



PARECER Nº 51, de 18 DE FEVEREIRO DE 2022.

“Atuação do fonoaudiólogo na higiene oral do cliente em Unidade de Terapia Intensiva.”

1. DO FATO

A Comissão de Saúde do CFFa, motivada por fonoaudiólogos que atuam na área hospitalar no CRFa 5ª Região, elaborou, em conjunto com as comissões de saúde do Sistema de Conselhos, parecer técnico que aborda a atuação do fonoaudiólogo na higiene oral do cliente internado em Unidades de Terapia Intensiva.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

Considerando a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, destaca-se:

Art. 3º É da competência do Fonoaudiólogo e de profissionais habilitados na forma da legislação específica:

e) colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;

Considerando o Código de Ética da Fonoaudiologia, aprovado pela Resolução CFFa nº 640/2021, destacam-se os seguintes artigos:

CAPÍTULO III: DOS DIREITOS GERAIS

Art. 5 Constituem direitos gerais do fonoaudiólogo nos limites de sua competência e atribuições:

XIV – incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar e transdisciplinar;

XIX – colaborar com as equipes de saúde, educação e assistência social no esclarecimento a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de sua intervenção;

CAPÍTULO IV: DAS RESPONSABILIDADES GERAIS

Art. 6º Constituem deveres gerais do fonoaudiólogo:

III – exercer a atividade de forma plena, utilizando-se dos conhecimentos e recursos necessários, para promover o bem-estar do cliente e da coletividade e respeitar o ecossistema;



Considerando que a cavidade oral é a porta de entrada de muitas **infecções respiratórias** em pacientes que estão sob **ventilação mecânica**. Por suas características de temperatura, umidade, pH e oferta de nutrientes, ela é reservatório natural de algumas **bactérias** que, se aspiradas, podem causar **pneumonia** quando em contato com secreções no pulmão. Por isso, os estudos mostram que a **higiene bucal** adequada evita até 56% das infecções respiratórias (BELLISSIMO-RODRIGUES, 2014);

Considerando que a assistência fonoaudiológica é um recurso assistencial que deve ser garantido à beira leito nas Unidades de Terapia Intensiva, conforme RDC nº 07/2010;

Considerando que a Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, do Ministério da Saúde, que corrobora com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, assegurando que a unidade de cuidados clínicos multiprofissional (U-AVC Agudo) deve possuir suporte diário de fonoaudiólogo;

Considerando a importância sobre a segurança do paciente destacada no caderno da *Série de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2017), que assegura sobre os instrumentos de medida e avaliação relacionados ao paciente crítico ou potencialmente crítico, ações para a segurança do paciente do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e das medidas de controle de infecção hospitalar;

Considerando as normativas dos Conselhos de Fonoaudiologia, em que se tem a Resolução CFFa nº 633, de 02 de setembro de 2021, que “dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos”, destaca-se o seguinte artigo:

Art. 9º O fonoaudiólogo que atua em Cuidados Paliativos deve ter domínio em:



2. avaliar e indicar estratégias para amenizar os impactos negativos relacionados ao quadro clínico do cliente;
4. reconhecer e responder às necessidades do cliente, dos familiares e cuidadores por meio de uma visão ampla e transdisciplinar;
5. prevenir complicações e sintomas que possam aparecer devido à característica da evolução da doença;
6. medidas de controle de infecção hospitalar e biossegurança.

