



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO A UMA EQUIPE DE CUIDADOS  
PALIATIVOS: RELATO DE CASO.**

Discente: Raphaela Saturnino Cerqueira  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danielle Ramos Domenis

LAGARTO – SE  
DEZEMBRO/2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS ANTONIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO A UMA EQUIPE DE CUIDADOS  
PALIATIVOS: RELATO DE CASO.**

Discente: Raphaela Saturnino Cerqueira  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danielle Ramos Domenis

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danielle Ramos Domenis

LAGARTO - SE  
DEZEMBRO/2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS ANTONIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO A UMA EQUIPE DE CUIDADOS  
PALIATIVOS: RELATO DE CASO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Danielle Ramos Domenis

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Danielle Ramos Domenis – UFS - Orientadora**

---

**Profa. Dra. Roxane de Alencar Irineu – UFS – Banca Examinadora**

---

**Olga Elisabete de Oliveira Brito – Banca Examinadora**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha família e amigos que me apoiaram em tantos momentos durante esses anos de formação acadêmica. À minha orientadora por acreditar no meu potencial e por compartilhar tantos conhecimentos desse amor chamado “fono hospitalar”. E a todos profissionais de saúde que contribuem para a melhor qualidade de vida dos seus pacientes.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por me dar forças em momentos que pensei em desistir.

Aos meus pais, por serem minha fortaleza, por acreditarem em mim e por estarem ao meu lado em todas as minhas conquistas, por serem meu exemplo de força, determinação e de tantas outras virtudes. Sem vocês eu não teria conseguido! Ao meu irmão, por ser minha fonte diária de alegria e meu melhor amigo.

Aos meus amigos, por serem minha família durante todos esses anos que fiquei longe de casa. Com vocês eu dividi vários momentos da minha vida, choramos, rimos, criamos expectativas, caminhamos juntos.

Aos meus professores, em especial à Profa. Dra. Danielle Ramos Domenis por abraçar essa pesquisa comigo, por ter paciência durante todo esse processo, por dividir comigo conhecimentos sobre esse mundo que é a disfagia. Você foi essencial para a minha graduação, te agradeço imensamente por isso.

E agradeço a mim por não desistir.

**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2. MÉTODO</b>	<b>11</b>
<b>3. RELATO DO CASO</b>	<b>11</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>18</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>19</b>

## RESUMO

**Objetivo:** descrever e discutir a atuação fonoaudiológica junto a equipe de cuidados paliativos em um paciente internado no Hospital Universitário de Lagarto/SE através de um relato de caso. **Método:** estudo do tipo relato de caso descritivo, de caráter narrativo e reflexivo com coleta de dados através de consulta a prontuário de paciente acompanhado pela equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário de Lagarto desde sua internação até o desfecho do caso. **Resultados:** paciente do sexo masculino, 55 anos, 128 dias de internação, foi acompanhado pela equipe de cuidados paliativos, sendo esta composta por multiprofissionais da saúde incluindo o fonoaudiólogo, o qual realizou avaliação funcional e estrutural. O paciente foi diagnosticado com Disfagia Orofaríngea Neurogênica de grau Grave tendo como conduta alimentação exclusiva por sonda nasoenteral e acompanhamento fonoaudiológico para estímulo e melhor desempenho no gerenciamento de saliva e secreções. **Conclusão:** A atuação da equipe de cuidados paliativos junto ao paciente foi de extrema importância para condução do caso e processo de alta hospitalar. Quanto a atuação fonoaudiológica, a conduta de manutenção de alimentação exclusiva por via alternativa no processo de alta hospitalar foi aceita sem resistência pela família, já que o paciente se encontrava com importante alteração cognitiva não demonstrando desejo em se alimentar. A equipe de cuidados paliativos se faz cada vez mais necessária na instituição hospitalar, tendo o fonoaudiólogo um papel importante principalmente no que diz respeito a condutas relacionadas a segurança durante a alimentação tentando sempre que possível respeitar o desejo do paciente e familiares, priorizando acima de tudo qualidade de vida.

