



ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHONOAUDIOLOGICAL PERFORMANCE IN A PUBLIC NETWORK HOSPITAL: EXPERIENCE REPORT

Bruno Girão Antunes ¹

Manuscrito recebido em: 24 de janeiro de 2021

Aprovado em: 03 de junho de 2021

Publicado em: 04 de junho de 2021

Resumo

Objetivo: expor os procedimentos aplicados e condições hospitalares em um programa de residência por profissional de Fonoaudiologia. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada em um hospital estadual da rede pública, situado no município de Salvador/Bahia, no período de março a dezembro de 2019. **Resultados:** o residente atua em praticamente todas as unidades do hospital, prestando atendimento a pacientes com diferentes enfermidades, submetido a uma carga horária exaustiva (60 horas semanais), bem como a dificuldades comuns à rede pública de saúde (falta de insumos/materiais, instalações precárias, equipamentos defeituosos, demora na realização de exames ou procedimentos). Apesar disso, o programa de residência é capaz de proporcionar grande aprendizado e amadurecimento (pessoal e profissional), a troca de experiências com demais membros da equipe de saúde e o fortalecimento da autonomia e independência. **Conclusão:** a atuação do fonoaudiólogo residente no âmbito hospitalar, especialmente na rede pública, tem fundamental relevância, na medida em que proporciona ao hospital contemplado profissionais com formação recente e, portanto, dotados de um olhar atual sobre o cenário que se apresenta, bem como minimiza a sobrecarga dos setores, ao possibilitar que mais pacientes sejam atendidos em um mesmo intervalo de tempo. Por fim, o programa de residência contribui na formação dos bacharéis em Fonoaudiologia, os quais poderão retornar ao serviço público (hospitalar ou não) com maior domínio teórico-prático, beneficiando àqueles indivíduos que necessitarem de atendimento.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Sistema Único de Saúde; Residência.

Abstract

Aim: expose the procedures applied and hospital conditions in a residency program for a Speech-Language Pathologist. **Methods:** this is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach, an experience report type, carried out in a public state hospital, located in the city of Salvador / Bahia, from March to December 2019. **Results:** the resident works in practically all hospital units, providing care to patients with different illnesses, subjected to an exhaustive workload (60 hours per week), as well as difficulties common to the public health network (lack of inputs / materials, precarious facilities, defective equipment, delay exams or procedures). Despite this, the residency program is capable of providing great learning and maturation (personal and professional), the exchange of experiences with other members of

¹ Bacharel em Fonoaudiologia e Residente Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2309-8528>

E-mail: brunogirao8@gmail.com



the health team and the strengthening of autonomy and independence. **Conclusion:** the performance of the speech therapist residing in the hospital, especially in the public sector, has fundamental relevance, as it provides the hospital with professionals with recent training and, therefore, endowed with a current look at the scenario that is presented, minimizes the overload of the sectors, by allowing more patients to be treated in the same time interval. Finally, the residency program contributes to the training of bachelors in Speech Therapy, who can return to public service (hospital or not) with a greater theoretical-practical domain, benefiting those individuals who need assistance.

Key Words: Speech therapy; Health Unic System; Residence.

INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia cada vez mais se faz presente nas unidades de saúde, sobretudo no ambiente hospitalar. A contribuição dessa ciência tem se ampliado em diferentes segmentos, como em disfagia, linguagem, voz, motricidade orofacial e audiolgia, desde neonatos a idosos e pacientes em cuidados paliativos¹. Em geral, as equipes de Fonoaudiologia são compostas em sua maioria por residentes, financiados pelo Ministério da Saúde (MS), os quais permanecem maior tempo nos hospitais em relação aos fonoaudiólogos contratados. Os residentes, além das atribuições em campo, também realizam avaliações nas disciplinas previstas no programa, além de discussões de casos e apresentações de casos clínicos. E, finalmente, necessitam apresentar pelo menos um trabalho em evento científico, redigir e defender o trabalho de conclusão da residência (TCR) e submetê-lo à uma revista científica.

Segundo o Ministério da Educação, as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foram criadas através da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais².

De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), as residências multiprofissionais em saúde são voltadas para a educação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, sendo está dividida em 80% prática e 20% teórico-prática, com duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses³.



