

Artigos originais

Aspectos fonoaudiológicos de pacientes em cuidados paliativos

*Speech therapy aspects in patients' palliative care*Luísa Bello Gabriel¹<https://orcid.org/0000-0002-8809-5387>Elana de Menezes Rossetto¹<https://orcid.org/0000-0001-5590-8137>Vera Beatris Martins²<https://orcid.org/0000-0001-8325-9082>Monalise Costa Batista Berbert^{1,3}<https://orcid.org/0000-0002-7837-629X>

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



RESUMO

Objetivo: caracterizar aspectos fonoaudiológicos de pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos em complexo hospitalar.

Métodos: estudo transversal, observacional, realizado a partir de dados de prontuários de pacientes internados pelo Programa de Cuidados Paliativos de um hospital, no período entre julho e setembro de 2018. Foram coletadas informações da anamnese e avaliações fonoaudiológicas, as quais foram analisadas por medidas de frequência para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas.

Resultados: a amostra foi composta por 41 prontuários, referentes a 25 homens e 16 mulheres, com média de idade de 61,2 anos e tempo médio de internação de 20,7 dias. A alimentação oral esteve presente em 73% da amostra. Observou-se que 24% dos pacientes apresentavam linguagem expressiva prejudicada, 56% apresentaram tempos máximos de fonação reduzidos e 34% mobilidade de órgãos fonoarticulatórios alterada. Quanto à deglutição, 22% apresentaram dificuldade em alguma consistência. Dieta para nutrição foi verificada em 74% da amostra e o restante fazia uso de dieta para conforto. Sobre a assistência, 46% da amostra estava em gerenciamento, 7% em terapia, demais sem acompanhamento.

Conclusão: foram encontradas alterações pertinentes à motricidade orofacial, voz, linguagem e deglutição em pacientes em cuidados paliativos.

Descritores: Cuidados Paliativos; Reabilitação dos Transtornos da Fala e da Linguagem; Transtornos de Deglutição; Transtornos da Comunicação.

ABSTRACT

Purpose: to describe the speech therapy aspects of patients treated by the palliative care team in a hospital.

Methods: an observational and cross-sectional study, performed from medical records of patients treated under Palliative Care Program, in a hospital, from July to September 2018. Information from the anamnesis and speech-language assessments, which were analyzed by frequency measures, were collected.

Results: the sample was composed by 41 medical records, including 25 males and 16 females, with an average age of 61.2 years and hospitalization average time of 20.7 days. Oral feeding was present in 73% of the sample. It was observed that 24% of the patients had impaired expressive language, 56% had reduced maximum phonation times and 34% showed altered mobility phonoarticulatory organs. For swallowing, 22% showed difficulty in some consistency. A nutritional feeding was verified in 74% of the sample and the remaining was making use of comfort feeding. In relation to assistance, 46% of the sample was under management, 7% in therapy, and the remaining did not have follow-up indication.

Conclusion: relevant alterations to orofacial motricity, voice, language and swallowing were found in patients under palliative care.

Keywords: Palliative Care; Rehabilitation of Speech and Language Disorders; Deglutition Disorders; Communication Disorders

Recebido em: 08/10/2021

Aceito em: 15/11/2021

Endereço para correspondência:

Luísa Bello Gabriel
Avenida Venâncio Aires, 177 Ap. 407^a
Bairro Azenha
CEP 90040-191 - Porto Alegre,
Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: luisabgabriel@gmail.com

INTRODUÇÃO

Cuidado paliativo eficaz demanda um enfoque multidisciplinar amplo, incluindo a família e fazendo uso de recursos da comunidade¹. Essa abordagem deve ser iniciada o mais cedo possível para permitir intervenções mais direcionadas às necessidades do paciente e assim antecipar e/ou minimizar o sofrimento desnecessário². Oferecer abordagem multiprofissional para atender às necessidades dos pacientes e seus familiares é uma forma de observar o doente em sua integralidade, dando atenção e importância a todas as suas dimensões para que idealmente se possa definir a melhor abordagem terapêutica³.

