



TELESSAÚDE EM DISFAGIA

relatos de experiência

Carolina Castelli Silvério
Déborah Salle Levy
Neyller Montoni Cavalcante
Carla Lucchi Pagliaro
Elma Heitmann Mares Azevedo
Luciane Teixeira Soares
Priscila Watson Ribeiro
Sheila Tamanini de Almeida

E-BOOK

TELESSAÚDE EM DISFAGIA: RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Organizadores

Carolina Castelli Silvério

Déborah Salle Levy

Neyller Montoni Cavalcante

Carla Lucchi Pagliaro

Elma Heitmann Mares Azevedo

Luciane Teixeira Soares

Priscila Watson Ribeiro

Sheila Tamanini de Almeida

E-book

Departamento de Disfagia

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Gestão 2020-2022

Patrocínio

Fresenius-Kabi

Revisão: Lígia Serrano Lopes

Diagramação: Michele de Souza Lopes

Telessaúde em Disfagia: relatos de experiência [recurso eletrônico] / Carolina Castelli Silvério... [et al.]. – São Paulo : Departamento de Disfagia, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2022.

95 p. : il. color.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86760-10-1

1. Telessaúde. 2. Transtornos de deglutição. 3. Deglutição. 4. Disfagia. I. Silvério, Carolina Castelli. II. Levy, Déborah Salle. III. Cavalcante Neyller Montoni. IV. Pagliaro, Carla Lucchi. V. Azevedo, Elma Heitmann Mares. VI. Soares, Luciane Teixeira. VII. Ribeiro, Priscila Watson. VIII. Almeida, Sheila Tamanini de.



SBFa
Sociedade Brasileira
De Fonoaudiologia

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA

Gestão 2020-2022

Presidente: Dr. Leonardo Wanderley Lopes

Vice Presidente: Dr.^a Ingrid Gielow

DEPARTAMENTO DE DISFAGIA

Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Carolina Castelli Silvério

Vice Coordenadora: Prof.^a Dr.^a Débora Salle Levy

Alameda Jaú, 684 – 7.º andar
Jd. Paulista – São Paulo, SP – Brasil
CEP – 01420-002

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ATUAÇÃO EM DISFAGIA NA TELEFONOAUDIOLOGIA	6
Andréa Cintra Lopes, Giedre Berretin Felix, Paulo Melo, Raquel Rodrigues Rosa	
2 O QUE DIZ A LITERATURA ESPECIALIZADA?	19
Carolina Castelli Silvério, Elma Heitmann Azevedo Mares, Sheila Tamanini de Almeida	
3 PLATAFORMAS DE TELECONSULTA: CUIDADOS E SEGURANÇA	33
Emílio Nakamura, Leonardo Wanderley Lopes	
4 RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM TELEATENDIMENTO	45
4.1 Relatos de experiência em Teleconsultas: em lactentes e crianças com Disfagia	45
Chênia Caldeira Martinez, Hellen Lagos Guimarães	
4.2 Relatos de experiência em Teleconsultas: no paciente adulto com Disfagia Neurogênica	57
Alessandra Rischitelli Bragança Silva, Roberta Busch	
4.3 Relatos de experiência em Teleconsultas: no paciente adulto com Disfagia Mecânica	64
Aline Gonçalves, Lica Arakawa Sugueno	
5 DESAFIOS E CONQUISTAS DO TELEATENDIMENTO EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM DISFAGIA	83
Lauren Medeiros Paniagua, Betina Scheeren, Silvia Dornelles, Deborah Salle Levy	

APRESENTAÇÃO

Em março de 2020, com o início da pandemia da COVID-19 e a possibilidade da realização de atendimentos de forma remota, o fonoaudiólogo que avalia e atende pacientes com Disfagia viu-se diante de uma situação inusitada e precisou adaptar-se à nova realidade.

Naquele momento, nos deparamos com diversas dúvidas, como qual seria o paciente que, pelo risco de evolução do quadro de Disfagia e consequente impacto pulmonar, versus o risco de contágio pelo SARS-CoV-2, se manteria no atendimento presencial ou poderia ser atendido de forma remota. Além disso, como faríamos a realização dos estímulos a distância, acionaríamos e treinaríamos o cuidador; qual a segurança clínica desse tipo de atendimento e como garantir a eficácia do que estávamos fazendo? As dúvidas eram diversas.

Diante desse cenário, transmissões e discussões entre profissionais especialistas foram propostas na tentativa de oferecer diretrizes para esse tipo de intervenção. Neste momento, o Departamento de Disfagia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, entendendo o seu papel de apoio científico ao fonoaudiólogo brasileiro e no compromisso em fornecer subsídios para uma atuação em Disfagia segura e eficiente, iniciou a construção desse E-Book intitulado “*Telessaúde em Disfagia: relatos de experiência*”.

Fazem parte dessa obra colegas carinhosamente convidados, tanto pela contribuição de referência em suas áreas, como por terem apontado norteadores desse início do uso do atendimento remoto pelo fonoaudiólogo.

A ideia foi trazer informações técnicas que permitam ao fonoaudiólogo desenvolver um atendimento remoto de forma ética e segura, além de dados científicos e experiências com o atendimento clínico que favoreçam um atendimento seguro e eficiente em Disfagia.

O Departamento de Disfagia espera que essa obra possa auxiliar o fonoaudiólogo, em sua prática clínica com o paciente, na reestruturação de serviços e na condução de pesquisas na área. Sentimo-nos responsáveis por esse direcionamento técnico-científico e nos consideramos lado a lado com o fonoaudiólogo em linha de frente.

Uma boa leitura a todos!

Carolina Castelli Silvério

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ATUAÇÃO EM DISFAGIA NA TELEFONOAUDIOLOGIA

Andréa Cintra Lopes
Giedre Berretin Félix
Paulo Melo
Raquel Rodrigues Rosa

A incorporação de novas tecnologias no cotidiano exige aceitação, adaptação e aprendizado às mudanças. Nesta perspectiva, as novas tecnologias devem ser consideradas para nos oferecer controles criativos do lazer, das relações sociais e, até mesmo, das atuações profissionais.

O uso de tecnologias na área da Saúde vem sendo adotado de modo progressivo, de tal maneira que possa oferecer qualidade de vida e tratamento das doenças. Inovações tecnológicas permitem diagnósticos cada vez mais precisos e, ao mesmo tempo, podem auxiliar os pacientes no autocuidado e automonitoramento. De uma forma ou de outra, querendo ou não, direta ou indiretamente, fazemos uso de tecnologias nos exercícios profissionais em Saúde e, não de modo diferente, na Fonoaudiologia. No exercício profissional da Fonoaudiologia, já fazíamos uso de *softwares* como instrumentos complementares para a avaliação, diagnóstico e tratamento dos distúrbios da comunicação. Uma realidade em vários serviços de saúde públicos ou privados.

Oferecer serviços fonoaudiológicos de modo remoto parecia algo que seria utilizado como recurso de cuidado no futuro, talvez não tão distante. Contudo, o estado de pandemia da Covid-19 nos impulsionou a encontrar soluções para substituir os serviços presenciais, uma vez que nos foi determinado a adotar o distanciamento social como medida de prevenção da doença. A utilização de tecnologia de comunicação e informação (TCI) foi a solução encontrada para continuar a oferecer cuidados fonoaudiológicos aos pacientes. Desta forma, houve a necessidade de orientação e regulação desta prática pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia que será descrita de forma temporal a seguir.



Ilustração: Freepik

Com este novo cenário, imposto pelo distanciamento social e alto risco de contágio da Covid-19, com a publicação da Portaria n.º 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020¹, que “Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)”, o Brasil elaborou o Plano de Contingência Nacional para a Covid-19². Neste novo cenário, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) orientou e autorizou que, caso seja em comum acordo com o cliente e família, os atendimentos poderiam ser realizados mediados por tecnologia de informação e comunicação (TIC). Foram publicadas, neste sentido, as Recomendações, n.º 18-B, de 17 de março de 2020³, que permitia, em caráter emergencial, o uso do Telemonitoramento e da Teleconsulta nos meses de março e abril de 2020 e a n.º 20⁴, que permitia o uso do Telemonitoramento e da Teleconsulta enquanto durasse a crise ocasionada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), respeitando-se os decretos estaduais e municipais que disciplinam o distanciamento ou isolamento social. Estas Recomendações foram revogadas com a publicação da Resolução CFFa n.º 580, “*Dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências*”, publicada em 25 de agosto de 2020⁵. Diante da eminente necessidade de aprofundamento destas questões para a oferta segura da Telefonaudiologia, foi publicado as “Diretrizes de Boas Práticas em Telefonaudiologia”⁶.

A Telefonaudiologia, foi definida na Resolução CFFa n.º 580/2020⁵, como o exercício da Fonoaudiologia, mediado por tecnologias da informação e comunicação (TICs), para fins de promoção de saúde, do aperfeiçoamento da fala e da voz, assim como para prevenção, identificação, avaliação, diagnóstico e intervenção dos distúrbios da comunicação humana, equilíbrio e funções orofaciais.

Diante deste novo método de assistência fonoaudiológica, se faz indispensável que a segurança dos dados sensíveis seja adotada. O fonoaudiólogo deve zelar pela integridade, confidencialidade e sigilo das informações para que a privacidade do cliente seja resguardada. Neste sentido, fornecer modelo de Contrato, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e toda a documentação em prontuário, imposta pela Resolução CFFa n.º 415 de 12 de maio de 2012⁷, são prioridades antes do início da prestação de serviços de saúde.

Sendo assim, algumas questões têm sido amplamente discutidas pelos profissionais da Saúde: “como garantir os níveis mínimos de qualidade na Telefonaudiologia?” e “Qual a melhor plataforma para garantir a confidencialidade e a segurança dos dados enviados e das recomendações recebidas?”

O Art. 6.º da Resolução CFFa n.º 580/2020⁵, determina que “Os serviços prestados via Telefonaudiologia deverão respeitar a infraestrutura tecnológica física, os recursos humanos e materiais adequados, assim como obedecer às normas técnicas de guarda, manuseio e transmissão de dados, garantindo-se confidencialidade, privacidade e sigilo profissional”. Os incisos deste artigo abordam estes três direitos. Os princípios (como **sigilo, confidencialidade e privacidade**) também são tratados por Silva e Lopes, 2020⁸ (no prelo). Estes princípios, se tornaram mandatórios após a publicação da Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)⁹, que prevê o reforço aos direitos da personalidade, entre os quais a privacidade, intimidade, sigilo, imagem e voz.

Tomasevicius-Filho et al. (2020)¹⁰, nas Diretrizes de Boas Práticas em Telefonaudiologia, discutiram a questão da privacidade, intimidade e sigilo na prática, fundamentada na LGPD, uma vez que estes princípios requerem atenção quanto aos seus aspectos jurídicos, devido às peculiaridades dessa forma de prestação de serviços, cuidados adicionais devem ser tomados pelo profissional durante o atendimento.

No Código de Ética da Fonoaudiologia¹¹, o respeito ao sigilo, privacidade e à confidencialidade constituem princípios gerais éticos e bioéticos e estão citados no Art. 24. Na quebra do sigilo profissional, o fonoaudiólogo estará incorrendo uma infração ética pelo Código de Ética da Fonoaudiologia¹¹ além de transgredir o Art. 5.º, X, da Constituição Federal¹² e o Art. 154 do Código Penal,¹³ conforme Silva e Lopes⁸ (no prelo).

Neste sentido, ainda, Braga (2020)¹⁴, ao abordar questões inerentes à medicina, afirmou que se faz indispensável, para esse novo cenário, o estabelecimento de segurança jurídica para o médico. Nesse ensejo, o profissional deve zelar pela integridade e pelo sigilo das informações, o prontuário do paciente deve ser completo e o seu termo de consentimento deve ser livre, esclarecido e de livre acesso para o paciente.

Estes princípios éticos foram amplamente discutidos Durante a 51.^a Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em outubro de 1999, em Israel, em que foi adotada a chamada Declaração de Tel Aviv¹⁵, que versa sobre algumas das responsabilidades inerentes da utilização da telemedicina. A Declaração de Tel Aviv deu ênfase para a necessidade da preservação dos princípios da ética médica, destacando-se os princípios do consentimento e da confidencialidade do paciente.

Portanto, a fim de que tais direitos sejam assegurados ao cliente, o fonoaudiólogo deve escolher com muita cautela as tecnologias a serem utilizadas, como é exigido § 3.º do Art. 5.º da Resolução CFFa n.º 580⁵:

Ilustração: Freepik



Todos os esforços devem ser tomados para se utilizar tecnologias da informação e comunicação que atendam a padrões de verificação, confidencialidade, armazenamento da informação e segurança reconhecidos e adequados.

Uma forma de garantir a prática segura em Telefoniaudiologia é por meio da incorporação de medidas de segurança de dados⁶. Dessa forma, para auxiliar os fonoaudiólogos na oferta da Telefoniaudiologia, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e a Academia Brasileira de Audiologia (ABA) publicaram uma nota de esclarecimento em 6 de abril de 2020¹⁶, recomendando o uso de plataformas que atendessem a lei norte-americana “Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde” (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*), garantindo a privacidade aos indivíduos, ao exigir a adoção de medidas protetivas em sistemas que possuam o tráfego informações de saúde individualmente identificáveis.

De acordo com Silva e Lopes, 2020 (no prelo)⁸, profissional deve zelar pela integridade, confidencialidade e sigilo das informações para que a privacidade do cliente seja resguardada, assim como enfatizaram a necessidade de formação mínima e essencial para que as Instituições de Ensino Superior (IES) preparem os futuros fonoaudiólogos no uso de recursos tecnológicos digitais, na segurança digital, assim como nos aspectos bioéticos.

Na área de Disfagia, a Telefonaudiologia tem se tornado uma alternativa para oferecer suporte clínico ao paciente, principalmente para os que apresentam restrições de acesso ao serviço fonoaudiológico devido à distância, transporte, mobilidade, condições financeiras e disponibilidade de especialista no local¹⁷. Além disso, aumentou a oportunidade de serviços e a possibilidade de supervisão ao profissional¹⁸, assim como o potencial em reduzir custos relacionados à saúde, que tem apontado para necessidade de ser considerada pelo sistema de saúde e pelas universidades¹⁹.

Alguns estudos mostram evidências da confiabilidade, validação, segurança e efetividade da avaliação da deglutição por teleconsulta em pacientes neurológicos e oncológicos com cognição preservada ou levemente comprometida¹⁷, pacientes pós-AVE hospitalizados²⁰, bem como da eficácia de programa de tratamento em paciente pediátrico²¹ e no gerenciamento e tratamento preventivo dos casos de câncer de cabeça e pescoço^{22,23}. Apesar da viabilidade do uso da Telefonaudiologia em Disfagia ser promissora, ainda há necessidade de maiores estudos relacionados ao tema²⁴.

Aplicabilidade dos aspectos éticos e legais na prática clínica

Eligibilidade: A análise do perfil do paciente para a eleição da modalidade do atendimento remoto é fundamental e cabe ao fonoaudiólogo realizar tal seleção baseando-se no benefício e na segurança dos pacientes^{5, 25}.

É necessário ter acesso à infraestrutura tecnológica e recursos humanos adequados^{5,26}. Também, se indicado, ter disponibilidade de um facilitador que tenha condições de seguir instruções para manusear os recursos tecnológicos. Contudo, a necessidade de contato presencial para execução de procedimentos e avaliações iniciais ou periódicas precisa ser avaliada²⁵.

Facilitador: Considerado o indivíduo que permanece ao lado do paciente durante a atividade de Telefonaudiologia, sendo responsável por dar suporte tanto para o paciente quanto ao profissional⁵, o facilitador está comumente presente no atendimento na área de Disfagia, sendo imprescindível em alguns casos devido ao comprometimento patológico do paciente.

Apesar de ser imprescindível para determinados pacientes, a presença do facilitador pode vulnerabilizar a preservação da intimidade e treinamentos para reduzir riscos referentes à sua participação nas atividades podem ser feitos¹⁰.

O facilitador pode auxiliar no manuseio dos recursos tecnológicos envolvidos, no preparo e ajuste do paciente para o atendimento e dos materiais que serão utilizados^{5,25}. Pode ser outro profissional de Saúde^{17,20}, familiares²¹, outro fonoaudiólogo²², estudante de Fonoaudiologia, entre outros⁵.

Antes de iniciar as atividades, o facilitador precisa ser treinado adequadamente, sendo a responsabilidade desse processo do fonoaudiólogo⁵. Sharma et al. (2012)²⁷ apresentaram um modelo de treinamento de facilitador para a Teleconsulta. Apesar de o estudo ser conduzido com assistente de saúde certificado, a proposta poderia ser estendida para cuidadores ou membros da família. O programa é composto por uma parte teórica, com informações sobre a fisiologia da deglutição, definição e sinais e sintomas de disfagia, opções de tratamento para a disfagia, posicionamento do paciente, forma correta de alimentação e tarefas que serão realizadas, além da parte prática com simulação do atendimento.

Procedimentos possíveis de serem realizados

É recomendado que o fonoaudiólogo selecione e adapte procedimentos, técnicas, materiais e instrumentos adequados para o atendimento a distância, bem como garanta equivalência em relação aos serviços prestados presencialmente^{5,25}.

Antes de iniciar os procedimentos destacados abaixo, é importante obter o consentimento informado do paciente ou seu representante legal quanto à inserção na Telefonaudiologia por meio do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. Nas Diretrizes de Boas Práticas em Telefonaudiologia estão apontadas informações mínimas que precisam constar no TCLE¹⁰. Dentre elas, destaca-se o plano de gerenciamento de situações de emergência durante e entre as sessões. Uma sugestão é orientar o paciente ou facilitador na primeira consulta sobre como proceder em caso de engasgamento, como tossir, manobra de Heimlich, ligar para o SAMU (192) ou Bombeiros (193).

Na **História Clínica**, é possível realizar o levantamento detalhado dos sintomas relacionados à disfagia e outras informações complementares. Os dados coletados nesse procedimento devem ser cautelosamente armazenados e descartados para evitar vazamento de informações, como previsto pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), garantindo a segurança e privacidade dos dados¹⁰.

Ilustração: Freepik



Também, **Questionários** podem ser aplicados, tanto no momento da consulta quanto enviado previamente por meio eletrônico. Como exemplo, o protocolo EAT-10 (*Eat Assessment Tool -10*) foi utilizado na Teleconsulta e aplicado em criança com algumas adaptações para a população estudada²¹.

Na **Avaliação**, alguns aspectos podem ser observados e outros precisam de equipamentos ou treinamento do facilitador. Contudo, os dados coletados, analisados e compartilhados durante os procedimentos requerem cuidados redobrados por serem considerados dados biométricos, sendo amparados pela LGPD¹⁰, atentando-se ao sigilo profissional e à confidencialidade⁵.



Ilustração: Freepik

Na realização dos procedimentos avaliativos, pode ser utilizado protocolo específico¹² ou conduzir a avaliação baseando-se na prática clínica²⁰. O protocolo de Exame Clínico da Deglutição contempla os aspectos de alerta e compreensão, função laríngea e motora oral, testagem da deglutição de sólido e líquido, sendo observado escape oral anterior, mastigação e trânsito oral, número de deglutições, elevação laríngea, voz molhada, atraso da deglutição, tosse e resíduo. Em seguida, estabelece a conduta e recomendações: condições da dieta oral, segurança dos alimentos e líquidos, classificação da Disfagia segundo a escala *Dysphagia Outcome Severity Scale* - DOSS, necessidade de assistência para alimentação, para higiene oral, necessidade e urgência de avaliação instrumental, necessidade de encaminhamento para outros especialistas e necessidade e urgência do retorno fonoaudiológico¹¹.

Em criança, também podem ser visualizadas medidas comportamentais como aceitação de objetos, consistências e sabores na cavidade oral; controle voluntário da deglutição de saliva e nível de aerofagia²¹.

Quanto ao posicionamento do paciente em relação à câmera, estudos têm adotado a posição sentado de lado para avaliação deglutição e de frente para o exame intraoral^{17,21} e com modificações do ângulo da câmera dependendo do aspecto avaliado²⁸. Também, fita adesiva branca pode ser colocada na região da cartilagem tireoidea para melhor visualização da movimentação laríngea, e, se disponível, utilizar câmera fixa com capacidade de aproximar o zoom pelo terapeuta e microfone de lapela na gola do paciente para melhor avaliar qualidade vocal¹⁷. Além da avaliação síncrona, imagens podem ser enviadas pelo facilitador do momento da alimentação²⁸.

