

Esses dados reforçam mais ainda a importância do HBDF nesse contexto de prestação de serviços à população na especialidade de Neurotrauma e Neurocirurgia, havendo um destaque maior para os atendimentos realizados na UTI Trauma, local do nosso trabalho e desenvolvimento da presente pesquisa de mestrado.

7. A INSERÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO HBDF

Na década de 1970 existiam dois fonoaudiólogos no HBDF contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na área de audiologia. Na década de 1980 aconteceu o primeiro concurso de fonoaudiólogos da Secretaria de Estado de Saúde – SES, sendo contratados três fonoaudiólogos também para a área de audiologia. Na década de 1990 havia dois fonoaudiólogos em audiologia e em 1999 houve a criação do ambulatório de voz.

Em 2006 havia dois fonoaudiólogos em audiologia e um no setor de cirurgia de cabeça e pescoço. Em 2013 foram nomeados dez fonoaudiólogos para realizar atendimentos na área de disfagia em praticamente todos os setores do HBDF (enfermarias, Postos de Saúde - PS e UTI), com exceção do ambulatório. Mais tarde, chegaram dois fonoaudiólogos, vindos de outras regionais, submetidos ao concurso de remoção, para se juntar à equipe no atendimento aos casos de disfagia. Em 2015 chegaram mais cinco fonoaudiólogas para reforçar a equipe, porém quatro dessas profissionais saíram do atendimento no HBDF, sendo duas por solicitação de exoneração e duas por solicitação de remoção.

Atualmente a equipe é composta de vinte e uma fonoaudiólogas distribuídas da seguinte maneira: seis nas UTIs, três no PS, duas na enfermaria do 3º andar (Neurocirurgia), uma no 7º andar (Pediatria), uma fonoaudióloga no 8º andar (Neurologia) e as demais realizam o atendimento matricial nas enfermarias.

7.1. Entendendo a Disfagia

O primeiro aspecto que surge ao se abordar o assunto disfagia é a pneumonia aspirativa, uma complicação grave da disfagia, podendo levar o paciente a óbito em poucos dias. Contudo a desnutrição e a desidratação são aspectos relevantes ao se estudar a disfagia, merecendo, assim, um estudo mais aprofundado.

Conceituar disfagia é sempre um grande desafio. Trata-se de qualquer dificuldade de deglutição, decorrente de processo agudo ou progressivo, que prejudica o transporte do alimento da boca ao estômago, ocasionando desidratação, desnutrição e/ou pneumonia aspirativa, podendo, em muitos casos, levar ao isolamento social e até ao óbito do paciente.

O ato de se alimentar é inerente ao ser humano, fazendo parte da rotina de qualquer pessoa. A alimentação é um processo vital que garante o aporte nutricional do indivíduo, lembrando que os grandes momentos de uma vida, as grandes comemorações, são regadas geralmente a comida e bebida. Com isso, o ato de se alimentar tem aspecto social de confraternização muito relevante.

Considerando os aspectos acima, como fica o indivíduo que por um ou outro motivo encontra-se impedido ou impossibilitado de fazer algo que aparentemente é simples e que todo mundo consegue fazer? Como fica emocionalmente essa pessoa que não consegue se alimentar por via oral, como os demais? Geralmente surgem vários questionamentos: será que é castigo? Por que logo comigo? O que fiz de errado, para merecer isto? Quando vou voltar a me alimentar? Essas e outras tantas indagações estão presentes na mente das pessoas com dificuldade de deglutição, e também, eventualmente, dos seus familiares.

Refletindo que uma pessoa com disfagia pode entrar, e muitas vezes entra, num processo depressivo crônico, uma vez que o fato de estar com dificuldades de deglutir ou até mesmo impossibilitada de se alimentar por via oral tem um caráter social excludente, pois, como mencionado, comer também é um momento de prazer, de bem-estar e convívio social.

Ao longo de anos estudando e trabalhando com pacientes disfágicos em domicílio, clínica particular, home care, hospital, enfermarias e atualmente em UTI, surgiram diversos questionamentos: como é para um familiar viver com um paciente disfágico? Como o cuidador/familiar interage com a equipe multiprofissional? Segundo algumas pesquisas, a desnutrição calórica causaria a atrofia dos músculos da deglutição, reduzindo a força máxima muscular envolvida no processo de deglutição (Souza et al 2003).

Considerando que na deglutição ocorre o estabelecimento vitalício para o ser humano de quatro importantes vínculos: nutrição, comunicação, afetividade e prazer, os seus distúrbios podem trazer consequências além da desnutrição e da possibilidade de aspiração traqueal.

A causa da disfagia e suas consequências são tão complexas e heterogêneas que, para seu entendimento e tratamento, é imprescindível a integração de equipes multidisciplinares, tanto entre as próprias especialidades como entre os laboratórios de pesquisa.

A disfagia pode ser resultado de uma anormalidade anatômica ou funcional (neuromuscular) em qualquer estrutura e fase do processo de deglutição, como oral, faríngea ou esofagiana. Quando a alteração da deglutição é causada por doença neurológica, trauma ou doenças musculares ela é denominada “disfagia neurogênica”. Na “disfagia mecânica”, o controle neurológico central e os nervos periféricos estão intactos, porém as estruturas anatômicas estão alteradas. Quando as alterações dizem respeito às fases oral e/ou faríngea da deglutição, a disfagia é denominada orofaríngea ou alta. Do mesmo modo, existindo alterações na fase esofagiana da deglutição, a disfagia é denominada esofagiana.

7.2 Entendendo o Protocolo de Decanulação

A deglutição pode ser prejudicada devido a processos mecânicos que dificultam a passagem do bolo alimentar, falta de secreção salivar, fraqueza das estruturas musculares responsáveis pela propulsão do bolo, ou devido a uma disfunção nos nervos que coordenam e controlam a deglutição.

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que consiste numa abertura realizada na traqueia para o meio externo, com o objetivo de contornar um obstáculo mecânico das vias áreas superiores, reduzindo a resistência respiratória, favorecendo a ventilação pulmonar através dessa via e facilitando a eliminação de secreções traqueobrônquicas em excesso (Godwin, 1991).

Nesse sentido, a traqueostomia pode ser necessária devido a um grande número de razões e estar associada a procedimentos médicos e cirúrgicos, como a insuficiência respiratória, a necessidade de ventilação mecânica, o auxílio no gerenciamento com secreções e higiene pulmonar, a obstrução de via aérea e a dificuldade de deglutição. Na literatura há discussões sobre a relação entre a cânula de traqueostomia e a eficiência da deglutição (César, 2007; Godwin, 1991; Rocha, 1999; Shaker, 1995; Goldsmith, 2000; Terk, 2007).

A utilização da cânula de traqueostomia traz impactos importantes em uma série de mecanismos que estão envolvidos na respiração, deglutição, fala, tosse e olfato. Além do mais, as complicações surgidas em virtude do procedimento de traqueostomia e uso da cânula precisam ser analisadas, pois, cada vez mais, esse procedimento tem sido executado em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), impactando de forma significativa na qualidade de vida desses pacientes.

As complicações relacionadas à traqueostomia são: mudanças na fisiologia da deglutição, ocasionando redução da elevação e anteriorização da laringe; perda de reflexos laríngeos de proteção com a incoordenação e redução do tempo de fechamento glótico; ausência de coordenação para fechamento laríngeo; diminuição da frequência dos reflexos de deglutição e tosse; redução da sensibilidade da faringe e da laringe; atrofia da musculatura laríngea; compressão do esôfago pelo cuff e diminuição da pressão subglótica (César, 2007; Godwin, 1991; Rocha, 1999; Shaker, 1995; Goldsmith, 2000; Terk, 2007).

Existem ainda outras complicações relacionadas ao comprometimento da comunicação oral e ao risco maior de desenvolvimento de patologias laringofaríngeas, tais como, estenose laríngea, traqueomalacia, desenvolvimento de tecido granuloso e comprometimento nas pregas vocais (Godwin, 1991).

Numa cânula de traqueostomia, o cuff insuflado pode ser usado para evitar aspiração de secreções, alimento e suco gástrico. Também tem a função de bloquear o fluxo aéreo respiratório através da laringe, impedindo a fonação e limpeza da via aérea, e também ocasiona a dessensibilização da laringe. Vale dizer que o cuff insuflado não é absolutamente protetor da via aérea, portanto, as secreções acumuladas sobre ele podem escorrer para os pulmões (microaspirações), resultando em infecções pulmonares (broncoaspiração).

A indicação de traqueostomia acontece frequentemente após período prolongado de ventilação mecânica ou falha de extubação e tem sido descrita como fator desencadeador de distúrbios da deglutição (disfagia) (Godwin, 1991; Rocha, 1999; Shaker, 1995; Goldsmith, 2000; Terk, 2007). Dessa forma, independentemente da causa da necessidade da traqueostomia, é consenso na literatura que a função de deglutição em pacientes internados nas UTI deverá ser estudada.

Descrevendo claramente o que é decanulação, tem-se que é a retirada da traqueostomia e a realização do curativo oclusivo do estoma. Diz-se que o paciente se encontra no desmame da traqueostomia no momento em que se inicia o desinsuflar do cuff, em alguns casos passando pela troca da cânula plástica pela metálica até a retirada da traqueostomia e a realização do curativo oclusivo do estoma (decanulação). Importa salientar que a decisão de quando se iniciar o desmame da traqueostomia é resultado de um trabalho de equipe, com o objetivo de minimizar os fatores de insucesso.

Para Hausbergue et al (2016), o desmame da traqueostomia é uma das etapas críticas da assistência multiprofissional no ambiente hospitalar e requer a integração de vários parâmetros e critérios para que tal procedimento ocorra de maneira eficaz e segura para o paciente.