No âmbito hospitalar, o fonoaudiólogo atua em menor proporção nas áreas de linguagem, voz e motricidade orofacial, todavia participa com maior frequência e de modo decisivo na área da disfagia, a qual consiste numa alteração da deglutição¹. Não é uma doença, mas sim um sintoma que indica comprometimento na deglutição ocasionado por diversos fatores, a saber: trauma em região da cabeça e pescoço, acidente vascular cerebral, demências, doenças neuromusculares e intubação orotraqueal prolongada. O tratamento das alterações da deglutição deve envolver uma equipe multidisciplinar, composta no mínimo por médicos, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos. Na equipe, o fonoaudiólogo intervém nos distúrbios da deglutição e da comunicação, sendo o responsável pelo diagnóstico e intervenção da disfagia⁴. Além disso, reabilita a mobilidade e força da musculatura orofacial, as competências de linguagem e voz, a reabilitação da fala e, não sendo possível esta, a adoção de estratégias de comunicação alternativa. Além de tratar das alterações clínicas nesses segmentos e dar voz aos pacientes, colocando-os em um lugar privilegiado de interlocução, a atuação fonoaudiológica contribui na redução do período de internamento e, por consequência, economizando recursos materiais e financeiros⁵.

A atuação fonoaudiológica no serviço público apresenta características marcantes, como menor aporte financeiro e quantidade de materiais/insumos limitada. Todavia, mesmo nesse cenário, a presença da Fonoaudiologia no âmbito hospitalar é decisiva na recuperação e desospitalização precoce dos pacientes⁶.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo expor os procedimentos aplicados e condições hospitalares em um programa de residência por profissional de Fonoaudiologia.

RELATO

- Contexto da intervenção e público-alvo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada em um hospital estadual da rede pública, situado no município de Salvador/Bahia, no período de março a dezembro de 2019. O relato foi baseado na observação e nas vivências de um fonoaudiólogo



residente durante o estágio trabalho em um hospital público, com foco no atendimento a pacientes adultos e idosos. Além disso, a análise das condições hospitalares e da sua dinâmica, bem como as discussões durante as aulas sobre temas correlatos à residência, contribuíram para a construção do relato.

Durante a jornada de estágio-trabalho no hospital público, o residente ficava responsável por uma unidade específica, lidando com a demanda existente, desde avaliações até atendimentos durante o internamento (acompanhamento terapêutico). Após um mês (em média), o residente era deslocado para outra unidade.

- Descrição das ações

O início da residência aconteceu na rede pública, o qual absorve a maior parte dos residentes, e por maior tempo. A primeira passagem ocorreu de março a dezembro de 2019 e, a segunda, de julho de 2020 a fevereiro de 2021.

O setor de Fonoaudiologia deste hospital apresentava em sua equipe cerca de vinte fonoaudiólogos, divididos entre as escalas de trabalho. Dentre esse contingente, existiam pelo menos seis residentes fixos do próprio hospital, sendo três responsáveis pelo público adulto e os outros três pelo público infantil (neonatologia e pediatria), os quais estavam todos os dias na instituição, exceto às quartas-feiras (dia de aula). Os demais residentes (dois a três, a depender do período), vinculados a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), estavam nos plantões de segunda a quinta, e às sextas-feiras tinham aula na universidade. A jornada de estágio-trabalho começava às 7 horas e findava às 19 horas.

A primeira passagem marcou o início da atuação fonoaudiológica no âmbito hospitalar, um dos cenários de maior responsabilidade, tendo em vista a intervenção frente a pacientes com diferentes quadros de saúde, de menor a maior gravidade, incluído aqueles em cuidados paliativos. A cada mês o residente foi designado para atuar em determinada unidade. Em caso de ausência de pacientes no dia ou a depender da demanda, havia o deslocamento a outras unidades com o intuito de prestar assistência ao demais profissionais. Os residentes eram acompanhados por preceptores, que são fonoaudiólogos do hospital com, no mínimo, pós-graduação, designados pela coordenação do setor para desempenhar tal função. Os



preceptores atuavam na observação/auxílio nos atendimentos dos residentes, com posterior assessoramento à distância visando garantir maior autonomia aos mesmos quanto à gestão dos seus pacientes e respectivos atendimentos.

