



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F. 33572000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350 200

Filiais: Hospital Fêmina, Hospital Cristo Redentor, Hospital Criança Conceição, Unidade de Pronto Atendimento Zona Norte Moacyr Scliar, Unidade de Saúde Santíssima Trindade, Unidade de Saúde Parque dos Maias, Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida, Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, Unidade de Saúde Floresta, Unidade de Saúde Divina Providência, Unidade de Saúde Costa e Silva, Unidade de Saúde COINMA, Unidade de Saúde Barão de Bagé, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - CETPS, Centro de Atenção Psicossocial I - Infantil, Unidade de Saúde SESC, Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto, Unidade de Saúde Conceição, Unidade de Saúde Jardim Itu e Centro de Atenção Psicossocial III - Alcool e Drogas.
Vinculado ao Ministério da Saúde - Decreto 99244/90



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – GHC TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA PROGRAMA ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

PERFIL DE ALIMENTAÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS E
ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO EM UM HOSPITAL DE TRAUMA.

Residente: Isadora Annes Bitencourt
Orientadora: Silva do Amaral Sartori

Porto Alegre, 2019.

Perfil de alimentação de pacientes em cuidados paliativos e acompanhamento fonoaudiológico em um hospital de trauma.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil do paciente em Cuidados Paliativos e em acompanhamento fonoaudiológico de um hospital de trauma. Método: Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal realizado por meio da análise de prontuários de pacientes incluídos em Cuidados Paliativos e internados em um hospital público de referência em trauma localizado em Porto Alegre-RS. Serão incluídos todos os pacientes classificados quanto ao manejo de Cuidados Paliativos, sem restrição de idade, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019, e que receberam avaliação e acompanhamento fonoaudiológico por solicitação da equipe assistente. Resultados esperados: Espera-se que por meio do acompanhamento fonoaudiológico, os pacientes em cuidados paliativos recebam atenção especializada e focada nos aspectos alimentares, proporcionando segurança e conforto para estes pacientes em final de vida.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Cuidados de conforto; Estado terminal; Transtornos de deglutição; Fonoaudiologia

Introdução

Importantes alterações no perfil epidemiológico das doenças crônicas vêm ocorrendo devido ao aumento da população idosa. A expectativa é que o número de pessoas idosas apresentando neoplasias e demência aumente de forma progressiva, com consequente diminuição da qualidade de vida (1) (2).

O conceito de cuidados paliativos definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi revisto e ampliado, de modo a contemplar aspectos relacionados ao perfil epidemiológico, aos recursos disponíveis e à realidade local (3). De acordo com a OMS, “Cuidados Paliativos caracterizam uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce, impecável avaliação, tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”. (OMS, 2007, p.3).

Doenças terminais geralmente comprometem a segurança da deglutição podendo acelerar a progressão da doença secundária a complicações pulmonares, como pneumonia aspirativa. Quando os distúrbios de deglutição se agravam é considerado inseguro permanecer com alimentação exclusiva por via oral (4). A disfagia se caracteriza como sintoma de uma patologia em curso que afeta o processo de deglutição. Trata-se de qualquer alteração no ato fisiológico de transportar o alimento da boca até o estômago (5). Fornecer nutrição e hidratação de forma adequada é essencial, não só para o suporte de um sistema imunológico debilitado, como também para a qualidade de vida do paciente. Entretanto, a restrição da alimentação por via oral carrega muitas implicações, desta forma deve-se avaliar de forma criteriosa a melhor via de alimentação (6).

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado dentro da equipe multidisciplinar para atuar com pacientes em Cuidados Paliativos avaliando a forma mais segura de alimentação, de modo a minimizar riscos sem prejudicar o prazer e o conforto implicados no ato de comer (7). A atuação do fonoaudiólogo pode ser clinicamente complexa e eticamente desafiadora, necessitando treinamento adequado (8).

Método

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de saúde proponente através do parecer de número 3.128.012. Trata-se de um estudo descritivo transversal e retrospectivo realizado a partir da coleta de dados clínicos em prontuários. A população do estudo foi de pacientes em Cuidados Paliativos, os quais receberam avaliação fonoaudiológica a partir de solicitação da equipe assistente. Os sujeitos avaliados estiveram internados no Serviço de Neurocirurgia e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital referência em trauma da cidade de Porto Alegre (RS).