## 1- INTRODUÇÃO

A morte, apesar de ser algo natural de todo ser vivo, sempre foi vista como um tema desconfortável para muitas pessoas, tendo em conta as incertezas e tabus que a envolvem. Todavia, a percepção sobre “o morrer” vem se modificando com o decorrer do tempo. Com o avanço das tecnologias em saúde que possibilitam o aumento do prolongamento da vida, a morte tem deixado de ser um episódio para se tornar um processo, processo este que pode demorar anos, dependendo das condições do indivíduo <sup>1,2,3</sup>.

O cuidado paliativo resgata a perspectiva da morte como um processo natural e esperado na presença de enfermidades ameaçadoras da vida, dessa maneira coloca-se ênfase na vida que ainda pode ser vivida <sup>4,5</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidados Paliativos são um conjunto de abordagens que têm o intuito de manter qualidade de vida de pacientes e seus familiares que estão diante de doenças que ameaçam a vida, através de prevenção e alívio do sofrimento <sup>5</sup>.

A origem do cuidado paliativo se confunde historicamente com o termo “hospice”, isto é, abrigos que tinham o objetivo de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por organizações religiosas protestantes e católicas as quais, com o passar dos anos, passaram a ser vistas como hospitais <sup>4,5</sup>.

O Movimento *Hospice* Contemporâneo foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders em 1967, com a fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido. Essa instituição prestava assistência ao paciente desde o alívio da dor e sofrimento físico e mental até controle dos sintomas. Na década de 1970, um encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, fez com esse Movimento se propagasse nesse país. A partir de então surge uma nova filosofia no cuidar dos pacientes terminais<sup>4,5,6</sup>.

No Brasil, o início do cuidado paliativo é recente, tendo começado por volta da década de 1980. O primeiro serviço surgiu no Rio Grande do Sul, mas foi em 1998 que Instituto nacional do Câncer (INCA) criou um hospital exclusivamente dedicado para aos cuidados paliativos. Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados paliativos (ABCP), composta por um conjunto de profissionais interessados no tema, cujo objetivo era realizar a divulgação da filosofia dos cuidados no país. Em 2005, surgiu a Academia

Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), essa fundação é considerada um marco na história brasileira dos cuidados. A academia foi criada com o objetivo de contribuir para a pesquisa, melhora e ensino dos cuidados paliativos no Brasil <sup>4, 5, 6</sup>.

A prática de cuidados paliativos ainda não é reconhecida como especialidade no Brasil em várias áreas da saúde, o que interfere na formação apropriada de profissionais. Visto isso, muitas equipes trabalham sem uma educação formal, baseando-se em cursos de curta duração e estudos autodidáticos <sup>4</sup>. Nas unidades hospitalares, a vivência dos cuidados permite uma integração do paliar em todas as especialidades do local, facilitando o ensino sobre tal tema, além de realizarem reuniões para discussões de cada caso com ênfase no bem-estar do paciente e sua família <sup>5, 7, 8</sup>.

A manutenção da qualidade de vida do paciente e o atendimento as dimensões de sua família é o principal foco dos cuidados paliativos. Para o desenvolvimento de uma assistência paliativa que atenda às necessidades do indivíduo e entes, faz-se necessário uma abordagem multiprofissional, que deve ser composta por assistente social, médico, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentista, assistente espiritual, dentre outros que se fizerem necessário no caso <sup>4, 9</sup>.

Historicamente, os cuidados paliativos eram vistos como conduta apenas para aqueles pacientes com câncer terminal, sem possibilidade de cura. Com o passar dos anos, com aumento dos estudos em tecnologia em saúde e mudanças de conceitos, os cuidados paliativos saíram da esfera câncer e tornaram-se aplicáveis em outras patologias e em outras áreas de conhecimento. Muitas dessas enfermidades apresentam, durante a sua evolução, alterações de comunicação e deglutição, as quais comprometem a qualidade de vida do paciente e seus familiares <sup>4</sup>.

A comunicação é a troca de informações entre um transmissor e um receptor e ela pode acontecer através da linguagem oral, escrita ou gestual. No entanto, em algumas patologias essa função se torna ineficaz devido ao rebaixamento da consciência, efeitos colaterais de alguns medicamentos, consequência de um procedimento médico, fadiga, comprometimento neurológico, entre tantos outros motivos. Essas alterações comprometem a comunicação do paciente como um todo, limitando assim as suas relações sociais e pessoais <sup>10</sup>.