No início do expediente eram organizados os materiais de trabalho e a relação dos pacientes em acompanhamento, e a discussão dos casos com a preceptoria ocorria na unidade. Em determinadas unidades, havia visitas médicas, em horários diversos (geralmente no turno matutino), com a presença de todos os profissionais da equipe vigente, incluídos, além da fonoaudiologia, a presença da fisioterapia, nutrição e psicologia. Nas visitas, a equipe discutia sobre todos os pacientes internados, tomando conhecimento do estado atual de cada paciente sob todos os aspectos (clínico, nutricional, entre outros), assim como definindo as condutas necessárias (prescrição ou suspensão de fármacos, exames, transferências e altas, por exemplo). Quanto ao enfoque fonoaudiológico, indagavam a respeito do progresso dos casos com relação à introdução alimentar ou progressão da dieta, aspecto crucial para a reabilitação e alta hospitalar dos pacientes. Além disso, geralmente nas visitas eram solicitadas novas avaliações fonoaudiológicas, seja de pacientes recém chegados, ou mesmo daqueles que apresentaram melhora significativa do quadro clínico. Em sua maioria, os pedidos de avaliação eram voltados a pacientes em uso de dieta enteral (via sonda nasoenteral) e, com menor frequência, àqueles pacientes com dieta parenteral, intubados por período prolongado (48 horas ou mais) ou submetidos a traqueostomia. Estes dois últimos perfis de pacientes eram altamente demandados pelo setor de Fonoaudiologia, tendo em vista que muitas vezes apresentam disfagia, bem como maiores riscos de broncoaspiração, devido às alterações funcionais que estes procedimentos costumam causar^{7,8}.

Após a visita, os atendimentos eram realizados; se necessário, o mesmo paciente era atendido mais de uma vez. Após, os achados ou definições de conduta eram discutidos com outros profissionais envolvidos (médico, enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta), os quais, em sua maioria, também eram residentes. As evoluções eram redigidas e os registros dos atendimentos eram feitos via sistema informatizado para controle, bem como visando nortear os demais fonoaudiólogos para o plantão seguinte.



O hospital em que foi realizado a residência apresenta um perfil de clínica geral, recebendo pacientes com inúmeras enfermidades, em quadros agudos ou crônicos. Apesar disso, também conta com setor de emergência, alas de cirurgia geral, neurocirurgia e obstetrícia, recebendo desde pacientes recém-nascidos até idosos.

A depender da unidade, havia mais demandas em determinada área do que em outras. Por exemplo, na UTI Neurológica, na UTI exclusiva de AVC, na enfermaria de neurocirurgia e na enfermaria neurológica, a maioria dos pacientes necessitavam não só do manejo da disfagia (quando existente), mas de abordagens em linguagem (devido diferentes quadros de afasia e/ou disartria), bem como em motricidade orofacial (para atuar em dificuldades mastigatórias, mobilidade e força de órgãos fonoarticulatórios reduzidas, paresia ou paralisia facial)⁹. Nos casos de pacientes com intubação prolongada, assim como os traqueostomizados, a abordagem prioritária compreendia o tratamento da disfagia e reabilitação vocal. Sobretudo nestes pacientes, a realização de exercícios vocais (coaptação glótica, adução de pregas vocais, exercícios de trato vocal semi-ocluído) e miofuncionais (mobilidade e força de língua, constrição faríngea, elevação hiolaríngea) eram fundamentais, pois contribuíam para o tratamento da disfonia e, em especial, conferiam maior proteção a via aérea inferior, ao reabilitar o processo de deglutição, minimizando os riscos de broncoaspiração^{7,10}.

Uma das principais ações com os pacientes era gerenciar o quadro (se estava bem clinicamente, com dificuldades para se alimentar, com boa aceitação da dieta). Pacientes com disfagia para líquidos ou sólidos e/ou com outras demandas acima citadas realizavam fonoterapia. Nos pacientes colaborativos (ou seja, com compreensão preservada), eram realizados exercícios ativos, em que o próprio paciente conseguia executar. Todavia, com os pacientes não colaborativos, eram realizados exercícios passivos (se possível) e, principalmente, o gerenciamento das condições do paciente e a orientação dos familiares/cuidadores acerca dos cuidados necessários durante a oferta de alimentos ou líquidos, permitindo uma ingestão segura¹¹. Também é importante não só colher informações dos acompanhantes, mas orientá-los sempre que necessário com relação à postura do paciente, aos cuidados na oferta da dieta, treiná-los para ofertar refeições com segurança, conferindo maior segurança e bem-estar ao paciente durante a sua estadia no hospital.