Os critérios de inclusão definidos foram: pacientes internados e com avaliação da equipe de Cuidados Paliativos, entre o período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários estavam incompletos quanto às variáveis adotadas pelo estudo ou que não tiveram sido definidas as condutas em relação aos cuidados paliativos.

Foram coletadas informações referentes ao sexo, idade e diagnóstico da patologia de base. Também foi calculada a média de dias desde a internação até a avaliação pela equipe de cuidados paliativos. A queixa principal dos pacientes e o motivo da solicitação para avaliação foram incluídos. A partir daí, foi calculada a média da *Palliative Performance Scale (PPS)* (9) de cada sujeito incluído. A escala *Funcional Oral Intake Scale (FOIS)* (10) foi utilizada para comparar as dietas. Estas duas escalas referem-se ao nível de funcionalidade de cada sujeito. A escala PPS conta com 11 níveis de classificação, avaliando 5 aspectos, sendo eles: capacidade ou não de deambulação, atividade e extensão da doença, capacidade de realizar cuidados pessoais, ingestão alimentar e nível de consciência. Os níveis vão de 100% a 0%, sendo que 0% refere-se a óbito e 10% o menor nível funcional daquele paciente. Foi aplicada pelo médico especialista em terapia intensiva responsável por realizar a avaliação inicial para inclusão do paciente nos cuidados paliativos.

A FOIS é uma escala ordinal com 7 níveis que avalia a funcionalidade da ingestão oral de alimentos e líquidos. O nível 1 indica “nada por via oral”, ou seja, pacientes com dieta exclusiva por via alternativa. E o 7 e último nível indica via oral plena sem restrições. Foi aplicada pela pesquisadora de acordo com as informações de prescrição no prontuário em relação à dieta inicial, quando o paciente foi incluído na equipe de cuidados paliativos, e à dieta final em relação à prescrição no desfecho do mesmo.

Os dados foram analisados em de tabelas através de estatísticas descritivas e pelo teste estatístico de Associação Exato de Fisher, o software utilizado para esta análise foi o SPSS versão 22.0.

Resultados

A amostra foi composta por 156 sujeitos. Os dados em relação às variáveis sexo e faixa etária estão expostos na Tabela 1.

As doenças de base apresentadas pelos pacientes, cujas proporções encontram-se na Figura 1, foram reunidas de acordo com o diagnóstico encontrado na coleta das informações nos prontuários e agrupadas nas seguintes classificações: oncológica (independentemente da localização e presença ou não de metástase), AVC (hemorrágico ou isquêmico com transformação hemorrágica), traumatismo cranioencefálico (TCE), pós parada cardiorrespiratória (PCR), sepse, queimado, trauma raquimedular (TRM), fraturas (fêmur, face e quadril), infecção de qualquer natureza e politrauma.

Foram calculados os dias entre a data de internação e a data da solicitação de avaliação para a equipe de cuidados paliativos. Observou-se que 84 (53,8%) pacientes aguardaram menos de 15 dias para serem avaliados e incluídos nos cuidados paliativos, 38 (24,4%) entre 15 e 30 dias, 13 (8,3%) de 31 a 45 dias e 21 (13,5%) mais de 45 dias. Sendo assim, a média ficou em 24,4 dias (DP 36,9), o tempo máximo que um paciente levou para ser avaliado foi de 276 dias e o mínimo foi de 0 dias, ou seja, no mesmo dia da internação.

Em relação ao atendimento fonoaudiológico, 64 (41,0%) pacientes receberam avaliação e acompanhamento.

Na Tabela 2, estão expostas as principais queixas dos pacientes, o motivo da solicitação para avaliação pelos cuidados paliativos e qual especialidade fez a solicitação.

Sobre o desfecho de cada paciente, constatou-se que 35 (22,4) pacientes receberam alta hospitalar, 107 (68,6%) foram a óbito ainda internados, 13 (8,3%) foram transferidos de hospital e 1 (0,6%) permanecia internado. A média da escala PPS ficou em 20,8 (desvio padrão 19,4).

A Figura 2 caracteriza a dieta inicial do paciente em comparação com a dieta final, de acordo com a escala FOIS.

Discussão

A partir deste estudo foi possível delinear algumas das principais características de pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em trauma. As doenças de base mais prevalentes dentro do período analisado foram as oncológicas, seguidas de AVC e TCE, somando pouco mais de 80% da amostra. O fato da coleta de dados ter sido realizada em um hospital com equipes de referência em neurocirurgia justifica estes achados.