Alguns sinais fisiológicos podem ser monitorados por um facilitador devidamente capacitado, como o enfermeiro, que acompanha o paciente, e alguns somente podem ser observados na presença de equipamento e periféricos no local, como a oximetria¹⁷ e a videofluoroscopia²⁹. Com a evolução dos aplicativos móveis na área da Saúde, a mensuração de tais sinais estão sendo incorporados a dispositivos baseados em *Smartphones*, como exames de ultrassom, espirometria, ausculta, dentre outros equipamentos para telepedagógica e teleavaliação³⁰.

Por fim, a **Terapia Indireta e Direta** apresenta o benefício de, quando realizada no lar, ser conduzida no ambiente real e natural do paciente, com seus alimentos habituais e com as pessoas com quem convive, no caso da necessidade do facilitador²¹.

Os exercícios e treinamentos a serem executados são semelhantes aos realizados na terapia presencial em sua maioria, com as devidas adaptações, e treinamento/orientações ao facilitador quando necessário. Contudo, é necessário atentar a equivalência da qualidade do serviço oferecido e analisar frequentemente a evolução do caso, a qualidade e resultados do serviço oferecido. Suspender quando não for viável^{5,25}.

Além da interação síncrona com o paciente, a terapia também pode ser incrementada de forma assíncrona com a utilização aplicativo ou envio de materiais explicativos por meio eletrônico. Recentemente, foram observados resultados clinicamente equivalentes da terapia presencial com a terapia remota mediada pelo aplicativo *SwallowIT*²³, um sistema desenvolvido para customizar a execução de um programa de terapia (“*Pharyngocise*”) que contempla exercícios de pressão de língua, falsete sustentado, deglutição com esforço, exercícios mandibulares com o Therabite®.

Considerações finais

De acordo com Silva e Lopes, 2020 (no prelo)⁸, o profissional deve zelar pela integridade, confidencialidade e sigilo das informações para que a privacidade do cliente seja resguardada. Além disso, torna-se necessário enfatizar a necessidade de formação mínima e essencial para que as Instituições de Ensino Superior (IES) preparem os futuros fonoaudiólogos no uso de recursos tecnológicos digitais, na segurança digital, assim como nos aspectos bioéticos.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 188/2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União: Ministério da Saúde, 2020a [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/3bL6qO0>.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, 2020b [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>.
- 3- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Recomendação CFFa n.º 18-B, de 17 de março de 2020. Recomenda, que em condições emergências, como em casos de pandemia, a Teleconsulta e Telemonitoramento possam ser realizados temporariamente para os meses de março e abril de 2020a [Internet]. Brasília: CFFa, 2020a [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/33jRF0K>.
- 4- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Recomendação CFFa n.º 20, de 23 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da Telefonia durante a crise causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. Brasília: CFFa, 2020b [citado 17 nov 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/33imf17>.
- 5- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa n.º 580 de 20 de agosto de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da Telefonia e dá outras providências. Brasília: CFFa, 2020c. Disponível em: Diário Oficial da União. Edição: 163 | Seção: 1 | Página: 131.
- 6- Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD, Ramos SM. Diretrizes de boas práticas em Telefonia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. p. 49-51 *E-book* [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/3ikmd94>.
- 7- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa. 415 de 12 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro de informações e procedimentos fonoaudiológicos em prontuários e dá outras providências. Brasília: CFFa, 2012 [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_415_12.htm#:~:text=Todos%20os%20atendimentos%20e%20procedimentos,de%20Fonoaudiologia%20sempre%20que%20solicitado.
- 8- Silva GI, Lopes AC. Sigilo, confidencialidade e privacidade: princípios para a oferta segura da Telefonia. In: 2020 (no prelo).

9- Brasil. Presidência da República. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Diário Oficial da União. 15 ago 2018 [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm.

10- Tomasevicius-Filho E, Ferrari DV, Lopes AC, Campos PD, Pinheiro LAVS, Barreira-Nielsen C. Aspectos legais, éticos e regulatórios. In: Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD. Ramos SM (org.). Diretrizes de boas práticas em Telefoniaudiologia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. *E-book*. cap. 3, p. 31-38 [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/2Fr96nK>.

11- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Código de Ética da Fonoaudiologia. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 196-198, 07 mar 2016. [citado 10 Set 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/3m4uwYV>.

12- Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988. 496 p [citado 10 Set 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/2Zop2P2>.

13- Brasil. Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União [Internet]: seção 1, Brasília, p. 19699, 13 out 1941 [citado 03 set 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/2QjsshG>.

14- Braga AM. A Telemedicina e a necessária segurança jurídica para o médico. Rev Jus Navigandi [Internet]. 2020 [citado 10 Set 2020]; 25(6134). Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/81320/a-telemedicina-e-a-necessaria-segurancajuridica-para-o-medico>.

15- Declaração de Tel Aviv. Sobre Responsabilidades e Normas Éticas na utilização da Telemedicina. Israel, 2019 [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/27telaviv.html>.

16- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Nota de esclarecimento sobre a Telessaúde em Fonoaudiologia. [S.l.]: CFFa, 2020 [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/nota-de-esclarecimento-sobre-a-telessaude-em-fonoaudiologia/>.

17- Ward EC, Sharma S, Burns C, Theororos D, Russel T. Validity of conducting clinical dysphagia assessments for patients with normal to mild cognitive impairment via telerehabilitation. *Dysphagia*. 2012;27(4):460-72.

- 18- Raatz MK, Ward EC, Marshall J. Telepractice for the delivery of pediatric feeding services: a survey of practice investigating clinician perceptions and current service models in Australia. *Dysphagia*. 2020;35(2):378-88.
- 19- Coyle J. Tele-Dysphagia management: an opportunity for prevention, cost-savings and advanced training. *Int J Telerehabil*. 2012;4(1):37-40.
- 20- Morrell K, Hyers M, Stucjiner T, Lucas L, Schwartzk K, Mako J, et al. Telehealth stroke dysphagia evaluation is safe and effective. *Cerebrovasc Dis*. 2017;44(3-4):225-31.
- 21- Malandraki GA, Roth M, Sheppard JJ. Telepractice for pediatric dysphagia: a case study. *Int J Telerehabil*. 2014; 6(1): 3–16.
- 22- Burns CL, Ward EC, Hill AJ, Kularatina S, Byrnes J, Kenney LM. Randomized controlled trial of a multisite speech pathology telepractice service providing swallowing and communication intervention to patients with head and neck cancer: Evaluation of service outcomes. *Head Neck*. 2017;39(5):932-39.
- 23- Wall LR, Ward EC, Cartmill B, Hill AJ, Isenring E, Byrnes J, Porceddu SV. Prophylactic swallowing therapy for patients with head and neck cancer: A three-arm randomized parallel-group trial. *Head Neck*. 2020;42(5):873-85.
- 24- Catalani B, Lucas GR, Berretin-Felix G. Tele-educação e Teleatendimento em Disfagia Orofaringea: revisão de literatura. *Disturb Comum*. 2016;28(4): 638-48.
- 25- Ferrari DV, Campos PD, Barreira-Nielsen C, Lopes AC. Considerações sobre infraestrutura tecnológica *In*: Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD. Ramos SM (org.). Diretrizes de boas práticas em Telefonaudiologia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020 [citado em 11 Jan 2021]. *E-book*. p.44-56. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/CFFa_Diretrizes_Boas_Praticas_Em_Telefonaudiologia_VOL_1_2020-1.pdf.
- 26- Ferrari DV, Campos PD, Barreira-Nielsen C, Lopes AC. Considerações clínicas. *In*: Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD. Ramos SM (org.). Diretrizes de boas práticas em Telefonaudiologia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020 [citado em 11 Jan 2021]. *E-book*. p. 57-63. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/CFFa_Diretrizes_Boas_Praticas_Em_Telefonaudiologia_VOL_1_2020-1.pdf.
- 27- Sharma S, Ward EC, Burns C, Theodoros D, Russell T. Training the allied health assistant for the telerehabilitation assessment of dysphagia. *J Telemed Telecare*. 2012;18(5):287-91.

28- Raatz M, Ward EC, Marshall J, Burns CL. Developing the system architecture for conducting synchronous paediatric feeding assessments via telepractice. J Telemed Telecare. 2019;25(9):552-8.

29- Burns CL, Keir B, Ward EC, Hill AJ, Farrell A, Phillips N, Porter L. A dynamic image quality evaluation of videofluoroscopy images: considerations for telepractice applications. Dysphagia. 2015;30(4):473-81.

30- Wen CL. Telemedicina e Telessaúde: desafios para uma nova era de cuidados [Internet]. In: Seminário Transformação Digital na Saúde; 2019; São Paulo, Brasil. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2019 [citado 21 Jan 2021]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/chao.pdf>.

Carolina Castelli Silvério
Elma Heitmann Azevedo Mares
Sheila Tamanini de Almeida

Introdução

Dentre as diversas áreas da Fonoaudiologia que beneficiam-se da Telessaúde como uma alternativa importante de assistência viável e eficaz diante de barreiras como a distância, indisponibilidade de profissionais e número reduzido de fonoaudiólogos especialistas em certos locais, destaca-se a disfagia¹. Neste contexto, tanto em Telerreabilitação quanto Teleducação, o tempo e o custo são reduzidos, maior quantidade de profissionais da Saúde podem ser alcançados assim como a possibilidade de educação continuada otimizando a reabilitação dos pacientes².

Embora a literatura refira a Telessaúde como uma metodologia viável, e que já vem sendo realizada por fonoaudiólogos há alguns anos, foi com a pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) que destacou-se grande necessidade de entendimento, capacitação e uso mais frequente na assistência centrada ao paciente com Disfagia Orofaríngea. Neste cenário, a Telessaúde pode implementar o treinamento de deglutição, o monitoramento do paciente e o suporte ao cuidador³. E, em março de 2020, a teleprática fonoaudiológica foi recomendada pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa n.º 18B de 19 de março de 2020, possibilitando a continuidade da prestação de serviços fonoaudiológicos à população em virtude da pandemia COVID-19⁴.

É reconhecido um crescimento no uso de tecnologias de *eHealth* para apoiar o suporte fonoaudiológico nos cuidados ao paciente e acredita-se que a Teleprática tenda a continuar crescendo devido aos benefícios como: aumentar o acesso a localidades que não tenham fonoaudiólogos especialistas; melhorar a eficiência de custo; aumentar a qualidade dos serviços e atender as diferentes demandas do cliente. Porém, destaca-se a necessidade do entendimento do perfil do paciente ou de seu cuidador para esta metodologia, seu conhecimento e habilidade com a tecnologia, a aquisição de ferramenta adequada, nível educacional e idade, pois são fatores que podem inviabilizar e comprometer a eficácia das propostas terapêuticas.

Sendo a Disfagia uma situação que pode levar a comprometimento pulmonar e, portanto, agravar a condição clínica do paciente com aumento de morbidade, mortalidade e custo, relacionada a questões emocionais e sociais e conseqüentemente à qualidade de vida, é importante entender as melhores evidências sobre a Teleprática e Disfagia. Dessa forma, pode-se otimizar a abordagem centrada no paciente disfágico, minimizar o tempo e os erros na conduta fonoaudiológica, reduzir os riscos à saúde pulmonar, os custos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes⁵.

A Teleprática ou Telerreabilitação é a possibilidade de reabilitação via tecnologia de telecomunicações e é definida como: “A aplicação da tecnologia de telecomunicações para fornecer serviços clínicos a distância, unindo clínicos aos pacientes, clínicos a outros clínicos, ou cuidador/qualquer pessoa responsável por atender o paciente na avaliação, intervenção, consulta, e/ou supervisão”^{6,7}. Esta modalidade de prestação de serviços é semelhante à provida de forma presencial, portanto requer as mesmas responsabilidades e não é menos profissional ou mais informal.

A Teleprática que pode ser síncrona, assíncrona ou híbrida e a prestação de serviço por meio desta metodologia podem ser divididas em serviço interpretativo, segunda opinião formativa, teleconsulta, teleconsultoria, teleinterconsulta e telemonitoramento. Neste capítulo e em todo esse *E-book*, focaremos na teleprática representada pela teleconsulta, uma vez que a maior parte dos estudos aborda a avaliação como o procedimento fonoaudiológico mais citado.

Levantamento da literatura

A revisão de literatura foi realizada na base de dados Pubmed com a seguinte estratégia de busca: “*Telehealth*” AND “*Dysphagia*”. Foram consideradas as publicações em inglês até o dia 18 de janeiro de 2021.

Foram encontrados 59 estudos, sendo todos lidos na íntegra pelas autoras deste capítulo. Após esta leitura, foram selecionadas as revisões sistemáticas com ou sem metá-análise, estudos clínicos randomizados, estudos coorte, prospectivos ou retrospectivos por representarem as evidências mais robustas. Sendo assim, conforme observado no Quadro 1, foram incluídos 11 estudos para discussão neste capítulo.

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continua)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Sharma et al., 2013 ⁸	Verificar as mudanças quanto às expectativas de pacientes com disfagia com relação ao tele atendimento.	40 pacientes adultos disfágicos com diversos diagnósticos neurológicos ou em CCP.	Estudo prospectivo com aplicação de questionário de 14 itens antes e após a realização de teleconsultas que compreendia a avaliação clínica da deglutição. Os itens do questionário abrangeram três áreas – conforto com uso da teleconsulta, qualidade audiovisual e considerações gerais – e foram pontuados de 1 a 5 conforme concordância à afirmação.	Os dados do questionário pré-teleconsulta já mostraram ser positivos quanto às percepções dos pacientes ao procedimento, demonstrando conforto e segurança com o uso do mesmo por parte do paciente. Na comparação pré e pós, ocorreram melhoras na pontuação de todos os itens, sendo que naqueles que representavam questões relacionadas ao audiovisual e considerações gerais foram encontradas diferenças significativas.



Ilustração: Freepik

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continuação)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Collins et al., 2017 ⁹	Verificar a efetividade de um programa de teleconsulta em Fonoaudiologia e Nutrição.	30 pacientes adultos disfágicos pós tratamento CCP.	Em estudo prospectivo, os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo que um deles manteve o atendimento presencial e o outro a assistência remota. Os autores mensuraram o serviço prestado, o custo e a satisfação do paciente.	O atendimento de forma remota foi eficiente em todos os seus pacientes. O grupo da assistência remota apresentou de forma significativa um menor número ($p=0,003$) e uma menor duração ($p<0,01$) de atendimentos. O custo do atendimento remoto foi significativamente menor ($p=0,004$) com altos níveis de satisfação do paciente para ambos os grupos.
Morell et al., 2017 ¹⁰	Desenvolver, implementar e testar um sistema de avaliação a distância em pacientes pós acidente vascular encefálico (AVC).	99 pacientes adultos com disfagia pós AVC.	Estudo prospectivo, randomizado, cego. Os pacientes passaram por avaliação fonoaudiológica clínica da deglutição em dois momentos, sendo um presencial e outro de forma remota com até 4 horas de diferença entre eles. Os pacientes foram divididos de forma randomizada quanto à escolha de qual dos procedimentos aconteceria primeiro. Os dois procedimentos foram realizados por diferentes profissionais, cegos quanto ao resultado da outra avaliação.	Os dois momentos de avaliação foram equivalentes em 91% na recomendação quanto à oferta de líquidos e 87% na oferta de sólidos, com valores substanciais de concordância.

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continuação)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Kantarcigil e Malandraki 2017 ¹¹	Desenvolver um formulário de levantamento de histórico clínico e comparar sua aplicação de forma presencial com a virtual em pacientes com disfagia.	40 pacientes adultos pontuados por rastreio como sendo de risco para disfagia e com condições cognitivas para responder ao instrumento.	Estudo prospectivo e randomizado. Desenvolveu-se um questionário com 70 questões: identificação, comunicação, histórico médico e histórico de deglutição. O formulário foi aplicado em todos os pacientes tanto de forma presencial, como virtual. Os pacientes foram randomizadamente divididos em 2 grupos que diferenciavam-se quanto à forma de aplicação inicial do questionário. As duas formas de aplicação foram comparadas quanto ao tempo de preenchimento, nível de informações completamente preenchidas, independência e satisfação.	As duas formas – presencial e virtual – de aplicação foram comparáveis entre si em termos de tempo de preenchimento, nível de informações completamente preenchidas e independência em preencher. Com relação à satisfação do paciente, esta foi maior para a aplicação na forma virtual. Os autores concluem quanto ao desenvolvimento de um formulário eficiente para o levantamento remoto de informações de pacientes com disfagia.
Burns et al., 2017 ¹²	Examinar a eficiência e o grau de satisfação de um modelo de teleprática comparado com o modelo de cuidado tradicional do serviço.	82 pacientes adultos em um processo de reabilitação em deglutição e comunicação pós CCP, que residiam em regiões distantes ao serviço e não poderiam comparecer presencialmente ao serviço.	Estudo prospectivo e randomizado. Os pacientes foram divididos em dois grupos, um recebendo a intervenção tradicional do serviço e o outro com modelo de teleprática. A intervenção tradicional ocorria através de contatos via telefone e <i>e-mail</i> . Já a intervenção por teleprática ocorreu com uso de chamadas de vídeo.	Com relação à eficiência do modelo de atuação, o uso da teleprática mostrou-se com resultados melhores quando comparado com o modelo tradicional. O mesmo resultado positivo a favor do modelo de teleprática foi observado no grau de satisfação dos pacientes.

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continuação)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Wall et al., 2017 ¹³	Comparar o grau de aderência à terapia de serviço de teleatendimento de terapia profilática em deglutição em pacientes CCP, comparado com outros dois modelos de atendimento.	79 pacientes adultos com CCP com previsão de realização de radioterapia.	Estudo prospectivo e randomizado. Os pacientes foram divididos em 3 grupos: terapia presencial, terapia assistida por teleatendimento através do <i>software SwallowIT</i> e autoterapia dirigida. Os três grupos realizaram o mesmo programa de terapia profilática 5 vezes na semana, por 6 semanas, sendo: uma sessão presencial inicial, uma sessão semanal presencial e as demais de forma correspondente ao grupo em que pertenciam. A aderência aos exercícios foi mensurada através de livro de anotações para os grupos terapia presencial e auto terapia dirigida, e com uso de ciclos concluídos de exercícios no <i>software SwallowIT</i> .	Verificou-se baixa e variável aderência aos exercícios em todos os grupos. Na comparação entre eles, nas primeiras três semanas de intervenção, a aderência mostrou-se significativamente melhor no modelo presencial comparado ao modelo de auto terapia dirigida, tendência a resultados significativamente melhores no modelo com uso do <i>software</i> comparado a autoterapia dirigida e não houve diferença na comparação do modelo presencial com o do uso do <i>software</i> . Houve declínio de aderência em todos os grupos após a quarta semana, sem diferença na comparação entre os grupos.

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continuação)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Mayadevi et al., 2018 ¹⁴	Analisar a viabilidade e o impacto de discussões remotas no tratamento de pacientes disfágicos pós cirurgia de cabeça e pescoço (CCP) que já haviam apresentado pouco resultado no processo de reabilitação.	26 pacientes adultos com disfagia pós CCP.	Análise retrospectiva do resultado de discussões remotas entre dois Centros de Reabilitação com relação à reabilitação dos pacientes pós CCP. Os autores utilizaram a escala <i>Functional Oral Intake Scale</i> (FOIS) como indicador do processo de evolução. Nas discussões mensais eram apresentados o histórico clínico de cada caso, os exames objetivos e as propostas de terapia.	Os autores consideraram as discussões remotas viáveis e efetivas. A média da escala FOIS pré-discussões remotas foi de 1,46, com melhora significativa para 3,92 ($p < 0,001$) após intervenções.
Nordio et al., 2018 ¹⁵	Verificar a efetividade dos programas de telerreabilitação em disfagia, comparados com programas presenciais.	Revisão Sistemática de literatura.	Revisão Sistemática de Literatura, porém sem a possibilidade de meta-análise uma vez que somente um artigo preencheu os critérios estabelecidos pelos autores. O artigo analisado teve como objetivo verificar a aderência à reabilitação remota de pacientes adultos disfágicos pós CCP à reabilitação remota, não o efeito na função de deglutição. O uso da tecnologia remota demonstrou uma tendência ao aumento da aderência à terapia em disfagia, comparada com a terapia presencial.	Os autores concluem que a revisão sistemática não foi capaz de levantar a efetividade dos programas de telerreabilitação em disfagia.