Nos pacientes traqueostomizados a questão central na evolução da decanulação é saber determinar quais pacientes são elegíveis para se iniciar o processo de retirada da cânula e quando esses pacientes estão realmente aptos a retirá-la. Dessa maneira, torna-se necessária a elaboração de estratégias objetivas que norteiem o processo de decanulação segura e eficiente, sendo tais estratégias

imprescindíveis em serviços de saúde comprometidos com o manejo adequado dos indivíduos (Santana, 2014; César, 2007; Godwin, 1991).

Com isso, os protocolos surgem como formas alternativas importantes para facilitar a organização do serviço e uniformizar as estratégias a serem adotadas pela equipe multidisciplinar, principalmente pelos profissionais diretamente envolvidos no processo, com o intuito de aumentar o sucesso de decanulação, diminuir o tempo de internação hospitalar, reduzir as complicações secundárias à decanulação e, finalmente, reduzir os gastos hospitalares.

O desmame da traqueostomia é uma das etapas críticas da assistência multiprofissional no ambiente hospitalar, segundo Hausberger et al (2016), requerendo a integração de vários parâmetros e critérios para que esse procedimento aconteça de maneira eficaz e segura para o paciente.

A decanulação é uma prática empírica, uma vez que ainda não se conhece um protocolo baseado em evidência sobre essa técnica e cada local desenvolve um protocolo, de acordo com a sua rotina. Por se tratar de um processo complexo, o sucesso na decanulação depende de vários fatores e do empenho de toda a equipe multidisciplinar.

Os resultados mostram que o protocolo do processo de decanulação deve ser pautado pelo atendimento de critérios específicos para a retirada da cânula, permitindo uma abordagem detalhada e segura, de forma integrada. Os resultados também demonstram que o protocolo de decanulação aprimora a prestação de uma assistência de qualidade (Hausberger et al 2016).

Existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação e, portanto, a validação do protocolo utilizado no IHBDF e, sobretudo, a análise da implantação desse protocolo de decanulação na UTI visam contribuir para se conhecer a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional diante da atuação fonoaudiológica a beira do leito na UTI.

De acordo com o novo protocolo de Broncoaspiração do Programa Brasileiro para a segurança do Paciente (César, Felipe, 2017), a broncoaspiração é a maior causa de morte por infecções associadas à assistência à saúde, ficando o cenário mais preocupante se forem considerados outros fatores, como o envelhecimento da população, o tempo de internação hospitalar e as comorbidades.

Pacientes com pneumonia por broncoaspiração necessitam de maior cuidado devido à sua fragilidade e pior desfecho clínico, quando comparados com pacientes que apresentam pneumonia não associada à aspiração (César, Felipe, 2017).

Nesta contextualização será detalhado o protocolo de decanulação utilizado na UTI (ANEXO 05 - FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE DECANULAÇÃO). Este estudo pretende refletir sobre a prática do fonoaudiólogo numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI), haja vista o atendimento acontecer com pacientes críticos e instáveis, que necessitam de cuidados intensivos e protocolos de segurança cujo objetivo é prevenir os agravos de qualquer condição.

É necessário ressaltar que existe uma lacuna na literatura quanto à validação de protocolo de desmame da traqueostomia e o fato de o protocolo estar validado no IHBDF (PRT.DAS.021 20/06/2016) facilita muito o processo de decanulação dos pacientes, uma vez que oferece maior nível de segurança para a equipe, favorecendo a identificação e o reconhecimento do respectivo papel de cada profissional nesse processo.

Por se tratar de pacientes muitas vezes acometidos por disfagias orofaríngeas ou sob risco de alteração de deglutição, a publicação de pesquisas nessas áreas tem demonstrado que a disfagia é fator de risco para o agravamento do caso, levando a complicações extremamente graves, como a desidratação, a desnutrição e a pneumonia aspirativa ou broncoaspiração.

A deglutição é resultado da dinâmica e complexa atividade neuromuscular em que estão envolvidas estruturas ósseas, musculares e cartilaginosas do trato digestivo e respiratório, que atuam de forma organizada e sincronizada (Santana, 2014).

Inicia-se pela estimulação química e mecânica de um grande número de estruturas na cavidade oral e faríngea, controlada pelo Sistema Nervoso Central (SNC), cuja função principal é transportar o alimento da boca para o estômago, evitando a entrada de substâncias na via aérea, garantindo assim o suporte nutricional e de hidratação do indivíduo (Godwin, 1991; Rocha, 1999).

O processo de deglutição pode ser interrompido por um número de variáveis mecânicas e funcionais, incluindo a presença de traqueostomia (TQT).

A traqueostomia modifica a biodinâmica da deglutição, alterando a anatomia e fisiologia do sistema respiratório, repercutindo na proteção das vias aéreas, na produção vocal e também no sistema digestivo (Santana, 2014).

Os critérios de avaliação clínica fonoaudiológica são essenciais, uma vez que garantem um adequado gerenciamento e uma abordagem segura dos pacientes traqueostomizados. É importante considerar aspectos cognitivos, comportamentais, linguísticos, respiratórios, fonatórios e da motricidade orofacial (Santana, 2014).

A intubação orotraquial e a ventilação mecânica prolongada, como também o tipo de cânula e o uso do cuff, potencializam a disfunção da deglutição e as alterações na produção vocal.

Nos casos dos pacientes da UTI que estão em uso de cuff insuflado, é fundamental o trabalho interdisciplinar, como os realizados no IHBDF com as visitas multiprofissionais diárias, em que são avaliados os riscos e benefícios em desinsuflar o cuff para favorecer a sensibilização e a posterior reintegração das funções respiratórias e de deglutição.

Da mesma forma, com o cuff desinsuflado é possível verificar a possibilidade de adaptação de válvula de fala para facilitar o processo de deglutição, respiração e fonação mais próximas à fisiologia, com o objetivo de evolução no processo de decanulação e reabilitação da deglutição.

Vale salientar que todos os profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes traqueostomizados precisam estar atentos a alguns sinais para complicações, tais como, resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na aparência e coloração da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de alerta e de consciência e mudança brusca da imagem radiológica.

Quanto ao papel do fonoaudiólogo, este deverá observar e analisar cada fase da deglutição, podendo utilizar, caso necessário, o Blue Dye Test, também conhecido como o teste do corante azul, e exames objetivos complementares à avaliação clínica. Esses exames objetivos são a Videoendoscopia da Deglutição (VED) e a Videofluoroscopia da Deglutição (VFD).

Ressalta-se ainda que o uso da válvula de fala é muito importante, proporcionando benefícios no funcionamento da deglutição, comunicação oral e desmame da ventilação mecânica.

Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia, em seu Parecer nº 39, de 18 de fevereiro de 2016, o uso da válvula de fala e deglutição, como recurso terapêutico, está relacionado ao tratamento de clientes traqueostomizados, com e sem ventilação mecânica, elegíveis pela equipe de saúde, constituindo-se como elemento importante no trabalho em disfagia, voz, fala e linguagem, seguindo normas e cuidados de biossegurança.

O processo de decanulação é realizado pela equipe multidisciplinar composta por médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e enfermeiro, mediante um planejamento multiterapêutico e acompanhamento diário do paciente.

A sequência do protocolo apresenta variação de acordo com o tipo de cânula, plástica ou metálica. No caso do protocolo utilizado no IHBDF, é iniciado com pacientes portadores de cânula de traqueostomia (TQT) plástica.

O paciente se torna elegível a participar do protocolo de decanulação utilizado no IHBDF quando preenche alguns critérios: estabilidade hemodinâmica, ausência de intervenções que necessitem de ventilação mecânica, saturação periférica de oxigênio estável há mais de 24 horas, equilíbrio acidobásico, ausência de delirium ou perturbação psiquiátrica, ausência de infecção ativa (sem febre há mais de 48 horas e leucograma em ascensão), ausência de secreções respiratórias abundantes e purulentas, presença de reflexo de tosse.

Preenchidos esses critérios, o cuff da TQT é desinsuflado, caso o paciente tolere essa ação. A seguir, o fonoaudiólogo avalia o paciente e a função de deglutição e, posteriormente, explica e realiza o Blue Dye Test (teste do corante azul), colocando 0.3 ml de corante na boca do paciente, e solicita a ele que degluta. Aguardam-se 24 horas pelo resultado. Se for positivo para a broncoaspiração de saliva (saída de secreção corada/ azul pela TQT), o cuff é insuflado novamente e reavalia-se o paciente no período de 24 horas. Insere-se o paciente na terapia fonoaudiológica e, posteriormente, é realizado o teste novamente.

Se o resultado do Blue Dye Test for negativo para a broncoaspiração de saliva (não há saída de secreção corada/azul pela TQT) e o paciente não apresentar

secreção abundante, nem desconforto respiratório, e tiver capacidade de proteger vias aéreas, ou seja, deglutição e tosse eficazes, a TQT é ocluída pelo fisioterapeuta. Aguarda-se o prazo de 24 horas e após esse período o paciente é decanulado pelo enfermeiro ou médico, que realiza o curativo oclusivo.

Contudo, se o paciente não tolerar a oclusão, é realizada a troca da TQT plástica por uma metálica de dois diâmetros inferiores, pelo enfermeiro ou médico, e posteriormente tenta-se a oclusão da TQT. Novamente, aguardam-se 24 horas e, após esse período, o paciente é decanulado.

Caso o paciente não suporte a oclusão também com a TQT metálica, é comunicada ao médico a impossibilidade do seguimento do desmame e sugere-se a avaliação broncoscópica. Por meio dessa avaliação verifica-se a possibilidade de cânula permanente e, quando esta não se mostrar necessária, o paciente deve permanecer em acompanhamento ambulatorial para possível retirada da TQT.