A abordagem em cuidados paliativos ampliou sua prática de um foco inicialmente oncológico para uma gama maior de patologias. Espera-se um aumento no número de casos de doenças crônicas e progressivas de origem neurológica e cardiopulmonar, somando-se às oncológicas (11). Muitos dos pacientes do presente estudo estavam sendo acompanhados pela equipe de neurocirurgia e podemos concluir que os diagnósticos oncológicos foram de tumores cerebrais de diversos tipos. Sabe-se que, a depender da localização do tumor, a disfagia pode estar presente antes e após a ressecção cirúrgica (12). A disfagia é relatada em até 85% dos pacientes durante a fase de fim de vida e pode apresentar-se por um déficit neurológico focal ou mais comumente, causado pela redução do nível de consciência. Encontra-se na literatura estudo que relaciona altas taxas de nível de consciência rebaixado com altas taxas de disfagia (13). A dificuldade de deglutição afeta não apenas a nutrição e a hidratação destes pacientes, mas também a conduta médica. Grande parte dos pacientes com tumores cerebrais recebem esteróides e anticonvulsivantes por via oral (14).

Pacientes com quadros neurológicos de diversas etiologias normalmente apresentam alguma dificuldade de deglutição e conseqüente risco de complicações pulmonares (15). Nos pacientes com AVC, a disfagia está associada em ~37-93% dos casos e geralmente a via oral é contraindicada até que uma avaliação fonoaudiológica seja realizada (16). Condutas terapêuticas para pacientes com eventos neurológicos agudos são diferentes daquelas adotadas para doenças crônicas, com o objetivo de aumentar a sobrevida, mas muitas vezes acabam perpetuando condições que podem não ser o desejo do paciente. A maioria dos pacientes que sobrevivem a esses eventos recebem alta hospitalar com diversos sintomas e sequelas que requerem cuidado especializado. A incerteza que gira em torno das circunstâncias da morte, a dificuldade em estabelecer o prognóstico e a preocupação em interromper de forma prematura as intervenções com intenção de cura são os principais fatores responsáveis para a introdução tardia dos cuidados paliativos para pacientes que sofreram eventos neurológicos agudos (17) (18). O papel dos cuidados paliativos, embora seja bem estabelecido para doenças oncológicas e neuromusculares degenerativas, é menos claro para pacientes com AVC (19).

Pacientes com câncer ainda constituem a maior proporção dos sujeitos avaliados por equipes de cuidados paliativos, entretanto a utilização destes serviços por pacientes com doenças não malignas está em ascensão. Embora as necessidades destes pacientes sejam semelhantes em muitos aspectos, existem algumas diferenças que devem ser reconhecidas. O declínio das atividades funcionais, por exemplo, nos pacientes oncológicos geralmente ocorre de forma mais acentuada nos últimos meses de vida, enquanto que nos demais pacientes apresenta-se de forma gradual ao longo dos anos (18) (19) (20).

Da mesma maneira que a abordagem dos cuidados paliativos vem sendo ampliada de maneira positiva, ainda existem muitas equipes despreparadas e resistentes a adotar esta prática. Dos sujeitos incluídos neste estudo, 13,5% só foram avaliados pela equipe de cuidados paliativos após 45 dias de internação. Pode parecer um número pequeno em relação aos demais dados, mas se abandonarmos a ideia de números nos deparamos com sujeitos dotados de vontades, pessoas com necessidades individuais que enfrentam um sofrimento em fim de vida.

Do total de pacientes incluídos no estudo, 41,0% recebeu avaliação e acompanhamento fonoaudiológico. A literatura reconhece o papel do fonoaudiólogo nos cuidados paliativos para aumentar a qualidade de vida dos pacientes, trabalhando com os problemas de comunicação e deglutição. A inserção do fonoaudiólogo nas equipes de cuidados paliativos é recente e os estudos delineando a atuação desse profissional são escassos (4) (7) (21) (22) (23) (24).

Pollens (21) lista quatro objetivos para o fonoaudiólogo que trabalha com cuidados paliativos: 1) fornecer orientação a pacientes, familiares e membros da equipe sobre comunicação, cognição e deglutição; 2) desenvolver estratégias de comunicação para que o paciente tenha condições de participar da tomada de decisão em seu estágio final de vida; 3) auxiliar na otimização dos sintomas de disfagia, promovendo conforto e satisfação alimentar ao paciente e interações positivas entre os membros da família; e por fim 4) promover adequada comunicação entre a equipe multidisciplinar, fornecendo e recebendo informações sobre o cuidado geral do paciente.