Considerando a Resolução CFFa nº 604, de 10 de março de 2021, que “dispõe sobre a criação da Especialidade em Fonoaudiologia Hospitalar, define as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo especialista e dá outras providências”, destaca-se:

Art. 3º O profissional especialista em Fonoaudiologia Hospitalar está apto a:

- I. Realizar triagem, avaliação, diagnóstico, prognóstico, terapia, gerenciamento, encaminhamento e orientações dos aspectos da comunicação, deglutição, equilíbrio e outros procedimentos de competência do fonoaudiólogo, de acordo com a doença-base do paciente no âmbito hospitalar;

Considerando a Resolução CFFa nº 492, de 7 de abril de 2016, destaca-se:

Art. 2º É de competência do fonoaudiólogo na atuação em disfagia:

- XIV. realizar, quando necessário, procedimentos de limpeza das vias aéreas (aspiração das vias aéreas) antes, durante ou após a execução de procedimentos fonoaudiológico;

Considerando o Parecer CFFa nº 48, de 02 de outubro de 2020, destaca-se:

(...) pacientes críticos têm um risco aumentado de aspiração e, conseqüentemente, chance de desenvolvimento de pneumonia aspirativa, devido a uma série de fatores associados ao manejo dos pacientes (ZETTLER *et al.*, 2009; MACHT *et al.*, 2014); que estas complicações contribuem para o aumento significativo das taxas de morbidade e mortalidade, prolongam em média 5 a 9 dias o tempo de internação dos pacientes e elevam expressivamente os custos hospitalares.

(...) em ambientes hospitalares, principalmente em UTI, muitos desses pacientes podem permanecer internados por período de tempo prolongado, aumentando as despesas hospitalares com medicações, realização de exames complementares, tempo despendido com demais profissionais médicos e multiprofissionais, o que



gera impacto direto no tempo da alta hospitalar e consequente maior ônus (PADOVANI *et al.*, 2013).

Considerando que a implementação de protocolos preventivos de broncoaspiração reduz de forma importante a ocorrência de pneumonia; que o protocolo de broncoaspiração deverá conter ações individuais e conjuntas voltadas para o

cuidado e a segurança do paciente disfágicos; que a aplicação e a manutenção dessas ações deverão ser garantidas em todas as unidades de atendimento da instituição ou do grupo de saúde e sua liderança poderá ser realizada pelo fonoaudiólogo ou qualquer um dos envolvidos no protocolo, desde que seja por votação ou de comum acordo;

Considerando, ainda, o Parecer nº 48, nº 48, de 02 de outubro de 2020, que assegura que as intervenções com objetivo preventivo são fundamentais no âmbito hospitalar, melhorando a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e promovendo a diminuição de custos de saúde e que o fonoaudiólogo é membro importante da equipe multidisciplinar no contexto dos protocolos de prevenção de aspiração;

Considerando o Parecer CFFa nº 46, de 08 de junho de 2020, em que se pronuncia que:

o fonoaudiólogo pode estar inserido em grupos multidisciplinares para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs. Caso o paciente encontre-se em intubação orotraqueal, o fonoaudiólogo contribui somente com ação limitada na identificação das normas de prevenção, como do decúbito do paciente e de higiene bucal.

Considerando o Parecer do Departamento de Fonoaudiologia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) nº 14/2020, destaca que “a unidade de terapia intensiva é um ambiente de trabalho que requer o manejo do tratamento e conduta ao paciente crítico de forma criteriosa e segura, beneficiando a qualidade do atendimento e minimizando os riscos de eventos adversos”.



3. DA CONCLUSÃO

- 1) É competência do fonoaudiólogo realizar a higienização oral do cliente, sempre que necessário, independentemente do local onde ele se encontre.
- 2) A higiene oral é definida como “limpeza da cavidade oral para a promoção e a manutenção do seu estado saudável” e tem a finalidade de remover resíduos de alimentos, manter a cavidade oral úmida e promover o conforto do cliente.
- 3) O fonoaudiólogo deverá preparar a cavidade oral, por meio de higienização oral adequada, antes de iniciar a intervenção fonoaudiológica, para garantir a biossegurança nos procedimentos.
- 4) O fonoaudiólogo poderá usar produtos não farmacológicos indicados para a higiene oral e/ou farmacológicos sob prescrição dos profissionais competentes.
- 5) O fonoaudiólogo poderá ministrar treinamentos sobre a atuação na higiene oral do paciente, fundamentando a necessidade da higienização oral, não só para os membros da equipe de Fonoaudiologia, mas para os demais membros da equipe multiprofissional, caso estes não estejam capacitados a realizá-la.
- 6) No treinamento, as dúvidas deverão ser sanadas e todos os processos alinhados, a fim de que se possa garantir aplicação da técnica e comunicação efetiva entre a equipe.
- 7) Sempre que ocorrer evento adverso relacionado à higienização oral do cliente, é dever do fonoaudiólogo notificar o evento e, em conjunto com toda a equipe, analisar e desenvolver estratégias de prevenção e controle desse evento, caso seja necessário.
- 8) O fonoaudiólogo deverá registrar o procedimento e as observações em prontuário.
- 9) Recomenda-se que o fonoaudiólogo tenha capacitação específica para a realização do procedimento.