Quando o desmame da TQT é iniciado com o paciente portando cânula metálica, o processo é semelhante ao da cânula plástica. Porém, não há troca do dispositivo e, caso a oclusão não seja possível, o paciente é encaminhado para a avaliação broncoscópica.

O sucesso da decanulação se dá após o período de 24 horas de retirada da cânula, em que o paciente apresenta bom padrão respiratório, valores adequados de SpO₂ (saturação) e tosse e deglutição eficazes. É indicado que o paciente permaneça internado durante esse período para evitar possíveis complicações.

A primeira e única versão do protocolo de decanulação utilizado no IHBDF data de 20/06/2016, com documento nº PRT.DAS.021, conforme o passo a passo descrito acima. Busca-se conhecer a percepção da equipe multiprofissional em relação ao impacto da utilização desse protocolo nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma e, também, a visão da equipe multidisciplinar quanto às mudanças no processo de trabalho, conforme consta dos instrumentos de coleta – roteiro de entrevista autoaplicáveis.

8. MÉTODO

Utilizou-se o método qualitativo com os instrumentos de pesquisa roteiros de entrevistas autoplicáveis com os profissionais que atuaram na equipe da UTI Trauma no período de 2013 a 2017, sendo escolhido esse instrumento pela prática e funcionalidade que o ambiente de UTI Trauma exige, uma vez que a complexidade e a dinâmica dos atendimentos necessitavam de uma coleta funcional.

Na análise dos dados coletados foi utilizada a epistemologia do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), cuja especificidade trata especificamente da tarefa de reconstruir Representações Sociais sob a forma de depoimentos coletivos.

Segundo Lefrève e Lefrève (2014), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método de resgate da Representação Social (RS) caracterizado pelo fato de buscar reconstituir tais representações preservando-se a sua dimensão individual articulada com a dimensão coletiva.

A Representação Social (RS) é definida como conhecimento do senso comum, presente em uma opinião, posicionamento, manifestação ou postura de um indivíduo em sua vida cotidiana, sendo possível se agrupar e reconstruir, em grandes categorias de sentido, depoimentos e outras manifestações de pensamentos individuais.

Essas categorias de sentidos podem ser definidas como esquemas sócio-cognitivos, isto é, modos socialmente compartilhados de conhecer, ou representar e interagir com o mundo e com a vida cotidiana, presentes nos atores sociais de uma formação social, e que revelam consciência possível de tais atores em determinado momento histórico.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) resgata e apresenta as Representações Sociais (RS) obtidas de pesquisas empíricas. Assim, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas.

No DSC a cada categoria estão associados os conteúdos das opiniões de sentido semelhante presentes em diferentes depoimentos, formando com tais

conteúdos um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se se tratasse de uma comunidade falando na pessoa de um indivíduo.

Com isso, este indivíduo/coletivo é um sujeito falando/falado porque carrega conteúdos das Representações Sociais que pessoalmente (falando) adota uma prática discursiva e também os conteúdos (falados) dos “outros”, isto é, das representações semanticamente equivalentes, disponíveis na sociedade e na cultura e adotadas por seus “colegas de representação”.

Para Lefèvre e Lefèvre (2014), outro aspecto importante a se destacar é que na produção do DSC, as Representações Sociais sob a forma de depoimentos coletivos veiculam histórias coletivas a respeito de um dado tema ou problema pesquisado.

Essas histórias coletivas, segundo os autores Lefèvre e Lefèvre (2014), refletem códigos narrados socialmente compartilhados, sendo possível com tais conteúdos de diferentes depoimentos construir, na primeira pessoa do singular, uma narrativa verossímil, ou seja, uma história aceitável para um indivíduo culturalmente equivalente aos pesquisados.

Em outras palavras, os DSCs são opiniões individuais que, ao passarem pelo crivo de análise do pesquisador – que exige o uso das operações de abstração e conceituação – são transformadas em produtos cientificamente tratados, preservando-se as características espontâneas e reconhecíveis, como tal, da fala cotidiana.

O produto final de uma pesquisa com o DSC (um painel de depoimentos coletivos) é um constructo, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico.

Conhecer as Representações Sociais é um ato de atribuição de sentido. Assim, é necessário descrevê-las, ou seja, reconstruí-las, o que é muito mais do que, simplesmente, o pesquisador constatar ou descrever sua presença. Essa reconstrução é uma tarefa especializada que supõe uma série de ações, opções e decisões envolvendo o tema pesquisado, o recorte efetuado no tema, a seleção de perguntas ou estímulos indutores e todas as tarefas relativas ao processamento da “matéria-prima” (na nossa pesquisa, o depoimento individual) da qual resultará como produto final – o depoimento de uma dada coletividade.

8.1. Tipo de pesquisa

Os autores Creswell e Plano Clark (2011) destacam que na pesquisa qualitativa a intenção é explorar o conjunto complexo de fatores que envolvem o fenômeno central e apresentar as perspectivas ou os significados variados dos participantes.

Segundo Minayo (2012), a matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de substantivos: experiência, vivência, senso comum e ação. O movimento se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

Utilizado historicamente por Heidegger, o termo experiência significa o que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. Em outras palavras, o sentido da experiência é a compreensão – o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. A experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem.

Por outro lado, a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação, num movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Assim, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história.

Toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. O senso comum pode ser definido como um corpo de experiências e das vivências que orientam o ser humano, suas várias ações e situações de sua vida, se constituindo de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir. Por sua vez, o senso comum se expressa na linguagem, nas atitudes e nas condutas, sendo a base do entendimento humano. O senso comum é o chão dos estudos qualitativos. A ação (humana e social) está vinculada à noção de liberdade para agir e transformar o mundo que, para Heidegger, não constitui um lugar e sim um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico.

Para Minayo (2012), o verbo principal da análise qualitativa é **compreender**, ou seja, exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro, levando em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Minayo também ressalta que é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que a pessoa se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, como a dos pesquisadores. Ao buscar compreender é necessário exercitar o entendimento das contradições, isto é, o ser que compreende o faz na ação e na linguagem e ambas têm como caráter ser conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e toda a compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, de apropriação do que se compreende.

Para Minayo e Sanches (1993), não há contradição e nem continuidade entre os métodos quantitativos e qualitativos, mas pode-se falar em complementariedade, uma vez que a pesquisa quantitativa atua em níveis da realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos: “níveis ecológicos e morfológicos” na linguagem de Gurvitch (1995), trazendo à luz dados, indicadores e tendências observáveis, indicadas para abarcar grandes conglomerados de dados e de conjuntos demográficos (classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis do ponto de vista social).

A pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões com o objetivo de aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

Assim, para Minayo (1993), o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa.

Vale dizer que a pergunta “como seria o processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.” não foi realizada com a equipe médica devido ao fato de que o roteiro de entrevista autoaplicável ficaria mais extenso para a equipe responder, sendo sugerido pelo CEP (Comitê de Ética

em Pesquisa) do IHBDF que os roteiros de entrevista da equipe médica fossem menores, em face da escassez de tempo daquela equipe específica.

8.2. Cenário de pesquisa

A pesquisa aconteceu no Instituto Hospital de Base do DF (IHBDF), mais especificamente na UTI Trauma.

O IHBDF é considerado uma unidade de referência voltada principalmente para o atendimento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, tendo a missão de “prestar serviço de alta complexidade em saúde aos usuários do SUS aliado à produção e aplicação de conhecimentos”.

A UTI Trauma apresenta 21 leitos cuja especialidade refere-se basicamente a atendimentos a pacientes politraumatizados adultos ou pós-cirúrgicos de neurocirurgia (craniectomia descompressiva, clipagem de aneurisma, sequelados de Perfuração de Arma de Fogo - PAF, Perfuração de Arma Branca – PAB etc.).

O protocolo de decanulação utilizado no IHBDF foi resultado de uma pesquisa realizada por uma residente de fisioterapia em conjunto com a equipe de fonoaudiologia, para facilitar a organização do serviço e uniformizar as estratégias que devem ser adotadas pela equipe multidisciplinar, principalmente pelos profissionais diretamente envolvidos no processo. Buscou-se com essa pesquisa aumentar o sucesso de decanulação, diminuir o tempo de internação hospitalar, reduzir as complicações secundárias à decanulação e, finalmente, reduzir os gastos hospitalares.

A primeira e única versão do protocolo de decanulação utilizado no IHBDF aconteceu em 20/06/2016, sob documento nº PRT. DAS.021.

8.3. Participantes da pesquisa

Os participantes foram os membros da equipe multiprofissional da UTI Trauma e a pesquisa buscou conhecer a percepção deles acerca das mudanças no

processo de trabalho da referida equipe na UTI referência em Trauma do DF, após a implantação/consolidação do protocolo de decanulação.

Os participantes da pesquisa foram no total de 15 profissionais da equipe multiprofissional da UTI referência em Trauma do DF, entre eles médicos (2), enfermeiros (3), técnicos de enfermagem (2), nutricionistas (3), fisioterapeutas (4) e psicólogo (1) que atuavam naquela UTI no período de 2013 até 2017.

Os critérios de inclusão foram os profissionais que atuavam na UTI Trauma desde 2013 até 2017.

Os critérios de exclusão foram os profissionais que saíram da UTI no referido período (2013 até 2017), os residentes e os fonoaudiólogos, pois o objetivo da pesquisa era avaliar a importância do papel do fonoaudiólogo na visão dos outros profissionais da equipe multiprofissional.

Na coleta dos dados qualitativos (roteiros autoaplicáveis com profissionais da equipe multiprofissional) foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

8.4. A coleta das informações

8.4.1. Caminhos percorridos

Na coleta de informações qualitativas (roteiros de entrevistados autoaplicáveis com profissionais da equipe multiprofissional) não se teve acesso a pacientes, mas foi utilizado o TCLE.