Diante dessas circunstâncias, o fonoaudiólogo é o profissional dentro da equipe multiprofissional de cuidados paliativos capacitado na realização de estratégias que otimizem a comunicação e, dessa forma, contribuindo na melhora da qualidade de vida do paciente e sua família.

Outro ponto muito importante de atuação fonoaudiológica é em relação aos distúrbios da deglutição, denominado disfagia. A alimentação é uma das funções mais prazerosas da vida, e algumas enfermidades ou consequências causadas por elas, comprometem a execução dessa habilidade. Medicamentos com efeito xerostômico, redução da elevação laríngea, redução da força, tônus e/ou mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, dentes, palato muscular, palato ósseo, protuberância alveolar), realização de procedimentos que ocasionem mudanças nos tecidos e músculos, redução do nível de consciência, envelhecimento, entre outros motivos, contribuem para a dificuldade de deglutir <sup>10</sup>.

Cabe ao fonoaudiólogo realizar avaliação, com o objetivo de criar condutas que promovam ao máximo uma alimentação segura. É esse profissional que sugere a modificação da consistência dos alimentos, podendo, por exemplo, espessar os líquidos, além de sugerir ajustes de postura corporal para uma deglutição segura <sup>5,10</sup>.

Em alguns pacientes a ingestão de comida e fluidos diminui ou é interrompida. Assim, quando isso acontece, é o dever da equipe expor as alternativas de alimentação, explicando as vantagens e também as desvantagens de cada método, tentando, assim, minimizar a angústia e o sofrimento do doente e da família <sup>5</sup>.

Embora a fonoaudiologia tenha um importante papel no tratamento de pacientes em cuidados paliativos, há poucos artigos que descrevem essa atuação. Deste modo, tendo como base a escassez de estudos sobre o tema e a convicção da necessidade dessa discussão, o objetivo desse artigo é descrever e discutir a atuação fonoaudiológica junto à equipe de cuidados paliativos em um paciente internado no Hospital Universitário de Lagarto através de um relato de caso.

## **2- MÉTODO**

Estudo do tipo relato de caso, descritivo retrospectivo com análise qualitativa dos dados, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 256.48419.4.0000.5546). Trata-se da descrição de um caso acompanhado pela equipe multiprofissional de cuidados paliativos do Hospital Universitário de Lagarto, com enfoque na atuação fonoaudiológica. As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão de prontuário e literatura.

## **3- RELATO DO CASO**

Paciente J.O.C, masculino, 55anos, divorciado, pai de três filhos (dois vivos e um falecido), etilista e tabagista de longa data, e usuário de drogas ilícitas após o falecimento da sua filha. Foi admitido no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) em abril de 2019, regulado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A irmã e principal responsável do paciente relatou que antes da sua admissão no HUL, J.O.C estava há sete dias sem fazer uso bebidas alcoólicas, apresentando tremores por conta da abstinência. Três dias antes de dar entrada no hospital sofreu uma queda da própria altura e a partir daí começou a se queixar de fraqueza generalizada, imobilidade e picos febris. Após essas ocorrências o SAMU foi acionado e segundo a equipe o paciente apresentou um episódio de crise convulsiva. Realizou tomografia computadorizada de crânio (TC) sendo constatado atrofia cerebral difusa sem apresentar sinais de sangramento ou de lesões expansivas.

Durante a internação hospitalar (trigésimo dia de internação), com piora do quadro clínico do paciente realizou-se de uma nova TC de crânio e constatou-se uma hipodensidade parieto-occipital recente sendo diagnosticado um Acidente Vascular Encefálico (AVE). Paciente entubado por dez dias com posterior realização de traqueostomia, evoluiu com evento adverso de uma parada cardiorrespiratória (PCR) por obstrução de via aérea causada por rolha de secreção.