Com relação aos pacientes idosos, é necessário ter atenção especial com a mobilização no leito, em especial antes de ofertar algum alimento. Este público costuma apresentar várias comorbidades (hipertensão, diabetes, dores crônicas, quadros demenciais, entre outros), além da sarcopenia e perda de força muscular, o que confere maior dificuldade para se movimentar e mover estruturas (inclusive orofaciais), oferecendo maiores riscos à alimentação^{12,13}.

- Atuação frente à pandemia do coronavírus

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus (Covid-19) que não havia sido identificada antes em seres humanos¹⁴. Na quarta-feira de cinzas (25/02/2020), o primeiro caso da doença foi confirmado no Brasil. Era também o primeiro da América do Sul¹⁵; um homem de 61 anos, residente da capital paulista, o qual tinha viajado para a Itália¹⁶. Na Bahia, o primeiro caso importado do novo coronavírus foi registrado em 06/03/2021 (sexta-feira). Trata-se de uma mulher de 34 anos, residente na cidade de Feira de Santana, que retornou da Itália em 25 de fevereiro, com passagens por Milão e Roma, onde aconteceu a contaminação¹⁷.

A pandemia correspondeu a um incidente inimaginável, conduzindo a mudanças de hábitos, comportamentos e rotinas. Medidas como lockdown, isolamento social, uso de máscaras e higienização das mãos surgiram como necessárias frente ao avanço da doença, visando reduzir o índice de contaminação e óbitos. O confinamento dentro das residências, o trabalho home Office e as interações virtuais passaram a integrar o cotidiano de muitos países, inclusive do Brasil.

Dentro dos hospitais, significava encarar de frente a doença, através da prestação de cuidados aos enfermos. O temor de se contaminar e, por conseguinte, de contaminar parentes e amigos, o medo da morte, o sofrimento pela perda de pacientes e entes queridos, são alguns dos fenômenos que surgiram ou se potencializaram em decorrência da pandemia. Profissionais sobrecarregados pelo aumento da demanda, mais ansiosos e estressados, com propensão maior a erros de conduta e de biossegurança, colocando em risco a si mesmo e pessoas



próximas. Com o decorrer das semanas e meses, profissionais adoeceram; alguns foram afastados, outros não resistiram à doença. Um cenário de caos nunca antes vivido no Brasil.

Em meio a este cenário, o medo também fez parte dos demais pacientes e acompanhantes, na medida em que percebiam o aumento de casos e de óbitos, seja nas enfermarias, nas unidades de isolamento e nas UTI's. Desde o início, os residentes também ficaram responsáveis pelo atendimento de pacientes positivados, bem como tentavam tranquilizar os demais pacientes e familiares nas unidades em que atuavam. Ocorreram treinamentos de paramentação e desparamentação, com o intuito de evitar a contaminação do próprio colaborador e a contaminação de outras pessoas de forma cruzada. A higienização de materiais de trabalho, como estetoscópio, caneta, carimbo, face shield, óculos de proteção, dentre outros, passou a ser uma rotina antes e após cada atendimento.

Analisando a atuação fonoaudiológica neste público, existem algumas particularidades a se considerar. Os casos de coronavírus podem se apresentar desde formas assintomáticas à pneumonia grave. Dentre os sintomas possíveis, um dos mais frequentes e preocupantes é a dispneia¹⁸. Mesmo num quadro estável, o paciente dispneico pode incoordenar durante às refeições, o que aumenta o risco de engasgos e broncoaspiração. Outra preocupação consiste na reabilitação dos pacientes infectados pelo coronavírus que, em virtude da evolução desfavorável do quadro clínico, foram submetidos à intubação orotraqueal (IOT) e traqueostomia (TQT). Quanto maior o período em que o paciente fez uso destes dispositivos, maiores os riscos à alimentação segura. Tanto a IOT quanto a TQT dessensibilizam o trato oral e a via aérea superior, bem como comprometem a mobilização da musculatura suprahióidea, a excursão hiolaríngea, a contração da laringe, a adução das pregas vocais e a eficácia do reflexo de tosse. Com isso, a percepção de secreções e partículas alimentares nesses tratos é diminuída, favorecendo a ocorrência ou potencialização de quadros disfágicos^{18,19,20}.