Neste contexto, o fonoaudiólogo atua de forma preventiva, também tratando ou auxiliando no manejo de sintomas relacionados à alimentação e comunicação⁴. Nos casos de disfagia, pode colaborar na tomada de decisão juntamente com os outros membros da equipe quanto ao uso, ou não, de uma via alternativa de alimentação, quando a ingestão por via oral não é segura. Também busca a manutenção da alimentação por via oral (quando possível), utilizando para tanto, adequação de postura, manobras de deglutição, além da adaptação de consistências para favorecer uma via oral de conforto⁵. Cabe também a este profissional buscar alternativas de comunicação mais eficientes, quando esta se faz prejudicada⁴. Diante disso, a Fonoaudiologia tem papel essencial, pois as alterações de deglutição e comunicação geram grande impacto na qualidade de vida do paciente e de seus familiares⁴.

Apesar da necessidade da inclusão do Fonoaudiólogo nas equipes de cuidados paliativos, observa-se escassez de publicações que descrevam os aspectos fonoaudiológicos dos pacientes que estão em cuidados paliativos, bem como as condutas de tratamento. Acredita-se que a descrição do perfil desses pacientes permite melhor compreensão das características destes indivíduos e possibilita que fonoaudiólogos, de outros serviços, comparem e busquem alternativas para sua realidade, aprimorando a qualidade da assistência⁶.

Portanto, o objetivo desse estudo foi caracterizar aspectos fonoaudiológicos de pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos em um complexo hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório transversal, com caráter observacional, com base em coleta de dados em prontuários. O período da coleta compreende os meses de julho à setembro de 2018.

Esta pesquisa obedeceu às exigências éticas da Resolução 466/12, sendo autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brasil, sob parecer nº 2.657.416.

População do estudo

A amostra foi composta por prontuários de pacientes internados e assistidos pelo Programa de Cuidados Paliativos, de um hospital privado, de caráter filantrópico e de referência no sul do Brasil. Todos os pacientes assistidos pelo programa eram avaliados pela fonoaudióloga atuante na equipe.

Os critérios de inclusão foram prontuários de pacientes internados, atendidos pela equipe de cuidados paliativos do hospital, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos os prontuários incompletos quanto aos dados gerais. Em alguns casos, o paciente não apresentava condições clínicas de passar por determinadas avaliações e entendeu-se que tal fato é inerente ao fazer clínico e faz parte da condição do indivíduo a ser avaliado, sendo considerada uma informação relevante. Por este motivo este quesito não foi utilizado como critério de exclusão.

Para coleta de dados foi utilizado um protocolo elaborado pelos próprios pesquisadores destinado para preenchimento de informações pertinentes a serem consultadas em prontuário. O protocolo abrangeu informações relativas à anamnese (idade, sexo, se o informante era o próprio paciente ou seu cuidador, queixa fonoaudiológica principal), quadro geral (diagnóstico médico, tempo de internação, comorbidades, via de alimentação e padrão ventilatório), e avaliação fonoaudiológica, com aspectos relacionados à audição (uso de AASI e queixas de hipoacusia e zumbido), linguagem (alterações de compreensão e expressão), voz (tempo máximo de fonação e relação s/z), motricidade orofacial (mobilidade, sensibilidade e força dos órgãos fonoarticulatórios) e deglutição (elevação laríngea, sinais de aspiração/penetração, tipo de dieta, consistência ingerida e conduta fonoaudiológica). Também foi coletada a informação sobre a funcionalidade de ingestão de via oral, analisada por

meio da Escala FOIS (Functional Oral Intake Scale), que gradua a quantidade de ingestão por via oral em níveis de 1 (nada por via oral) a 7 (via oral total sem restrições)^{7,8}.

Análise de dados

Os dados foram arquivados no programa Microsoft Excel®. Foi realizada análise de medidas de frequência para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas.