Os roteiros de entrevistas autoaplicáveis puderam ser respondidos tanto no ambiente de trabalho quanto na residência do entrevistado, de acordo com a sua disponibilidade (APÊNDICES 02 a 06). Foram distribuídos aos profissionais pela pesquisadora no fim de janeiro/2019 e recolhidos em março/2019.

Posteriormente à coleta dos dados sobre o serviço de fonoaudiologia no IHBDF para se conhecer as mudanças no processo de trabalho da equipe multidisciplinar na UTI Trauma após a implantação e consolidação do protocolo de

decanulação, chegou-se aos seguintes achados, descritos no quadro 1- Súmula das principais ideias dos entrevistados diante das questões (DSC) (APÊNDICE 07).

8.4.2. Instrumento de coleta

Foi utilizado como instrumento de coleta de informações um roteiro de entrevistas autoaplicáveis, elaborado pelas pesquisadoras conforme exemplo abaixo (APÊNDICE 02 a 06).

8.5. Organização e análise das informações

Após a coleta dos dados foram selecionadas as categorias que mais chamaram a atenção para a construção do **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**. Duas perguntas dos questionários autoaplicáveis do grupo de nutricionistas foram desconsideradas, uma vez que não acrescentaram dados relevantes para a pesquisa em foco. As perguntas desconsideradas foram as de números 4 e 5, a seguir descritas: 4) Houve diminuição quanto à utilização da NPT (nutrição parenteral) e da dieta por SNE após a implementação do serviço de fonoaudiologia na UTI? 5) Em sua prática diária, como seria o processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique. (APÊNDICE 02)

Após a coleta das respostas das entrevistas passou-se à análise individual de cada depoimento, captando-se dele seu conteúdo essencial. Assim, foram selecionados os estratos mais significativos do texto, tendo por base a pergunta formulada. Esta é a figura metodológica da técnica denominada Expressões Chaves (EC).

Essas Expressões Chaves (EC) são os pedaços do texto mais significativos, considerando-se sempre como parâmetro o problema proposto pela pergunta, evitando-se repetições e os temas colaterais, de modo que seja extraído o essencial do conteúdo do texto.

Para Lefrève (2017), uma vez selecionadas as EC de cada depoimento, é preciso verificar se o depoente apresenta um posicionamento frente ao problema ou mais de um posicionamento.

A próxima etapa é a figura metodológica conhecida como Ideia Central (IC), isto é, uma formulação sintética do pesquisador, uma “etiqueta semântica” que permite identificar outros sentidos atribuídos pelo depoente à questão que lhe foi proposta.

Para Lefèvre (2017), a IC difere da EC, porque, enquanto a IC diz respeito ao(s) sentido(s) do depoimento, a EC diz respeito ao(s) conteúdo(s) dele.

Lefèvre (2017) afirma que há um tipo de Ideia Central que aparece algumas vezes nos depoimentos e que chamamos Ancoragem (AC).

Segundo Lefèvre (2017), o conceito de Ancoragem na Teoria da Representação Social diz respeito ao mecanismo geral em que o sujeito se apoia num conhecimento ou informação preexistente no seu repertório para poder dar sentido a um evento ou situação que a ele se apresenta.

O passo seguinte é a categorização, que consiste na identificação de depoimentos que apresentam Ideias Centrais ou Ancoragens de sentido semelhante.

Assim, as categorias selecionadas foram: 1) Atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma; 2) Contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma; 3) Liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo; 4) Processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo; 5) Quantitativo de fonoaudiólogos necessário para atender à demanda diária da UTI Trauma.

As informações coletadas foram organizadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre.

Para Fernando Lefèvre (2017), a expressão “nossos modos de pensar” significa que, como pessoas comuns, pensamos segundo determinados esquemas ou modelos que compartilhamos com os que vivem em nosso meio social e cultural.

Quando agimos cotidianamente, pensamos, opinamos, julgamos; somos, e, precisamos ser, como nos ensina a sociologia weberiana, o tempo todo, seres pensantes. Por quê? Porque não pensamos apenas enquanto portadores de cérebro, mas também como animais sociais: para nós humanos, pensar é (entre outras coisas) relacionar-se com a sociedade pela via de códigos compartilhados, portanto um ato sociocognitivo (Lefèvre, 2017 página 9).

Para Lefèvre (2017), tomando por base os idiomas ou outras formas de linguagem – diferentes modos de pensar sobre algum tema ou problema, quando

emitimos uma opinião, um julgamento, um argumento, estamos fazendo parte de uma dada tribo de simbolizadores e de uma comunidade de tribos e, portanto, para pesquisar os modos de pensar sobre um tema, precisamos identificar as tribos, quantas são e como são seus pensamentos.

O processo acontece utilizando-se de todo um arsenal de recursos próprios da pesquisa científica e, mais especificamente, daquela ligada ao resgate e à estruturação da dimensão subjetiva da experiência humana, como assinala Minayo (2013).

Trata-se da colocação em cena dos atores sociais pertinentes a cada temática estudada e com as manifestações da subjetividade que deles emanam nas variadas formas em que elas podem apresentar.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi um método criado há 15 anos com o objetivo de viabilizar a tarefa de pesquisar modos sociais de pensar. Foi desenvolvido por Lefèvre na Universidade de São Paulo e tem se mostrado muito eficiente. Ele se baseia em alguns pressupostos como: pensar é um ato sociocognitivo; expressar o pensamento é discorrer. E para que uma pessoa possa discorrer é necessário deixá-la livre para que o faça; discorrer é contar uma história com conteúdo vivido e argumentos que se sustentam; uma sociedade é uma comunidade de tribos de simbolizadores; os conteúdos e argumentos dos pensamentos de uma tribo de simbolizadores podem ser reconstituídos na forma de discursos na primeira pessoa do singular; os membros de uma tribo de simbolizadores acham que seu modo de pensar é uma decisão livre e autônoma e é porque pensam assim que é possível a sujeição do pensamento individual ao coletivo.

8.6. Considerações Éticas

A pesquisa somente foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IHBDF e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde.

Os princípios legais e éticos dessa pesquisa foram contemplados neste estudo por meio da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), sob o nº CAAE: 98167618.2.0000.003, e do IHB, de nº 00060-00322433/2018-37 (ANEXO 01 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e ANEXO 02 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após o quê serão destruídos.

8.7 Limitações do Estudo e Dificuldades Encontradas

Importante dizer que esta pesquisa aconteceu no mesmo local de trabalho da pesquisadora, fato que por um lado facilitou o acesso à coleta dos dados da pesquisa devido à formação de vínculo com a equipe, por estar inserida no serviço. Entretanto, por outro lado, constituiu-se como uma limitação imposta pelo viés de pesquisa.

A necessidade de ser submetida a dois CEP (UnB e IHBDF) ensejou dispensa de maior tempo para obtenção de autorização do início da coleta de dados, reduzindo o tempo para a sua análise, para o registro dos resultados e para a realização das considerações finais.

A avaliação da efetividade do protocolo não foi realizada, uma vez que os objetivos da pesquisa se restringiram à descrição da percepção da equipe multiprofissional em relação à utilização do protocolo nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma e ao conhecimento da visão da equipe multidisciplinar quanto às mudanças no processo de trabalho após a implantação do protocolo de decanulação.

9. RESULTADOS E DISCUSSÕES

9.1 Caracterização dos participantes

Os participantes da pesquisa foram os profissionais que trabalhavam na UTI de um hospital referência em Trauma do DF no período de 2013 a 2017, sendo constituídos de 10 profissionais do sexo feminino e 5 profissionais do sexo masculino. A faixa etária desses profissionais estava entre 31 anos e 60 anos de idade e o tempo de atuação no hospital na UTI referência em Trauma era em média de 5 anos de atuação.

A partir da análise dos dados coletados e da seleção das categorias foi possível se construir o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que segue abaixo:

1) Atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma

Profissional de extrema importância, que agrega valor à equipe multiprofissional que atua na linha de frente, prestando assistência aos pacientes internados em várias situações: reabilitação da disfagia/deglutição, aspectos cognitivos e comunicativos/fala, decanulação, evolução da dieta oral e diminuição da pneumonia associada à broncoaspiração, contribuindo para melhor evolução e prognóstico dos pacientes e segurança dos profissionais de outras especialidades que podem contar com o respaldo da avaliação fonoaudiológica para traçar suas condutas terapêuticas (F1,F3,F4,TE1,TE2,E1,E2,E3,M1,M2,N1,N2,N3,P1, 2019).

Atuação ainda limitada por falta de RH, mas também por insegurança de alguns profissionais. Algumas vezes ficam muito presos a protocolos e recusam atendimento a pacientes que poderiam ser beneficiados (F2, 2019).

Assim, na construção do DSC (F1,F3,F4,TE1,TE2,E1,E2,E3,M1,M2,N1,N2,N3,P1, 2019) e (F2,2019) identifica-se ambiguidade na resposta dessa primeira categoria selecionada. Isso porque, por um lado, o discurso corrobora com a pergunta de pesquisa de que: **a atuação do fonoaudiólogo, por meio da implantação do protocolo de decanulação, melhora as condições de saúde dos pacientes e o processo de trabalho da equipe multiprofissional**, respondendo ao problema inicial levantado.

Por outro lado, também houve no DSC (F2, 2019) a afirmação de que, devido à limitada falta de RH, isto é, os quantitativos de profissionais fonoaudiólogos serem escassos, aliados à insegurança de alguns profissionais, por estarem presos a protocolos, notam-se recusa no atendimento a pacientes que se beneficiariam dos procedimentos fonoaudiológicos.

Esse fato demonstra contradição quanto ao uso de protocolos, mostrando outra vertente, agora como limitador e inibidor de determinados atendimentos a pacientes que poderiam se beneficiar do atendimento fonoaudiológico. Segundo os autores Champagne et al (2011), a análise da implantação consiste em estudar as relações e seu contexto durante a implementação, tendo por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças, fato que se aplica à realidade presente estudada.