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continuação)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Wall et al., 2019 ¹⁶	Comparar os custos de serviço de teleatendimento de terapia profilática em deglutição em pacientes CCP.	79 pacientes adultos com CCP com previsão de realização de radioterapia.	Estudo prospectivo e randomizado. Os pacientes foram divididos em 3 grupos: terapia presencial, terapia assistida por teleatendimento através do <i>software SwallowIT</i> e autoterapia dirigida. Os três grupos realizaram o mesmo programa de terapia profilática 5 vezes na semana, por 6 semanas, sendo: uma sessão presencial inicial, uma sessão semanal presencial e as demais de forma correspondente ao grupo em que pertenciam. Foram levantados os custos do serviço e com o paciente.	Comparando-se a somatória dos custos do serviço e com o paciente, incluindo por exemplo o transporte, a intervenção com o <i>software SwallowIT</i> foi mais eficiente em termos de custo quando comparado com a intervenção presencial. Na comparação com a intervenção de autoterapia dirigida, apesar do custo ser um pouco maior, pelos resultados funcionais mais atrativos, a intervenção com o <i>SwallowIT</i> mostrou-se mais indicada.



Ilustração: Freepik

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

(continuação)

AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Wall et al., 2020 ¹⁷	Investigar o impacto de um serviço de teleatendimento de terapia profilática em deglutição nos resultados funcionais de pacientes CCP.	79 pacientes adultos com CCP com previsão de realização de radioterapia.	Em estudo prospectivo e randomizado, os pacientes foram divididos em 3 grupos: terapia presencial, terapia assistida por teleatendimento através do <i>software SwallowIT</i> e autoterapia dirigida. Os três grupos realizaram o mesmo programa de terapia profilática 5 vezes na semana, por 6 semanas, sendo: uma sessão presencial inicial, uma sessão semanal presencial e as demais de forma correspondente ao grupo em que pertenciam. Informações nutricionais, de deglutição (escala FOIS, videodeglutograma e escala de penetração e aspiração) e da percepção do paciente foram aplicadas antes, após as 6 semanas de intervenção e 3 meses após a radioterapia.	Os indivíduos dos três grupos apresentaram declínio funcional nas medidas de deglutição e nutrição no decorrer do procedimento. Nenhuma diferença estatística foi encontrada na comparação entre os 3 grupos para os indicadores nutricionais e de deglutição utilizados. Com relação à satisfação dos pacientes, esta foi melhor nos grupos de terapia presencial ou <i>SwallowIT</i> , comparado com o grupo de autoterapia dirigida. Os autores concluem que a forma como a intervenção profilática em deglutição foi realizada, não interferiu nos resultados funcionais em deglutição e nutrição, sendo o <i>SwallowIT</i> uma alternativa para este tipo de procedimento.

Quadro 1 – Estudos selecionados referente à atuação remota em Disfagia

				(conclusão)
AUTOR	OBJETIVO	SUJEITOS	DESENHO METODOLÓGICO	ACHADOS
Malandraki et al., 2021 ¹⁸	Verificar a eficácia do teleatendimento em disfagia durante a pandemia COVID-19.	Revisão sistemática de literatura.	Foram analisados 11 estudos que correspondiam aos critérios estabelecidos pelos autores. Desses, somente um focava os resultados de sua intervenção em telessaúde na pandemia COVID-19, um segundo artigo trouxe um guia de fatores para aumento da segurança neste período de pandemia e os outros 9 focaram principalmente em aspectos relacionados à gestão.	<p>A literatura mostrou-se limitada, sendo que muitos dos 11 estudos referenciam a teleprática em disfagia como segunda opção, não sendo equivalente à prática presencial.</p> <p>Seis artigos recomendam a teleprática em disfagia, porém com diversas ressalvas, apontando-a como parte de procedimentos ou em sua totalidade nos casos em que o atendimento presencial não era possível. Os autores concluem que o teleatendimento nas condições de pandemia é visto como uma segunda opção, possivelmente decorrente da falta de estrutura, processos e treinamento.</p> <p>Afirmam que novos estudos clínicos são necessários e acreditam que a experiência da pandemia promoverá um avanço nesta modalidade de atendimento.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerações sobre as evidências de Telefonaudiologia em Disfagia

A literatura pré-pandemia sinaliza a efetividade, confiabilidade e viabilidade da utilização de recursos remotos para o atendimento de pacientes com disfagia. Alguns estudos demonstram equivalência em relação a discussões, indicações terapêuticas, adesão e resultados terapêuticos^{8,10,14} além da viabilidade e eficácia da Telessaúde em disfagia de forma sincrônica, como modalidade positiva, mas emergente^{11,12}. Segundo Nordio et al. 2018¹⁵, ao comparar os atendimentos remotos com os presenciais, observa-se dificuldade na comprovação da efetividade desta modalidade. Ressalta-se, no entanto, que com a pandemia e falta de treinamento e metodologia adequada há fragilidade na Teleassistência para que esta seja oferecida com qualidade.

Universalmente, reflete-se a respeito da equivalência de qualidade dos serviços propostos, seja ele presencial ou remoto¹⁸, salientando-se a limitação de recursos, infraestrutura e treinamento como barreiras ainda a se transpor. Estudos contemporâneos e mais recentes demonstram sinais emergentes para a segurança, viabilidade e confiabilidade da Telessaúde em Disfagia, em combinação com experiências baseadas na prática, para facilitar as incursões em nosso campo. Há uma inclinação pela Telessaúde como forma de se compor diversos recursos para uma abordagem de entrega de serviço equivalente ao totalmente presencial. Esta pandemia trouxe desafios clínicos extraordinários, mas também ofereceu oportunidades únicas para nosso campo crescer e se adaptar a fim de continuar a servir nossos pacientes.

Acreditamos que a Telessaúde tem potencial para ser uma solução a curto prazo, respondendo aos desafios criados pela pandemia de COVID-19 e, a longo prazo, uma solução para várias barreiras de longa data à prestação de serviços especializados em Disfagia, como pacientes em municípios distantes, por exemplo.

A questão da segurança do paciente durante o atendimento remoto em disfagia foi pouco abordada nos estudos selecionados¹⁸. Considerações sobre este tópico são relevantes uma vez que tanto no atendimento presencial como no remoto há a necessidade de se observar os riscos inerentes ao atendimento em disfagia. Aparentemente, o processo de segurança da avaliação e intervenção no presencial foi apontada como semelhante para a telessaúde. Cabe ao profissional envolvido antecipar ao cuidador/familiar/auxiliar que está junto ao paciente todos os recursos e planos de assistência imediata possíveis a imprevistos, mantendo uma comunicação clara, completa e segura sempre no início de cada sessão^{18,19}. Os mesmos procedimentos e decisões devem ser tomados nos atendimentos presenciais rotineiramente, sendo esta prática um espelho para a intervenção remota.

Assim, pelo o que foi discutido com base na literatura especializada, acreditamos que a Telessaúde compreende uma opção possível na intervenção em Disfagia, inicialmente como uma forma de garantir a continuidade da reabilitação e da segurança clínica do paciente durante a pandemia COVID-19. Também poderá ser estendida no período pós-pandemia, visando a ampliação de acesso aos serviços especializados, desde que esse atendimento seja estruturado quanto ao seu formato, ao perfil ideal de paciente e aos recursos tecnológicos que serão disponibilizados.



Ilustrações: Freepik

REFERÊNCIAS

- 1- Mashima PA, Doarn CR. Overview of Telehealth Activities in Speech–Language Pathology. *Telemed J E Health*. 2008;14(10).
- 2- Marques MR, Ribeiro ECC, Santana CS, Elui VM. Aplicações e benefícios dos programas de Telessaúde e Telerreabilitação: uma revisão da literatura. *Rev Electron Comun Inf Inov Saude*. 2014; 8(1).
- 3- Ku PKM, Holsinger FC, Chan JYK, Yeung ZWC, Chan BYT, Tong MCF, et al. Management of dysphagia in the patient with head and neck cancer during COVID-19 pandemic: Practical strategy. *Head Neck*. 2020 Jul;42(7):1491-1496.
4. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Recomendação CFFa n.º 19 de 19 de Março de 2020. Brasília: CFFa, 2020.
5. Attrill S, White S, Murray J, Hammond S, Doeltgen S. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):3 -18.
6. Speech Pathology Australia. Telepractice in Speech Pathology Position Statement Canberra [Internet]. Australia: Speech Pathology Australia; 2014 [citado 28 Abr 2020]. Disponível em: http://www.speechpathologyaustralia.org.au/library/position_statements/20150105%20%20Telepractice%20in%20Speech%20Pathology%20Position%20Statement.pdf.
- 7- ASHA. American Speech-Language and Hearing Association. Telepractice: overview. [Internet]. Rockville: ASHA, 2020 [citado 28 Abr 20]. Disponível em: <https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Overview>.
- 8- Sharma S, Ward EC, Burns C, Theodoros D, Russell T. Assessing dysphagia via telerehabilitation: patients perceptions and satisfactions. *Int J Speech Lang Pathol* 2013;15(2):176-183.
- 9- Collins A, Burns CL, Ward EC, Comans T, Blake C, Kenny L, et al. Home-based telehealth service for swallowing and nutrition management following head and neck cancer treatment. *J Telemed Telecare*. 2017;23(10):866-872.
- 10- Morell K, Hyers M, Stuchiner C, Lucas L, Schwartz K, Mako J, et al. Telehealth stroke dysphagia evaluation is safe and effective. *Cerebrovasc Dis*. 2017;44(3-4):225-231.
- 11- Kantarcigil C, Malandraki GA. First step in telehealth assessment: a randomized controlled trial to investigate the effectiveness of an electronic case history form for dysphagia. *Dysphagia*. 2017;32(4):548-558.

- 12- Burns CL, Ward EC, Hill AJ, Kularatna S, Byrnes J, Kenny LM. Randomized controlled trial of a multisite speech pathology telepractice service providing swallowing and communication intervention to patients with head and neck cancer: evaluation of service outcomes. *Head Neck*. 2017;39(5):932-939.
- 13- Wall LR, Ward EC, Cartmill B, Hill AJ, Porceddu SV. Adherence to a prophylactic swallow therapy program during (chemo) radiotherapy: impact of service-delivery model and patient factors. *Dysphagia*. 2017;32(2):279-292.
- 14- Mayadevi M, Thankappan K, Limbachiya SV, Vidhyadharan S, Villegas B, Ouyoung M, et al. Interdisciplinary telemedicine in the management of dysphagia in Head and Neck. *Dysphagia*. 2018;33(4):474-480.
- 15- Nordio S, Innocenti T, Agostini M, Meneghello F, Battel I. The efficacy of telerehabilitation in dysphagic patients: a systematic review. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2018;38(2):79-85.
- 16- Wall LR, Kularatna S, Ward EC, Cartmill B, Hill AJ, Byrnes J, et al. Economic analysis of a three-arm RCT exploring the delivery of intensive, prophylactic swallowing therapy to patients with head and neck cancer during (chemo) radiotherapy. *Dysphagia*. 2019;34(5):627-39.
- 17- Wall LR, Ward EC, Cartmill B, Hill AJ, Isenring E, Byrnes J, et al. Prophylactic swallowing therapy for patients with head and neck cancer: a three arm randomized parallel-group trial. *Head and Neck*. 2020;42(5):873-885.
- 18- Malandraki GA, Arkenberg RH, Mitchell SS, Malandraki JB. Telehealth for dysphagia across the life span: using contemporary evidence and expertise to guide clinical practice during and after COVID-19. *Am J Speech Lan Pathol*. 2021;30(2):532-550.
- 19- Miles A, Connor NP, Desai RV, Jadcherla S, Allen J, Brodsky M, et al. Dysphagia care across the continuum: a multidisciplinary dysphagia research society taskforce report of service-delivery during the COVID-19 global pandemic. *Dysphagia*. 2021;36(2)-170-182.

PLATAFORMAS DE TELECONSULTA: CUIDADOS E SEGURANÇA

Emílio Tissato Nakamura

Leonardo Wanderley Lopes

Em 2020, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) publicou a Resolução n.º 580¹ que dispõe sobre a regulamentação da Telefoniaudiologia e dá outras providências nesse sentido. Por Telefoniaudiologia deve-se entender o exercício da Fonoaudiologia mediado por tecnologias da informação e comunicação, seja para fins de educação, pesquisa, promoção da saúde, assim como prevenção, diagnóstico e tratamento das necessidades dos indivíduos relacionadas à comunicação, funções orofaciais e equilíbrio, sejam elas realizadas de forma síncrona, assíncrona ou híbrida.

Obviamente, a pandemia pelo Sars-CoV-2 acelerou e popularizou o uso das TICs para finalidades clínicas e/ou educacionais no setor Saúde. Na Fonoaudiologia, houve um esforço conjunto das Sociedades Científicas e do Conselho Federal de Fonoaudiologia para desenvolver e disseminar diretrizes de boas práticas nesse escopo de atuação, garantindo a qualidade do cuidado prestado e a segurança para o usuário. Existem várias modalidades na Telefoniaudiologia, que incluem a teleconsulta, o serviço interpretativo, a segunda opinião formativa, a teleconsultoria, a teleinterconsulta e o telemonitoramento. Especificamente, este capítulo tratará dos cuidados e segurança relacionados ao uso de plataformas para a modalidade de Teleconsulta.

Com o crescimento da disponibilidade de procedimentos fonoaudiológicos mediados por TICs, houve a busca por possibilidades seguras e eficientes em realizar os atendimentos a distância. Diretrizes e orientações, já abordadas no capítulo anterior desse material, procuraram direcionar o profissional fonoaudiólogo quanto ao formato desse perfil de atuação, incluindo a escolha pela plataforma a ser empregada.

Inicialmente, gostaríamos de destacar alguns pontos inseridos na Resolução n.º 580/2020 do CFFa, relacionando-os especificamente à modalidade de Teleconsulta:

- O fonoaudiólogo deve garantir informações suficientes, seja por áudio, vídeo ou coleta de dados antes de realizar o diagnóstico ou implementar o tratamento do usuário, mantendo-se, minimamente a equivalência às informações que poderiam ser obtidas presencialmente;
- “Os serviços prestados via Telefonaudiologia deverão respeitar a infraestrutura tecnológica física, os recursos humanos e materiais adequados, assim como obedecer às normas técnicas de guarda, manuseio e transmissão de dados, garantindo-se confidencialidade, privacidade e sigilo profissional” (Art. 6.º);
- “A conectividade, os equipamentos de áudio e vídeo, *softwares* e outras aplicações são componentes críticos na Telefonaudiologia” (Art. 6.º, § 1º);
- “Os fonoaudiólogos que utilizam a Telefonaudiologia devem estar familiarizados com o uso dessas tecnologias, de forma a identificar e selecionar os recursos apropriados ao tipo de procedimento fonoaudiológico a ser realizado, assim como ao modelo e tipo de atividade” (Art. 6.º, § 2.º);
- “Todos os esforços devem ser tomados para se utilizar tecnologias da informação e comunicação que atendam a padrões de verificação, confidencialidade, armazenamento da informação e segurança reconhecidos e adequados” (Art. 6.º, § 3.º);
- “Áudio, vídeo e todas as outras transmissões de dados devem ter qualidade apropriada para o tipo de procedimento clínico a ser realizado” (Art. 6.º, § 4.º);
- “Nos casos de uso de equipamentos específicos, *hardwares* que dependam de calibração devem cumprir as leis regulamentadoras, códigos de segurança e políticas e procedimentos de controle de infecção vigentes” (Art. 6.º, § 5.º);

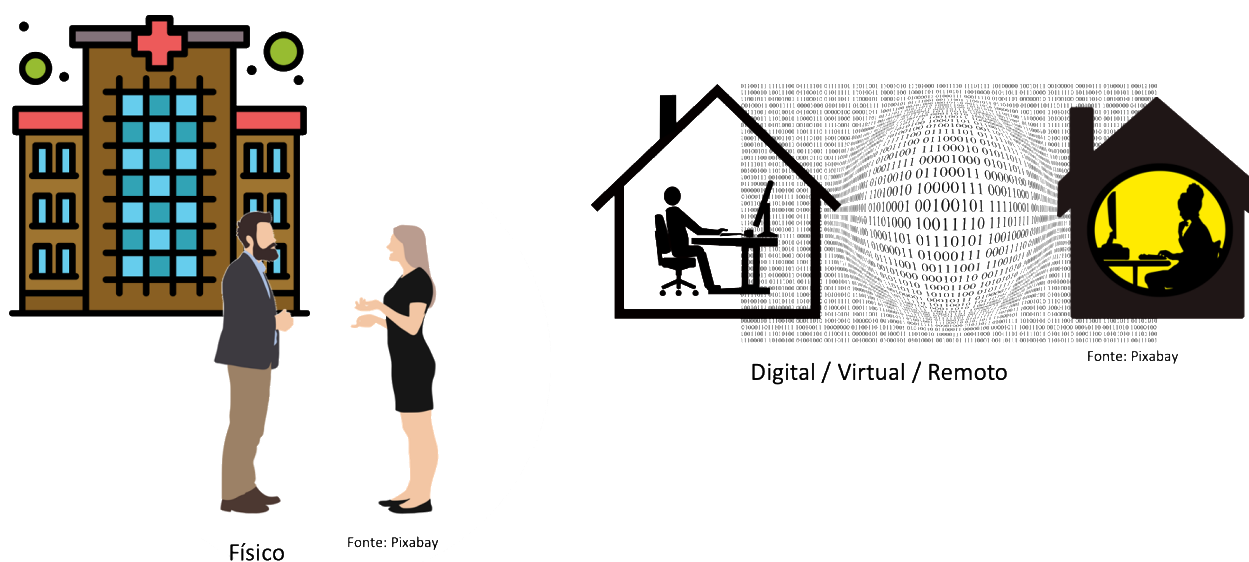
- “Os dados e imagens dos pacientes devem trafegar na rede mundial de computadores (internet) com infraestrutura, gerenciamento de riscos e requisitos obrigatórios para assegurar o registro digital apropriado e seguro, obedecendo às normas do CFFa e à legislação vigente, pertinentes a guarda, manuseio, integridade, veracidade, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional das informações, estando sob a responsabilidade do fonoaudiólogo responsável pelo atendimento” (Art. 6.º, § 6.º);
- “Devem ser preservados todos os dados trocados por imagem, texto e áudio entre os participantes de atividades de Telefonaudiologia” (Art. 6.º, § 7.º);
- “É de responsabilidade do fonoaudiólogo selecionar procedimentos adequados às tecnologias e que levem em consideração as variáveis do cliente e da condição em questão” (Art. 7.º, § 1.º);
- “O fonoaudiólogo que presta serviço em Telefonaudiologia deve possuir conhecimentos e habilidades específicas que envolvem, no mínimo: seleção e manejo de TICs adequadas para a atividade considerada, ética e etiqueta digital, segurança e privacidade de dados e aspectos legais e regulatórios pertinentes” (Art. 8.º).

Considerando os artigos citados, que fazem parte da regulamentação da nossa atuação em Telefonaudiologia, podemos elencar alguns cuidados quanto à seleção das plataformas que serão utilizadas para mediar a atuação fonoaudiológica nas Teleconsultas Síncronas. Os potenciais benefícios da Teleconsulta para o usuário precisam ser equacionados em termos da qualidade da equivalência do serviço prestado em sua modalidade presencial e com a segurança no serviço prestado. No âmbito da atuação fonoaudiológica junto aos pacientes disfágicos, a palavra segurança ganha um sentido mais amplo, envolve as questões relacionadas à cibersegurança e ao gerenciamento de riscos relacionados à execução de procedimentos terapêuticos e à ingestão de alimento por via oral.

Inicialmente, é necessário ficar claro ao fonoaudiólogo que o uso de plataformas de Teleconsulta exige cuidados relacionados com as ameaças cibernéticas². Em caso de um incidente de segurança, os dados podem sofrer vazamentos (perda de confidencialidade), alterações (perda de integridade) ou destruídos (perda de disponibilidade) – ISO 27001, 2013³. Considerando que os dados em uma Teleconsulta podem ser arquivos trocados, gravações, transcrições, conversas ou *chats*, imagens ou sons, atendimento em tempo real, prontuários e pagamentos, os impactos resultantes de um ataque cibernético podem ser muito altos, refletindo diretamente na experiência e nos resultados dos atendimentos.

A Figura 1 representa um contexto importante de comparação entre o atendimento tradicional e físico (à esquerda) que ocorre em um local mais controlado, com o meio menos susceptível às ações maliciosas e a modalidade de Teleconsulta (à direita), em que há um conjunto de elementos tecnológicos entre o fonoaudiólogo e o paciente que podem ser explorados em ataques cibernéticos. Dentre estes elementos que podem ser atacados estão o dispositivo, computador/equipamento utilizado tanto pelo profissional quanto pelo paciente, o meio de comunicação, o sistema e a plataforma.