Os cuidados paliativos configuram uma área de prática desafiadora, principalmente para aqueles habituados a um modelo curativo ou de reabilitação (25). A prática clínica em torno do manejo da disfagia está se tornando cada vez mais desafiadora devido à complexidade dos contextos associados ao envelhecimento da população (22). Não há uma definição clara sobre critérios para tomada de decisão e diretrizes práticas para fonoaudiólogos nesta área (25).

Um guia criado pelo *Royal College of Physicians* (26) recomenda que a ingestão oral, modificada conforme a necessidade, deve ser o principal objetivo do tratamento. Mesmo quando uma via alternativa é indicada, deve ser adicional quando possível. A equipe pode

chegar à conclusão de que alimentar-se por sonda não prolongará a vida do paciente e tampouco fornecerá qualidade de vida a ele (4).

No período de fim de vida, mesmo que seja inseguro manter alimentação por via oral, um manejo “de risco” pode oferecer melhor qualidade de vida ao paciente. *Risk Feeding* é o termo utilizado quando um paciente continua a comer e beber por via oral, apesar dos riscos (27). *Comfort feeding*, ou alimentação para conforto, é outro termo que tem sido utilizado frequentemente na literatura para uma abordagem mais holística da alimentação. Essa noção de conforto também destaca a importância de interromper a alimentação se esta estiver causando algum nível de desconforto ao paciente, tendo em vista o papel da alimentação como algo prazeroso e não apenas para nutrição (22) (25). É papel do fonoaudiólogo fornecer suporte adequado nas questões de alimentação para pacientes e familiares/cuidadores, orientando sobre as diferentes opções e possibilidades (4) (7) (25) (22) (26) (21).

A incidência de problemas de deglutição em pacientes paliativos não gera desconforto apenas para os pacientes, mas também pode gerar preocupação para os cuidadores. São necessárias mais informações e orientação sobre gerenciamento da deglutição para familiares e para a equipe responsável pelo paciente (28).

Dos pacientes analisados neste estudo, 44,8% estavam no nível 1 (nada por via oral) da FOIS avaliada inicialmente. A FOIS final no nível 1 passou para 76,2% pacientes. Ou seja, houve um aumento dos pacientes que, durante a internação, tiveram como conduta a contra-indicação da alimentação por via oral e passaram a receber dieta por via alternativa exclusiva. Tendo em vista que a média da escala PPS foi de 20,8, estando entre os níveis de dependência entre 20 e 30%, caracterizando capacidade funcional extremamente comprometida dos pacientes do estudo.

As decisões sobre alimentação envolvem aspectos emocionais. É uma área em que ética, legislação e regulamentação profissional se encontram (29) (30). A decisão do paciente, quando ainda apresentar autonomia para tal, e dos familiares deve ser considerada na tomada de decisão da equipe, de modo a evitar conflitos entre ambas as partes (31). Os aspectos éticos implicados no cuidado destes pacientes são complexos e alguns pontos devem ser ponderados, como autonomia e dignidade. Os protagonistas deste cenário devem ser informados sobre os objetivos e as consequências de todas as ações realizadas, e suas escolhas devem ser respeitadas. Este exercício de autonomia só é viável quando o paciente é convocado a participar do processo de tomada de decisão (32).

A alimentação por via alternativa (sondas enterais) pode não ser tão benéfica quanto se acredita, seja pela condição clínica do paciente ou pelo elevado risco de submetê-lo a um procedimento como a colocação de uma gastrostomia (26).

O princípio da razoabilidade traz para este contexto a visão de proporcionalidade, fazendo com que a reflexão seja baseada no equilíbrio dos direitos individuais com os mecanismos disponíveis na prática clínica. Numa interpretação do princípio, as ações de saúde para pessoas em fase avançada de doença devem ser pensadas a partir do bom senso, ou seja, deve-se considerar o emprego de ações prudentes de acordo com o quadro individual de cada paciente, tomando sempre o cuidado de não empregar ações extremas, seja de diagnóstico ou tratamento ⁽²⁵⁾ ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾. Ponderações a respeito da prática clínica nestas condições compõem um exercício de ética e equilíbrio perante a dignidade da pessoa em sofrimento. A partir desta reflexão, entende-se dignidade como uma percepção subjetiva, a partir de vivências ⁽³⁶⁾. Indivíduos carregando sofrimento físico e emocional ao final da vida provocam diálogos importantes dentro das equipes de saúde e cuidadores ⁽³³⁾.