Como dito anteriormente, de acordo com Kotter (1995), menos da metade das tentativas de instauração de mudanças não são adequadas ou não produzem os resultados esperados nas empresas. Ainda, algumas mudanças são verdadeiros sucessos, enquanto outras são fracassos e, na maioria dos casos, estamos entre as duas situações, com uma tendência muito nítida ao fracasso.

A análise da implantação tem por meta delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção, encaixando-se perfeitamente no objetivo da presente pesquisa.

Para Rossi & Wright (1984), a avaliação tem por objetivo conhecer os efeitos das intervenções (outcome evaluation model, Mark, 1986).

Entende-se por **implantação** como a implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (Tornatzsky & Johnson, 1982; Patton, 1986). “O processo de implantação acontece em seguida à decisão de intervir” (Downs & Mohr, 1976; Scheirer, 1981).

Os objetivos da avaliação da implantação variam de um autor para outro, existindo uma variedade muito grande de subtipos identificáveis, designados como “avaliação dos processos” ou “avaliação da implantação” (Chen, 2005; Brousselle, 2004). Segundo alguns autores, a avaliação dos processos pode ser vista como uma

etapa que tem como objetivo realizar um estudo de impacto ou uma avaliação completa.

A favor da implantação de protocolos tem-se que, segundo o novo protocolo de Broncoaspiração do Programa Brasileiro para a Segurança do Paciente (César, Felipe, Protocolo Assistencial 2017), a broncoaspiração é a maior causa de morte por infecções associadas à assistência à saúde, resultando num cenário mais preocupante se forem considerados outros fatores, como o envelhecimento da população, o tempo de internação hospitalar e as comorbidades.

Os pacientes com pneumonia por broncoaspiração necessitam de maior cuidado devido à sua fragilidade e pior desfecho clínico, quando comparados com pacientes que apresentam pneumonia não associada à aspiração (César, Felipe, 2017).

Vale dizer que protocolos padronizados de avaliação clínica da disfagia orofaríngea nessa população são escassos e, conseqüentemente, o atraso na reintrodução por via oral desses pacientes em ambiente de UTI é frequente. Com isso, a identificação da alteração da deglutição, isto é, da disfagia orofaríngea, deve ser realizada e tratada o quanto antes, evitando-se, assim, complicações respiratórias e garantindo-se o sucesso terapêutico (César, Felipe, 2017).

2) Contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma

O fonoaudiólogo possibilita a prevenção ou mesmo evita e minimiza maiores complicações do paciente, ajudando no seu bem-estar, pois devolve o prazer oral, ajuda na percepção e atua nos casos da broncoaspiração, auxiliando o paciente na deglutição. Representa também segurança e respaldo para a equipe da UTI no manejo do paciente durante o processo de deglutição, fala, decanulação e liberação da dieta por via oral. Seu trabalho enseja diminuição do tempo de uso de TQT, velocidade no processo de decanulação, diminuição na incidência de broncoaspiração, maior controle salivar por parte do paciente. Registra-se, ainda, que o trabalho do fonoaudiólogo auxilia na reintrodução de alimentos; diminui o tempo de internação do paciente na unidade hospitalar; oferece muito mais segurança para a equipe e para o paciente na reintrodução da dieta oral, devido à sua habilidade técnica e conhecimento científico. Contribuições da avaliação fonoaudiológica: redução das taxas de pneumonia por broncoaspiração, reabilitação

da sua comunicação oral, melhora da auto-estima dos pacientes (F1,F2,F3,F4,TE1,TE2,E1,E2,M1,M2,N1,N2,N3,P1, 2019).

Os autores Mendes et al (2013) destacam que a interação com a equipe permite diminuir o tempo de uso da Ventilação Mecânica e retirada da TQT, acelerando o desmame e tornando-o mais seguro, com menor risco de insucesso e complicações.

O DSC (F1,F2,F3,F4,TE1,TE2,E1,E2,M1,M2,N1,N2,N3,P1, 2019) em questão chama a atenção para os diversos aspectos do trabalho fonoaudiológico com relação aos aspectos cognitivos, comunicativos/fala, decanulação, evolução da dieta oral e diminuição da pneumonia associada à broncoaspiração, contribuindo para melhor evolução e prognóstico dos pacientes e segurança dos profissionais de outras especialidades, que podem contar com o respaldo da avaliação fonoaudiológica para traçar suas condutas terapêuticas.

Para Mendes et al (2008), a disfagia orofaríngea pode ser um fator complicador no processo de desmame da traqueostomia. Sua pesquisa mostra que, dos pacientes que apresentavam disfagia, metade conseguiu decanular após o trabalho fonoaudiológico.

3) Liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo

Liberação extremamente prejudicada, com total empirismo e de forma subjetiva pela equipe, a cargo do médico plantonista e muito limitada, por ninguém estar apto 100% para avaliar a deglutição do paciente como o fonoaudiólogo. O paciente poderia broncoaspirar, ter pneumonia por aspiração e, com isso, seu tempo de internação na UTI seria maior, com aumento de morbidade e mortalidade (F1,F2, F3,F4,TE1,TE2,E1,E2, M1,M2 N2, N3, 2019).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 383, de 20 de março de 2010, que estabelece as atribuições e competências relativas à especialidade em disfagia sendo que o profissional especialista em disfagia está apto, nos distúrbios da deglutição, a intervir com precisão em situações que envolvam a avaliação, o diagnóstico e tratamento fonoaudiológico dirigidos à população nos diferentes ciclos de vida.

Assim, concorda-se com o DSC (2019) quando ele destaca que o fonoaudiólogo, principalmente o especialista em disfagia, é quem está apto a realizar a avaliação da disfagia, sendo um risco para o paciente não ser avaliado por esse profissional, podendo ocasionar uma pneumonia por broncoaspiração e aumentando, com isso, o seu tempo de internação na UTI, além de se registrar aumento dos gastos hospitalares e de morbidade e mortalidade.

4) Processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo

Aconteceria de forma empírica, mais lento, demorado, praticamente inexistente e com mais risco para o paciente, e o teste do azul não seria realizado (F2,F3,F4,TE1,TE2,E1,E2, E3, 2019).

Mendes et al (2013) destacam que a interação com a equipe permite diminuir o tempo de uso da ventilação mecânica e a retirada da TQT, acelerando o desmame e tornando-o mais seguro, com menor risco de insucesso e complicações.

Outros autores pesquisados, Zanata et al (2016), sinalizam que a decisão de quando se iniciar a decanulação da traqueostomia é resultado de um trabalho em equipe, destacando que fatores preditores de insucesso deverão estar ausentes: sedação, necessidade de ventilação mecânica, insuficiência respiratória, presença de obstrução de via aérea por edema, tumor ou outras causas, cirurgias prévias de cabeça e pescoço, paralisia de pregas vocais e estenoses glóticas ou subglóticas devem estar sanadas e a via superior restaurada para a passagem adequada do fluxo aéreo.

O gerenciamento da decanulação traqueal varia em cada instituição. Todavia, é necessária uma abordagem integrada, precoce, com a participação do fonoaudiólogo, com o objetivo de aperfeiçoar o estado geral do paciente, favorecendo-se a reabilitação e conseqüentemente a redução do tempo de internação dele.

Outro estudo realizado com pacientes traqueostomizados acometidos por Traumatismo Cranioencefálico (TCE) foi com base no estabelecimento de seis critérios fonoaudiológicos para a decanulação traqueal: nível de consciência com escore na escala de coma de Glasgow maior que 8, condições de manter o cuff desinsuflado e cânula ocluída, mantendo padrão respiratório, secreção orotraqueal ausente ou em pouca quantidade, com aspecto fluído e coloração clara, fonação

sem sinais clínicos de voz “molhada”, deglutição sem sinais clínicos de aspiração traqueal e presença de tosse voluntária eficaz, sendo criado um Instrumento de Avaliação Fonoaudiológica de Decanulação Traqueal (IAFDT) para pacientes acometidos por TCE.

Concorda-se com os autores Zanata et al. (2016) quando concluem que é fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar especializada, responsável pelo processo de decanulação do paciente traqueostomizado.

Outro estudo canadense relata que o estabelecimento de uma equipe especializada em TQT, atendendo a pacientes acometidos por TCE, levou à redução no tempo e à incidência de complicações. Essa conclusão corrobora outros estudos, como uma pesquisa realizada no St. Mary's Hospital, em Londres, na qual, após a implementação de um serviço multidisciplinar, observou-se redução no tempo de permanência com a TQT de 34 para 24 dias.

No Brasil, segundo Zanata et al. (2016), ainda são incipientes os estudos e critérios para a decanulação traqueal, em que cada serviço define um protocolo de acordo com as suas demandas. Todavia, é fundamental a avaliação fonoaudiológica para a decanulação traqueal, porque ela permite a diminuição do tempo de permanência com a TQT, acelerando a decanulação e, conseqüentemente, reduzindo o tempo e custo da internação hospitalar para os pacientes acometidos por TCE. Para os autores são necessárias novas pesquisas, com outras populações, com o objetivo de se validar o instrumento e verificar sua aplicabilidade.

5) O quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender à demanda diária da UTI Trauma?

Quantitativo insuficiente, tendo em vista que em diversos períodos da semana o setor fica sem assistência de fono devido à falta de RH. Não tem cobertura nem 12 horas, 7 dias por semana, não tem coeficiente de segurança, o que prejudica a evolução dos pacientes, aumenta o tempo de internação, aumenta os custos com dietas enterais e aumenta o risco de broncoaspiração. Fonoaudiólogos estão sobrecarregados (F1,F2,F3,F4,TE1,TE2,E1,E2,M1,M2,N1,N2,N3, 2019).