Nesse sentido, a maioria destes pacientes necessita de terapia fonoaudiológica, com a realização de exercícios que favoreçam o trabalho respiratório, a realização de pausas adequadas durante às deglutições, exercícios fonatórios (tanto pela questão da fala quanto para favorecer a coaptação glótica – mecanismo



importante na proteção das vias aéreas inferiores) e a adoção de medidas compensatórias para a alimentação segura (indicação de consistências alimentares, readequação postural, manejo do alimento na cavidade oral, volume alimentar ofertado, entre outros)^{18,19,20}.

Resultados alcançados e discussão

Atuar em um hospital é algo surpreendente. Permite-nos a possibilidade de enxergar uma faceta da realidade de perto, de alegrias a tristezas, da finitude da vida, da pequenez da humanidade²¹. Reflexões como estas, mais profundas, existenciais, fortalecem a nossa estrutura psíquica diante das adversidades, bem como favorecem o nosso amadurecimento e inclinação ao compromisso com o bem-estar dos pacientes e a preservação da vida.

Em linhas mais práticas, a possibilidade de discussão dos casos com a preceptoria, demais colegas do setor, bem como outros profissionais, numa interface multiprofissional, conduz a ampliação do saber, quer seja da nossa área, bem como de outras especialidades, o que leva a uma atuação profissional mais abrangente e completa.

Com o avançar da residência, os residentes adquirem maior autonomia e independência nos atendimentos e na gestão da unidade pela qual estão responsáveis, o que é extremamente positivo, ao moldar a formação profissional, garantindo a capacidade de agir individualmente. Este fator acaba sendo positivo também por evitar a sobrecarga do setor de Fonoaudiologia em momentos de maior demanda, com maior divisão dos pacientes em acompanhamento entre os profissionais envolvidos.

O acesso a insumos e materiais de trabalho se dá com maior facilidade em comparação a muitas instituições privadas, o que agiliza os atendimentos e inclusive permite um espectro de abordagens e técnicas muito maior. É uma vantagem para o terapeuta, assim como para os pacientes.



Outro aspecto relevante compreende as discussões de casos e eventos científicos nas dependências do hospital, com certa periodicidade. Assim, a capacidade de estudar e adquirir mais conhecimentos se mantém sempre viva, o que aperfeiçoa o nosso fazer profissional.

- Desafios

Quanto aos desafios, existem aqueles intrínsecos à residência e outros relacionados ao hospital.

No que concerne à residência, tem-se uma carga horária extenuante, com pouco tempo disponível para estudos, repouso e até mesmo lazer. Pensar nessas questões é de suma importância, tendo em vista que os residentes necessitam de bem-estar físico e psíquico para ser capaz de oferecer o seu melhor aos pacientes. Todo cuidador, em qualquer ambiente ou nível, também necessita de cuidados, de saúde física e mental, de paz interior, para prestar os seus serviços da melhor maneira, e evitar que venha a ser mais um paciente no futuro, desfalcando a equipe multiprofissional e onerando a saúde pública em virtude de algo que poderia e deveria ser evitado pelos gestores dos programas de residência, independente da área ou formação²².

Adentrando no capitalismo, os residentes também são vistos como mão-de-obra barata, sobretudo diante do conceito de mais-valia, em que o profissional trabalha horas a mais em relação ao salário recebido; sendo mais direto, por exemplo, trabalha-se 8 horas por dia, mas é remunerado apenas pelas 6 primeiras horas. Esse é um dos males oriundos deste sistema de produção mais opressor e perverso existente, em que o lucro impera; afinal, mais pacientes atendidos significam mais dinheiro em caixa²³.

Apesar da maior facilidade no acesso a materiais nos setores, como equipamentos de proteção individual (EPI), abaixadores de língua, gaze, sonda de aspiração, entre outros, com certa frequência nos deparamos com a falta dos mesmos, o que nos impede de realizar determinados procedimentos, de atender determinados pacientes, levando a equipe a priorizar certos casos em detrimento de outros nessas circunstâncias, com o intuito de garantir a proteção do



profissional e, por conseguinte, dos pacientes, evitando contaminações cruzadas. Ainda com relação aos EPI's, as capas de proteção costumam ter uma qualidade aquém do necessário para garantir proteção adequada; rasgam com facilidade e não tem a impermeabilidade esperada quando molhada. Também é difícil encontrar luvas descartáveis para alérgicos ao látex, o que compromete a própria saúde de alguns profissionais²³.