RESULTADOS

Foram analisados 41 prontuários de pacientes em cuidados paliativos. As informações colhidas na anamnese se deram principalmente pelos próprios pacientes (39%), seguidos dos pacientes em conjunto com seus familiares (29%) e seus familiares (27%), sendo uma pequena porcentagem respondida por cuidadores formais (5%). Verificou-se que 12 (29%) deambulavam e 17 (41%) referiram conseguir se alimentar sem auxílio de terceiros. O uso de prótese dentária foi achado em 16 indivíduos (39% do total), sendo estes edêntulos totais ou parciais. As características sócio-demográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1.

Quanto aos dados de queixa pertinente a área da fonoaudiologia, durante a anamnese, observou-se presença desta em 24 (59%) dos pacientes ou apontados por seus familiares, relacionadas muitas vezes a dificuldades para se comunicar, inapetência e sintomas de risco para disfagia. As alterações fonoaudiológicas estão descritas na Tabela 2.

Verificou-se que 14 (34%) participantes não estavam em condições de receber a avaliação da deglutição com alimentos. Logo, 27 (65%) deles puderam realizar a avaliação completa e os resultados dos aspectos da caracterização da deglutição e seus sinais de disfagia encontram-se descritas na Tabela 3. Como é possível visualizar, apenas 3 (11%) dos pacientes necessitaram do uso de manobras protetoras de vias aéreas inferiores durante a deglutição. Dentre as manobras utilizadas, destacam-se manobra de cabeça fletida (n=1) e cabeça fletida e de limpeza dos recessos faríngeos associadas (n=2).

Tabela 1. Características dos pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos

Variáveis	Distribuição	
Idade (anos)		
Média	61,2	
Desvio padrão	15,3	
Grupo etário (anos)	n	%
20-40	4	10%
41-60	15	37%
61-80	16	39%
>80	6	15%
Sexo	n	%
Masculino	25	61%
Feminino	16	39%
Tempo de internação (dias)		
Média	20,7	
Desvio padrão	22,8	
Diagnóstico	n	%
Doença oncológica	31	76%
Doença neurológica	2	5%
Outros	8	20%
Comorbidades	n	%
DM	7	17%
HAS	10	24%
Cardiopatia	1	2%
DPOC	3	7%
Hipotireoidismo	5	12%
Hipoacusia	2	5%
Dislipidemia	2	5%
AVE	2	5%
Depressão	2	5%
Asma	2	5%
Outros	13	32%
Nenhuma	8	20%
Padrão ventilatório	n	%
AA	29	71%
VMNI	1	2%
TQT	2	5%
Suporte O2	9	22%
Via de alimentação	n	%
Oral	30	73%
Oral + SNE	3	7%
SNE	5	12%
Gastrostomia	1	2%
Jejunostomia	2	5%

Legenda: DM: Diabete Mellitus; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AVE: Acidente Vascular Encefálico; SNE: Sonda nasoentérica; SNG: Sonda nasogástrica; AA: Ar ambiente; VMNI: Ventilação mecânica não-invasiva; TQT: Traqueostomia.

Tabela 2. Alterações fonoaudiológicas verificadas nos pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos

Variáveis	Distribuição					
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Audiologia						
Dificuldade para ouvir	5	12%	36	88%		
Uso AASI	0	0%	41	100%		
Queixa zumbido	2	5%	39	95%		
Variáveis	Sim		Não		Não foi possível avaliar	
	n	%	n	%	n	%
	Linguagem					
Compreensão prejudicada	11	27%	25	61%	5	12%
Expressão prejudicada	10	24%	26	63%	5	12%
Voz						
TMF reduzido	23	56%	5	12%	13	32%
Relação s/z	6	15%	14	34%	21	51%
Motricidade Orofacial						
Mobilidade OFA alterado	14	34%	14	34%	13	32%
Sensibilidade OFA alterado	7	17%	20	49%	14	34%
Força OFA alterado	24	59%	6	15%	11	27%
Elevação laríngea reduzida	11	27%	21	51%	9	22%

Legenda: AASI: Aparelho de Amplificação Sonora Individual; TMF: Tempo Máximo de Fonação; OFA: Órgãos fonoarticulatórios.