Figura 1 – Representação do atendimento fonoaudiológico físico (à esquerda) e por Teleconsulta (à direita)



Fonte: Pixabay

Em um sistema computacional existem diferentes camadas que podem ser exploradas em ataques, resultando no comprometimento dos dados, na perda de confidencialidade, integridade ou disponibilidade. Os dados podem encontrar-se em diferentes estados: em processamento ou *Data-In-Use* (DIU), em transmissão ou *Data-In-Motion* (DIM) ou em armazenamento ou *Data-At-Rest* (DAR). Os ataques, assim, podem explorar processadores ou dispositivos (DIU), aplicações, sistemas ou plataformas (DIU), conexões internet ou de rede local (DIM) ou banco de dados ou aplicações (DAR). A Figura 2 traz a apresentação dos estados dos dados, conforme já mencionado, e o seu fluxo ou caminho que tipicamente tomam em seu ciclo de vida. Cada ponto deste fluxo pode representar um ponto de ataque, o que é melhor definido na Figura 3.

Figura 2 – Estados dos dados e o fluxo de sua existência.

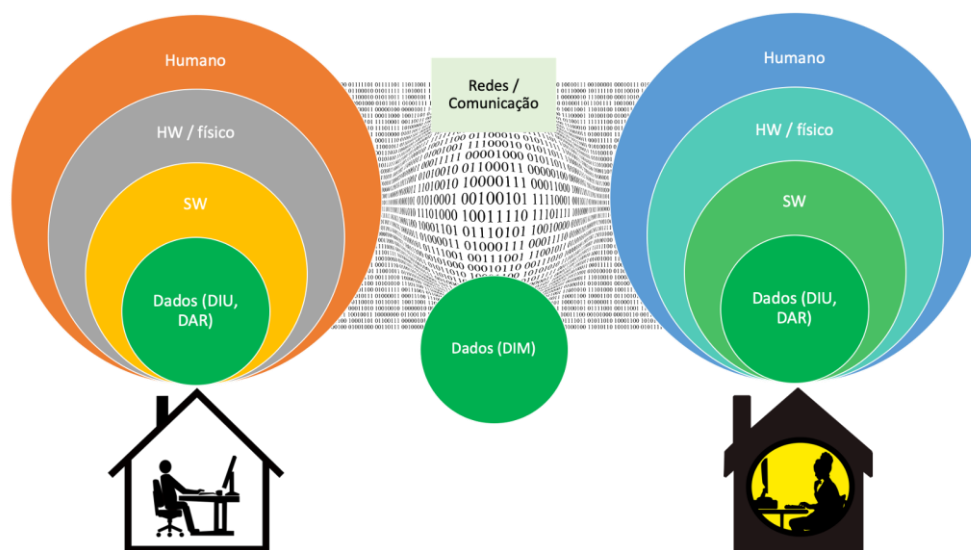


Fonte: Pixabay

Genericamente, a Figura 3 apresenta as camadas em que os dados podem ser atacados entre duas pessoas como, por exemplo, fonoaudiólogo e paciente. Um criminoso ou agente malicioso pode explorar as vulnerabilidades humanas em, sem perceber, instalar um código malicioso em seu dispositivo ou *hardware*, ou mesmo roubar os dados diretamente. Além disso, o dispositivo pode também ser invadido e roubado, levando à exposição e comprometimento dos dados. A plataforma de Teleconsulta ou *software* utilizado pode conter vulnerabilidades que favoreçam estes ataques cibernéticos.

Vale destacar que o próprio banco de dados ou sistema profissional do fonoaudiólogo em seu dispositivo também são *softwares* que podem ter suas próprias vulnerabilidades exploradas remotamente. O meio de comunicação ou rede, a internet, também é um universo em que os dados podem ser interceptados e manipulados. Fica claro, então, o quanto todos estes componentes que fazem parte do fluxo de dados entre o fonoaudiólogo e o paciente durante as Teleconsultas devem ser seguros, com o tratamento das vulnerabilidades existentes.

Figura 3 – Camadas em que os dados podem sofrer ataques cibernéticos.



Fonte: Pixabay

Serão listadas, a seguir, as principais medidas quanto aos dispositivos tecnológicos que devem ser tomadas pelos fonoaudiólogos que se disponibilizarem em realizar Teleconsultas:

- Fonoaudiólogos devem zelar pelos seus componentes tecnológicos para a Teleconsulta, mantendo-os sempre atualizados. É necessária a consciência da possibilidade de serem vítimas de ataques de *phishing*^A, em que *links* ou *softwares* maliciosos são enviados e, quando clicados, roubam dados ou instalam códigos que controlam seus dispositivos, *softwares* e dados. Portanto, uma vez usando o dispositivo em que realiza a Teleconsulta e/ou armazena dados de pacientes, é necessário o cuidado em clicar somente em *links* de contatos conhecidos e seguros, tanto no momento da Teleconsulta, como fora dele;

- Dispositivos, computadores, sistemas operacionais e plataformas de Teleconsulta devem estar sempre atualizados com as versões mais recentes dos fabricantes. As vulnerabilidades são eliminadas nestas novas versões, reduzindo a possibilidade de serem exploradas em ataques cibernéticos;
- Plataformas escolhidas para a Teleconsulta devem utilizar criptografia fim-a-fim ou ponta-a-ponta para que os dados não sejam capturados e manipulados quando transmitidos pela internet;
- Realizar *backups* de todos os dados, protegendo estas cópias, para permitir a continuidade do acesso a estas informações no caso de incidentes com o dispositivo, equipamento ou computador, que podem sofrer panes, serem roubados ou mesmo invadidos. Um exemplo de possível incidente com dispositivos é o *ransomware*⁵, em que ocorre a invasão, com os dados sendo bloqueados e liberados somente após o pagamento de resgate. Além de tornar o acesso dos dados indisponível, durante e após o ataque de *ransomware*, estes podem ser vazados;
- É necessário que em todos os dispositivos o fonoaudiólogo utilize *software anti-malware* ou antivírus, que impede grande parte da contaminação por códigos maliciosos que podem resultar em controle do dispositivo ou vazamento de dados, por exemplo.

Além dos impactos diretos dos ataques cibernéticos já mencionados neste capítulo, os profissionais que realizam a Teleconsulta podem sofrer as sanções previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)⁶ e é necessário estar atento a ela. A LGPD – Lei n.º 13719 de 14 de agosto de 2018 regulariza o tratamento de dados pessoais dos cidadãos, incluindo nos meios digitais. O objetivo é proteger a liberdade, a privacidade e o livre desenvolvimento da pessoa física e deve ser aplicada por qualquer pessoa – natureza física ou jurídica – de direito público ou privado, que manipule os dados pessoais de forma *on-line* ou *off-line*. A LGPD abrange desde a livre iniciativa, concorrência e defesa do consumidor, até a inviolabilidade dos dados e opiniões pessoais. É manter segura a informação pessoal de cada indivíduo e garantir o seu uso apropriado pelo outro.

Assim, tanto o atendimento fonoaudiológico presencial, como a Teleconsulta, necessitam estar de acordo com a LGPD, já que ambos envolvem a manipulação e armazenamento de dados dos pacientes – informações pessoais (nome, documentação, endereço, e-mail, dados bancários e endereço IP), diagnósticos, resultados de exames, entre outros. A modalidade de Teleconsulta acende ainda mais a preocupação quanto ao extravasamento desses dados, e conseqüentemente ao não cumprimento da LGPD, uma vez que apresenta maior risco de invasão pelos ataques cibernéticos.

Vale destacar que, segundo a LGPD, qualquer gravação digital de dados, áudios e imagens dos clientes/pacientes/responsáveis deve ser autorizados pelos mesmos ou seus representantes legais. É necessário que nessa autorização contenha o motivo da gravação, por quanto tempo e de que forma esta será armazenada, quais as medidas de segurança tomadas e quais os contatos do responsável técnico (por exemplo, o fonoaudiólogo) que armazenará essa gravação.

A seguir, a Figura 4 apresenta algumas das alternativas viáveis e seguras de plataformas de Teleconsulta que processam, transmitem e armazenam todos os tipos de dados necessários para o atendimento remoto. A melhor plataforma é sempre aquela que atende às necessidades do profissional, que deve considerar variáveis como as funcionalidades, desempenho, usabilidade, segurança, privacidade e conformidade.

Figura 4 – Alternativas de plataformas de Teleconsulta

- Cadastros
- Arquivos trocados
- Gravações
- Transcrições
- Conversas / chat
- Imagens / sons
- Atendimentos
- Prontuários
- Pagamentos

Logotipos das plataformas de Teleconsulta:

- Skype for Business
- G Suite
- spruce
- doxy.me
- amazon Chime
- zoom
- Webex Meetings
- GoToMeeting
- updox
- VSee
- HiTalk!

Fonte: Pixabay

Na escolha da plataforma, existem questões relevantes que precisam ser entendidas pelo fonoaudiólogo para facilitar a proteção dos dados. São elas:

- Qual o direcionamento dos dados que estão sendo inseridos na plataforma?
- A plataforma escolhida consta de um servidor? Qual o local que ele está hospedado e quem pode acessá-lo?
- Os dados inseridos na plataforma estão seguros?
- A plataforma escolhida apresenta criptografia fim a fim ou de ponta a ponta?

No caso de aplicativos menos seguros, como o *WhatsApp* que se mostrou uma primeira solução encontrada por boa parte dos profissionais no início da pandemia, uma consideração relevante é que, ao contrário de serem uma plataforma de Teleconsulta, são dispositivos para uso particular (apesar de haver versões corporativas), com objetivo diferente: comunicação social. Os riscos envolvidos com o uso deste tipo de aplicativos é que, apesar de utilizarem a criptografia fim a fim para a transmissão dos dados, não há a proteção dos dados nos dispositivos, o que dependeria do próprio profissional fonoaudiólogo. Além disso, uma das características destes aplicativos é a de possibilitar facilmente a distribuição de informação, o que representa grandes riscos para os dados dos pacientes, além de ser um fator adicional de desafio para a conformidade legal com a LGPD.

Além de tudo o que já foi mencionado, alguns cuidados na escolha e no uso de plataformas de Teleconsulta são:

- Será necessário instalar a plataforma? Tenha cuidado com vetores de contaminação e com *phishings*, que podem resultar em instalação de códigos maliciosos em seus dispositivos;
- Configure as plataformas e não utilize a Opção Padrão, que normalmente focam na usabilidade e não na segurança e privacidade (o que é necessário para atividades profissionais);
- Faça uso da sala de espera destas plataformas;

- Utilize um ID da sessão para cada paciente (*links* diferentes para cada um deles);
- Além do ID da sessão (*link*), utilize sempre uma senha de acesso;
- Utilize o vídeo mútuo no início da sessão para reconhecimento inicial e validação de identidade;
- O uso do vídeo é importante, porém dá subsídios para engenharia social⁷. Utilize o “blur” do *background* ou outro fundo de tela para menor exposição;
- Como anfitrião, controle o compartilhamento de telas para evitar o *Zoombombing*⁸, que compreende o compartilhamento de conteúdos não desejáveis por terceiros, normalmente invasores do sistema;
- Controle também as outras funções como a possibilidade de bloquear usuários, interromper o áudio ou a câmera;
- Utilize sempre a última versão da plataforma, mantendo-a sempre atualizada pelos critérios de maior segurança já expostos;
- Utilize funções de remoção (*eject*) ou tranca (*lock*) da sala assim que a consulta é iniciada;
- A gravação da sessão, somente deve acontecer com o consentimento de todos. Uma vez que possivelmente o paciente não apresentará os mesmos critérios de segurança de armazenamento em seu dispositivo, evite que o mesmo realize gravações do atendimento;
- Realize a Teleconsulta em conformidade com legislações vigentes, como a LGPD.

Além da excelência técnico-científica, a Teleconsulta em disfagia exige treinamento específico para se atingir a excelência operacional nessa modalidade de atendimento, sem perder de vista que o cuidado é o mesmo: dispensamos ao paciente a nossa capacidade de integrar dados, chegar a conclusões e tomar decisões no processo terapêutico. Sendo assim, além das questões relacionadas à segurança dos dados, a escolha de uma plataforma para Teleconsulta em Disfagia envolve a compreensão clara sobre o tipo de informação necessária para a tomada de decisão do clínico, seja em termos de diagnóstico ou de estratégia terapêutica.

A segurança e privacidade são fundamentais para proteger o fonoaudiólogo e o paciente na prática da Teleconsulta. É preciso saber que não é possível proteger contra riscos que não se conhecem e também contra riscos que foram mal calculados. Na Teleconsulta, o elo mais fraco da segurança é sempre aquele que será explorado em ataques cibernéticos e, por isso, é preciso todos estes cuidados com os fatores humanos, tecnológicos e de processos. Um comportamento mais permissivo do profissional pode comprometer os dados pessoais de seus pacientes, bem como o uso de componentes tecnológicos desatualizados e vulneráveis pode resultar em ataques de *hackers*. Além disso, processos de Teleconsulta que não consideram a segurança também representam brechas que podem levar aos incidentes.

É constante a preocupação do fonoaudiólogo que atua em disfagia o quanto a modalidade de Teleconsulta asseguraria segurança e eficiência de atuação técnica: por exemplo, do quanto é possível ou não analisar a biomecânica de deglutição à distância, a ocorrência dos sinais de penetração e/ou aspiração laringotraqueal, entre outros. Com tudo o que foi abordado, fica claro que ao optar-se pela Teleconsulta em disfagia, não somente a preocupação quanto à segurança e eficiência da atuação em si deve acontecer, mas também na escolha e entendimento quanto à plataforma.

São necessários cuidados com o vazamento de dados e para evitar ser vítima de golpes, fraudes e roubo de identidades. É preciso conhecer os riscos para tratá-los no seu nível correto. Segurança e privacidade no mundo digital devem ser, no mínimo, equivalentes ao que existe no mundo físico.

Além das referências utilizadas nesse capítulo, sugerimos aos fonoaudiólogos que possam acessar a Transmissão no Canal do Youtube da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia do dia 07 de maio de 2020, com o tema “Segurança de redes em Telefoniaudiologia: como escolher as plataformas de Teleconsulta”, disponível em:



<https://www.youtube.com/watch?v=AGNf-9RLyn8>



REFERÊNCIAS

- 1- CFFa. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa N.º 580 de 20 de agosto de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências. Brasília: CFFa, 2020 [citado 17 Nov 2020]. Disponível em: Diário Oficial da União. Edição: 163 | Seção: 1 | Página: 131.
- 2- NAKAMURA, ET. Segurança da Informação e de Redes. Editora e Distribuidora Educacional S.A. 2016.
- 3- ABNT NBR ISO/IEC 27001:2013 Tecnologia da informação — Técnicas de segurança — Sistemas de gestão da segurança da informação — Requisitos. 2013.
- 4- Techtudo. Os dez tipos de phishing mais comuns [Internet]. 2018 [citado 30 Ago 21]. Disponível em: <https://www.techtudo.com.br/listas/2018/06/os-dez-tipos-de-phishing-mais-comuns.ghml>.
- 5- CERT. Cartilha de Segurança para Internet [Internet]. Ransomware. 2021 [citado 30 Ago 21]. Disponível em: <https://cartilha.cert.br/ransomware/>.
- 6- Brasil. Presidência da República. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais [Internet]. Diário Oficial da União. 15 Ago 2018. Seç 1 [citado 16 Fev 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm.
- 7- Kaspersky. Engenharia social – Definição [Internet]. 2021 [citado 30 Ago 2021]. Disponível em: <https://www.kaspersky.com.br/resource-center/definitions/what-is-social-engineering>.
- 8- Rossi E. Zoombombing: saiba por que essa prática está cada vez mais perto de você. Isto É Dinheiro [revista em Internet]. 2021 [citado 30 Ago 21]. Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/zoombombing-saiba-por-que-essa-pratica-esta-cada-vez-mais-perto-de-voce/>.

4

RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM TELEATENDIMENTO

4.1 Relatos de experiência em Teleconsultas: em lactentes e crianças com Disfagia

Chênia Caldeira Martinez

Hellen Nathaly Correia Lagos Guimarães

Os serviços de Telessaúde já existem há algum tempo no Brasil. No entanto, é evidente que a pandemia, causada pelo novo Coronavírus no ano de 2020, impulsionou os fonoaudiólogos a refletirem sobre as suas práticas de trabalho e a desbravarem novas possibilidades de atuação nessa modalidade. Na área da Disfagia, em especial no público de crianças e lactentes, o trabalho remoto pode ser um desafio ainda maior, principalmente considerando as inúmeras adaptações necessárias para este serviço, seja no campo da saúde pública ou privada. No entanto, diversos benefícios podem ser apontados na realização de boas práticas em Disfagia Infantil a distância. O presente capítulo tem o objetivo de explorar a atuação em disfagia infantil por meio deste relato de experiência utilizando recursos da Telefonaudiologia.

Benefícios da atuação em Telefonaudiologia na Disfagia infantil

O trabalho remoto naturalmente implica em uma necessidade de readaptação e reinvenção, além de desafios e dificuldades diariamente. No entanto, observa-se que este campo de atuação vem se mostrando promissor.

Dentre os benefícios, destaca-se que esta modalidade é uma estratégia fundamental para a proteção das pessoas em risco de contaminação de doenças infectocontagiosas. Além disso, pode proporcionar maior acesso da população aos serviços fonoaudiológicos, reduzindo custos associados ao deslocamento de famílias em áreas distantes. Percebe-se também que o uso de ferramentas para monitoramento do paciente nesta modalidade pode promover maior vínculo do paciente e sua família ao processo terapêutico, favorecendo a adesão ao tratamento, o monitoramento e o gerenciamento das condições agravantes ou facilitadoras do processo de deglutição e de alimentação.

Habilidades importantes para a implementação da Telefonaudiologia

A obtenção de bons resultados nos Teleatendimentos também depende das habilidades do terapeuta. Desta maneira, os quesitos que se destacam são: flexibilidade e empatia do profissional, experiência clínica, reconhecimento das limitações deste trabalho, estabelecimento de critérios clínicos, bem como o respeito à ética e ao sigilo do paciente. A seguir, são abordados cada um destes itens.

Flexibilidade e empatia

O profissional que tem um perfil flexível está mais suscetível a mudanças, além disso, este apresenta maior propensão à empatia durante sua atuação, pois tem maior facilidade em lidar com as diferenças e adversidades que o cenário atual apresenta. Ambas podem ser consideradas habilidades cognitivas, que envolvem profundo autoconhecimento emocional. No caso da empatia, considera-se a capacidade de se colocar no lugar do outro, identificando expressões explícitas, implícitas ou contraditórias no contexto profissional e nas relações com o paciente¹.

Entende-se que são atributos essenciais na atuação profissional na Saúde e que, na modalidade remota, podem estar fragilizados pela falta de recursos socioemocionais nesta interação. O profissional depara-se, portanto, com a necessidade de reflexão constante sobre os modos de se fazer o cuidado, sobre a sua responsabilidade ética e profissional com o outro em uma situação de intervenção que frequentemente pode não ser a ideal, mas que - ainda assim - possui indicação clínica e benefício para o paciente.

Experiência Clínica

O fonoaudiólogo deverá ter ampla experiência presencial prévia para a promoção de um atendimento seguro, bem como para maior domínio do raciocínio clínico, da previsibilidade de possíveis desfechos e da capacidade de definir condutas na impossibilidade de realização de procedimentos usuais. Ou seja, deverá tomar decisões clínicas na ausência de exame físico estrutural e funcional detalhado, de exames complementares da deglutição, entre outros procedimentos rotineiros na área da pediatria.

Em conformidade, um estudo prévio na área² mostrou a importância do treinamento para o benefício da Telessaúde com crianças disfágicas. No trabalho, terapeutas treinados, ainda que com experiência clínica distinta, alcançaram altos níveis de concordância ao usar uma avaliação clínica padronizada da deglutição, mostrando maiores condições de raciocinar clinicamente na diversidade de casos e de realidades que englobam a Telefonoaudiologia.

Reconhecimento de limitações do trabalho

A percepção das dificuldades e limitações do trabalho é fundamental para a realização de boas práticas em qualquer modalidade. Na Telefonoaudiologia, o fonoaudiólogo deverá avaliar o risco e o benefício da intervenção a distância e, assim, eleger com precisão os pacientes que podem apresentar resultados positivos com esta prática. Existem limitações de ordem técnica, prática ou clínica que podem contraindicar ou dificultar a tomada de decisão em Disfagia Infantil. Estes limitadores podem incluir a condição de saúde (responsividade, dificuldade na comunicação pela redução de pistas, entre outros) ou pela condição da deglutição (disfagias orofaríngeas graves podem ser de difícil manejo na modalidade remota, necessitando de referência para atendimento presencial)³.