No quadragésimo dia de internação (D40) paciente encontrava-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em ventilação mecânica invasiva (VMI), alimentação

exclusivamente por sonda nasoenteral (SNE), em tratamento de infecção de foco pulmonar, com grandes sequelas motoras, baixa reserva funcional e orgânica, déficit cognitivo grave e lesões por úlcera de pressão.

A avaliação fonoaudiológica foi solicitada com o objetivo de avaliar deglutição de saliva e gerenciamento de secreções. Observou-se importante acúmulo de saliva em cavidade oral; alteração das estruturas do sistema estomatognático, com mobilidade e força reduzida; tosse assistemática. Na realização do *Blue Dye Test* (protocolo em que saliva é corada com corante orgânico azul) houve saída do mesmo pela traqueostomia, evidenciando presença de saliva em via aérea. Paciente diagnosticado com Disfagia Orofaríngea Neurogênica de grau Grave tendo como conduta alimentação exclusiva por SNE e acompanhamento fonoaudiológico para estímulo e melhor desempenho no gerenciamento de saliva e secreções.

Em discussão com equipe da UTI, pelas alterações graves apresentadas pelo paciente, internação prolongada (mais de 40 dias) e prognóstico reservado principalmente em consequência das lesões neurológicas prévias e adquiridas durante internação (AVC e PCR) foi solicitada avaliação da equipe de cuidados paliativos (ECP).

A médica paliativista juntamente com a equipe (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social) avaliou o paciente a beira leito, na própria UTI, sendo o mesmo elegível a ser seguido pela ECP. A partir da reunião da equipe foram traçados objetivos específicos de cada especialidade, dentro das possibilidades terapêuticas junto ao paciente e seus familiares, sendo o objetivo principal seu bem-estar, com diminuição de realização de procedimentos que pudessem trazer dor ou desconforto.

Discutido o caso entre a equipe o próximo passo foi a realização da Conferência Familiar, com o máximo de cuidadores e familiares que pudessem estar presentes. No caso do paciente a conferência foi feita com a irmã, que era a principal cuidadora e toda a ECP. Os principais aspectos abordados foram: propostas terapêuticas, dinâmica de cuidados, esclarecimento de dúvidas. A principal proposta feita foi quanto a contraindicação de medidas invasivas, no caso de uma nova PCR, intubação orotraqueal, ressuscitação cardiopulmonar, uso de drogas vasoativas ou qualquer outra ação que pudesse prolongar o sofrimento sem representar melhora na qualidade de vida.

Além disso, contraindicação de permanência na UTI, tendo como sugestão enfermagem, podendo assim o acompanhante estar presente por um tempo maior do dia e posterior internação domiciliar. Ressalta-se que a contraindicação de medidas invasivas não significaria em momento algum abandono do paciente por parte da equipe multidisciplinar, que continuaria com suas terapêuticas e propostas individualizadas ou interdisciplinares, como por exemplo, a fonoaudióloga.

A irmã consciente com o quadro do paciente concordou com a proposta terapêutica da ECP afirmando já estar se organizando para a internação domiciliar com adaptação da casa. Diante das resoluções da conferência familiar, as condutas da ECP foram repassadas para a equipe da enfermagem, para que pudessem ser seguidas.

Como dito anteriormente, o paciente continuou com o seguimento fonoaudiológico à beira do leito. O mesmo, já em respiração espontânea pela traqueostomia, sendo essa plástica do tipo Shiley, continuou com terapia indireta objetivando gerenciamento de saliva e secreção, ajuste postural e redução de rigidez cervical e facial, o que diminuía as dores e espasmos. Apresentava deglutição espontânea de saliva de forma assistemática e ausência de tosse. Foi indicado troca da SNE por gastrostomia, porém a mesma não foi realizada, pois no hospital só havia possibilidade da colocação via cirúrgica, sendo o procedimento contraindicado.

Paciente sem intenção comunicativa, possível coma vigil, porém familiar orientado a manter turno comunicativo sempre que possível, visto a possibilidade de manutenção de compreensão, com impossibilidade de expressão pela grande sequela motora global. Quanto a alimentação, não houve dificuldades em se manter a conduta de deixar exclusivamente por via alternativa, visto que paciente não se expressava ou demonstrava de outras formas tal desejo.