Tabela 3. Caracterização dos aspectos da deglutição dos pacientes atendidos pela equipe de cuidados paliativos

Variáveis	n	%
Sinais de penetração/aspiração		
Dificuldade em alguma consistência*	6	22%
Tosse e/ou engasgo	4	15%
Voz molhada	1	4%
Estase oral de alimento	1	4%
Trânsito oral lentificado	2	7%
Ausculta cervical alterada	1	4%
Uso de manobras protetoras de vias aérea inferiores	3	11%
FOIS		
Nível 1	4	15%
Nível 2	3	11%
Nível 3	2	7%
Nível 4	9	33%
Nível 5	2	7%
Nível 6	0	0%
Nível 7	11	41%
Tipo dieta		
Nutrição	20	74%
Conforto	7	26%
Consistência Via Oral		
Normal	7	26%
Branda	3	11%
Pastosa	6	22%
Pastosa Liquidificada	11	41%

Variáveis	n	%
Líquidos		
Ralo	21	78%
Espessado	6	22%
Conduta Fonoaudiológica		
Gerenciamento fonoaudiológico**	19	46%
Medidas de conforto***	7	37%
Acompanhamento e orientações***	12	63%
Terapia	3	7%
Sem indicação de acompanhamento	10	24%

Legenda: * porcentagem realizada com base em um total de 27 pessoas que tinham condições de realizar a avaliação; ** com base no total de 41 pacientes; *** com base nos 19 pacientes que estavam em gerenciamento fonoaudiológico.

DISCUSSÃO

Principais achados deste estudo

Observou-se no contexto de hospital filantrópico, com maioria de leitos do Sistema Único de Saúde, a presença de cuidadores informais, principalmente familiares. Empoderar a família e seus cuidadores para que sejam agentes ativos na melhora da qualidade de vida da pessoa, que sofre de uma doença que ameaça a vida, e apostar em sua autonomia é uma responsabilidade de toda a equipe que o assiste porque pode diminuir a ansiedade daquele que está recebendo o cuidado^{9,10}.

Com o aumento da população idosa, ocorre maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis e que geralmente demandam cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹, o número estimado de pessoas que precisam de cuidados paliativos no final da vida é de 20,4 milhões, sendo que 94% destes corresponde a adultos, dos quais 69% têm mais de 60 anos com discreto predomínio do sexo masculino. Este dado corrobora os achados desta pesquisa por ter amostra composta por homens idosos, em sua maioria-

As doenças cardiovasculares são a causa de maior demanda do cuidado paliativo, seguido das doenças oncológicas¹¹. Na amostra deste estudo pode-se notar que prevaleceram os diagnósticos oncológicos, este dado pode ser justificado pois a instituição onde se realizou esta pesquisa se constitui em um complexo de hospitais de diversas especialidades, sendo que a maior demanda da equipe de cuidados paliativos durante o período da coleta foi no hospital oncológico. As doenças cardiovasculares, quando presentes, eram consideradas comorbidades.

A caracterização amostral demonstrou que grande parte dos pacientes possuíam alimentação via oral,

e o restante vias artificiais alternativas. É importante ressaltar que quando uma equipe segue os preceitos da filosofia dos cuidados paliativos percebe-se que a alimentação e a nutrição sempre carregam grande carga cultural, social e emocional para os pacientes e seus familiares. Desta forma, é necessário refletir sobre os prós e contras de uma alimentação artificial na vida de um sujeito¹².

O número de pacientes com via oral de alimentação foi semelhante àqueles que tinham um padrão ventilatório em ar ambiente. Estudos apontam que o padrão ventilatório pode ter relação com uma deglutição eficiente¹³⁻¹⁵. Tendo em vista que a dispneia é um dos sintomas mais prevalentes em final de vida^{16,17}, certos pacientes necessitam de algum tipo de suporte de oxigênio para manter seu padrão respiratório e saturação de oxigênio estáveis ou uso de opioides para ajudar de forma indireta no manejo de tal sintoma¹⁷. Este quadro de dificuldades na respiração pode criar maior suscetibilidade para a incoordenação entre a respiração-deglutição que é caracterizado quando o momento da deglutição no ciclo respiratório é inadequado, gerando um quadro disfágico¹⁸.