Outra questão percebida frequentemente pelos profissionais no início da atuação a distância é a dificuldade no uso dos recursos tecnológicos, sendo inerente a necessidade de capacitação e sensibilização para o uso das ferramentas de telessaúde⁴. São diversas possibilidades de recursos e tecnologias e é natural não estar inicialmente adaptado a essa realidade.

Com base na experiência dos autores, as possíveis limitações a serem analisadas, ajustadas ou contraindicadas para o Teleatendimento são:

- Pacientes novos (nunca atendidos presencialmente);
- Situação de avaliação e diagnóstico da disfagia infantil;
- Tomada de decisão baseada em informações limitadas;
- Impossibilidade de executar determinadas técnicas e recursos terapêuticos;
- Treinamento dos familiares e cuidadores como agentes reabilitadores;
- Gerenciamento de dificuldades na dinâmica ou nos equipamentos eletrônicos.

Critérios clínicos e individuais

Conforme supracitado, o profissional capacitado e experiente terá maiores condições de reconhecer e estabelecer critérios clínicos para a elegibilidade de pacientes nesta modalidade.

Com base na vivência dos autores, os principais critérios observados como mais favoráveis ao atendimento, considerando-se ainda a individualidade de resposta do paciente e de seus familiares, são:

- Condições de acessibilidade para receber ligação ou videochamada;
- Dificuldades alimentares, dificuldades na amamentação e disfagias orofaríngeas leves a moderadas que se beneficiam de manejo a distância;

- Paciente e familiar colaborativo e receptivo ao Teleatendimento;
- Boa resposta às estratégias de gerenciamento da deglutição;
- Indicação de via oral exclusiva ou mista.

Ética e sigilo

A atenção aos aspectos éticos e legais é indispensável para toda a equipe de saúde⁴, mas também precisa englobar os recursos e tecnologias envolvidas na Teleconsulta. É importante que todos tenham consciência e responsabilidade sobre a confidencialidade e a privacidade das informações.

Para resguardar o sigilo, o profissional deverá dispor de área física exclusivamente destinada para os atendimentos, além de utilizar recursos para garantir que os procedimentos ocorram de forma segura. O Sistema de Conselhos em Fonoaudiologia orienta e regulamenta a prática profissional adequada para estas situações^{5,6}, sendo imprescindível estar atento às publicações da sua entidade de classe.

Os pacientes também devem ser devidamente esclarecidos e informados sobre todos os procedimentos que serão executados. Todas as informações devem ser registradas por escrito, inclusive a anuência do paciente com a Telessaúde. Sabe-se que as realidades dos pacientes são diversas e nem todos têm acesso a tecnologias que envolvam internet, fax ou outros recursos para recebimento de comprovantes. No entanto, recomenda-se que ele possa receber, sempre que possível, a cópia ou comprovante do atendimento. Ainda, todos os procedimentos realizados e informações importantes relativas ao caso deverão ser registradas no prontuário do paciente, que também deverá ser protegido de forma confidencial e sigilosa⁴. O paciente também poderá ter acesso a essas informações sempre que necessitar. O fonoaudiólogo deverá estabelecer a guarda permanente dos arquivos digitalizados ou pelo prazo mínimo de dez anos para registros em papel que não tenham sido arquivados eletronicamente⁵.

O perfil de pacientes beneficiados com a Telefonaudiologia

Esta nova modalidade traz a necessidade de reflexão e de definição de quem será o paciente elegível para o Teleatendimento. Além disso, conforme citado anteriormente, há de se considerar se este paciente está iniciando a avaliação e o tratamento fonoaudiológico pela primeira vez ou se já era atendido previamente e, por razões diversas, necessita dar seguimento ao tratamento de forma remota. Ainda, é fundamental refletir se ele é atendido no setor público ou privado e se ele possui um familiar proativo com bom entendimento do processo terapêutico para auxiliar nas sessões.

Frente a estas questões, primeiramente é preciso definir a população, identificar os critérios clínicos e a realidade do público atendimento. Após esta análise, será possível realizar a indicação com maior precisão.

1. Pacientes iniciando o atendimento ou dando continuidade ao atendimento iniciado na modalidade presencial;
2. Perfis de pacientes conforme critérios e condições clínicas
 - Estabilidade clínica, indicação de via oral mista ou exclusiva;
 - Lactente ou criança com dificuldade na amamentação, dificuldade alimentar ou distúrbio de deglutição leve a moderado;
 - Puérpera com dificuldades na lactação que necessitem de manejo.
3. Realidade de atuação no setor público ou privado

A heterogeneidade dos serviços deve ser considerada, pois inclui realidades diversas que poderão impactar diretamente na elegibilidade dos atendimentos remotos. Dentre as diferenças podemos elencar:

- Estrutura física adequada para o atendimento;
- Serviço de internet e/ou telefônico de qualidade;
- Aparato tecnológico adequado (*tablet*, computador, telefone, câmeras e microfones);
- Realidade socioeconômica do público atendido;
- Equipe de trabalho.

Recursos avaliativos e terapêuticos na Telefonaudiologia

O ponto inicial da avaliação é definir juntamente com o familiar qual será a plataforma a ser utilizada. Podem ser síncronas ou assíncronas, por meio telefônico ou internet. Dentre as opções indicadas pela literatura internacional estão Adobe Connect, Cisco WebEx, Moodle, Cisco Jabber, Facebook Messenger ou o Microsoft e Sistema NetMeeting⁷. Já no Brasil, tem-se utilizado *Google Meet*, *Microsoft Teams*, *Zoom*, *Whatsapp*, entre outros. Reforça-se novamente a importância de eleger plataformas que forneçam informações precisas sobre segurança das informações e que estejam adequadas à realidade da população atendida.



Ilustrações: Freepik

No que diz respeito à experiência na saúde pública, tanto para atendimentos síncronos como os assíncronos, o *Whatsapp* vem sendo a plataforma mais utilizada pelo acesso e pela facilidade de manuseio por parte dos pacientes. No entanto, ressalta-se que não é qualquer mensagem ou videochamada nestas plataformas que deverá ser considerada como consulta fonoaudiológica. Conforme amplamente mencionado neste capítulo, existem critérios e situações específicas para o atendimento virtual.

Uma vez determinada a plataforma, cabe ao fonoaudiólogo conduzir junto ao familiar o posicionamento da câmera, o local e posicionamento do lactente/criança durante a avaliação, bem como os tipos de alimentos e utensílios a serem utilizados. Sabe-se que alguns quesitos podem perder padronização em virtude da vulnerabilidade social do paciente. Pode ocorrer dificuldade em identificar os alimentos específicos (consistências e quantidades) consumidos pela criança em virtude de questões socioeconômicas distintas². Desta maneira, sugere-se que o familiar nomeie cada item alimentar ofertado, bem como a utilização de utensílios - todos estes podem ser combinados previamente com o fonoaudiólogo, melhorando a análise do recurso utilizado e padronização (Figura 1).

Por fim, outro aspecto importante a ser destacado é o matriciamento, que pode ser um recurso extremamente interessante nesta modalidade. O objetivo do matriciamento é garantir que as equipes estabeleçam relações, promovendo responsabilização pelas ações e reduzindo a fragmentação nos processos de trabalho. Pode ser considerado uma ferramenta de organização das redes e serviços a qual complementa as equipes de referência, fortalece o vínculo entre paciente e equipe, facilitando a comunicação e melhorando a condução de cada caso^{8,9}. Percebe-se que estas equipes podem auxiliar nos teleatendimentos, participando presencialmente no momento do atendimento virtual ou fomentando discussões por meio de informações técnicas sobre a saúde da criança.



Em resumo, alguns recursos podem facilitar a realização do atendimento virtual^{2,3,4,7,10}. Com base na literatura e na experiência dos autores, destaca-se:

- Organização e adequação do ambiente físico (Figura 1);
- Treinamento do cuidador antes das sessões;
- Elaboração de cronograma de sessões e atividades a serem desenvolvidas;
- Utilização de câmera móvel (modelo *webcam* ou celular em tripé), que facilite o seu deslocamento para próximo de regiões a serem avaliadas (cavidade oral, pescoço, entre outras) (Figura 2);

Figura 1 – Utensílios, a serem utilizados



Fonte: Acervo das autoras.

Nota: Sugere-se que sejam combinados previamente para melhor logística durante o atendimento com alguma padronização para reavaliação futura.

Figura 2 – Espaço físico organizado e adequado para o Teleatendimento



Fonte: Acervo das autoras, créditos da fotografia para a fonoaudióloga Émille Dalbeim Paim

Nota: Visualiza-se espaço privado, com boa iluminação, câmera móvel, terapeuta com fones de ouvido e microfone apropriados.

- Posicionamento do paciente em ângulo lateral à câmera;
- Padronização das consistências utilizadas, sugere-se IDDSI - *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (versão traduzida em 2016)¹¹;
- Uso de protocolos de autoavaliação e de ferramentas de rastreio da Disfagia;
- Adaptações em utensílios para favorecer a visualização do terapeuta: copos transparentes, talheres de cor diferente do alimento, alimentos e líquidos coloridos (Figura 3);
- Colocação de fita branca (micropore) na região da quilha da tireoide para visualização da elevação laríngea, sendo indicado para crianças maiores (Figura 4);

Figura 3 – Utensílios que facilitem a análise



Fonte: Acervo das autoras.

Nota: Sugere-se copos e utensílios transparentes, alimentos coloridos.

Figura 4 – Colocação de micropore na região anterior do pescoço



Fonte: Acervo das autoras.

Nota: Recomendado para crianças maiores para visualização da elevação laríngea. Para melhor visualização, propõe-se a colocação de fita dupla ou colorida.

- Registro de tempo e volume para análise da eficiência da deglutição;
- Utilização de compartilhamentos de tela do computador para orientações;
- Gravação em vídeo de modelo para o cuidador/familiar reproduzir em casa com a criança;
- Gravação em vídeo da sessão de avaliação e reavaliação para análise posterior (desde que familiar autorize por escrito).



Ilustrações: Canva

Considerações finais

A Telefonaudiologia tem sido vista como um trabalho promissor, mesmo no campo da disfagia infantil. No entanto, possui críticas que precisam ser levadas em consideração no momento da sua indicação, tais como a experiência do fonoaudiólogo, a habilidade de raciocínio clínico para tomada de decisão a distância, a responsabilidade ética e legal com as informações, a infraestrutura mínima para a realização do atendimento.

Entende-se que a indicação para atendimento remoto precisa ser baseada em uma análise aprofundada e individual. Este recurso, quando indicado precisa e corretamente, tem sido visto como uma ferramenta de aproximação, com aceitação frequentemente positiva por todos os perfis de pacientes atendidos.

REFERÊNCIAS

- 1- Scholze AS, Duarte JCF, Silva YF. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [citado 28 Abr 2021];13(31):3-314. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/240973288>.
- 2- Kantarcigil C, Sheppard JJ, Gordon AM, Friel KM, Malandraki GA. A telehealth approach to conducting clinical swallowing evaluations in children with cerebral palsy. Res Dev Disabil. 2016;55:207-17.
- 3- Ward EC, Burns CL, Theodoros DG, Russell TG. Impact of Dysphagia Severity on Clinical Decision Making via Telerehabilitation. Telemed JE Health. 2014;20(4):296-303.
- 4- Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos AF, Souza C. Ética e Telessaúde: reflexões para uma prática segura. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(1):58-65.
- 5- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução n.º 579, de 28 de julho de 2020. Dispõe sobre as normas técnicas concernentes à digitalização e ao uso dos sistemas informatizados para guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, quanto aos Requisitos de Segurança em Documentos Eletrônicos em Saúde. Brasília: CFFa, 2020.
- 6- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução n.º 580, de 20 de agosto de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências. Brasília: CFFa, 2020.
- 7- Almathami HKY, Win KT, Vlahu-Gjorgievska E. Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. J Med Internet Res. 2020;22(2):e16407.
- 8- Brasil. Cartilha da PNH: equipe de referência e apoio matricial: HumanizaSUS/Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 10- Raatz M, Ward EC, Marshall J, Burns CL. Developing the system architecture for conducting synchronous paediatric feeding assessments via telepractice. J Telemed Telecare. 2019;25(9):552-558.
- 11- Comitê Internacional de Padronização de Dietas para Disfagia. IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [Internet]. 2016 [citado 28 Abr 2021]. Disponível em: <https://iddsi.org/around-the-world/>.

4.2

Relatos de experiência em Teleconsultas: no paciente adulto com Disfagia Neurogênica

Alessandra Rischitelli Bragança Silva
Roberta Busch

Surpreendente: é assim que definimos a Teleconsulta de Fonoaudiologia em Disfagia Neurogênica. Muito mais que desafiadora é uma forma de atendimento que mostra, a todo momento, que é possível realizar um cuidado de excelência; considerando os limites intrínsecos da atuação *on-line*.

Inicialmente, foi limitante para nós. Demoramos alguns dias para conseguirmos assimilar tudo o que estava acontecendo no mundo, no Brasil, na nossa rotina pessoal e profissional. Março de 2020 teve um começo tenso e sem a possibilidade de dimensionar o que viria pela frente. Foi necessário parar. Silenciar. Ouvir as orientações da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Ouvir os colegas de profissão e de outras áreas da Saúde que já tinham experiência em Teleconsulta. Ler. Silenciar novamente. Conversar com amigos fonoaudiólogos sobre angústias, medos, meios para que a atuação fonoaudiológica *on-line* pudesse alcançar a efetividade terapêutica necessária para o quadro clínico. Silenciar novamente, por muitas e muitas vezes. Ouvir. Pensar. Ler. Conversar. Foi o processo construído dia a dia.



Ilustrações: Freepik

Após esse tempo de amadurecimento, iniciou-se a passagem da atuação clínica presencial para a *on-line*, com vários questionamentos. Um dos mais importantes foi: “O risco de contrair o Covid-19 causaria maior dano do que os riscos que a Disfagia poderia causar ao paciente?”. Para justificar o atendimento fonoaudiológico *on-line*, o raciocínio clínico-terapêutico foi pautado na necessidade do atendimento sem colocar o paciente em risco de contágio.

Começamos a nos preparar para atender os pacientes que já estavam em terapia. Em um primeiro grupo, separamos aqueles que eram acamados ou que tinham muita limitação no uso das técnicas tradicionais e não teriam possibilidade para o Teleatendimento. No segundo grupo, enumeramos alguns critérios de seleção para os pacientes que julgamos elegíveis para a consulta por videochamada:

- grau de severidade da Disfagia de leve a moderada;
- quadro clínico estável;
- responsividade suficiente para realizar as técnicas terapêuticas convencionais, sem o uso de laser, bandagem terapêutica elástica, eletroestimulação neuromuscular ou intervenções diretas por manipulação manual;
- possibilidade motora de se manter sentado;
- ausência de comprometimento cognitivo grave;
- possibilidade de ter a presença um cuidador ou familiar para auxiliar em todo atendimento, em especial, nas situações em que o próprio paciente não era ativo o suficiente para conseguir acompanhar a dinâmica da sessão a distância.
- Também foi primordial para a Teleconsulta o treinamento do cuidador ou do próprio paciente sobre:
 - a definição de qual dispositivo tecnológico seria usado;
 - a checagem do funcionamento da internet;
 - a garantia de um lugar seguro para colocar a câmera com um posicionamento adequado do paciente à frente dela;
 - a preparação do ambiente antes da videochamada, com a separação prévia de todos os materiais que seriam usados;
 - o manejo e o modo de uso dos possíveis equipamentos que iriam auxiliar na fonoterapia, como por exemplo o Respiron, o tubo de ressonância, o Neckline, o exercitador facial, dentre outros.

Finalmente agendado o atendimento *on-line*, nossa primeira Teleconsulta foi um dia histórico. Cada um na sua casa, sentindo apreensão, por vezes inseguranças, mas com a certeza de que estávamos no caminho certo e que foi feito o que precisava para nos capacitarmos a proporcionar um atendimento de qualidade.

Uma primeira experiência muito agradável que nos marcou foi quando apareceu do outro lado da câmera de forma nítida e sóbria o rosto da paciente idosa, sorridente, motivada e na expectativa da sessão de fonoterapia *on-line*. Ela falou: “Que bom que pude viver até aqui para dividir esse momento com você. Mesmo com tudo que está acontecendo no mundo, você pode estar comigo assim e cuidar de mim!”. Emocionante!

Estava ali, tão longe e ao mesmo tempo tão próxima, uma pessoa pronta para se beneficiar do cuidado em Fonoaudiologia. Com tudo organizado: internet funcionando, paciente acomodada na cadeira, câmera adequadamente posicionada, terapeuta visível para a paciente, cuidadora preparada e todos os materiais em mãos.

A dinâmica entre o terapeuta e a paciente já estava estabelecida, uma vez que a sessão anterior foi presencial, antes da pandemia. Parecia que, para nos tranquilizar, a nossa primeira sessão *on-line* fluía muito bem. A paciente foi conseguindo executar todos os exercícios de forma dinâmica, sendo possível visualizar e corrigir posturas corporais e cervicais, trabalhar as funções orais, usar os equipamentos de apoio com adequação, bem como realizar a oferta de alimentos e líquidos.

Foi muito interessante observar que o cuidador, mesmo com essa nova função, foi se adaptando com tudo que era solicitado. E, não menos importante, observar como a paciente que, mesmo sem a presença física do terapeuta, se apoiou na cuidadora e foi sentindo-se segura para realizar esse processo de reabilitação em um novo formato de equipe.

Não foi diferente para nós, terapeutas, que vimos como todos os medos, angústias e inseguranças foram se tornando cada vez menores e insignificantes ao longo do tempo. E foi ele responsável por nos dar experiência de que era necessário um espaço maior ao paciente para iniciar um exercício porque precisava ser explicado mais de uma vez como deveria ser executado, como o equipamento de apoio seria usado ou qual a postura adequada.

Em alguns momentos passou em nossas cabeças que teríamos uma vantagem na Teleconsulta *on-line*: estar em casa. Mas não foi assim. Do nosso lado, o do terapeuta, também tínhamos que preparar o ambiente. Precisávamos garantir o funcionamento da internet de boa qualidade, ter um lugar silencioso, saber onde seria posicionada a câmera, com boa iluminação, checar o som, estar em um lugar em que as nossas mãos ficassem livres para demonstrar alguma manobra, escrever no prontuário ou preparar a folha de exercícios. Tínhamos que nos certificar que não seríamos interrompidos e manter nossa aparência adequada, assim como no presencial.

E, no final da sessão, sentíamos cansaço porque passávamos todo tempo tentando garantir que tudo isso acontecesse da melhor forma possível. Por vezes até mais envolvidas e exaustas que no presencial, por essa necessidade de controle constante. A diferença positiva é que, ao invés de sair da casa da paciente ou do seu consultório e ainda ter que se deslocar, já estávamos em casa. Era só levantar e sentar-se no sofá. “Ufa! Conseguimos! Juntos conseguimos atingir os objetivos terapêuticos”.

Os desafios da Teleconsulta com os pacientes neurológicos foram desde a “interatividade” com interface tecnológica até como entender a relação da fonoterapia pelo computador. Uma das pacientes atendidas, com história de AVC prévio, disfágica e com distúrbio de memória e atenção, toda vez que iniciava a sessão perguntava: “Você já está chegando? Então, tchau, eu estou te esperando. Pode vir”. Aqui, ficava claro o quanto a tela do computador não fazia sentido para ela, como um meio de fazer terapia.

Outra situação desafiadora foi o fato de estarmos diante um *setting* terapêutico desprotegido, sem o controle do atendimento presencial, em que nós é que fechamos a porta do consultório ou do cômodo da casa. Na Teleconsulta nos deparamos com a possibilidade de ter interferências externas, mesmo que já tivéssemos orientado a necessidade de estar em um local reservado e com menos barulho possível, o que facilmente distraía a atenção do paciente.

Também tivemos as questões relacionadas à instabilidade do áudio dificultando o monitoramento da qualidade vocal, problemas de conexão da internet, queda da energia elétrica que, por vezes, interrompeu a sessão.

Em alguns momentos, a execução das técnicas terapêuticas com o auxílio do cuidador não foram aplicadas da melhor forma possível como, por exemplo, o uso do AMBU, o ritmo de execução dos exercícios, as dificuldades de compreensão, execução das massagens. E o cuidador precisava ser retreinado. Por outro lado, a necessidade de apoio terapêutico possibilitou um envolvimento maior dos cuidadores e familiares nos cuidados e na continuidade dos exercícios indicados. Foi possível observar uma dinâmica que, muitas vezes, em consultório ou atendimento domiciliar não era passível de ser vista.