Após mais de 120 dias de internação, finalizado antibioticoterapia, iniciado processo de alta hospitalar. A assistente social fez contato com serviço do município para encaminhamento para serviço de atendimento domiciliar (Melhor em Casa) e acompanhamento com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF). Além disso, foi feito relatório para obtenção da dieta industrializada e equipamento de aspiração traqueal. A equipe interdisciplinar realizou orientações e treinamento da cuidadora para higienização da traqueostomia, limpeza da SNE, passagem da dieta, mudança de decúbito, banho no leito, dentre outras atividades do dia a dia. Foi realizado

encaminhamento para seguimento domiciliar de fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. A equipe de psicologia deu suporte a cuidadora para enfrentamento dessa nova condição, já que antes da internação paciente morava sozinho e agora passaria a ficar sob os cuidados dela. Após 128 dias o paciente e a cuidadora tiveram alta hospitalar.

#### **4- DISCUSSÃO**

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) é uma sociedade formada por multiprofissionais cuja finalidade é propiciar o desenvolvimento dos cuidados paliativos no Brasil <sup>4, 11</sup>. Em 2018 a ANCP realizou um levantamento de dados que mostram o número de serviços prestados em todo território brasileiro até agosto de 2018, foram encontrados 177 serviços em todo país <sup>11</sup>. Esse mapeamento evidenciou que o cuidado paliativo ainda é muito recente no Brasil, além disso, foi constatada a presença de uma grande diferença de disponibilidade, pois a maioria dos serviços prestados, cerca de 50%, estão localizados na região sudeste, enquanto menos de 10% do total das equipes estão nas regiões norte-nordeste <sup>4, 6, 11</sup>.

Em 2014, foi publicado *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* pela OMS, na qual são expostas a classificação sobre o desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo o território mundial. A classificação acontece de acordo com a disponibilidade do serviço no país, fontes financeiras, profissionais capacitados, acesso a morfina e outros medicamentos para alívio da dor, impacto sobre a política de saúde pública, entre outras qualificações. O Brasil se encontra no nível 3 A, isto é, os serviços de cuidados paliativos são oferecidos de forma isolada e não é bem apoiado, a maior parte das fontes financeiras ocorrem a partir de doações, o número de serviços prestados é inversamente proporcional ao tamanho da população, além de outros fatores <sup>12</sup>.

A partir desses dados é possível perceber que o Brasil está bastante atrasado no que diz respeito ao cuidado paliativo <sup>11, 12</sup>. A oferta de cuidados paliativos no Brasil está centrada nos hospitais, o que torna mais agravante ainda, pois no país há cerca de 2500 hospitais com mais de 50 leitos e menos de 10% deles apresentam uma equipe de cuidados paliativos. Diferente dos Estados Unidos, país no qual os serviços de cuidados paliativos

já estão em um nível avançado, onde 75% dos hospitais com mais de 50 leitos apresentam equipes <sup>11,12</sup>.

Embora a maior parte de serviços de cuidados paliativos no Brasil estejam localizadas em hospitais, esse contexto ainda deve ser aprimorado. Para o desenvolvimento de uma assistência paliativa no ambiente hospitalar que atenda às necessidades do indivíduo e seus familiares, faz-se necessário uma abordagem multiprofissional <sup>5</sup>. Apesar de muitos profissionais terem o conhecimento sobre os cuidados paliativos, há ainda a falta de preparo da equipe hospitalar com relação a esse tema. Além disso, há as dificuldades de lidar com o processo de terminalidade e as condições que o paciente e sua família se encontram, e atendê-los de forma integral e humanizada, sem deixar de mencionar os conflitos que surgem entre as áreas <sup>9, 13, 14, 15, 16</sup>. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos e treinamento das equipes com enfoque nos cuidados paliativos no ambiente hospitalar. Não há muitos artigos que abordem o passo a passo da atuação de uma equipe multiprofissional no contexto hospitalar com relação aos cuidados paliativos.