Conclusão

O fonoaudiólogo é o profissional que desenvolve e cria possibilidades estratégicas para manter a alimentação por via oral de forma segura, mesmo em situações de conforto, aconselhando formas de minimizar os riscos de aspiração. Modificação de consistência, textura e quantidade dos alimentos associadas a manobras posturais e sensoriais são algumas das técnicas que podem auxiliar no manejo da alimentação destes pacientes ⁽⁶⁾ ⁽⁴⁾. Cabe ao fonoaudiólogo também a tarefa de capacitar os membros da equipe e os familiares quanto aos cuidados em relação à deglutição e alimentação ⁽³⁷⁾.

Os cuidados paliativos vêm crescendo como prática clínica dentro das instituições de saúde. Condutas tomadas por toda a equipe multiprofissional responsável pelo paciente têm o poder de abranger mais aspectos relacionados às vontades e à qualidade de vida dos pacientes, o que deve ser cada vez mais divulgado e incentivado.

Anexos

Tabela 1. Descrição da amostra de estudo.

Variável	Resposta	Nº casos	%
Sexo	Masculino	88	56,4
	Feminino	68	43,6
Faixa etária	Menos de 50	25	16,0
	50 - 60	26	16,7
	61 - 70	38	24,4
	Mais de 70	67	42,9

Tabela 2. Descrição das variáveis especialidade, motivo e queixa.

Variável	Resposta	Nº casos	%
Especialidade	Neurocirurgia	130	83,3
	Traumatologia	22	14,1
	Cirurgia Geral	2	1,3
	Queimados	1	0,6
	Bucomaxilofacial	1	0,6
Motivo	Manejo Sintomas	95	60,9
	Manejo Familiares	52	33,3
	Manejo Psicológico	1	0,6
	Orientação Medicamentosa	3	1,9
	Outros	5	3,2
	Queixa	Dor	26
Náuseas/vômitos		2	1,3
Ansiedade/medo		11	7,1
Dispneia		11	7,1
Rebaixamento Sensorio		56	35,9
DMOS		38	24,4
Outras		12	7,7