Outro problema frequente consiste no tempo de espera maior para realizar exames e procedimentos, por motivos diversos: sala de cirurgia indisponível, falta de médico/anestesiologista, falta de material básico para o procedimento, elevadores e equipamentos para realização de exames com defeito, problemas relacionados à regulação, entre outros. Tudo isso eleva o tempo de internação dos pacientes, ocupando leitos e gerando mais custos por um período maior, e expondo-os a maiores riscos de infecção hospitalar (relação direta com o tempo de internação)²⁴.

Culturalmente em nosso país, entre servidores (de formações diversas) e usuários, há um certo preconceito com relação ao funcionalismo público, interpretando-o como fazer qualquer coisa e de qualquer maneira. Na esfera da saúde, por vezes, o paciente recebe um atendimento superficial, sem o devido acolhimento e cuidado, como que para cumprir tabela. Todos os pacientes merecem ser atendidos da forma mais adequada, contemplando ao máximo as suas necessidades, sobretudo na rede pública, em que se encontram pessoas com menos recursos, carentes de inúmeros aspectos, inclusive de amor, dignidade e respeito.

CONCLUSÃO

A residência em saúde consiste numa experiência única, que permite o olhar de dentro das instituições, vivenciando as alegrias e as dificuldades diárias, da reabilitação à perda de pacientes.

A permanência do residente por 1 mês em cada unidade do hospital apresenta prós e contras. O rodízio mais acelerado permite conhecer um maior número de profissionais, permitindo maior troca de informações e networking. Também permite a assimilação de informações sobre diferentes perfis de pacientes, bem como suas peculiaridades e necessidades, num espaço de tempo menor. Como



desvantagens, um período de rodízio curto pode interferir na vinculação com os pacientes e profissionais da unidade, a qual pode não ser tão sólida, assim como rapidamente desfeita. Como a aliança terapêutica (AT) exige, entre outros fatores, o desenvolvimento do vínculo (confiança e apego) entre a dupla²⁵, esta necessita de um tempo maior para se instalar.

O período da residência foi perpassado pela pandemia do coronavírus, uma situação extremamente adversa e inesperada. Como consequência, houve o aumento no número de atendimentos e internações, cuidados extras com a segurança dos residentes e demais funcionários, sobretudo para minimizar o risco de contaminações cruzadas, sobrecarga de trabalho e, também, o aumento na ocorrência de óbitos. Além disso, muitos funcionários adoeceram, sendo afastados dos seus postos, aumentando ainda mais a demanda de trabalho, sem contar com o falecimento de colaboradores em virtude da Covid-19. O medo dos profissionais de se infectarem e as dores que estes traziam para o hospital em razão das suas perdas pessoais integraram assuntos frequentes na rotina hospitalar²².

Como explanado ao longo do texto, a atuação profissional com qualidade depende de inúmeros profissionais. Todavia, a atuação dos gestores e governantes é decisiva, tanto no fortalecimento do SUS, quanto ao proporcionar os meios e condições necessários para a realização das ações e serviços de saúde com fluidez, agilidade e qualidade.

Esse funcionamento preciso e eficaz das unidades de saúde e, em especial, dos hospitais, será decisivo para a recuperação de pessoas adoecidas, refletindo-se em uma população com maior expectativa de vida, mais produtiva e, até mesmo, mais feliz, permitindo a melhora dos indicadores sociais e maior progresso da nossa sociedade.