A RDC nº 7 trouxe uma grande alteração no modo de atendimento e caracterização nas UTI. Prioriza-se atualmente a qualidade do atendimento e é bastante recomendável a existência de indicadores assistenciais, possibilitando a

melhora da qualidade assistencial, como também a busca por mais segurança para o paciente e para o processo gerencial, permitindo melhor utilização de tecnologias e exigindo maior rigor na relação custo-benefício de algum método diagnóstico, terapêutico ou tecnológico utilizado. Portanto, é de grande importância a atualização constante das lideranças da unidade multiprofissional.

Na rotina da UTI é imprescindível a visita multiprofissional, que deve ocorrer com certa regularidade. Também se recomenda a utilização de um check-list para todos os pacientes, com a finalidade de se avaliar e discutir vários critérios já mencionados neste trabalho.

Os parâmetros de quantitativo de fonoaudiólogos nas UTI ainda não estão normatizados pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Contudo, existe um dimensionamento baseado nos números de atendimentos por período, referentes ao número de consultas hospitalares adultos (8 clientes por período) e idosos (6 clientes por período).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), assim como na literatura referenciada, comprovou-se a pergunta da presente pesquisa, ou seja, segundo a percepção desses profissionais, a atuação do fonoaudiólogo, por meio da implantação do protocolo de decanulação, melhora as condições de saúde dos pacientes e o processo de trabalho da equipe multiprofissional. Portanto, responde-se ao problema inicial levantado, com embasamento na literatura, apesar de se verificar uma contradição no DSC atribuída basicamente à limitação do RH e à insegurança de alguns profissionais que se mantêm presos a protocolos, deixando de atender a alguns pacientes que seriam elegíveis ao atendimento.

À luz dessas reflexões, os profissionais da equipe multiprofissional demonstram a importância e necessidade da intervenção fonoaudiológica para os atendimentos à disfagia e, conseqüentemente, solicitam a avaliação fonoaudiológica e a intervenção especializada de forma preventiva, para se evitar os riscos da pneumonia aspirativa e todas as complicações oriundas dela. Estão conscientes da importância da intervenção fonoaudiológica para se evitar eventuais agravos, diminuindo os riscos de complicações para o paciente.

Como benefícios, tem-se que a ciência fonoaudiologia vem trazendo contribuições importantes na intervenção dos pacientes críticos da UTI, gerando maior nível de segurança, tanto para os profissionais da equipe, quanto para os pacientes e familiares internados na UTI referência em Trauma do DF. Pode-se afirmar, com isso, que atualmente não é possível se conceber a ausência desse profissional na equipe multiprofissional, conclusão fortalecida pela existência de grande demanda diária em solicitações de avaliação dos pacientes, discussões de caso com a equipe multiprofissional, orientações à equipe, aos pacientes e seus familiares.

Foi possível aos participantes da pesquisa conhecer as deficiências nos processos de trabalho estabelecidos, discutindo-se o que pode ser aprimorado e verificando-se os avanços ocorridos na prática do fazer fonoaudiológico.

Vale ressaltar que outras pesquisas se fazem necessárias para a identificação de outros processos de melhoria no ambiente estudado. Registra-se também que a

validação de um protocolo de decanulação traz mais segurança para todos os envolvidos: equipe multiprofissional, pacientes e familiares reduzindo o risco de insucesso e complicações.

Evidencia-se ainda que existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação e, conseqüentemente, a presente pesquisa tem uma grande importância, não apenas para a área da fonoaudiologia, mas, sobretudo, para a área da saúde, vindo a contribuir para a atuação dos profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Da mesma forma, é possível refletir que uma das atuações do fonoaudiólogo na saúde coletiva refere-se à construção de estratégias de planejamento e gestão em saúde, no campo fonoaudiológico. O fonoaudiólogo é um ator indispensável para promover a efetivação de direitos e a construção de políticas públicas em saúde que atendam às reais necessidades da população, no sentido de contribuir para a promoção, prevenção, educação e intervenção nesse setor, a partir de diagnóstico de grupos populacionais.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, C. R.F.; Limongi, S. C. O. Disfagia: prática baseada em evidências.2012, São Paulo.Sarvier.260.
2. ARANHA, S. C.; MATALOUN, S. E.; MOOK, M. Estudo Comparativo entre Traqueostomia Precoce e Tardia em Pacientes Sob ventilação Mecânica. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**: v. 19, n. 4, out-dez, 2007.
3. BARQUIST E.S., AMORTEGUI J., HALLAL A. Tracheostomy in ventilator dependent trauma patients: a prospective, randomized intention-to-treat study. **Journal Trauma**: v. 28, P. 77-86, 2006
4. BERBERIAN, A. P. Fonoaudiologia e Educação: um encontro histórico.1995 São Paulo. Plexus.157.
5. BROOK A.D., SHERMAN G., MALEN J. Early versus late tracheostomy in patients who require prolonged mechanical ventilation. **Critical Care**: v. 17, n. 8, p. 90-99, 2000.
6. BROUSSELE, A.;Champgne, F.;Contandriopoulos, A.P.; Hartz, Z. Avaliação conceitos e métodos. Ed. FIOCRUZ,2011, Rio de Janeiro.
7. CAMPOS GWS. et al (Orgs) Tratado de Saúde Coletiva, 2 ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2008.
8. CÉSAR, F. Broncoaspiração Conheça o novo protocolo do Programa Brasileiro para Segurança do Paciente Protocolo Assistencial – revistamelhorespraticas.com.br, 2017.
9. CHINTAMANI, KHANNA J., SINGH J.P., KULSHRESHTHA P., KALRA P, PRIYAMBADA B. Early tracheostomy in closed head injuries: Experience at a tertiary center in a developing country-a prospective study. **BMC Emergency Medicine**: v. 12, n. 300, p. 2-6, 2005.
10. COLLET, D. Modelling Survival Data in Medical Research, 2nd Edition – Chapter 2 – Chapman & Hall: 2003.
11. COSTA, M.; Castro, L. P. Tópicos em Deglutição e Disfagia, 2003, São Paulo: Medsi.419.

12. CUNHA M.; BARBOSA J.; MARGALHO P.; TOMÉ P.; LAÍNS J. Protocolo de Encerramento de Traqueotomia em Internamento em Reabilitação. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação**: v. 22, n. 2, p. 29-35, 2012.
13. CURRIE L. Fall and injury prevention. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. **BMC Emergency Medicine**: v. 14, n. 201, p. 1-6, 2008.
14. DIKEMAN K, Kazandjian M. Communication and swallowing management of tracheotomized and ventilator-dependent adults. 3rd ed. San Diego:CA: Singular Publishing Group;1997.
15. ENGOREN, M.; ARSLANIAN-ENGOREN, C.; FENN-BUDERER, N. Hospital and long-term outcome after tracheostomy for respiratory failure. **Chest Journal**; v. 125, p. 220-227, 2010.
16. FERNANDEZ, R., TIZON, A.I., GONZALEZ, J., MONEDERO, P., GARCIA-SANCHEZ, M., DE-LA-TORRE, M.V. Intensive care unit discharge to the ward with a tracheostomy cannula as a risk factor for mortality: A prospective, multicenter propensity analysis. **Critical Care Medicine**: v. 25, p. 1-6, Jun 2011.
17. FILHO, Evaldo Dacheux de Macedo; Gomes, Guilherme F. Gomes; Furkim, Ana Maria, Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia, 2000, São Paulo: Lovise 3:29-31.
18. FONTANA, D. O papel da fisioterapia na decanulação da traqueostomia (TQT) em pacientes hospitalizados: revisão bibliográfica. **II Seminário de Fisioterapia da Uniamérica**: Iniciação Científica, Rio de Janeiro, p. 124-129, v. 56, maio 2008.
19. FRUTOS-VIVAR, F.; ESTEBAN, A.; APEZTEGUIA, C. Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy. **Crit Care Med**: v.33, p. 290-298, 2005.
20. FURKIM, A. M.; Rodrigues. Disfagia nas Unidades de Terapia Intensiva. 2014 São Paulo. Roca. 304.

21. FURKIM, A. M.; Santana. Disfagia Orofaríngea. 2004 São Paulo. Pró-Fono. 340.
22. GODWIN JE, Heffner JE. Special critical care considerations in tracheostomy management. Clin Chest Med. 1991;12 (3):573-83.
23. GOLDSMITH T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. Int Anesthesiol Clin.2000;38(3):219-42.
24. GURKIN M.A., PARIKSHAK M., KRALOVICH K.A. Indicators for tracheostomy in patients with traumatic brain injury. [American Journal of Surgery](#): v.98, p. 324-328, 2002.
25. HAUSBERGER, C. et al – Proposta de protocolo para decanulação realizado por equipe multidisciplinar, Tuiuti: Ciência e Cultura, n.52.p.11-18, Curitiba, 2016.
26. JACOBI, J. S., D; Silva, L. M. C., Disfagia. Avaliação e Tratamento. 2003 Rio de Janeiro: Revinter. 16: 225-232.
27. LEFRÈVRE, F. Discurso do Sujeito Coletivo – Nossos modos de pensar Nosso eu coletivo. Editora Andreoli, 2017 São Paulo.
28. LOGEMANN J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin, Texas: Pro-Ed;1998.
29. MINAYO, M.C.S., Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade, 2012 Cienc. Saúde coletiva vol.17 Rio de Janeiro Março, 2012.
30. MINAYO, M.C.S., SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 9(3): 239-262,jul/set 1993.
31. MOREIRA, M. D., Mota, H.B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS, Revista CEFAC, volume 11, Nº 3 São Paulo, July/Sep.2009.
32. PAIM, JS e Almeida-Filho, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática, 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