DMOS: disfunção de múltiplos órgãos e sistemas

Figura 1. Diagnóstico das patologias de base

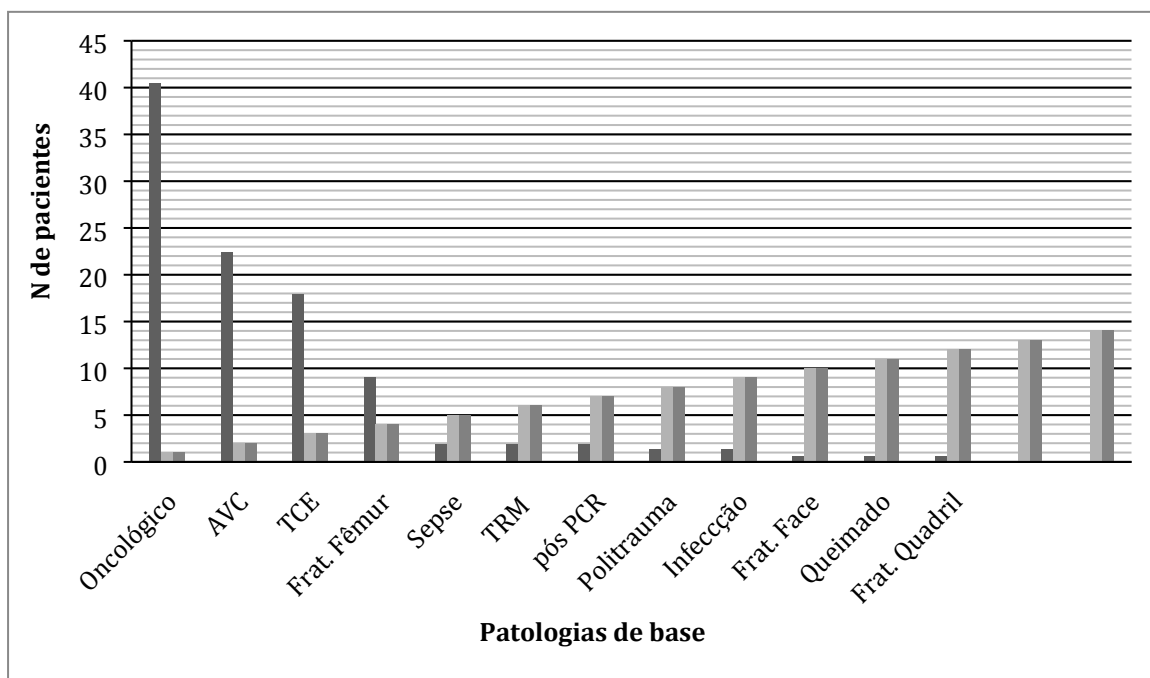
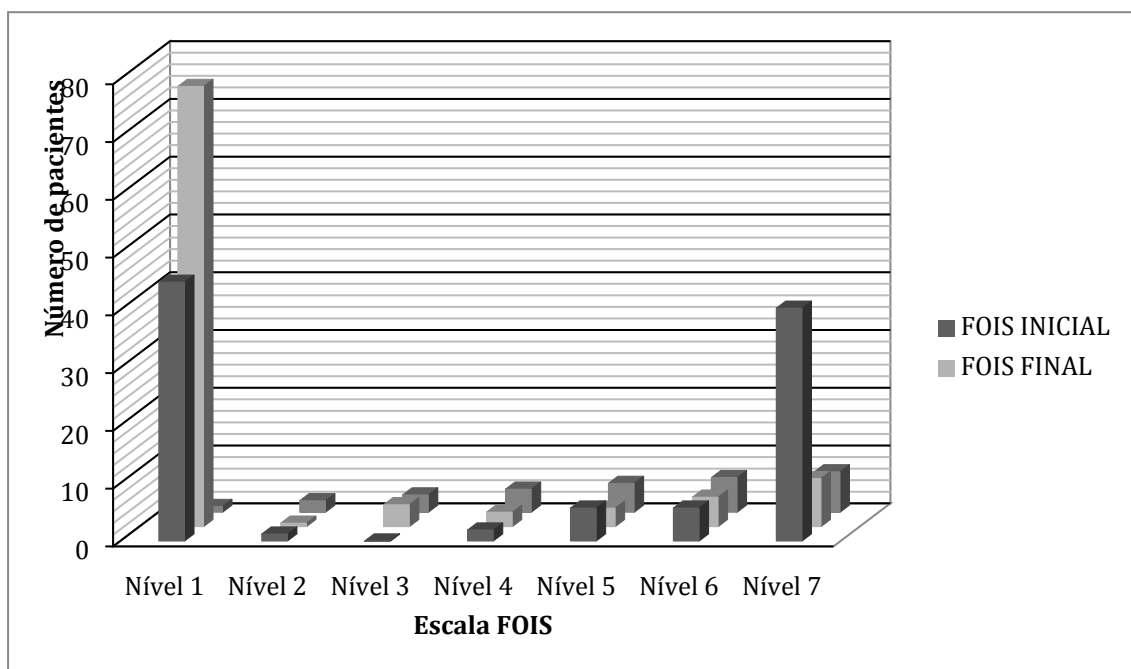