Quanto às questões auditivas, os dados demonstraram em sua maior parte negação do doente quanto à queixa de perda auditiva ou de zumbido. Uma possível justificativa é a possibilidade de que, em contextos mais graves, esses sintomas podem ser subnotificados pelo paciente ou de seus familiares por não ter atingido as frequências da fala e também por existirem demandas mais urgentes. Porém, enfatiza-se que alterações de comunicação podem estar relacionadas às dificuldades auditivas, podendo causar depressão e isolamento social^{19,20}. Dentro da amostra estudada, mais da metade não mostraram dificuldades na linguagem compreensiva, e aqueles que o apresentaram, a causa da sua dificuldade pode estar

relacionada aos aspectos auditivos que, conforme citado anteriormente, podem não ter sido notificados ou relacionados a um processo natural de envelhecimento e declínio cognitivo relacionado à progressão da doença.

As alterações de expressão oral da linguagem podem estar acompanhadas de comprometimento da mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios observados na fala e em provas de mobilidade específicas. Ressalta-se que a presença de dificuldades motoras, disartrias, dificuldades na evocação do pensamento, delirium e o uso de medicações que podem deprimir o nível sensorial como possíveis causas dessas dificuldades²¹. O fonoaudiólogo pode atuar no manejo das alterações de expressão e compreensão em forma de terapia direta, quando possível, treino de familiares e cuidadores na facilitação da comunicação, usar medidas alternativas como expressão gestual ou não-verbal por meio de recursos de Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA)²².

Com relação aos aspectos vocais notou-se tempo máximo de fonação reduzido, esta medida revela informações sobre o controle neuromuscular e aerodinâmico da produção vocal de um indivíduo²³. Uma possível incoordenação pneumofonoarticulatória e conseqüentemente pior desempenho nas provas de tempos máximos de fonação pode estar associado com a dispneia e com a fadiga, prevalentes em fim de vida^{16,17}.

Embora importante parcela da amostra estudada tenha apresentado alterações em mobilidade, sensibilidade e força de OFA's, diminuição da movimentação laríngea e fazia uso de próteses dentárias devido edentulismo, poucos apresentaram sinais clínicos sugestivos de aspiração laringotraqueal. Este item se justifica pois não é necessário ter condições estruturais plenamente satisfatórias para ser possível desempenhar uma função. Pessoas com alterações estruturais podem ter funções adaptadas e realizarem compensações do processo mastigatório e da deglutição, permitindo uma alimentação via oral segura²⁴ e comunicação efetiva.

Quanto aos aspectos da deglutição, inicialmente discute-se qual seria o papel da alimentação para os pacientes em cuidados paliativos e os aspectos éticos do mesmo. Quando o paciente apresenta prognóstico reservado e está encaminhando-se para terminalidade, há a diminuição da ingesta de alimento ou a sua recusa, causando angústia aos familiares e cuidadores^{12,25}.

Desta forma, os profissionais envolvidos, devem estar preparados para identificar se há um real benefício na alimentação para esse paciente. Em alguns casos, os enfermos escolhem não mais se alimentar, e tal atitude deve ser respeitada pela equipe de saúde e familiares, considerando os princípios da autonomia. Uma alimentação artificial não promove qualidade de vida e bem-estar, e quando associados à caquexia refratária, contribuem para a perda de peso persistente²⁶, sendo causa de desconforto²⁷ e com evidências de que não prolongam o tempo de sobrevivência²⁸.