No Hospital Universitário de Lagarto (HUL), instituição mencionada no presente trabalho, as ações acontecem a partir de uma solicitação vinda da equipe médica das diversas enfermarias. A equipe não é exclusiva para o ambulatório de cuidados paliativos, dedicando um turno semanal para isso. Compõe a equipe: médica geriatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e enfermeiro, além dos residentes multiprofissionais da instituição.

Primeiramente realizam uma avaliação conjunta ampliada e quando necessário os profissionais também realizam avaliações individualizadas da área. No momento seguinte os profissionais se reúnem para a discussão do caso, primeiramente para definir se o paciente se encaixa no (ACP) e se sim, serão analisadas as possibilidades terapêuticas, os limites de cada área e as condutas, com objetivo de garantir o bem-estar do paciente e sua família. Diante disso, os familiares são convocados para a realização da conferência familiar, neste momento são expostas, pelos profissionais que estão presentes, as propostas terapêuticas de modo que a família entenda a dinâmica dos cuidados paliativos, e é onde há o esclarecimento de dúvidas acerca de preocupações da família e do paciente. Após a conferência, as condutas e objetivos são discutidos com os profissionais das enfermarias em que o enfermo está internado para que possam ser colocadas em prática. Todas as informações ficam localizadas no prontuário do paciente.

É comum associarem o atual conceito de cuidados paliativos com tratamento de apenas doenças oncológicas, a pessoas com idades mais avançadas ou que não tenha mais nenhuma possibilidade de cura e está próximo ao óbito. No entanto, muitos artigos têm abordado sobre o paliar em doenças neurológicas, AVE, demências, em indivíduos jovens, além de comprovarem a eficácia do cuidado iniciado desde o momento do diagnóstico de uma doença grave, entre outras circunstâncias, que desmistifica essa ideia<sup>17, 18, 19, 20</sup>.

No relato de caso em questão, o paciente apresentou atrofia cerebral difusa possivelmente por etilismo crônico, lesões neurológicas pelo AVE durante a internação, áreas de isquemia causadas também pela PCR. As sequelas neurológicas afetaram desde funções essenciais como funções relacionadas à suas atividades de vida diária, deixando-o totalmente dependente, tornando-o elegível para os cuidados paliativos. A Neurocritical Care Society em conjunto com a American Heart/American Stroke Association aprovou recentemente a adesão precoce no cuidado paliativo no tratamento do AVE, bem como outras patologias neurológicas<sup>19, 20, 21</sup>.

A literatura sobre a atuação da fonoaudiologia nos cuidados paliativos ainda é bastante escassa, principalmente no âmbito nacional, por isso a importância de trabalhos que a descrevam, mesmo de forma isolada em relatos de caso, como esse. O fonoaudiólogo como membro de uma equipe de cuidados paliativos tem como um dos principais objetivos promover a manutenção do prazer da alimentação por via oral, através de estratégias que busquem maior segurança na realização dessa função, e de propiciar uma interação comunicativa entre o mesmo e seus familiares<sup>7</sup>. É de competência do fonoaudiólogo realizar avaliação com a finalidade de perceber sinais preditores de disfagia, broncoaspiração, queixas que alterem ou dificultem o processo de alimentação e deglutição, como xerostomia, odinofagia (dor ao deglutir)<sup>22</sup>.

A avaliação da deglutição pode ser dividida inicialmente em duas partes: avaliação estrutural e avaliação funcional. Na avaliação estrutural são analisados sensibilidade, mobilidade, força, tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios, presença de reflexo de GAG, pigarro, tosse, elevação laríngea e qualidade vocal, modo respiratório. A avaliação funcional é realizada quando o paciente tiver condições clínicas para a oferta de alimentos por via oral, nível de consciência satisfatório, para essa avaliação serão utilizadas diferentes consistências de alimentos<sup>23, 24</sup>. Após as avaliações deve-se registrar

a conclusão e a conduta a ser tomada quanto a presença de disfagia, a consistência dos alimentos, à via de alimentação e forma de administração dos mesmos <sup>23</sup>.