33. ROCHA PM. Traqueostomias. In: Araújo Filho VJ, Brandão L, Garcia e Ferraz AR. Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo: Keyla e Rosenfeld: 1999.p.66-73.
34. SANTANA, L., Fernandes, A., Brasileiro, A.G., Abreu, A. C.- Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. Rev. CEFAC, 2014.p.524-536.
35. SHAKER R, Milbrath M, Ren J, Campbell B, Toohill R, Hogan W. Deglutitive aspiration in patients with tracheostomy: effect of tracheostomy on the duration of vocal cord closure. Gastroenterology. 1995;108:1357-60.
36. SOUZA, Beatriz B. Alves; Martins, C; Campo, D. J; Balsini, I. D; Meyer, L. Nutrição e Disfagia. Guia para profissionais. 2003 Paraná: Nutroclínica. 3:09;4:14;12:45.
37. TERK AR, Leder SB, Burell MI. Hyoid bone and laryngeal movement dependent upon presence of a tracheotomy tube. Dysphagia. 2007;22:89-93.
38. WINKLMAIER U, Wust K, Schiller S, Wallner F. Leakage of fluid in different types of tracheal tubes. Dysphagia. 2006;21:237-42.
39. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm
40. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=359603>
41. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
42. <http://www.fonosp.org.br/fonoaudiologia>



Universidade de Brasília
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) _____ a participar do projeto de pesquisa Análise da Implantação de um Protocolo de Decanulação em um Hospital Terciário do Distrito Federal (DF), sob a responsabilidade do pesquisador Zenóbia Rosa Alves de Araújo Lima. O projeto é referente à pesquisa de dissertação de mestrado que será apresentada à Universidade de Brasília, desenvolvida em uma unidade de saúde do Distrito Federal e mais especificamente na UTI Trauma do IHBDF.

Trata-se de uma pesquisa sobre o serviço de fonoaudiologia no IHBDF para descrever a percepção da equipe multiprofissional em relação ao impacto da utilização deste protocolo nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma e conhecer a visão da equipe multidisciplinar quanto às mudanças no processo de trabalho após a implantação do protocolo de decanulação.

Através da análise da implantação do protocolo de decanulação utilizado na UTI busca-se compreender como se deu o início do trabalho fonoaudiológico na UTI Trauma e os respectivos resultados deste trabalho na equipe multiprofissional na UTI.

O objetivo desta pesquisa é analisar a implantação do protocolo de decanulação na UTI Trauma do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF).

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de responder ao questionário autoaplicável que será realizado no IHBDF no período de dezembro de 2018 a janeiro de 2019 com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa serão risco de quebra de sigilo e fadiga ao responder as perguntas dos questionários autoaplicável que será realizado e para minimizá-los o avaliador se compromete a manter os dados dos participantes da pesquisa no anonimato e quanto à fadiga haverá fracionamento do tempo.

Os benefícios diretos são conhecer as mudanças no processo de trabalho da equipe multidisciplinar na UTI Trauma após a implantação e consolidação do protocolo de decanulação através da percepção da equipe multiprofissional sobre a utilização deste protocolo e qual o impacto da utilização deste protocolo nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma.

Vale salientar que ao responder os questionários, os participantes da pesquisa poderão refletir sobre a sua própria prática profissional na UTI.

Os benefícios indiretos são: conhecer as deficiências nos processos de trabalho estabelecidos e discutir o que pode ser aprimorado na UTI, como também no que se avançou, na prática do fazer fonoaudiológico e no próprio processo de trabalho da equipe multidisciplinar.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo **durante a resposta do questionário**. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Zenóbia Rosa Alves de Araújo Lima (Pesquisadora); Carla Targino (Professora Orientadora), na Universidade de Brasília (UnB) nos telefones (61) 99672-0863 e (61) 99599-5858, disponível inclusive para ligação a cobrar. Email: zenobiarosaalves@gmail.com; carlatargino@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética do Instituto Hospital de Base (IHBDF). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento das 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IHBDF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio por meio do telefone: (61) 3315-1817.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome e assinatura do Participante da Pesquisa

Zenóbia Rosa Alves de Araújo
Pesquisador Responsável

Brasília, _____ de _____ de 20__.

APÊNDICE 02

Roteiro de Entrevista autoaplicável para a **equipe de Nutrição**

- 1) Como você vê a atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma? Explique.
- 2) Quais as contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma? Explique.
- 3) Como ficaria a liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 4) Houve diminuição quanto à utilização da NPT (nutrição parenteral) e da dieta por SNE após a implementação do serviço de fonoaudiologia na UTI?
- 5) Em sua prática diária, como seria o processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo?. Explique.
- 6) Quanto à sua percepção, você acredita que o quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender a demanda diária da UTI Trauma do IHBDF ? Explique.

APÊNDICE 03

Roteiro de Entrevista autoaplicável para a **equipe Médica**

- 1) Como você vê a atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma? Explique.
- 2) Quais as contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma? Explique.
- 3) Como ficaria a liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 4) Quanto à sua percepção, você acredita que o quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender a demanda diária da UTI Trauma do IHBDF ? Explique.

APÊNDICE 04

Roteiro de Entrevista autoaplicável para a **equipe de Fisioterapia**

- 1) Como você avalia a atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma? Explique.
- 2) Quais as contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma? Explique.
- 3) Como ficaria a liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 4) Como seria o processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 5) Quanto à sua percepção, você acredita que o quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender a demanda diária da UTI Trauma do IHBDF? Explique.

APÊNDICE 05

Roteiro de Entrevista autoaplicável para a equipe de **Enfermagem (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem)**

- 1) Como você vê a atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma? Explique.
- 2) Quais as contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma? Explique.
- 3) Como ficaria a liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 4) Como seria o processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 5) Quanto à sua percepção, você acredita que o quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender a demanda diária da UTI Trauma do IHBDF ? Explique.

APÊNDICE 06

Roteiro de Entrevista autoaplicável para a equipe de **Psicologia**

- 1) Como você vê a atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma? Explique.
- 2) Quais as contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma? Explique.
- 3) Como ficaria a liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 4) Como seria o processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo? Explique.
- 5) Quanto à sua percepção, você acredita que o quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender a demanda diária da UTI Trauma do IHBDF ? Explique.

APÊNDICE 07

Quadro 1 – Súmula das principais idéias dos entrevistados diante das questões

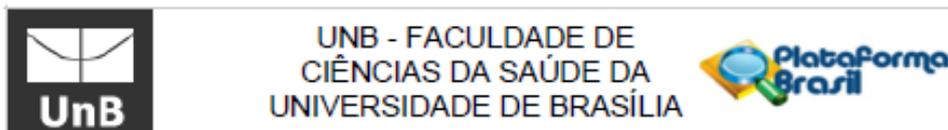
Categorias	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
<p>1) Atuação do fonoaudiólogo na UTI Trauma</p>	<p><i>“Profissional de extrema importância, que agrega valor à equipe multiprofissional que atua na linha de frente, prestando assistência aos pacientes internados em várias situações: reabilitação da disfagia/deglutição, aspectos cognitivos e comunicativos/fala, decanulação, evolução da dieta oral e diminuição da pneumonia associada à broncoaspiração, contribuindo para melhor evolução e prognóstico dos pacientes e segurança dos profissionais de outras especialidades, que podem contar com o respaldo da avaliação fonoaudiológica para traçar suas condutas terapêuticas”.</i></p> <p><i>“Atuação ainda limitada por falta de RH, mas também por insegurança de alguns profissionais. Algumas vezes ficam muito presos a protocolos e recusam atendimento a pacientes que poderiam se beneficiar do atendimento”.</i></p>
<p>2) Contribuições que a presença do fonoaudiólogo traz para a UTI Trauma</p>	<p><i>“O fonoaudiólogo possibilita a prevenção ou mesmo evita e minimiza maiores complicações do paciente, ajudando no seu bem-estar, pois devolve o prazer oral, ajuda na percepção e atua nos casos da broncoaspiração, auxiliando o paciente na deglutição.</i></p> <p><i>Segurança e respaldo para a equipe da UTI no manejo do paciente durante o processo de deglutição, fala, decanulação e liberação da dieta por via oral.</i></p>

	<p><i>Diminuição do tempo de uso de TQT.</i></p> <p><i>Velocidade no processo de decanulação.</i></p> <p><i>Diminuição na incidência de broncoaspiração.</i></p> <p><i>Maior controle salivar por parte do paciente;</i></p> <p><i>Auxilia na reintrodução de alimentos.</i></p> <p><i>Diminui o tempo de internação do paciente na unidade hospitalar.</i></p> <p><i>Traz muito mais segurança para a equipe e para o paciente na reintrodução da dieta oral devido a sua habilidade técnica e conhecimento científico.</i></p> <p><i>Contribuições da avaliação fonoaudiológica: redução das taxas de pneumonia por broncoaspiração, reabilitação da sua comunicação oral, melhora da autoestima dos pacientes”.</i></p>
<p>3) Liberação da dieta por via oral na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo</p>	<p><i>“Liberação extremamente prejudicada, com total empirismo e de forma subjetiva, pela equipe a cargo do médico plantonista e muito limitada, por ninguém estar apto 100% para avaliar a deglutição do paciente como o fonoaudiólogo. O paciente poderia broncoaspirar, ter pneumonia por aspiração e, com isso, seu tempo de internação na UTI seria maior, com aumento de morbidade e mortalidade”.</i></p>
<p>4) Processo de decanulação na UTI Trauma sem a presença do fonoaudiólogo</p>	<p><i>“Aconteceria de forma empírica, mais lento, demorado, praticamente inexistente e com mais risco para o paciente, e o teste do azul não seria realizado”.</i></p>

<p>5) Quantitativo de fonoaudiólogos é suficiente para atender a demanda diária da UTI Trauma</p>	<p><i>“Quantitativo insuficiente, tendo em vista que em diversos períodos da semana o setor fica sem assistência de fono devido à falta de RH.</i></p> <p><i>Não tem cobertura nem 12 horas, 7 dias por semana, não tem coeficiente de segurança, o que prejudica a evolução dos pacientes, aumenta o tempo de internação, aumenta os custos com dietas enterais e aumenta o risco de broncoaspiração. Fonoaudiólogos estão sobrecarregados”.</i></p>
---	---

ANEXO 01

I. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Implantação de um Protocolo de Decanulação em um Hospital Terciário do Distrito Federal (DF)

Pesquisador: ZENOBIA ROSA ALVES DE ARAUJO LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 98167618.2.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.115.023

Apresentação do Projeto:

Resumo:

"O presente trabalho é referente à pesquisa de dissertação de mestrado profissional que será apresentada à Universidade de Brasília (UnB), desenvolvida em uma unidade de saúde do Distrito Federal e mais especificamente na UTI Trauma do IHBDF.