Alguns dos pacientes que realizaram a avaliação clínica da deglutição obtiveram dificuldades em alguma consistência testada e presença de tosse e/ou engasgo. Sabendo que pessoas que se aproximam do final de vida geralmente apresentam a segurança alimentar comprometida^{17,29}, sendo assim, a equipe de fonoaudiologia pode: auxiliar na aceitação dos riscos que envolvem, determinar quais estratégias ajudarão a potencializar a capacidade de deglutição da pessoa que sente vontade de voltar a desfrutar do prazer alimentar, encontrar a consistência alimentar mais favorável e utilizar de técnicas e manobras posturais de minimização dos riscos de aspiração³⁰.

Sobre a funcionalidade de ingestão de via oral, analisada por meio da Escala FOIS^{7,8}, observa-se que um terço dos pacientes tem a via oral total de uma única consistência (FOIS nível 4), sendo este um aspecto que aponta o risco para disfagia. A consistência mais comum foi a pastosa liquidificada que, na instituição onde foi realizada a pesquisa, é caracterizada por conter alimentos liquidificados mecanicamente até ficar homogêneo, sem resíduos. Quando os alimentos são apresentados nesta consistência, a deglutição é facilitada, não há necessidade mastigatória, não é recrutado maior controle motor oral e diminui-se o risco de resíduos que provocam estase. A mobilidade reduzida de OFA's, demonstrada, compromete o controle motor oral necessitando da adaptação para consistência pastosa liquidificada para a segurança da via oral.

No que se refere aos líquidos, o espessamento pode proporcionar maior segurança no processo de deglutição para aqueles que apresentam alguma dificuldade nesta consistência, visto que aumenta o tempo de trânsito oroesofágico, reduzindo o risco de aspiração^{31,32}.

Sobre a dieta prescrita, aproximadamente três quartos dos indivíduos estavam em dieta via oral

visando a nutrição, ou seja, estava prescrita uma dieta que supria as necessidades calóricas e proteicas calculadas para aquela pessoa. Diferentemente daquelas que a dieta via oral visava apenas conforto e o prazer alimentar. Geralmente, a dieta para conforto é mais indicada no período de final de vida, no qual o paciente pode apresentar anorexia e ter mínima ingestão de via oral¹⁶. Nesta ocasião, o fonoaudiólogo, não irá objetivar mais a adequação ou reabilitação da deglutição, e sim usar estratégias para minimizar os riscos de aspiração e manter o momento da refeição mais prazeroso possível juntamente de sua família³³. Esse tipo de intervenção vai ao encontro do conceito de terapia paliativa, já utilizada em outras profissões da área da saúde, no qual prioriza a provisão de conforto e apoio emocional³⁴.

Entretanto, o cuidado paliativo não é indicado apenas no fim de vida, e nesses casos podem ser realizados procedimentos terapêuticos para a deglutição, inclusive a terapia fonoaudiológica tradicional. A terapia considerada de suporte, que busca maximizar a função após deficiências causadas pela doença de base³⁴, é frequentemente utilizada quando uma pessoa tem uma condição considerada manejável e pode ser realizada simultaneamente as condições Nada Por Via Oral (NPO) e/ou formas de nutrição artificiais com a terapia fonoaudiológica²⁹.

Os indivíduos que receberam conduta de gerenciamento fonoaudiológico foram classificados em dois subgrupos: acompanhamento e orientações, ou medidas de conforto. Acompanhamento e orientações são utilizados quando os benefícios de uma intervenção ou prognóstico e chance de recuperação é incerto. Nesta fase pode-se utilizar estratégias de modificação de consistências alimentares, de minimização de riscos para aspiração laringotraqueal, estimulações passivas, entre outros²⁹. Já as medidas de conforto em fonoaudiologia são consideradas no momento que se aproximava a terminalidade e o foco do atendimento foi a qualidade de vida e alívio do sofrimento do paciente e família. A definição de conforto dependeu das preferências dos pacientes²⁹, independente do momento em que o mesmo se encontrava quando iniciou o acompanhamento da equipe cuidados paliativos. A intervenção fonoaudiológica se faz relevante, pois a incapacidade progressiva de OFA's causada pela doença pode levar à depressão, má qualidade de vida, aumento da necessidade de cuidados e algumas vezes necessidade de institucionalização³⁴. Reabilitações auxiliares, que tentam

maximizar a função após deficiências permanentes causadas pelo tratamento, e paliativas otimizam a função e geram maior conforto aos pacientes³⁴.

A atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos ainda é vista como um desafio para a maioria dos profissionais que desconhecem esta filosofia. Muitos fonoaudiólogos pelo mundo percebem esta área frequentemente como incompreendida e não reconhecida em nível internacional^{34,35}. Pesquisas afirmam que muitos fonoaudiólogos se sentem-se despreparados no caso de para atender pacientes desta população^{36,37}. Apesar do papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos já estar documentado na literatura, em sua maioria por artigos conceituais³⁰, trabalhar com esta população pode ser clínica e eticamente complexo, sendo que os profissionais se beneficiariam de treinamento adequado a fim de gerenciar melhor os pacientes paliativos, incluindo compreender a morte e o processo de morrer de um ponto de vista médico e espiritual, bem como os processos de luto^{37,38}.

Limitações

Embora analisada a totalidade das informações dos prontuários disponíveis no período de coleta, sugere-se envolver um número mais expressivo de participantes para que se considere análises estatísticas mais robustas. Também salienta-se que o encaminhamento tardio ao fonoaudiólogo, bem como atendimento somente em condições de fim de vida podem restringir as possibilidades terapêuticas.

CONCLUSÃO

Os aspectos fonoaudiológicos inerentes ao âmbito do cuidado paliativo, no serviço estudado, incluiu o atendimento a indivíduos com idade média de 61,2 anos, maioria de homens, acometidos por doenças oncológicas. Apresentaram alterações pertinentes à motricidade orofacial, à voz, à linguagem e à deglutição. Há maior expressividade de sujeitos que receberam dieta para nutrição e fizeram uso de consistência pastosa liquidificada, sob gerenciamento fonoaudiológico. Os resultados encontrados na avaliação fonoaudiológica podem sugerir a atenção do profissional tanto na abordagem avaliativa quanto na seleção de estratégias para a terapia.

A descrição de perfil dos pacientes atendidos, a identificação dos principais sintomas e o relato da abordagem de um serviço acrescentam na medida que compartilha vivências com seus pares, promove a

qualidade de vida de pacientes e seus entes, e aponta caminhos para viabilização de estudos com maior poder de evidência.