Para ilustrar, houve um caso em especial que emblemou o ganho da Teleconsulta e esse dinamismo. Foi o de uma senhora com o diagnóstico de Atrofia de Múltiplos Sistemas em fase inicial, porém, com evolução rápida da doença. Ela tinha um esposo que foi o apoio terapêutico, sempre participativo e ativo no acompanhamento das sessões.

No início da Teleconsulta, o marido tinha uma cobrança intensa com relação ao desempenho da esposa, apresentava pouca compreensão do porquê ela não conseguia seguir o ritmo, não demonstrava paciência com o erro e as dificuldades da paciente e interferia nas solicitações da terapeuta.

Ao analisar esse contexto, juntamente com as impressões do atendimento anterior no consultório, foi possível identificar que, aparentemente, havia a negação frente ao curso da doença e o quadro clínico progressivo. Como na Teleconsulta o esposo foi o apoio terapêutico, foi percebida a sua dor ao ver as perdas rápidas da esposa e a incapacidade dela em ter respostas prontas e precisas.

Essa situação permitiu a realização de uma reunião de orientação, com um espaço de escuta qualificada para que o esposo pudesse expor suas fragilidades. Foi possível, além de acolhê-lo, dar algumas informações relevantes sobre o curso da doença, conversar sobre a necessidade dele se permitir viver mais momentos com ela de amorosidade entre o casal, sem cobrança, mesmo que ele também tivesse a função de cuidador. E dessa forma, ele conseguiu controlar-se e sair do comando, mantendo o lugar do terapeuta na condução da fonoterapia.

Uma outra questão importante para ser pontuada aqui é sobre como foi difícil a administração de engasgos durante a sessão de fonoterapia *on-line*. Isso trouxe um despertar para as situações de risco e exigiu a atenção de todos necessitando de treinamento para as emergências.

A nova era oficial da Teleconsulta nos permitiu admitir a possibilidade de atender pacientes com diagnóstico de diversas doenças e em diferentes fases, desde que cumprindo os itens de elegibilidade para a videochamada. Dentre essas patologias estão a Esclerose Lateral Amiotrófica, o Acidente Vascular Encefálico, a doença de Parkinson e parkinsonismo, as distonias, entre outros. Para cada um deles houve desafios diferentes e orientações direcionadas, personalizadas.

Além disso, a fonoterapia *on-line* nos permitiu romper a barreira física e atender pessoas que estavam em outra cidade. Porém, cabe lembrar que a avaliação precisa ser feita de modo presencial para que a continuidade do tratamento seja eficaz e direcionado.

Houve um caso que pode exemplificar uma solução para essa questão. Um paciente de outro estado iniciou o processo terapêutico no modo *on-line* com queixa de voz por tremor essencial, mas, aos poucos, foi revelando um quadro de Disfagia. Então, foi sugerido que outro profissional da cidade do paciente o avaliasse (com todos os cuidados de biossegurança), enviasse o relatório, discutisse o caso para que pudéssemos seguir com a Teleconsulta.

E... o que aconteceu quando os objetivos terapêuticos não foram atingidos? Quando a intervenção no formato *on-line* não estava sendo efetiva? Quando o paciente, visivelmente, se beneficiaria de recursos terapêuticos como o laser, a eletroestimulação neuromuscular, bandagem ou das mãos do terapeuta? Quando os riscos da disfagia passavam ser uma ameaça à vida da pessoa mais do que o risco de contrair a Covid-19?

Naquele momento, foi importante saber identificar o que estava acontecendo, conversar abertamente com a família e/ou o paciente, explicar a necessidade de mais recursos, investimento terapêutico e solicitar o retorno ou o início do atendimento presencial. Para tanto, foi importante garantir uma atmosfera de segurança física, como o uso de EPIs e todas as medidas e equipamentos de biossegurança. Assim, foi possível evitar a piora clínica e o aumento dos riscos de aspiração.

Os desafios desse período da pandemia ainda não acabaram, mas certamente já trouxeram muito aprendizado e até anteciparam a chamada “saúde digital”, que já era latente, apesar de uma certa resistência por parte dos profissionais¹. Talvez por desconhecimento ou por falta de experiência, agora suplantados pela necessidade iminente que envolve todo o mundo ².

Dentro da área médica, o empreendedor e psicólogo Rom Justa já falava sobre algumas possibilidades no ambiente digital. Na Fonoaudiologia ainda pode-se crescer, se ampliarmos nosso olhar para o telediagnóstico e o teleaprendizado. E, com isso em mente, poderemos seguir para o famoso e atual jargão “o novo normal” com mais autoridade e possibilidade de atuação aos nossos pacientes neurológicos e disfágicos.

REFERÊNCIAS

1- Ward EC, Burns CL, Theodoros DG, Russell TG. Impact of dysphagia severity on clinical decision making via telerehabilitation. *Telemed J E Health*. 2014;20(4):296-303. doi:10.1089/tmj.2013.0198

2- Miles A, Connor NP, Desai RV, Jadcherla S, Allen J, Brodsky M, et al. Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. *Dysphagia*. 2021;36(2):170-182. doi:10.1007/s00455-020-10153-8

4.3

Relatos de experiência em Teleconsultas: no paciente adulto com Disfagia Mecânica

Aline Nogueira Gonçalves
Lica Arakawa-Sugueno

O Teletendimento ou Teleassistência é uma prática no Brasil assumida pela necessidade de segurança dos pacientes, familiares e profissionais à exposição ao vírus SARS-Cov2, responsável pelo quadro da COVID-19. Alguns países já realizavam o Teleatendimento na área da Fonoaudiologia, seguindo critérios de elegibilidade e segurança. Na área da disfagia, raramente o atendimento não envolve risco, mesmo sendo presencial. Porém, há parâmetros para que a análise entre risco e benefício precisam ser ponderados.

Este capítulo abordará inicialmente os critérios de elegibilidade de pacientes que podem se beneficiar do Teleatendimento na área de Disfagia Mecânica, envolvendo recursos tecnológicos, questões sociais, propostas de avaliação online comentadas na literatura e indicação de exames funcionais. Ao final, relatos de experiência pessoal, limites observados e exemplos de casos para ilustrar situações de possibilidade ou não para o Teleatendimento.

Quem são os pacientes elegíveis para o Teleatendimento?

A doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) teve uma rápida propagação mundial desde a sua primeira identificação, com um aumento drástico de internações relacionadas à COVID-19 em diversos hospitais ao redor do mundo provocando uma escassez generalizada de insumos essenciais para os cuidados de saúde.

Na ausência de vacina imediata, o isolamento ou distanciamento social foi recomendado como uma das principais medidas de controle e prevenção da pandemia^{1,2}. No entanto, a recomendação de permanência no domicílio não se aplicou às equipes de Saúde.

Evidências mostraram que os profissionais de Saúde podem ser particularmente suscetíveis às infecções do patógeno causador, SARS-CoV-2³, pois estes profissionais estão diretamente expostos a pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus)⁴.

A rápida transmissão e alta taxa de hospitalização obrigaram os profissionais de Saúde a alterar drasticamente suas práticas para retardar a proliferação pelo novo vírus⁵. Uma das recomendações realizadas foi para que os profissionais evitassem o contato com os pacientes na medida do possível, sugerindo o teleatendimento⁶. Assim, o Teleatendimento ganhou popularidade e a prevalência para diferentes categorias profissionais em Saúde como uma forma de manter um tratamento contínuo com os pacientes em meio à pandemia⁷.

Assim como outros profissionais, os fonoaudiólogos aderiram a esta modalidade de atendimento. Em diversos países, os fonoaudiólogos já possuíam a prática do Teleatendimento com condutas e orientações já estabelecidas para tal prática com resultados animadores de reabilitação. Contudo, para o nosso país, o Teleatendimento não era uma realidade e grande parte dos profissionais precisou agir rapidamente à crescente demanda e necessidade dos pacientes pelo Teleatendimento.

Os pacientes oncológicos que pertencem ao grupo de risco tiveram as suas intervenções reduzidas às situações emergenciais. Contudo, sabemos que muitos casos, como nos casos de pacientes com alterações mecânicas da deglutição, é fundamental a manutenção das intervenções contínuas e intensas de reabilitação devido às alterações e sequelas advindas do tratamento oncológico. Assim, o Teleatendimento tornou-se a opção mais viável com o objetivo de manter o acompanhamento fonoaudiológico ou realizar avaliações, conseguindo ainda manter a segurança do distanciamento com este grupo de risco.



Ilustração: Freepik

A *American Speech and Hearing Association* (ASHA) refere que o Teleatendimento é apropriado para a prática fonoaudiológica desde que a qualidade dos serviços a distância seja igual aos atendimentos presenciais⁸. Para se fazer um atendimento com qualidade para a adequada reabilitação das Disfagias Mecânicas, alguns critérios precisam ser seguidos como: quais pacientes são elegíveis para este formato de atendimento; quais questões sociais precisam ser consideradas na elegibilidade do paciente e quais são os equipamentos tecnológicos necessários para garantir o máximo de qualidade do atendimento.

Elegibilidade dos pacientes

São elegíveis, para esta modalidade de atendimento, pacientes com alterações ou sequelas dos tratamentos oncológicos que necessitem de imediata intervenção fonoaudiológica.

Pacientes que possuem alterações que possam ser resolvidas por meio de educação, aconselhamento, monitoramento e treinamento indireto como, por exemplo, para o monitoramento da tolerância da dieta, observação das refeições, que necessitem de exercícios de deglutição e exercícios motores orais, com necessidade de educação sobre técnicas de alimentação e modificações da dieta⁹.

É contraindicado o Teleatendimento para os pacientes que possuem limitações físicas que causem desconforto a longos períodos de atendimento e com a capacidade auditiva e visual gravemente comprometidas que limitem a adequada e efetiva recepção (visual e auditiva) das informações e materiais expostos na tela. Também não podem possuir traqueostomia que ainda necessite de manuseios como parte da reabilitação da Disfagia. Não é indicado atender os pacientes no pós-operatório recente das cirurgias de cabeça e pescoço, devido à necessidade de visualização minuciosa das estruturas orofaciais que possam ter sido manipuladas, lesionadas ou retiradas na cirurgia e que precisam de atenção e manuseio adequados.

A gravidade da Disfagia pode ser um limitador para a reabilitação por Teleatendimento. Não é recomendado que pacientes com disfagia grave sejam atendidos por esta interface¹⁰.

Recursos tecnológicos

O atendimento pode ser realizado de forma síncrona (interação ao vivo, em tempo real) ou assíncrono (*offline*), sendo este formato com o objetivo de armazenar ou enviar arquivos para os pacientes¹¹.

Tanto os pacientes quanto os terapeutas precisam possuir equipamentos necessários para o atendimento a distância⁹. A seleção do equipamento deve incluir considerações de *hardware*, *software*, dispositivos periféricos e conectividade necessária para atender as necessidades terapêuticas do paciente¹¹.

Aqueles com inteligibilidade de fala diminuída podem precisar de fones de ouvido e um microfone de alta performance que vão possibilitar uma melhor recepção sonora e facilitação na comunicação entre fonoaudiólogo e paciente.

Caso o paciente apresente dificuldades com a tecnologia ou possua alguma limitação motora para a captura de materiais de reabilitação e manuseio do equipamento tecnológico, será necessário a presença de cuidadores ou familiares como facilitadores para o atendimento fonoaudiológico com qualidade.

Questões sociais

É importante considerar o nível de escolaridade e de acesso à tecnologia por parte do paciente. Caso o paciente não possua uma situação financeira que possibilite a aquisição adequada dos recursos tecnológicos ou possua um nível de escolaridade que não favoreça o entendimento do manuseio dos equipamentos, orientações e atendimento a distância, o Teleatendimento não é indicado.

O raciocínio clínico deve orientar a seleção adequada dos pacientes que se beneficiarão de um modelo de prestação de serviços de Teleatendimento¹⁰.

O estabelecimento de critérios de elegibilidade para o atendimento é importante, porém não será determinante para a eficácia da intervenção. Os critérios servem como norteadores sobre as dificuldades que possam ser limitantes para o resultado adequado da reabilitação. Contudo, mesmo considerando todos os critérios de elegibilidade para esta modalidade de atendimento, a eficácia da reabilitação das disfgias mecânicas poderá ser influenciada por fatores externos e clínicos independentes da vontade e estrutura tecnológica que o paciente possua.

A aderência é um fator que impacta na eficácia da reabilitação da disfagia por Teleatendimento¹², sendo um aspecto importante a ser gerenciado e controlado. Assim, a experiência do fonoaudiólogo será um fator chave para avaliar a indicação ou não de um paciente para o Teleatendimento, assim como para interromper esta forma de atendimento quando necessário.

Como são as avaliações *on-line*?

O uso do Teleatendimento para a reabilitação das Disfagias Mecânicas tem sido discutido em diversos artigos^{10,13-16}.

Dadas as limitações naturalmente existentes pelo Teleatendimento, torna-se crucial que o fonoaudiólogo obtenha todo o histórico detalhado do paciente, estabelecendo uma conversa abrangente e detalhada entre as duas partes. É importante o estabelecimento das expectativas e explicações detalhadas quanto aos benefícios e quanto às limitações desta modalidade de atendimento.

As queixas dos pacientes e suas falas durante o atendimento ganham uma importância ainda maior. Cada relato de percepção do paciente quanto a dor, desconfortos respiratórios, dificuldades para deglutir e cansaço devem ser valorizados. Para isso, usar ferramentas de avaliação, como EAT-10, facilitam no entendimento dos sintomas percebidos¹⁷.

Na avaliação propriamente dita, é necessário que o paciente se posicione próximo à câmera de vídeo e que o ambiente de filmagem seja iluminado adequadamente e livre de ruídos externos.

O paciente ou seu facilitador poderão auxiliar o fonoaudiólogo na avaliação estrutural devendo estes seguir os comandos e orientações do profissional para a avaliação do aspecto e da mobilidade das estruturas da região da cabeça e pescoço. Uma forma de facilitar a compreensão dos comandos é que o fonoaudiólogo tenha em mãos os mesmos materiais recomendados para o paciente como colheres, copos, canudo, lanterna e luvas a fim de demonstrar aspectos do exame primeiramente em si mesmo. Esta estratégia pode facilitar a compreensão do paciente aos comandos do fonoaudiólogo.

Um exame parcial dos nervos cranianos pode ser realizado, com atenção especial à amplitude de movimento labial e lingual, bem como à coordenação e observação de movimentos involuntários como tremores¹⁷.

Para a avaliação é essencial que haja um combinado prévio com o paciente e familiares/cuidadores para a preparação dos aparatos necessários para a avaliação, otimizando assim o tempo e a dinâmica da avaliação. Devem estar próximas ao paciente as consistências alimentares sugeridas para o teste (líquidos, pastosos, semi-sólidos e sólidos) bem como os utensílios que serão utilizados (copo, colher, prato, canudo, guardanapo).

Alguns recursos que visam fornecer feedbacks visuais para o terapeuta quanto à gravidade da disfagia devem ser indicados como o uso de oxímetro de pulso, uso de corante alimentício e uso de adesivos na pele que facilitam a visualização da excursão laríngea, desvios na abertura de boca e movimentos faciais.

O uso de protocolos e escalas auxiliam na adequada identificação das alterações de voz, fala e deglutição e impacto destas na qualidade de vida do paciente para maior controle das melhoras obtidas no processo de reabilitação. As escalas que podem ser utilizadas e que possuem boa aderência são: escala para avaliação vocal: escala GRBASI¹⁸⁻²¹; escala para avaliação dos sintomas vocais: ESV²²; escalas de avaliação da progressão da dieta por via oral: ASHA-NOMS²³ e FOIS²⁴ e escalas para avaliação da qualidade de vida^{25,26}.

A concordância entre a precisão do diagnóstico de disfagia realizado na avaliação presencial versus avaliação por meio do Teleatendimento é alta, desde que a Disfagia do paciente não seja grave¹⁷ conforme citado na elegibilidade dos pacientes.

Como selecionar e definir exames funcionais? O que é essencial?

Assim como na realidade do atendimento presencial, a indicação de exames funcionais deve ser realizada de forma criteriosa.



Ilustração: Adaptado de Freepik

As avaliações instrumentais mais sugeridas para complementarem a avaliação clínica da disfagia são a videoendoscopia da deglutição e a videofluoroscopia. Contudo, a situação atual mundial de evolução imprevisível do COVID-19 tem sido o principal motivo das constantes atualizações dos protocolos de avaliação presencial e virtual. Nenhuma especialidade escapou da necessidade de diretrizes para os procedimentos que abrangem todo o espectro de diagnóstico e terapia.

O exame laringológico foi e ainda é considerado de alto risco, pois envolve órgãos nos quais o vírus entra em contato com a mucosa subjacente e ocorre a multiplicação. Assim, sua indicação deve ser realizada quando for a melhor maneira de realizar diagnósticos mais específicos e quantificar a gravidade da Disfagia²⁷.

O fonoaudiólogo pode acompanhar a realização do exame laringológico de forma virtual, sugerindo manobras e testando exercícios que já foram testados em terapia a fim de verificar a efetividade.

A avaliação videofluoroscópica também é considerada de alto risco de transmissão do COVID-19 e, por isso, é indicada somente para casos específicos. Deve ser sugerida quando os possíveis achados sejam determinantes para delineamento das condutas fonoaudiológicas e clínicas do paciente. Nos casos imprescindíveis, a videofluoroscopia é a mais indicada por ser menos invasiva e mais segura, tanto para o paciente quanto para os profissionais envolvidos no ambiente de avaliação. O fonoaudiólogo também pode acompanhar virtualmente a realização do exame solicitando manobras de proteção e de vias aéreas e teste com determinadas consistências alimentares de acordo com seu objetivo de avaliação para melhor precisão diagnóstica.

Independentemente do exame escolhido, é fundamental que o fonoaudiólogo solicite a gravação em vídeo dos exames para sua análise pessoal e detalhada e verifique possíveis alterações dos processos da dinâmica da deglutição que possam estar interferindo na eficiência e segurança da alimentação.

Terapia Fonoaudiológica

As terapias fonoaudiológicas devem ser realizadas de forma dinâmica com fornecimento de orientações claras e assertivas, fornecendo informações curtas e solicitando o *feedback* do paciente para comprovar o seu claro entendimento.

Sempre que possível, deve-se gravar em vídeo ou em áudios, as orientações mais importantes e explicações quanto às execuções dos exercícios, disponibilizando sempre estes materiais para o paciente. Esta forma de interação facilita a execução correta e seguimento dos mesmos aumentando a proximidade entre terapeuta e paciente.

A seguir, apresentaremos exemplos de experiência clínica de Teleatendimento em Disfagia Mecânica. É importante destacar que não serão citados protocolos de avaliação ou terapia completa e, sim, aspectos específicos que diferenciaram a teleassistência do atendimento presencial.

Caso A: Primeira avaliação por Teleatendimento

Passo 1 – Informações prévias obtidas por meio do médico responsável pelo encaminhamento e da esposa sobre a história da doença oncológica e nutrição atual: paciente do gênero masculino, 70 anos, com carcinoma de hipofaringe tratado previamente (há seis anos) com radioquimioterapia, tendo sido submetido à cirurgia para carcinoma de base de língua há três meses, tratado com ressecção parcial, reconstrução com retalho microcirúrgico e esvaziamento cervical bilateral. Ciclos de quimioterapia e imunoterapia haviam sido iniciados nos últimos dois meses. Encaminhado pelo cirurgião de cabeça e pescoço devido à presença de disfagia. Paciente não havia recebido nenhuma intervenção fonoaudiológica até aquele momento e estava em uso de sonda nasoenteral e insistindo na tentativa do teleatendimento referindo sentir-se “muito fraco” (sic-paciente). Esposa preocupada relata que o marido tem tentado se alimentar sozinho com sopas e iogurtes. Em acompanhamento nutricional para gerenciamento da dieta enteral.

Passo 2 – Considerações prévias levantadas sobre critérios de elegibilidade e indicação para Teleatendimento

Ponto positivos: paciente idoso ativo e independente, ouve e compreende bem, tem comunicação oral inteligível apesar da cirurgia parcial de língua, com internet viável e conhecimento suficientes para manuseio do computador, não tendo apresentado até o momento história de complicação pulmonar e conseguido manter seu peso nos últimos dois meses.

Pontos negativos: radioquimioterapia prévia pressupõe condição de redução (ou perda) de sensibilidade que pode prejudicar respostas espontâneas de limpeza faríngea e laríngea. Paciente não possui monitor de saturação e frequência cardíaca, não tem equipamento de aspiração com sugadores orais, além de não possuir conhecimentos básicos de manipulação deste tipo de equipamento.

