



**CUIDADOS PALIATIVOS NA FONOAUDIOLOGIA: BENEFÍCIOS OU NÃO DA
NUTRIÇÃO ENTERAL**
***PALLIATIVE CARE IN SPEECH THERAPY WITH BENEFITS OR NOT OF ENTERAL
NUTRITION***

Rebeca Monteiro Louza¹, Deise Andrade Brandão Torres²,
Lillian Christina Oliveira e Silva³

1. Fonoaudióloga, graduada pela Faculdade UNIPLAN, 2020. Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar pela Faculdade FATAP, 2022.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Faculdade CESUBRA Objetivo, 2003. Pós-graduação em Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos, 2020. Pós-graduação em motricidade oral em foco em disfagia no âmbito hospitalar, 2005.

3. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: rebeca.louzas@gmail.com

Ao longo dos anos, emergiram várias questões sobre como apoiar a nutrição de pacientes em cuidados paliativos. Os cuidados paliativos tem como objetivo aliar a parte científica com a parte humana de cada pessoa para terminar a vida com dignidade. Deve-se entender que isso pode fazer parte de várias doenças e que todo profissional da saúde pode passar por essa situação ao tratar algum caso de paciente com diagnóstico de doença incurável¹.

A Organização Mundial da Saúde - OMS, descreve-o como, "Uma abordagem de cuidados paliativos que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento².

No decorrer da doença podem ocorrer distúrbios de deglutição (disfagia), náuseas e vômitos, odinofagia, anorexia, hipossalivação ou xerostomia, desidratação, confusão, recusa alimentar e distúrbios de comunicação^{2,3}.



O fonoaudiólogo terá como objetivo promover uma deglutição segura com o menor risco de broncoaspiração e encontrar uma forma de o paciente se comunicar com a equipe e seus familiares, pois dessa forma, viabiliza conforto e possibilidades de o paciente realizar suas escolhas e expressar seus desejos no desfecho de sua vida¹.

Referindo-se ao Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o fonoaudiólogo terá como objetivo proporcionar uma via oral segura nas fases das doenças, o que exige a utilização de alterações na consistência e fracionamento das ofertas e manobras alimentares².

Disfagia é a dificuldade em deglutir o alimento, podendo se manifestar nas fases da deglutição, indo do início da fase involuntária até a fase esofágica. Pode estar associada a outros sintomas como: regurgitação, broncoaspiração, odinofagia, pigarro, soluço, tosse, entre outros⁴.

Broncoaspiração é um dos principais indicadores de disfagia e o mais alarmante. Ocorre a partir da infiltração de partículas de alimentos, vindos da orofaringe ou conteúdo gástrico no trato respiratório inferior, podendo desencadear vários sinais clínicos ou levando a alterações não perceptíveis na avaliação, as chamadas aspiração silenciosa^{5,6}.

Para evitar a broncoaspiração temos alguns cuidados, tais como: deixar o paciente posicionado em um ângulo igual ou superior a 30°, podendo atingir até 90° se houver possibilidade, nível de alerta, observar o reflexo de proteção de vias aéreas, manter-se sentado por 30 a 40 minutos após as refeições, observar se ficou resíduos em cavidade oral, higiene oral, e verificar sondas de via alternativa de alimentação^{5,6}.

Na prática dos fonoaudiólogos que atuam em disfagia, a capacidade de deglutição é perdida e pode levar as consequências como desnutrição, desidratação e broncoaspiração. A disfagia pode influenciar diretamente no estado emocional do paciente e pode levar ao estresse, à depressão e, em alguns casos, ao isolamento social. Para que a deglutição ocorra corretamente, os músculos do aparelho de deglutição exercidos pelo sistema nervoso central devem trabalhar meticulosamente⁷.

As decisões e medidas tomadas durante o acompanhamento fonoaudiológico são realizadas em conjunto com a equipe multiprofissional, visando o bem-estar do paciente e de sua família, não excluindo medidas para evitar a broncoaspiração³.



Após a discussão em equipe, os cuidadores e familiares devem ter confiança nas tomadas de decisões, devendo ser levada em consideração as preferências do paciente⁴. Também pode acontecer em alguns casos que o paciente ou familiar deixe por escrito e anotado a decisão de usar ou não um método alternativo de alimentação, portanto, esses caprichos devem ser respeitados¹.

Deve-se levar em consideração que habitamos em uma cultura em que a alimentação desempenha um papel que é muito mais do que nutrição, a parte emocional, o bem-estar e a autonomia no dia-a-dia^{2,8}.

Pensando no bem-estar do paciente, a equipe procura preservar ao máximo a via oral do paciente, respeitando a consistência correta para evitar broncoaspiração e analisando os quereres do paciente e da família^{3,9}. Ao aperceber-se que quando uma pessoa enferma não come, não está recebendo alimentos nutritivos, alguns familiares e cuidadores podem pensar que indiretamente estão contribuindo para a fome dos seus entes queridos⁴.

Devemos lembrar que recusar comida é uma parte normal do processo de morrer, ainda mais quando o corpo se desliga lentamente⁴ pensando no apetite do paciente, ele pode decidir não comer ou beber líquidos voluntariamente, mencionando algum tipo de desconforto, pois esse anseio pode ser interpretado como encurtamento da vida. A psicologia e o médico entram nesse caso para entender melhor o que o paciente deseja¹.