Trata-se de uma pesquisa sobre o serviço de fonoaudiologia no IHBDF para se conhecer as mudanças no processo de trabalho da equipe multidisciplinar na UTI Trauma após a implantação e consolidação do protocolo de decanulação e identificar se houve mudança nas condições de saúde dos pacientes internados na UTI Trauma.

Através da análise da implantação do protocolo de decanulação utilizado na UTI busca-se compreender como se deu o início do trabalho fonoaudiológico na UTI Trauma e os respectivos resultados deste trabalho segundo a percepção da equipe multiprofissional na UTI."

Metodologia:

"Inicialmente será realizado o estudo descritivo em que será narrado o contexto da UTI Trauma do IHBDF a partir de 2013 até 2017 e a seguir será utilizada a metodologia qualitativa em que os participantes serão os profissionais da equipe da UTI Trauma do IHBDF buscando conhecer a percepção destes profissionais acerca das mudanças no processo de trabalho da equipe multidisciplinar na UTI Trauma do IHBDF após a implantação/ consolidação do protocolo de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO 02

II. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Implantação de um Protocolo de Decanulação em um Hospital Terciário do Distrito Federal (DF)

Pesquisador: ZENOBIA ROSA ALVES DE ARAUJO LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98167618.2.3001.8153

Instituição Proponente: INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL -IHBD

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.172.678

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho referente à pesquisa de dissertação de mestrado profissional que será apresentada à Universidade de Brasília (UnB). Será utilizada a metodologia descritiva exploratória qualitativa, isto é, os autores Creswell e Plano Clark (2011) destacam que na pesquisa qualitativa a intenção é explorar o conjunto complexo de fatores que envolvem o fenômeno central e apresentar as perspectivas ou os significados variados dos participantes. Inicialmente será realizado o estudo descritivo em que será narrado o contexto da UTI Trauma do IHBD a partir de 2013 até 2017 e a seguir será utilizada a metodologia qualitativa em que os participantes serão os profissionais da equipe da UTI Trauma do IHBD buscando conhecer a percepção destes profissionais acerca das mudanças no processo de trabalho da equipe multidisciplinar na UTI Trauma do IHBD após a implantação/consolidação do protocolo de decanulação. Serão utilizados questionários autoaplicáveis com os profissionais que atuam na equipe da UTI Trauma desde 2013 até 2017 com roteiro de entrevista. Os critérios de inclusão serão os profissionais que atuam na UTI Trauma desde 2013 até 2017 sendo os profissionais escolhidos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogo. Os critérios de exclusão serão os profissionais que saíram da UTI neste período (2013 até 2017), os residentes e os fonoaudiólogos, pois o intuito é avaliar a importância do papel do fonoaudiólogo na visão dos outros profissionais da equipe multiprofissional. Os sujeitos da pesquisa serão um total de 15 profissionais da equipe multiprofissional da UTI Trauma entre eles médicos, enfermeiros, técnicos

Endereço: SMHG Quadra 101 - Área Especial - Hospital de Base do DF
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.335-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-1817 **E-mail:** cep.hbdf@gmail.com

ANEXO 03 Comprovante de submissão do artigo

07/05/2019

#2641 Avaliação

REVISTA ELETRÔNICA
TEMPUS
Actas de Saúde Coletiva
ISSN - 1982-8829

Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados
Núcleo de Estudos de Saúde Pública



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL
ANTERIORES NOTÍCIAS ##SUBMISSÃO## ##EQUIPE

EDITORIAL##

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #2641 > Avaliação

#2641 AVALIAÇÃO

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

SUBMISSÃO

Autores Zenóbia Rosa Alves de Araújo Lima 

Título Utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI

Seção ARTIGOS ORIGINAIS

Editor Ana Valéria Mendonça 

AVALIAÇÃO

RODADA 1

Versão para avaliação [2641-8485-1-RV.DOCX](#) 2019-05-07

Iniciado —

Última alteração —

Arquivo enviado Nenhum(a)

DECISÃO EDITORIAL

Decisão —

Notificar Comunicação entre editor/autor  Sem comentários

Versão do editor Nenhum(a)

Versão do autor Nenhum(a)

Transferir Nenhum ficheiro selecionado

Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva (ISSN 1982-8829).
Revista coordenada pela Unidade de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB).



This work is licensed under a [Creative Commons Atribuição-Uso não-comercial-Compartilhamento pela mesma licença 3.0 Unported License](#).

IDIOMA

Selecione o idioma
Português (Brasil) ▼

TAMANHO DE FONTE

PALAVRAS-CHAVE

Agentes comunitários de saúde **Atenção Primária à Saúde**
Biotecnologia Educação em Saúde Epidemiologia Financiamento em Saúde Financeiro Health Gestão em Saúde Hospitalização Mais Médicos Profissional da Saúde Promoção da Saúde Recursos Humanos em Saúde Saúde Saúde Coletiva Saúde Coletiva Informação e Comunicação em Saúde Tecnologia da Informação Saúde Mental Saúde Pública Sistema Único de Saúde Sistema Único de Saúde, saúde

USUÁRIO

Logado como:
zenobiarosaalves
[Perfil](#)
[Sair do sistema](#)

AUTOR

Submissões
Ativo (1)
Arquivo (0)
[Nova submissão](#)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

NOTIFICAÇÕES

[Visualizar](#)
[Gerenciar](#)

[Para leitores](#)
[Para Autores](#)
[Para Bibliotecários](#)

CONTEÚDO DA REVISTA
Pesquisa
Escopo da Busca
Todos

Procurar
Por Edição
Por Autor
Por Título
Por Seção

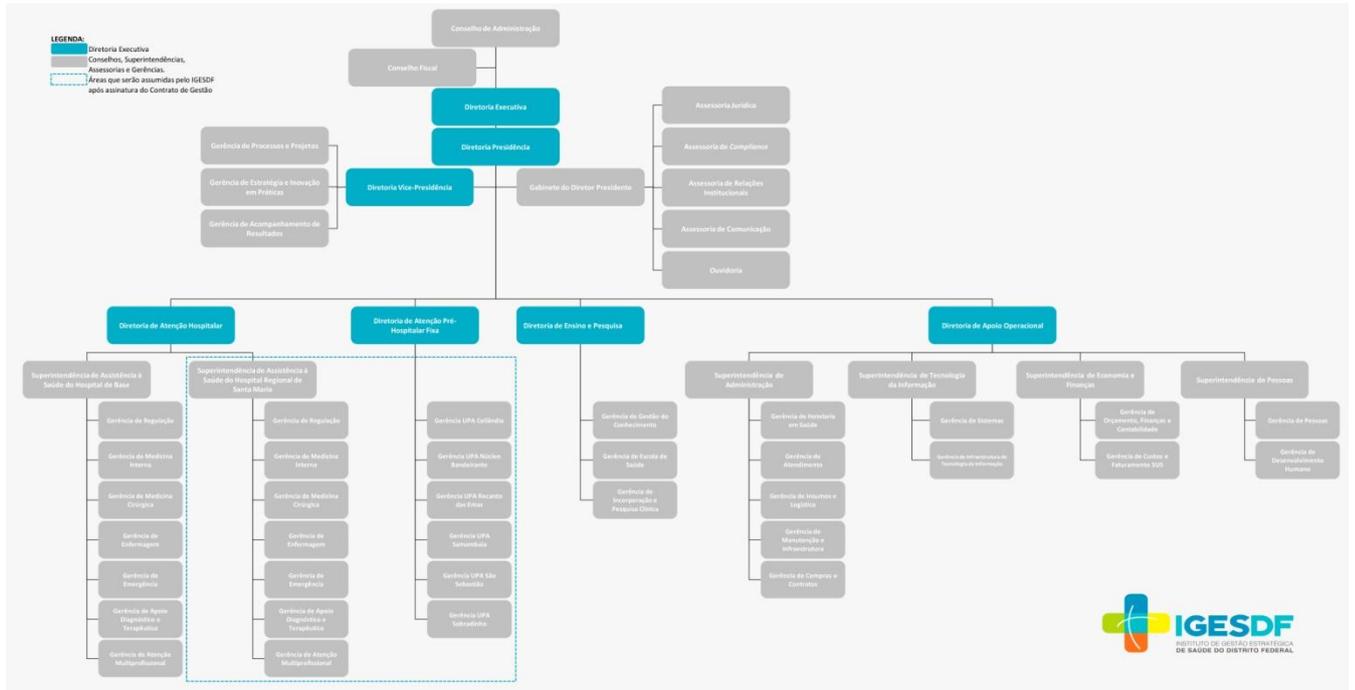
Ajuda do sistema

EDIÇÃO ATUAL
 3.0
 2.0
 1.0

NOTÍCIAS
 Logo Atom
 Logo RSS2
 Logo RSS1

ANEXO 04

Organograma HBDF



ANEXO - 05