Passo 3 – Preparo solicitado ao paciente e cônjuge (esposa)

- Posicionamento do equipamento para que o paciente fique em local iluminado. A luz não pode ser posicionada em cima nem atrás do paciente para que não crie sombras sobre o paciente;
- Teste antecipado da internet, computador (de preferência), ferramentas (Zoom, Google Meet, Webex entre outros), microfone e câmera de vídeo testando o posicionamento adequado para que no enquadramento ficasse visível a região da cabeça, pescoço e terço superior do tórax e microfone;
- Alimentos coloridos (verde, azul ou roxo são facilitadores) para teste (definir consistências, colheres de tamanhos diferentes e copos de café devido à sonda nasal);
- Esparadrapo para marcação da laringe (deve ser hipoalergênico);
- Espelho para o paciente (mesmo com câmera do vídeo, é importante o paciente conseguir fazer monitoramento na posição lateral ou com queixo baixo);
- Toalha, guardanapo ou gaze para limpeza devem estar disponíveis para auxiliar na limpeza de saliva, dos alimentos e secreções.

Passo 4 – Avaliação por Teleatendimento (considerando que a maior parte da anamnese já foi realizada por contato prévio)

- Avaliação estrutural dos órgãos fonoarticulatórios. Não foi possível no caso dele visualizar adequadamente a orofaringe mesmo com a iluminação do ambiente solicitada, pela abertura de boca reduzida. Solicitei à esposa que filmasse com flash a parte interna da boca, pedindo para emitir “A” com o máximo de abertura de boca e enviasse durante o atendimento;
- Solicitação ao paciente para eliminar a saliva utilizando um guardanapo de papel e mostrar no vídeo ou tirar uma foto encaminhando por celular para que a adequada verificação da coloração e viscosidade da secreção;
- Paciente solicitado a identificar a parte mais proeminente do “Pomo de Adão” e a colocar um esparadrapo na horizontal sobre a mesma região (1cm) e, em seguida, se posicionar numa visão lateral para a câmera e engolir a saliva posicionando os dois dedos dele (da mão oposta ao posicionamento para não cobrir a visão do terapeuta) na horizontal levemente sobre a fita sem estender a cabeça para trás);
- Triagem vocal para análise da deglutição (análise da qualidade vocal);
- Presença de tosse e pigarro espontâneos para eliminar a secreção, antes do teste de deglutição (sinal positivo);
- Análise da coordenação respiratória durante a contagem de números de a 1 a 20;
- Teste de deglutição com consistência, utensílio e volumes selecionados para redução de risco considerando radioquimioterapia para câncer de hipofaringe e glossectomia de base de língua (2 a 3 ml de líquido espessado néctar ou mel ingeridos na colher de chá). Alimentos coloridos para facilitar a visualização do resíduo oral após deglutição. Teste com e sem manobra de proteção (seleção de acordo com cada tipo de manifestação ou tratamento cirúrgico, mas nesse caso, a indicação foi apneia prévia, deglutição, tosse e nova deglutição com queixo no peito);

- Após 5 repetições do teste com o mesmo volume, o paciente realizou a manobra adequadamente, porém, iniciou com tosses tardias. Foi solicitada escarro e expectoração eliminando no guardanapo o conteúdo. Foi verificado o retorno do alimento em pequena quantidade;
- Realizada pausa para discussão com a equipe médica e familiares sobre a impossibilidade em manter o Teleatendimento/teleassistência nesse momento da reabilitação. Orientado a não se alimentar sozinho nesse momento.

Comentários e considerações: os achados indicam que a redução ou perda da sensibilidade necessária para proteção de via aérea inferior é frequente nesse perfil de pacientes, porém, para esse paciente que ainda está em quimioterapia e imunoterapia, há necessidade de maior monitoramento dos sinais vitais durante o treino que envolve aspiração laringotraqueal silente. O atendimento presencial ou a presença de um cuidador ou auxiliar de enfermagem com treinamento para monitoramento e limpeza de vias aéreas é fundamental. Seria possível iniciar estratégias terapêuticas de longo prazo como exercícios que mudam a função, porém, considerando que o paciente está se alimentando sozinho é extremamente importante definir a corresponsabilidade nesse atendimento a partir do momento que o fonoaudiólogo assume a assistência. Em alguns casos similares, foi possível realizar atendimentos espaçados presenciais e com mais frequência os atendimentos *on-line* para maior segurança pulmonar e clínica do paciente. Esse paciente foi assistido presencialmente por algumas semanas e depois foi possível manter a assistência *on-line* com frequência de duas vezes por semana e um atendimento presencial a cada duas semanas.

Caso B: Teleatendimento para avaliação e terapia

Passo 1– Informações prévias obtidas do filho e da própria paciente sobre a história da doença oncológica e nutrição atual: paciente do gênero feminino, 86 anos, com carcinoma de maxila tratado cirurgicamente há três meses. Evoluiu com dificuldade na abertura de boca, alteração vocal e de deglutição com refluxo nasal, engasgos com alimentos líquidos e sólidos e queixa de sensação de alimentos parados na região de orofaringe. Prótese restauradora temporária mal adaptada com nova prótese em confecção, porém suspensa devido à pandemia. Dieta exclusiva por via oral. Sem diagnóstico de complicação pulmonar nesse período. Perda de apetite e perda de peso (3kg em três meses, representando 7% do peso total, pois tinha 43kg antes da cirurgia). Sem queixa de dor no momento.

Passo 2 – Considerações prévias levantadas sobre critérios de elegibilidade e indicação para Teleatendimento

Pontos Positivos: paciente possui recursos tecnológicos viáveis, não apresentou até o momento história de complicação pulmonar, sendo uma idosa ativa e independente.

Pontos Negativos: a paciente reside em outra cidade, sem profissionais especializados na área de reabilitação oncológica acessíveis para urgências. Apresenta dificuldade auditiva, não tem habilidade para uso de recurso tecnológico e necessita da ajuda do filho para o manuseio de equipamentos. Com presença de nasalidade importante que dificulta a inteligibilidade da fala. Teve perda de peso importante desde o aparecimento da lesão oncológica e não consegue recuperar. Não tem acompanhamento nutricional. Não tem previsão de retorno para adaptação da nova prótese.

Passo 3 – Preparo solicitado ao filho e paciente

- Posicionamento do equipamento para que o paciente fique em local iluminado. A luz não pode ser posicionada em cima nem atrás do paciente para que não crie sombras sobre o paciente;
- Teste antecipado da internet, computador (de preferência), ferramentas (Zoom, Google Meet, Webex entre outros), microfone e câmera de vídeo testando o posicionamento adequado onde o enquadramento ficasse visível a região da cabeça, pescoço e terço superior do tórax e microfone. Paciente tem déficit auditivo, portanto o retorno auditivo deve ser com volume de intensidade maior. Ambiente silencioso;
- Alimentos coloridos (verde, azul ou roxo são facilitadores) para teste. Foi solicitado um prato regular da rotina considerando que a paciente estava com dieta exclusiva oral, além de líquidos;
- Espardrapo para marcação da laringe (deve ser hipoalergênico);
- Espelho para o paciente realizar o teste de escape de fluxo nasal e para automonitoramento durante a sessão (mesmo com câmera do vídeo, é importante o paciente conseguir fazer monitoramento na posição lateral ou com queixo baixo);
- Toalha, guardanapo ou gaze para limpeza devem estar disponíveis para auxiliar na limpeza de saliva, dos alimentos e secreções;
- Régua para medir abertura de boca (Observação: sabe-se que o uso do paquímetro é recomendado para essa mensuração, porém, foi utilizado o que a família tem mais facilidade de acesso);
- Mais atenção no retorno auditivo pelo déficit presente na paciente e necessidade da permanência do filho durante todo o momento da avaliação pela inabilidade da paciente no manejo de recurso audiovisuais do computador ou celular.

Passo 4 – Avaliação por Teleatendimento

- Avaliação estrutural dos órgãos fonoarticulatórios (estrutura, sensibilidade e mobilidade) e avaliação clínica da voz, bastante alterada pela cirurgia (neste caso, houve também terapêutica vocal que não será comentada nesse capítulo);
- Medida de abertura de boca foi realizada pelo filho, com uma régua identificando a distância entre os incisivos (20mm) sob minha orientação durante a sessão por vídeo. Filho também filmou com flash as estruturas internas orais com e sem prótese restauradora de palato e fotos frontais e laterais da oclusão dentária com a prótese dentária e restauradora e encaminhou vídeo pela internet;
- Avaliação clínica da deglutição com a refeição do almoço (nas consistências que ela estava se alimentando desde a retirada da sonda no pós-operatório) mantendo as ofertas livres, conforme hábito da paciente nesse processo de adaptação. Foram registrados: o tipo de alimento, utensílio, quantidade por oferta acompanhando a refeição, pigarros, engasgos, tosses e número de deglutições a cada captação de alimento. Todas as vezes que a paciente parou para ingerir líquido, foi solicitado para iluminar a boca para identificar se havia local de retenção do alimento e após deglutição de líquido, era questionado se a água era usada para limpeza de resíduos ou sensação de secura ou hábito;
- Após ingesta de metade da refeição no qual foram registradas as ocorrências de sinais de disfagia, a paciente foi orientada a retirar a prótese restauradora e mostrar próximo à câmera a parte superior da mesma para que os resíduos fossem visíveis. O filho foi solicitado a filmar a região palato duro com flash e encaminhar para avaliação dos resíduos;
- A paciente foi orientada sobre os resultados da avaliação clínica e a relação das alterações observadas com o tratamento cirúrgico e má adaptação da prótese restauradora. Foi informada da necessidade de estratégias presenciais de liberação miofascial para o trismo e de exames de deglutição sugeridos assim que pudesse retornar à instituição oncológica. Foi encaminhada para avaliação nutricional (que conseguiu agendar de modo também remoto);

- Foram propostas mudanças de alimentos para consistência facilitadoras (sólidos úmidos e macios picados), inserção de porções de dieta cremosa homogênea para maior ingestão de volume seguro, deglutições múltiplas e alternância de consistência (líquida versus sólidos), mas nunca mista (simultânea). Devido à perda auditiva, foi necessário repetir algumas informações, usar o *chat* do sistema e também retomar as orientações por escrito e enviar por *e-mail*;
- Foi agendada uma sessão terapêutica com data próxima à avaliação, na qual foram testadas as estratégias de movimento mandibular para trismo e exercícios funcionais de deglutição (como Masako, Mendelsohn, deglutição com esforço, método Shaker, EMST®, treino mastigatório com alimentos, etc). Paciente foi capaz de compreender e executar a maioria das estratégias terapêuticas propostas, auxiliada pelo filho sempre que houve alguma limitação. O acompanhamento ocorreu por um período de três meses apenas por Teleassistência, com ganho de peso, maior variedade de consistências sem ocorrências de tosse ou engasgos. Após esse período, a instituição retomou as atividades presenciais e ela foi chamada para retomar o processo de adaptação protética. Foi encaminhada para equipe de Fonoaudiologia da instituição para continuidade do tratamento.

Considerações finais

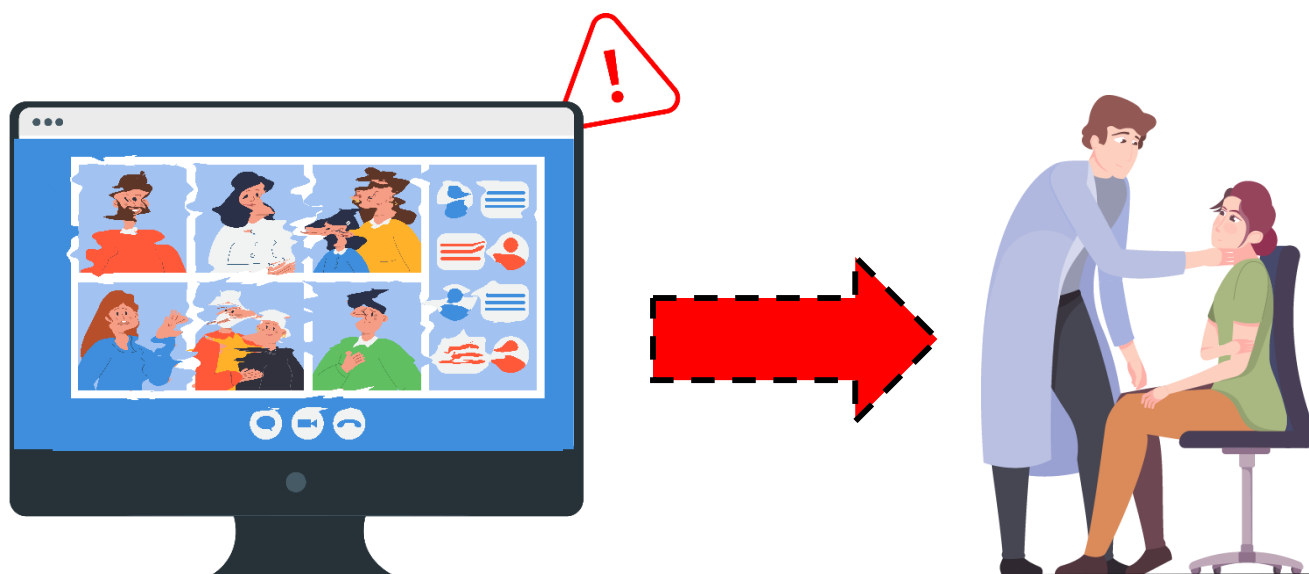
Assim como outros colegas, tivemos que aprender e adaptar nossa atuação para acolher a demanda de pacientes com Disfagia Mecânica para esta nova forma de atendimento. As providências tecnológicas mais adequadas para o atendimento precisaram ser realizadas de forma rápida e urgente. Algumas dinâmicas de atendimento precisaram ser repensadas como o tempo de atendimento e a forma de comunicação e gerenciamento de cada caso, necessitaram ser moldados de forma personalizada para cada paciente.

A maior dificuldade que observamos foi na execução das avaliações com pacientes com idade avançada. Diversos exercícios e execuções motoras das estruturas orofaciais podem ser complexos e requerem a correta compreensão do comando. As dificuldades auditivas tornaram-se agravantes sendo necessário o suporte durante os atendimentos de cuidadores e familiares.

Outras limitações que encontramos remetem à avaliação adequada da força das estruturas orais, medição da abertura de boca, visualização de palato mole, visualização acessível da mucosa oral e ausência da ausculta cervical que apesar de subjetiva, auxilia na compreensão dos sinais para Disfagia.

Durante este tempo de atendimento, vimos que a expertise do fonoaudiólogo no manuseio da Disfagia Mecânica é crucial para o sucesso do acompanhamento. O profissional deve já possuir experiência ampla e abrangente prévia com esta população antes de iniciar com o atendimento por Teleatendimento. A forma de comunicação, os conhecimentos técnicos e científicos, assim como a experiência do profissional, são colocados à prova durante os Teleatendimentos.

Há diversos limitadores para avaliação e acompanhamento fonoaudiológico como instabilidade da conexão, qualidade da imagem de vídeo, ruídos externos, redução do limiar auditivo do paciente, ausência de pessoas facilitadoras para o atendimento, habilidades comunicativas do fonoaudiólogo e severidade da disfagia. Esses fatores devem ser gerenciados durante o acompanhamento e caso haja comprometimento dos resultados de reabilitação, a modalidade de Teleatendimento deve ser rediscutida com os pacientes e seus familiares sendo considerada a indicação do atendimento presencial.



Ilustrações: Adaptado de Freepik

REFERÊNCIAS

- 1- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020; 382(13):1199-1207.
- 2- Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet.* 2020;395(10223):514-523.
- 3- Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet.* 2020;395(10231):1225-1228.
- 4- Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LA, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Hundred Saude Colet.* 2020;25(9):3465-3474.
- 5- Prasad A, Brewster R, Newman JG, Rajasekaran K. Optimizing your telemedicine visit during the COVID-19 pandemic: Practice guidelines for patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2020;42(6):1317-1321.
- 6- Singhal T. A Review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87(4):281-286.
- 7- Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med.* 2020 Apr 30;382(18):1679-1681.
- 8- ASHA. American Speech-Language-Hearing Association. Speech-language pathologists providing clinical services via telepractice [Internet]: [Position Statement], 2005 [citado 18 Fev 2020]. Disponível em: www.asha.org.
- 9- Ku PKM, Holsinger FC, Chan JYK, Yeung ZWC, Chan BYT, Tong MCF, et al. Management of dysphagia in the patient with head and neck cancer during COVID-19 pandemic: practical strategy. *Head Neck.* 2020;42(7):1491-1496. doi:10.1002/hed.26224.
- 10- Ward EC, Burns CL, Theodoros DG, Russell TG. Impact of dysphagia severity on clinical decision making via telerehabilitation. *Telemed J E Health.* 2014;20(4):296-303.
- 11- Cason J, Cohn ER. Telepractice: an overview and best practices. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication.* 2014;23(1):4-17.

- 12- Nordio S, Innocenti T, Agostini M, Meneghello F, Battel I. The efficacy of telerehabilitation in dysphagic patients: a systematic review. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2018;38(2):79-85. doi: 10.14639/0392-100X-1816.
- 13- Ward E, Crombie J, Trickey M, Hill A, Theodoros D, Russell T. Assessment of communication and swallowing post-laryngectomy: a telerehabilitation trial. *J Telemed Telecare.* 2009;15(5):232-7.
- 14- Ward EC, Wall LR, Burns CL, Cartmill B, Hill AJ. Application of telepractice for head and neck cancer management: a review of speech language pathology service models. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;25(3):169-174.
- 15- Mayadevi M, Thankappan K, Limbachiya SV, Vidhyadharan S, Villegas B, Ouyoung M, et al. Interdisciplinary Telemedicine in the management of dysphagia in head and neck. *Dysphagia.* 2018;33(4):474-480.
- 16- Burns CL, Ward EC, Hill AJ, Kularatna S, Byrnes J, Kenny LM. Randomized controlled trial of a multisite speech pathology telepractice service providing swallowing and communication intervention to patients with head and neck cancer: Evaluation of service outcomes. *Head Neck.* 2017;39(5):932-939.
- 17- Soldatova L, Williams C, Postma GN, Falk GW, Mirza N. Virtual dysphagia evaluation: practical guidelines for dysphagia management in the context of the COVID-19 pandemic. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163(3):455-458.
- 18- Behlau M. *Voz: o livro do especialista.* Rio de Janeiro: Revinter, 2005. v.2.
- 19- Isshiki N, Yanagihara N, Tanabe M, Morimoto M. Approach to the objective diagnosis of hoarseness. *Folia Phoniatr.* 1966;18:383-400.
- 20- Hirano M. *Clinical examination of voice.* New York: Springer-Verlag; 1981.
- 21- Piccirilo JF, Painter C, Fuller D, Haiduk A, Frederickson JM. Assessment of two objective voice function indices. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998;107:396-400.
- 22- Moreti F, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Crosscultural adaptation, validation, and cutoff values of the Brazilian version of the Voice Symptom ScaleVoiSS. *J Voice.* 2014;28(4):458-68.
- 23- ASHA. American Speech and Hearing Association. National Outcomes Measurement System (NOMS) [Internet]. [local desconhecido]: American Speech and Hearing Association; c1997-2012 [citado 20 Fev 2021]. Disponível em: www.asha.org/members/research/noms/.
- 24- Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehab.* 2005;86(8):1516-20.

25- Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, Hebert T, Leyk S, Lewin J, et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M. D. Anderson dysphagia inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;127(7):870- 6.

26- Guedes RL, Angelis EC, Chen AY, Kowalski LP, Vartanian JG. Validation and application of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory in patients treated for head and neck cancer in Brazil. Dysphagia. 2013;28(1):24-32.

27- Popescu B, Doinița OI, Bălălău C, Scăunașu R, Manole F, Domuța M, et al. Fibroscopic examination on ENT patients in COVID-19 era. J Clin Invest Surg. 2020;5(2): 63-65.

**Betina Scheeren
Deborah Salle Levy
Lauren Medeiros Paniagua
Silvia Dornelles**

Na esfera da Saúde, o uso de tecnologias de informação e telecomunicações proporciona o cuidado integrado à saúde do paciente e sua família, além de viabilizar e estreitar a comunicação com gestores e profissionais da Saúde. Somado a isso, proporciona a educação em saúde por meio de capacitações técnico-científicas^{1, 2}.

A tecnologia digital é uma prioridade estratégica para muitos segmentos de negócios e já é uma realidade há alguns anos, também, na área da Saúde. Para a utilização e aproveitamento desse recurso, é possível identificar vários modelos para auxiliar na organização e planejamento até a execução da modalidade de assistência à saúde, mediada por tecnologias e ferramentas. Um dos modelos que é difundido na literatura é a “árvore da decisão” utilizada para nortear as tomadas de decisão frente à identificação de um problema a ser resolvido³.