Quando a aceitação oral diminui e o risco de broncoaspiração aumenta, a equipe se reúne para decidir se o paciente tem indicação ou não para uma via alternativa de alimentação. Tendo que lembrar que os cuidados paliativos as medidas invasivas devem ser evitadas e a indicação de via alternativa deve ser ponderada. A passagem da via alternativa deve ser realizada quando garante o conforto e a qualidade da via, aliviando os sintomas e aliviando o sofrimento do paciente e seus familiares¹⁰.

Estudos indicam que as vias de alimentação alternativas não reduzem o risco de broncoaspiração¹⁰. O suporte nutritivo muda à medida que a doença progride. Durante o curso da doença os objetivos mudam e a alimentação deve ser ofertada, mas agora é preciso pensar na qualidade de vida do paciente, para atenuar o sofrimento².



Devemos lembrar que o paciente pode e deve comunicar seus caprichos. Agora, se o paciente nunca deixou claros seus desejos ou não deixou claro quem vai tomar as decisões, cabe aos responsáveis legais tomar essa decisão, devendo considerar os supostos desejos do paciente e pensar no que seria melhor para ele, tendo em mente que às vezes a morte pode ser do "melhor interesse"².

A decisão de fazer ou não uma via alternativa é sempre uma grande dúvida entre os profissionais da saúde e familiares¹¹. Uma declaração da American Geriatrics Society afirmou que a alimentação oral com cuidado é quase tão boa quanto a alimentação alternativa para resultados de conforto, pneumonia broncoaspirativas e estado funcional¹².

Outro estudo realizado com 168 médicos, mostrou que 71% deles acreditam que a alimentação oral cuidadosa é quase tão boa quanto a alimentação alternativa em termos de conforto e quase metade, 49%, acredita que o estado nutricional raramente melhora com a alimentação por sonda¹³.

Já outro estudo mostrou que a alimentação alternativa não aumentou ou diminuiu a sobrevida e o risco de broncoaspiração. Se a dieta alternativa for escolhida, reavaliações regulares devem ser realizadas para determinar se o tratamento é realmente eficaz⁴.

O uso da via alternativa de alimentação vai depender do estágio da doença e de qual doença estamos falando². Também a passagem de uma via alternativa de alimentação pode se tornar desconfortável e resultar em perda de autonomia para a paciente, onde tem sido difícil quantificar para comparar que a via alternativa é realmente algo que prolongue a vida¹¹.

A alimentação faz parte de toda a vida de uma pessoa desde o nascimento e que a importância da alimentação vai além da nutrição. O fonoaudiólogo estará envolvido em cuidados paliativos para promover alimentação segura até que o paciente apresente alguma contraindicação, seguindo assim para o tratamento gustativo para que o paciente não deixe de saborear as coisas.

Os cuidados paliativos englobam muitas doenças onde podemos ver que a passagem ou não de uma via alternativa será determinada pela doença e em qual estágio ela está, e, apesar de tudo não temos certeza se a via alternativa é algo realmente eficaz



para se recomendar nesse momento. Lembre-se que os cuidados paliativos são, antes de tudo, cuidar.

Referências

1. Moreira MJS, Guimarães MF, Lopes L, Moreti F. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. *CoDAS*. 2020;32(4):1-3.
2. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de cuidados paliativos ANCP. Carvalho. 2º edição. ANPC; 2012.
3. Carro CZ, Moreti F, Pereira JMM. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizado. *Distúrb Comum*. 2017; 29(1): 178-184.
4. Cervo FA, Bryan L, Farber S. To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics*. 2006 ;61(6):30-35.
5. Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. *Rev. CEFAC*. 2018; 20(4):532-540.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
7. Filho OL, Campiotto AR, Levy CCAC, Redondo MC, Anelli W. *Novo tratado de fonoaudiologia*. 3º edição. São Paulo: Manole; 2013.
8. Luchesi KF, Soares AS, Silva EAS, Melo JP, Trilha R. Evolução da disfagia em casos de síndrome MELAS: o olhar dos cuidados paliativos. *Audiol Commun Res*. 2018; 23(1): 1-6.
9. Morais SR, BezerraAN, Carvalho NS, Viana AC. Nutrição, qualidade de vida e cuidados paliativos revisão integrativa. *Rev. Dor*. 2016;17(2):136-140.
10. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiol Commun Res*. 2020; 25(1):1-11. Esquivel S, Sampaio JF, Silva CT. Alimentar a vida ou sustentar a morte? Uma reflexão em equipa partindo de um caso clínico. *Rev Port Med Geral Fam* 2014; 30(1):44-49.
12. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(8):1590-3. doi: 10.1111/jgs.12924
13. Gieniusz M, Sinvani L, Kozikowski A, Pastel V, Nouryan C, Williams MS, et al. Sondas de alimentação percutânea em indivíduos com demência avançada: os médicos estão “escolhendo sabiamente”? *Jornal da Sociedade Americana de Geriatria*. 2018; 66(1):64-69.