No presente caso, após a realização das avaliações estrutural e funcional foi concluído que o paciente apresentava disfagia orofaríngea neurogênica grave, a qual pode ser definida como uma alteração na deglutição na fase oral ou faríngea advinda de um comprometimento neurológico <sup>25</sup>. Como o paciente apresenta lesões no SNC, disfagia grave e muitas vezes estava pouco responsivo, foi decidido a conduta de alimentação exclusiva por SNE e acompanhamento fonoaudiológico para estímulo e melhor desempenho no gerenciamento de saliva e secreções.

O fonoaudiólogo pode trabalhar para manter o prazer da alimentação por via oral, adaptando e deixando mais seguro o processo de deglutição por meio de estratégias que promovam satisfação e conforto do paciente. Essas estratégias incluem a realização de exercícios que melhorem os aspectos da deglutição como, por exemplo, estimulação tátil-térmica, estimulação tátil intrabucal, estimulação gustativa, exercícios de força e coordenação das estruturas orofaríngeas. Além disso, é proposto a mudança de consistência dos alimentos, amolecendo os sólidos e/ou espessando líquidos, adaptações de utensílios que ajudam na alimentação, mudança de posicionamento para uma deglutição mais segura <sup>26</sup>.

Em casos como mencionado no presente relato, no qual o paciente apresenta um nível reduzido de resposta, devido ao seu comprometimento cognitivo, se faz necessário a alimentação alternativa, sendo esta já definida, sendo assim, a via de alimentação oral neste caso, não é a mais aconselhada. Desta forma, a atuação fonoaudiológica sai do objetivo de manter o prazer alimentar por via oral para a finalidade de gerenciar a saliva e secreções evitando o acúmulo de saliva na cavidade oral e a broncoaspiração <sup>27</sup>.

O fonoaudiólogo pode utilizar diferentes estratégias para o manejo da saliva, todas elas com a finalidade de promover a deglutição espontânea da mesma. A abordagem pode incluir orientações quanto a higienização oral, mesmo desses pacientes que não se alimentam por via oral, posicionamento corporal e de cabeça. A realização de terapias indiretas é de grande importância, através da utilização de estímulos táteis intraorais, táteis gustativas, táteis térmicas na cavidade oral e na orofaringe; estudos apontam que essas estimulações contribuem para o início da deglutição. Além disso, podem ser realizadas manobras indutoras da deglutição e manipulação laríngea <sup>27</sup>.

O uso de SNE é uma aliada para aqueles pacientes que necessitam de via alternativa de alimentação ou que a via oral não é mais aconselhada. No entanto, estudos comprovam que uso prolongado na mesma pode gerar consequências negativas, como contaminação, administração inadequada da dieta, auto-extubação, esofagite. A gastrostomia, por sua vez, apresenta mais vantagens do que a SNE quando relacionada a maior aporte nutricional, estética, menor índice de contaminação, sendo assim mais indicada como via alternativa de alimentação a longo prazo <sup>28</sup>. No caso do paciente do presente artigo, foi indicado a troca da SNE por gastrostomia, porém a mesma não foi realizada, pois no hospital só havia possibilidade da colocação via cirúrgica, sendo o procedimento contraindicado nos cuidados paliativos, pois além dos riscos iria prolongar a internação do mesmo no hospital.

O paciente teve alta hospitalar o que gera algumas dúvidas, pois o melhor ambiente para os cuidados paliativos seria no hospital onde há vários profissionais de saúde 24h por dia. No entanto, o principal objetivo dos cuidados paliativos é a busca do bem-estar e qualidade de vida do paciente, pensando nisso, alguns autores afirmam que o tratamento em domicílio traz benefícios pelo conforto e pela presença maior da família <sup>5</sup>. <sup>29</sup>. Para o tratamento dos cuidados paliativos no domicílio requer uma coordenação entre os sistemas de saúde. A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 dispõe sobre as condições para atendimento e internação domiciliar, além de incluir atenção multiprofissional nos níveis de reabilitação, terapia e prevenção <sup>19,30</sup>.

## 5- CONCLUSÃO

A atuação da equipe de cuidados paliativos junto ao paciente foi de extrema importância para condução do caso e processo de alta hospitalar. Quanto a atuação fonoaudiológica, a conduta de manutenção de alimentação exclusiva por via alternativa no processo de alta hospitalar foi aceita sem resistência pela família, já que o paciente encontrava-se com importante alteração cognitiva não demonstrando desejo em se alimentar.