A pandemia COVID-19, no ano de 2020, desencadeou uma série de mudanças nos atendimentos de pacientes em distintos locais de trabalho (consultórios, clínicas), os quais eram prioritariamente presenciais, inclusive em hospitais. Mediante normativas nacionais, tanto do governo federal quanto estadual, foram complementadas medidas de contingência e foi estabelecido a restrição de circulação de pessoas para minimizar o risco de contágio na população. Frente a isso, as instituições que estavam dispostas a enfrentar esse desafio da Telefonaudiologia identificaram que não estavam sozinhas em seus processos catalisadores de mudanças.

O Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também teve que enfrentar o desafio da Telefonaudiologia nos atendimentos de Disfagia para cumprir com essa modalidade de atendimento a distância foi necessário a organização de uma comissão destinada à construção mediada com as normativas institucionais, legislação em Telessaúde e Telefonaudiologia, literatura nacional e internacional na área da Saúde, Administrativa e da Fonoaudiologia⁴⁻⁶.

O HCPA foi instigado a se moldar à nova realidade, recrutando suas unidades numa mobilização em prol da Telessaúde, visando suprir a lacuna na prestação de assistência, conseqüente ao contingenciamento. O Serviço de Fonoaudiologia desse hospital, imbuído de ofertar modalidade de atendimento a distância, formou uma comissão destinada à estruturação dessa demanda, mediada com as normativas institucionais, legislação em Telessaúde e Telefonaudiologia, literatura nacional e internacional na área da Saúde, administrativa, bem como específicas da área.

O presente capítulo apresenta a vivência na estruturação da Telefonaudiologia, com ênfase em disfagia, num hospital público de referência COVID-19 e a vivência prática na estruturação da Telefonaudiologia, com ênfase em Disfagia.

Processo de estruturação e planejamento: organização da comissão

A Comissão destinada à organização, planejamento e execução do Telefonaudiologia é composta por professores do Curso de Graduação de Fonoaudiologia da Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de fonoaudiólogos do Serviço de Fonoaudiologia do HCPA, que atuam em três principais áreas: Audiologia, Fonoterapia e Disfagia. A assistência tem área de abrangência em que os fonoaudiólogos atuam no ambulatório, na unidade de internação, na unidade de terapia intensiva na população adulta e pediátrica.

Para atualização das informações relacionadas às ações de implantação do Telefonaudiologia, normativas institucionais e do Conselho Federal de Fonoaudiologia foi designado um coordenador com o propósito de compilar os dados e participar de reuniões com equipe administrativa do HCPA para planejamento das Teleconsultas. Os demais representantes da comissão foram responsáveis por acompanhar e monitorar as ações junto aos demais colegas do serviço. O período de organização e planejamento foi de cerca de 30 dias, configurando uma janela de tempo exígua para a demanda.

Inicialmente, a comissão encontrava-se quinzenal, mensal e, posteriormente, bimensalmente. O coordenador tem reuniões sistemáticas com a Chefia do Serviço visando deliberações administrativas. A execução propriamente dita na primeira etapa foi de junho a julho/2020 e a segunda etapa revisada do fluxo de atendimento foi de setembro a novembro de 2020.

Processo de estruturação e planejamento: estratégias para implantação da Telefonaudiologia

Na área da Disfagia, essa modalidade de atendimento a distância não era uma prática assistencial até então. O HCPA, no início da pandemia, destinou a cada serviço da instituição um plano de contingência e medidas alternativas para dar seguimento aos atendimentos dos pacientes, bem como criou a modalidade de Teleatendimento (ligação telefônica breve com informações direcionadas) e teleambulatório (ligação com ou sem videochamada que configurava atendimento propriamente dito). Atualmente, as Teleconsultas são no formato completo, como por exemplo: monitoramento, orientações e até mesmo a identificação de ter acompanhamento presencial no hospital. Essas ações são registradas no prontuário eletrônico do paciente e são computadas pelo Serviço de Ambulatório do HCPA.

Mediante pesquisa na literatura e demandas específicas do Serviço de Fonoaudiologia, utilizou-se algumas estratégias, sendo que o primeiro recurso foi baseado no modelo da “árvore da decisão”, estabelecimento de metas curto, médio e longo prazo, bem como uma pergunta norteadora: “como iniciar o processo de implantação da modalidade de Teleconsulta?”. A partir disso, desencadearam-se os questionamentos seguintes, tais como: identificar quais problemas a serem resolvidos (selecionar as prioridades), verificar o(s) fator(es) de risco presentes na elaboração de problema(s). Aliado a isso, a equipe assistencial foi consultada visando obter informações mais precisas sobre os potenciais benefícios para o profissional e paciente, viabilidade de Teleconsulta e recursos tecnológicos.

Durante o atendimento, são realizadas perguntas ao paciente e/ou familiar. É realizada a observação da alimentação, bem como alinhado o fluxo de atendimento a ser seguido Telefonaudiologia ou Presencial. Para a padronização das informações, foi elaborado um roteiro para os fonoaudiólogos da internação adulto estabelecendo as funções do processo de trabalho pré- alta hospitalar até o preenchimento de uma tabela no *Excel* com informações pertinentes para a primeira Teleconsulta. Nesse documento também constam os critérios de encaminhamento de pacientes internados com e sem COVID-19 para Teleconsulta, estabelecimento do período de 5 a 7 dias após alta hospitalar para o primeiro contato telefônico.

Processo de execução – Como fizemos?

❖ **Recursos humanos e administrativos:** Foi constituída uma comissão em Telefonaudiologia na área da disfagia composta de uma fonoaudióloga e uma professora na área adulto e, da mesma forma, na área infantil, com objetivo de monitorar e ter o *feedback* da equipe assistencial. Inicialmente, no mês de julho, havia cinco fonoaudiólogas realizando os atendimentos à beira leito e que ficavam encarregadas de organizar a Teleconsulta após a alta, conforme os critérios clínicos estabelecidos pela equipe. Cada uma realizava o contato telefônico após a alta para os seus pacientes, definindo qual formato institucional se encaixaria - Teleatendimento ou teleambulatório, uma vez que já tinham conhecimento do caso clínico.

Após esse teste piloto, em setembro, houve modificação do fluxo de atendimento a nível Institucional, sendo determinado teleambulatório à modalidade de Teleconsulta, ou seja, um atendimento a distância por meio de contato telefônio e/ou videochamada. Este pode ter tempo regular e a maioria dos componentes de uma consulta presencial com o propósito de atender a pessoa na sua demanda de saúde. Os registros são realizados no módulo de ambulatório do prontuário eletrônico do paciente e contam para a produção assistencial do serviço e para o faturamento junto aos gestores.



Ilustração: Freepik

Em novembro, houve necessidade de novos ajustes do formato das Teleconsultas após o HCPA disponibilizar uma sala somente para a realização desse novo formato de atendimentos, com computadores e acesso a telefone e *webcam*. Nesse momento, a comissão sugeriu que houvesse um fonoaudiólogo contratado por mês para realização da Teleconsulta, usufruindo desse espaço duas vezes na semana.

❖ **Estratégias para organização no Serviço:** Foi elaborado um fluxograma (Figura 1 – Fluxograma da Telefonaudiologia na disfagia) para melhor entendimento do grupo para a realização das Teleconsultas. Este abrangeu tanto pacientes com e sem COVID-19. Foram estabelecidos critérios clínicos para encaminhar os pacientes após a alta hospitalar para a Teleconsulta, sendo eles:

- (A) Pacientes com via alternativa de alimentação exclusiva;
- (B) Pacientes com via de alimentação mista (via alternativa + via oral);
- (C) Pacientes com via oral com consistência adaptada (pastosa ou líquidos espessados);

Foi sugerido também uma previsão média de sessões a serem realizadas conforme cada critério, sendo 8 sessões para (A), 4 sessões para (B) e 2 sessões para (C). Ausência de facilitador, quando necessário, ou de tecnologia, impossibilitam o atendimento a distância.

Na primeira etapa, a fonoaudióloga da internação identifica os critérios clínicos citados acima e realiza registro em uma tabela no drive com informações padronizadas relacionadas aos pacientes (nome, idade, prontuário, telefones, data da alta, dieta na alta e breve resumo do caso). A segunda etapa consiste na realização da Teleconsulta após 5-7 dias após a alta, seguindo um roteiro de questionamentos pré-estabelecidos:

1. Como está a alimentação?
2. Conseguindo ingerir quais consistências por via oral?
3. Se tiver orientação para uso de espessante, está conseguindo realizar?
4. Apresenta tosse/engasgo?

5. Está conseguindo seguir as orientações e/ou exercícios propostos? Como? Solicitar que faça a manobra terapêutica e o relato do paciente e/ou cuidador (se conseguiu fazer? Alguma dificuldade na execução?)
6. Conseguiu agendar atendimento fonoaudiológico em algum serviço?

A partir da Teleconsulta, o paciente e/ou o fonoaudiólogo podem manifestar necessidade de atendimento presencial no ambulatório de Disfagia devido piora da deglutição, identificação de risco de intercorrências na alimentação oral ou mudança de conduta terapêutica (exemplo: mudança de consistência). Caso também seja necessário realização de exame complementar (Videoendoscopia Funcional da deglutição), será encaminhado ao ambulatório junto a otorrinolaringologia. Ao finalizar o número de sessões estabelecidas no teleambulatório na modalidade síncrona ou híbrida e se identificar necessidade de manter atendimento, o paciente será encaminhado para a Rede, que ainda está em processo de organização.

O registro dos atendimentos é realizado dentro do módulo ambulatório no prontuário eletrônico do paciente.

❖ **Recursos Tecnológicos:** facilidades e dificuldades encontradas pela equipe (recursos tecnológicos da equipe, sala de teleambulatório, recursos tecnológicos do paciente).

Num primeiro momento, foi utilizado telefone do Serviço de Fonoaudiologia e celular das profissionais para esse contato. Após organização institucional do HCPA, foi destinada uma sala específica para realização das ligações telefônicas com disponibilidade de *webcam* caso uma videochamada fosse necessária. No momento da alta hospitalar, a fonoaudióloga assistente também tinha a incumbência de revisar com o paciente e familiar os recursos tecnológicos disponíveis para realização do teleambulatório, verificando a presença de conexão com internet, celular, *tablet* e computador para realização de videochamada, se necessário.

Resultados alcançados: o que “colhemos”?

Após seis meses, foram realizadas 86 Teleconsultas na área da Disfagia no HCPA. Realizamos algumas mudanças no fluxo de atendimento no decorrer desse tempo, com o objetivo de melhorar essa modalidade de atendimento tão recente e inovadora para todos nós. Conseguimos organizar uma forma de todas as fonoaudiólogas do setor estarem envolvidas com os Teleatendimentos, realizando um rodízio mensal. Importante levar em consideração que os Teleatendimentos são considerados como parte das atividades assistenciais, pois consiste em uma continuidade ao atendimento prestado ao paciente após a alta hospitalar, bem como gera faturamento ao serviço.

Limitações e prospecções: o que queremos?

Após essa experiência, um dos principais entraves foram os recursos tecnológicos (impossibilidade de realizar videochamada) e ausência de facilitador.

A médio e longo prazo, temos o objetivo de ampliar a implantação do Telefonaudiologia para a Teleinterconsulta (fonoaudióloga do HCPA x fonoaudióloga do paciente na cidade de origem x paciente) e Teleconsultoria (capacitações das fonoaudiólogas do HCPA para fonoaudiólogas de outras localidades que acompanham paciente atendidos no HCPA) aproximando-se dos gestores estaduais e municipais para planejar e executar esta ação.

Acreditamos que todas estas frentes, experiências e caminhos traçados, até o momento, podem aliar-se também à pesquisa e à assistência. É possível explorar novos caminhos para alavancar a assistência nessa nova modalidade de atendimento com ótimos resultados.

REFERÊNCIAS

- 1- Grady J. Telehealth: a case study in disruptive innovation. *Am J Nurs.* 2014;114(4):39–45.
- 2- Chern CC, Chen YJ, Hsiao B. Decision tree–based classifier in providing telehealth service. *BMC Med Inform Decis Mak* 19. 2019(104).
- 3- Cheng G, Cheng R, Pei Y, Xu L. Probability of roadside accidents for curved sections on highways. *Hindawi Mathematical Problems in Engineering.* 2020; Article ID 9656434; 18 pages.
- 4- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa N.º 580 de 20 de agosto de 2020. Dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia e dá outras providências [Internet]. Brasília: CFFa, 2020. Diário Oficial da União 25 Ago 2020 [citado 17 Nov 2020]; Seção 1(163):131. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cffa-n-580-de-20-de-agosto-de-2020-273916256>.
- 5- Lopes AC, Barreira-Nielsen C, Ferrari DV, Campos PD, Ramos SM. Diretrizes de boas práticas em Telefonaudiologia. Brasília: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020 [citado 17 Nov 2020]. *E-book*. 49-51. Disponível em: <https://bit.ly/3ikmd94>.
- 6- Asha. American Speech-Language-Hearing Association. Speech-language pathologists providing clinical services via telepractice [Internet]. [Position Statement], 2005 [citado 18 Fev 2020]. Disponível em: www.asha.org.

AUTORES

Alessandra Rischitelli Bragança Silva

Fonoaudióloga. Nutricionista. Doutora e Pós-doutoranda em Ciências no Departamento de Fisiologia da Nutrição da UNIFESP. Mestra em Gerontologia pela UNICAMP, com formação em Cuidados Paliativos pela Casa do Cuidar. Experiência clínica na área de disfagia, risco nutricional, modulação intestinal e cuidados paliativos. Anos 2021 e 2022: Coordenadora do Comitê de Fonoaudiologia da ANCP. Vice-coordenadora do Comitê de Nutrição da ANCP. Membro do Comitê Científico da ABRAZ - Regional SP e membro do Comitê de Fonoaudiologia da ABRAZ - Nacional.

Aline Nogueira Gonçalves

Graduada pelo Centro Universitário São Camilo (2004-2007). Doutora em Ciências Oncológicas pela Fundação Antônio Prudente - A. C. Camargo Câncer Center (2014). Integrante da equipe de Fonoaudiologia do Centro de Reabilitação Cardiopulmonar do Hospital Sírio-Libanês - SP. Professora do Curso de Pós-Graduação em Fonoaudiologia Hospitalar do Hospital Albert Einstein.

Andréa Cintra Lopes

Livre Docente - Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP). Professora Associada do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP. Tutora do PET-Saúde Interprofissional. Coordenadora da Liga de Saúde Coletiva da FOB/USP. Coordenadora do GT de Telefoniaudiologia e Teleducação do CFFa, 13.º Colegiado.

Betina Scheeren

Fonoaudióloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Doutora em Patologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestra em Gastroenterologia e Hepatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa. Especialista em Disfagia pelo CFFa. Membro da Comissão da Telefoniaudiologia - HCPA.

AUTORES

Carolina Castelli Silvério

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) – Campus Marília. Mestrado e Doutorado em Ciências pela Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-Doutoranda em Ciências pela Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Coordenadora do Departamento de Disfagia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (2020-2022).

Chênia Caldeira Martinez

Doutora em Ciências Médicas (UFRGS). Mestra em Ciências da Reabilitação (UFCSPA). Especialista em Voz e Disfagia (CFFa). Especialização em Voz (CEV). Pós-graduação em Formação Integrada em Voz Artística (CEV). Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia (UFCSPA). Fonoaudióloga clínica e pesquisadora (UFRGS).

Deborah Salle Levy

Doutora em Ciências da Saúde- IC/FUC. Professora Adjunta do Departamento de Saúde e Comunicação Humana (UFRGS). Chefe do Serviço de Fonoaudiologia do HCPA. Tutora da RIMS da Saúde da Criança e da Materno Infantil do HCPA. Vice-coordenadora do Departamento de Disfagia da SBFa. Membro do *Dysphagia Special Interest Group* (PED- SIG) da *Dysphagia Research Society*.

Elma Heitmann Mares Azevedo

Fonoaudióloga. Aperfeiçoamento em Disfagia Neurogênica pela Santa Casa de SP. Especialização em Motricidade Orofacial com ênfase em Disfagia pelo A. C. Camargo Câncer Center/SP. Mestra e Doutora em Ciências – Área de Oncologia pelo A. C. Camargo Câncer Center/SP. Atualmente, é Professora Associada I da Universidade Federal do Espírito Santo. Vice-coordenadora do Comitê de Disfagia Mecânica do Departamento de Disfagia da SBFa (2020-2022) e Membro da Diretoria da Academia Brasileira de Disfagia – ABD (gestão 2019-2021/2021-2023).

AUTORES

Emílio Tissato Nakamura

Diretor de Cibersegurança, CISO da RNP. Atua em segurança e privacidade há mais de 22 anos, definindo estratégias e processos de segurança, desenvolvendo tecnologias e atuando com clientes e parceiros de diferentes setores. Já trabalhou em empresas como Fundação Bradesco, Kroton, CPQD, Open Communication Security, Sun Microsystems, Robert Bosch e Adtalem Global Education. Possui MBA Executivo, M.Sc, CISSP-ISSAP, ISSMP, tendo publicado livros, patentes, artigos nacionais e internacionais nas áreas de segurança de redes, privacidade, gestão de riscos, gestão de segurança, controle de acesso, IoT e blockchain.

Giedre Berretin Félix

Livre Docente - Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP). Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP.

Hellen Lagos Guimarães

Graduada em Fonoaudiologia UTP/PR (2009). Especialização em Motricidade Orofacial: Enfoque em Disfagia em Âmbito Hospitalar (2011), em Voz (2013) UTP/PR e em Gestão em Saúde Pública UnC/SC (2016). Mestra em Medicina Interna UFPR (2013). Doutoranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPR). Fonoaudióloga da Prefeitura Municipal de Mafra - SC realizando trabalhos no Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF-AB). Fonoaudióloga da Maternidade Dona Catarina Kuss de Mafra - SC. Vice-coordenadora e professora do Curso de Especialização em Disfagia - Enfoque em Âmbito Hospitalar e professora do Curso de Especialização em Gerontologia UTP/PR.

Lauren Medeiros Paniagua

Fonoaudióloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Doutorado e Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa Especialista em Disfagia pelo CFFa. Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde ênfase Materno Infantil. Membro da Comissão da Telefonaudiologia – HCPA. Tutora do Método Canguru pelo Ministério da Saúde. Membro do Comitê de Proteção e Promoção do Aleitamento Materno – HCPA.

AUTORES

Leonardo Wanderley Lopes

Fonoaudiólogo. Mestre e Doutor em Linguística. Pós-Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP. Professor Titular do Departamento de Fonoaudiologia da UFPB. Professor Permanente do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da UFPB/UFRN/UNCISAL. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Atual Presidente da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (2020-2022).

Lica Arakawa Sugueno

Fonoaudióloga clínica. Mestre e Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Especialista em Voz pelo CFFa (Curso no CEV). Docente colaboradora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Paulo Melo

Fonoaudiólogo. Especialista em Motricidade Orofacial. Doutor em Ciências da Saúde pela FCM da Santa Casa de São Paulo. Pós-Doutorado em Odontologia pela UNOPAR.

Raquel Rodrigues Rosa

Doutora - Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP). Fonoaudióloga da Clínica de Fonoaudiologia da FOB/USP.

AUTORES

Roberta Busch

Fonoaudióloga formada pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Mestre em Neurociências pela UNIFESP-EPM. Membro da SBFa. Fonoaudióloga do Hospital Moriah. Sócia-diretora do CAAD (Centro de Atendimento Avançado em Disfagia).

Sheila Tamanini de Almeida

Fonoaudióloga. Doutora em Ciências em Gastroenterologia e Hepatologia pela UFRGS. Docente do Curso de Fonoaudiologia e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva da UFCSPA.

Silvia Dornelles

Fonoaudióloga. Professora Adjunta do Departamento de Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Curso de Fonoaudiologia UFRGS. Professora e Membro do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Tutora do Programa Adulto Crítico da Residência Multiprofissional do HCPA. Vice-Coordenadora do Programa Adulto Crítico da Residência Multiprofissional do HCPA.



**FRESENIUS
KABI**

caring for life



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Competência no gerenciamento nutricional da **disfagia**

THICK & EASY[®]
CLEAR

Fresubin[®]
2 kcal Crème



Para saber mais acesse:
www.fresenius-kabi.com.br

Fresubin[®] 2 kcal Crème Reg. ANVISA MS 6.20.419980
6 auxílios, Pralines, Puras da Floresta e Pralínó

Thick & Easy[®] Clear Reg. ANVISA Item de registro
conforme RDC 272/2010

03/2020/01mar22