REFERÊNCIAS

1. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN. Manual de cuidados paliativos. São Paulo (SP): Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde; 2020.
2. Mercadante S, Gregoret C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: Why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol*. 2018;18(1):1-6.
3. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP ampliado e atualizado. 2nd ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p.23-30.
4. Carro CZ, Moreti F, Marques Pereira JM. Proposta de atuação da fonoaudiologia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. *Distúrb. Comun*. 2017;29(1):178.
5. Pinto AC. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: Carvalho RT de, Bartz CD, editores. Manual de cuidados paliativos/ Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 1a Edição. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. p.234-6.
6. Bastos BR, Pereira AK da S, Castro CC de, Carvalho MMC de. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2018;9(2):31-6.
7. Crary MA, Carnaby Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(8):1516-20.
8. Furkim AM, Sacco AB de F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev. CEFAC*. 2008;10(4):503-12.
9. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novellas A, Pereira JL. O suporte à família em cuidados paliativos. *Textos Context (Porto Alegre)*. 2014;13(1):159.
10. Furtado MEMF, Leite DMC. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21(63):969-80.
11. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. 1st ed. Connor SR, Bermedo MCS, editors. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization; 2014.
12. Costa MF, Soares JC. Alimentar e nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. *Rev bras cancerol*. 2016;62(3):215-24.
13. Dozier TS, Brodsky MB, Michel Y, Walters BC, Martin-Harris B. Coordination of swallowing and respiration in normal sequential cup swallows. *Laryngoscope*. 2006;116(8):1489-93.
14. Butler SG, Stuart A, Pressman H, Poage G, Roche WJ. Preliminary investigation of swallowing apnea duration and swallow/respiratory phase relationships in individuals with cerebral vascular accident. *Dysphagia*. 2007;22(3):215-24.
15. Troche MS, Huebner I, Rosenbek JC, Okun MS, Sapienza CM. Respiratory-swallowing coordination and swallowing safety in patients with Parkinson's disease. *Dysphagia*. 2011;26(3):218-24.
16. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: Prevalence and patterns. *Palliat Med*. 2003;17(4):310-4.
17. Hall P, Schroder C, Weaver L. The last 48 hours of life in long-term care: A focused chart audit. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):501-6.
18. Yagi N, Oku Y, Nagami S, Yamagata Y, Kayashita J, Ishikawa A et al. Inappropriate timing of swallow in the respiratory cycle causes breathing-swallowing discoordination. *Front Physiol*. 2017;8(SEP):1-11.
19. Boger ME, Souza MA De, Barreto C. A perda auditiva no idoso e suas interferências na linguagem e na vida psicossocial. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2016;07(1):407-12.
20. Ray J, Popli G, Fell G. Association of cognition and age-related hearing impairment in the english longitudinal study of ageing. *JAMA Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2018;144(10):876-82.
21. Cohen SM, Elackattu A, Noordzij JP, Walsh MJ, Langmore SE. Palliative treatment of dysphonia and dysarthria. *Otolaryngol Clin North Am*. 2009;42(1):107-21.
22. Eckman S, Roe J. Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? *Int J Palliat Nurs*. 2005;11(4):179-81.
23. Cielo CA, Padilha J, Lima DM, Christmann MK. Maximum phonation time of /a/, maximum phonation time predicted and respiratory type in adult. *Rev. CEFAC*. 2015;17(2):358-62.
24. Lima RMF, Amaral AKFJ, Aroucha EBL, Vasconcelos TMJ, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações

- na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev. CEFAC*. 2009;11(5):405-22.
25. Miles A, Watt T, Wong W-Y, McHutchison L, Friary P. Complex feeding decisions: perceptions of staff, patients, and their families in the inpatient hospital setting. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:233372141666552.
 26. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(4):346-54.
 27. Benarroz M de O, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):1875-82.
 28. Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, Kuo S, Rhodes RL, Bynum JPW et al. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(10):1918-21.
 29. Chahda L, Mathisen BA, Carey LB. The role of speech-language pathologists in adult palliative care. *Int J Speech Lang Pathol*. 2017;19(1):58-68.
 30. Kelly K, Cumming S, Corry A, Gilseman K, Tamone C, Vella K et al. The role of speech-language pathologists in palliative care: where are we now? A review of the literature. *Prog Palliat Care*. 2016;24(6):315-23.
 31. Steele CM, Alsanei WA, Ayanikalath S, Barbon CEA, Chen J, Cichero JAY et al. The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia*. 2015;30(1):2-26.
 32. Queiroz CRG, Barros SP de, Borgo HC, Marino VC de C, Dutka J de CR. Viscosity and quality of images of thickened liquid after adding barium contrast for swallow studies. *Rev. CEFAC* 2015;17(3):779-888.
 33. Pollens RD. Integrating speech-language pathology services in palliative end-of-life care. *Top Lang Disord*. 2012;32(2):137-48.
 34. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *J Palliat Med*. 2011;14(5):638-48.
 35. Hawksley R, Ludlow F, Buttner H, Bloch S. Communication disorders in palliative care: Investigating the views, attitudes and beliefs of speech and language therapists. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(11):543-51.
 36. O'Reilly AC, Walshe M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: an international survey. *Palliat Med*. 2015;29(8):756-61.
 37. Pascoe A, Breen LJ, Cocks N. What is needed to prepare speech pathologists to work in adult palliative care? *Int J Lang Commun Disord*. 2018;53(3):542-9.
 38. Roe JWG, Leslie P. Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative care. *Int J Speech Lang Pathol*. 2010;12(4):304-8.