Este trabalho espera contribuir, como uma fonte a mais, para a reflexão e tomadas de decisão por parte dos gestores em saúde sobre a realidade nos hospitais públicos, através de ações e políticas públicas que proporcionem melhorias nas condições de trabalho e, subsequentemente, na prestação dos serviços hospitalares. E, finalmente, que este trabalho também possa contribuir aos pesquisadores da área quanto à realização de estudos futuros, inclusive de caráter transversal, relacionados, por exemplo, às condições dos hospitais públicos, à qualidade dos serviços



prestados, às demandas dos pacientes e seus familiares e às condições de trabalho e qualidade de vida dos colaboradores.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Resolução CFFa Nº 604, de 10 de março de 2021. Acesso em: 02/06/2021. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_604_21.htm.
2. Brasil. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. Acesso em: 11/07/2020. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.
3. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Processo Seletivo Unificado para Residência em Área Profissional da Saúde – 2019. Acesso em: 11/07/2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/educacao/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude/>.
4. Conselho Regional de Fonoaudiologia de São Paulo (CRFa 2). Fonoaudiologia. Acesso em: 11/07/2020. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/fonoaudiologia>.
5. Ribeiro TS. Atuação fonoaudiológica: visão dos profissionais da saúde servidores das unidades de terapia intensiva de um hospital universitário. Universidade Federal de Goiás. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. 2019; 41p.
6. Inaoka C, Albuquerque C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós ave. **Rev. CEFAC**. 2014 Jan-Fev; 16(1):187-96.
7. Medeiros GC, Sassi FC, Lirani-Silva C, Andrade CRF. Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. **CoDAS**. 2019; 31(6).
8. Favero SR, Scheeren B, Barbosa L, Hoher JA, Cardoso MCAF. Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. **Distúrb Comum**. 2017 Dec; 29(4): 654-62.
9. Anderle P, Rockenbach SP, Goulart BNG. Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. **CoDAS**. 2019; 31(2).
10. Oliveira ACM, Friche AAL, Salomão MS, Bougo GC, Vicente LCC. Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2018; 84(6): 722-8.



11. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. **Audiol Commun Res.** 2020; 25: e2262.
12. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Posicionamento sobre COVID-19 – Atualização, 15/03/2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/>.
13. Santos BP, Andrade MJC, Silva RO, Menezes EC. Disfagia no idoso em instituições de longa permanência - revisão sistemática da literatura. **Rev. CEFAC.** 2018 Jan-Fev; 20(1): 123-30.
14. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Histórico da pandemia de COVID-19. Acesso em: 01/06/2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos.>
15. Marques RC, Silveira AJT, Pimenta DN. A pandemia de Covid-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. Coleção História do Tempo Presente: volume III. In: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19_intersecoes-e-desafios-para-a-historia-da-saude-e-do-tempo-presente.pdf
16. G1. Primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ocorreu em SP e completa seis meses nesta quarta. Acesso em: 01/06/2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/26/primeiro-caso-confirmado-de-covid-19-no-brasil-ocorreu-em-sp-e-completa-seis-meses-nesta-quarta.ghtml>
17. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Bahia confirma primeiro caso importado do Novo Coronavírus (Covid-19). Acesso em: 01/06/2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/06/bahia-confirma-primeiro-caso-importado-do-novo-coronavirus-covid-19/>
18. Soares KHD, Oliveira LS, Silva RKF, Silva DCA, Farias ACN, Monteiro EMLM, Compagnon MC. Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa. **REAS.** 2021; 13(2).
19. Porto ACL, Oliveira LB, Cabral JA, Amaro IMC, Queiroz MAS, Barbosa PME. Atuação fonoaudiológica em pacientes covid-19: revisão integrativa. **Cadernos ESP. Ceará - Edição Especial.** 2020; 14(1): 38-44 .
20. Cerqueira SBG, Teixeira JP, Carneiro TC, Ferreira GP, Silva JHS, Graça LO, Silva WG, Araújo BCL. Manejo fonoaudiológico do paciente traqueostomizado no contexto da Covid-19: uma revisão do conhecimento atual. **Distúrb Comum.** 2021; 33(1): 178-85.



21. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. bioét. (Impr.)**. 2016; 24(1): 64-72.
22. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020; 25(9): 3465-74.
23. Cipolla FP. O Mecanismo da Mais Valia Relativa. **Estud. Econ**. 2014; 44(2): 383-408.
24. Marciano MA, Vaccaro G, Scavarda A. Qualidade de sistema de saúde pública: uma compreensão sistêmica no sul do Brasil. **Gest. Prod**. 2019; 26(1): e1626.
25. Becker NHO, Benetti SPC. Fatores associados à formação da aliança terapêutica na psicoterapia obrigatória. **Estudos de Psicologia**. 2014; 19(4): 296-304.