É o parecer.



Relatores: Andréa Cintra Lopes, Ana Karoline Furtado Dutra, Danilo Alves Mantovani, Mariana de Alvarenga Brandão, Viviane Castro de Araújo, Simone Vieira Pinto Braga, Cristiana Beatrice Lykouropoulos, Honeslisa Patricia Malacarne Cadore, Nilma Lima dos Santos, Christiane Camargo Tanigute, Viviane Pacheco Santana de Brito, Isabella Carolina Santos Bicalho, Brunah de Castro Brasil, Terciano Bezerra de Araújo e Neyla Arroyo Mourão.

4. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- BARKER, J.; MARTINO, R.; REICHARDT, B.; HICKEY, E. J.; RALPH-EDWARDS, A. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving pro-longed endotracheal intubation after cardiac surgery. **Can J Surg**, 2009; 52:119-124.
- BELLISSIMO-RODRIGUES, W. T.; MENEGUETI, M. G.; GASPAR, G. G. *et al.* Effectiveness of a dental care intervention in the prevention of lower respiratory tract nosocomial infections among intensive care patients: a randomized clinical trial. **Infect Control Hosp Epidemiol**, 2014 35: 1342–1348.
- BRODSKY, M. B.; MAYFIELD, E. B.; GROSS, R. D. Clinical decision making in the ICU: dysphagia screening, assessment, and treatment. **Semin Speech Lang**, 2019; 40:170-187.
- CHACKO, R.; RAJAN, A.; LIONEL, P.; THILAGAVATHI, M.; YADAV, B.; PREMKUMAR, J. Oral decontamination techniques and ventilator associated pneumonia. **Br J Nurs**. 2017; 26(11):594-599.
- EL GHARIB, A. Z. G.; BERRETIN-FELIX, G.; ROSSONI, D. F.; SEIJI YAMADA, S. Effectiveness of therapy on post-extubation dysphagia: clinical and electromyographic findings. **Clin Med Insights Ear Nose Throat**, 2019; 12:1-6.
- FURKIM, A. M.; SILVA, R. G. Conceitos e implicações para a prática clínica e para a classificação da disfagia orofaríngea neurogênica. *In*: PROGRAMAS de reabilitação em disfagia neurogênica. 2. ed. São Paulo: Frôntis; 2000.
- SASSI, F. C.; BÜHLER, K. C. B.; JUSTE, F. S.; ALMEIDA, F. C. F.; BEFI-LOPES DM, DE ANDRADE CRF. Dysphagia and associated clinical markers in neurologically intact children with respiratory disease. **Pediatr Pulmonol**, 2018; 53(4): 517-525.
- TEISMANN, I. K.; DZIEWAS, R.; STEINSTRATER, O.; PANTEV, C. Time-dependent hemispheric shift of the cortical control of volitional swallowing. **Hum Brain Mapp**. 2009; 30(1):92-100.



CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA



UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Maternidade-Escola da UFRJ.

Divisão de Enfermagem. **Procedimento Operacional Padrão nº 88**: Higiene Oral em adultos. Disponível em:

www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_88_higiene_oral_em_adultos.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.