A equipe de cuidados paliativos se faz cada vez mais necessária na instituição hospitalar, tendo o fonoaudiólogo um papel importante principalmente no que diz respeito

a condutas relacionadas a segurança durante a alimentação tentando sempre que possível respeitar o desejo do paciente e familiares, priorizando acima de tudo qualidade de vida.

## 6- REFERENCIAS

1 Santana JCB, Campos ACV, Rezende MAE, Barbosa BDG, Dutra BS, Baldessari CEF. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikós* 2009;3(1):77-86.

2 Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, França ISX, Nascimento RM, Freire MEM. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. *Rev Enferm UFSM* 2012 Set/Dez;2(3):630-640.

3 Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev. bras. educ. med.* vol.37 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013.

4 ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

5 Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

6 Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados* 30 (88), 2016.

7 Taquemori LY. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade - Fonoaudiologia. In: *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CREMESP; 2008. p.64-66.

8 Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Centro Universitário São Camilo* - 2007;1(1):34-42.

9 Cardoso DH, Muniz RM, Schwarts E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Enferm.* vol.22 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2013.

10 Barriguinha CIF, Mourão MTC, Martins JC. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. *Audiol Commun Res.* 2017;22: p. 1655.

11 ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. São Paulo Oct/2018.

12 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. January/2014.

13 Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. BRas. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 2014; 17(1):7-16.

14 Malani PN, Widera E. The promise of palliative care: translating clinical trials to clinical care. *JAMA.* 2016;316(20):2090-1.

15 Simoni M, Santos ML. Considerações sobre Cuidado Paliativo e Trabalho Hospitalar: Uma Abordagem Plural sobre o Processo de Trabalho de Enfermagem. *Psicologia USP*, 2003, 14(2), 169-194.

16 Matos E, Pires DEP, Campos GES. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituições de novas de formas de organização do trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2010, vol.63, n.5, pp.775-781. ISSN 0034-7167.

17 Beduschi FM, Alcântara CO, Pereira FM, Pinheiro TCE, Cintra MTG, Bicalho MAC. Cuidados paliativos no atendimento público hospitalar: a importância do atendimento de pacientes jovens. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2018 abr-jun;16(2):80-4.

18 Provinciali L, Tarquini D, De Falco FA, Carlini IG, Zappia M, Toni D. La dimensione delle cure palliative in neurologia. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 316-321.

19 Braun LT, Grady KL, Kutner JS, Adler E, Berlinger N, Boss R, et al; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation.* 2016;134:e198–e225. doi: 10.1161/CIR.0000000000000438

20 Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, Lewis EF, Lutz BJ, McCann RM, et al; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45:1887–1916. doi: 10.1161/STR.0000000000000001.

21 Souter MJ, Blissitt PA, Blosser S, Bonomo J, Greer D, Jichici D, et al. Recommendations for the critical care management of devastating brain injury: prognostication, psychosocial, and ethical management: a position statement for healthcare professionals from the neurocritical care society. *Neurocrit Care*. 2015;23:4–13. doi: 10.1007/s12028-015-0137-6.

22 Carro CZ, Moreti F, Pereira JMM. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. *Distúrb Comun, São Paulo*, 29(1): 178-184, março, 2017

23 Avaliação da disfagia em clientes adultos e idosos – Unidade de Reabilitação: HC-UFTM – Uberaba: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015. 28p. a Brasileira de Serviços Hospitalares.

24 Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS vol.25 no.1 São Paulo* 2013.

25 Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Schelp AO, Henry MACA. Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria. *Rev. CEFAC vol.10 no.2 São Paulo* 2008.

26 Calhaeiros AS, Albuquerque CL. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. *Ver Hosp Universitário Pedro Ernesto*. 2012; 11(2):94-98.

27 Prodomo LPV, Olchik MR. Disfagia no idoso: guia prático. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2018. P. 171-179.

28 Park RHR, Allison MC, Lang J, Spence E, Morris AJ, Danesh BJZ, et al. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford. *BMJ* 1992;304:1409-11.

29 Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(Número Especial 2):13-8.

30 Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.