Figura 2. Comparação dieta inicial e dieta final na Escala FOIS



Referências

1. Silva JV, Andrade FN, Nascimento RM. Cuidados Paliativos - Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura. *Revista Ciências em Saúde*. 3, 2013, Vol. 3.
2. M, Bourgeois, et al., et al. Will You Still Need Me When I'm 64, or 84, or 104? The Importance of Speech-Language Pathologists in Promoting the Quality of Life of Aging Adults in the United States into the Future. *Seminars in speech and language*. 2016, Vol. 37.
3. ALZi, Gomes e MB, Othero. Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados*. 30, 2016, Vols. 88, 155-166.
4. A, Miles, et al., et al. Complex Feeding Decisions: Perceptions of Staff, Patients, and Their Families in the Inpatient Hospital Setting. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2, 2016, Vols. 1-7.
5. OTZ, G.P . e Carrara-de-Angelis, E. *Disfagia clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso*. . Rio de Janeiro : Elsevier ed 1, 2017. p 1-2.
6. ME, Groher e TP, Groher. When Safe Oral Feeding Is Threatened. End-of-Life Options and Decisions. *Top Lang Disorders*. 32, 2012, Vols. 149–167.
7. CIF, Barriguinha, MTC, Mourão e JC, Martins. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. *Audiol. Commun*. 2017, Vol. 22.
8. Pascoe A, Breen LJ, Cocks N. What is needed to prepare speech pathologists to work in adult palliative care? *Int J Lang Commun Disord*. 3, 2018, Vol. 53.
9. (2001)., Victoria Hospice.
10. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 86(8), 2005, Vol. 1516, 20.
11. JWG, Roe e P, Leslie. Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative care. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 12(4):, 2010, Vols. 304–308.
12. WH, Lee, et al., et al. One-year outcome of postoperative swallowing impairment in pediatric patients with posterior fossa brain tumor. *Journal of neurooncology*. 2015.
13. Pace A, Di Lorenzo C, Lorenzo CD, Guariglia L, Jandolo B, Carapella CM, Pompili A. End of life issues in brain tumor patients. *J Neuro oncol*. 91, 2009, Vols. 39–43.
14. Walbert, T., Khan, M. End-of-life symptoms and care in patients with primary malignant brain tumors: a systematic literature review. . *Journal of Neurooncology*. 117(2), 2014, Vols. 217-224.
15. Takizawa, Claire, et al., et al. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*. 2016.

16. Phan TG, Kooblal T, Matley C, Singhal S, Clissold B, Ly J, Thrift AG, Srikanth V e H, Ma. Stroke Severity Versus Dysphagia Screen as Driver for Post-stroke Pneumonia. *Front. Neurol.* 10:16., 2019.
17. NF, Monteiro, P, Cipriano e E, Freire. Palliative approach in acute neurological events: a five-year study. *Rev Assoc Med Bras* . 64(9), 2018, Vols. 832-836.
18. Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J., & Jones, A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliative Medicine.* 24(2) , 2009, Vols. 146–153.
19. Creutzfeldt CJ, Holloway RG, Walker M. Symptomatic and palliative care for stroke survivors . *J Gen Intern Med.* 27(7), 2012, Vols. 853-60.
20. Chahinea, L. M., Malik, B. e Davis, M. Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *European Journal of Neurology.* 15 , 2008, Vols. 1265–1272.
21. R., Pollens. Role of the Speech-Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine* . 2004, Vol. 7, 5.
22. M, Schwarz, A, Coccetti e E, Cardell. Clinical decision-making for complex feeding decisions: A national survey of current approaches and perspectives. *Australasian Journal on Ageing.* 2019, Vols. 1-9.
23. KO, Rivers, RA, Perkins e CP, Carson. Perceptions of speech-pathology and audiology students concerning death and dying: a preliminary study. *INT. J. LANG. COMM. DIS.* 1, 2009, Vol. 44.
24. R, Hawksley, et al., et al. Communication disorders in palliative care: investigating the views, attitudes and beliefs of speech and language therapists. *International Journal of Palliative Nursing.* 11, 2017, Vol. 23.
25. Kelly K, Cumming S, Kenny B, Smith-Merry J e H, Bogaardt. Getting comfortable with “comfort feeding”: An exploration of legal and ethical aspects of the Australian speech-language pathologist’s role in palliative dysphagia care. *International Journal of Speech-Language Pathology.* 2018.
26. Gastroenterology, Royal College of Physicians and British Society of. Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life. *Royal College of Physicians.* 2010.
27. Therapists, Royal College of Speech & Language. Dysphagia clinical guidelines. *London, England.* 2005.
28. Bogaardt, H, et al., et al. Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase: Incidence and Severity in 164 Unsedated Patients. *Dysphagia.* 2014.
29. Harwood, RH. Feeding decisions in advanced dementia. *Royal College of Physicians of Edinburgh.* 7, 2014, Vols. 44-232.

30. B, Mathisen, et al., et al. Religion, Spirituality and Speech-Language Pathology: A Viewpoint for Ensuring Patient-Centred Holistic Care. *J Relig Health*. 2015, Vol. 54.
31. ME, Groher e TP, Groher. When Safe Oral Feeding Is Threatened: End-of-Life Options and Decisions. *Top Lang Disorders*. 2012, Vol. 32.
32. Silva JV, Andrade FN, Nascimento RM. Cuidados Paliativos: Fundamentos e Abrangência. *Revista Ciências em Saúde*. 2013, Vol. 3.
33. Silva J. Dignidade da pessoa humana. *Bioética: um olhar bioético de quem cuida do final da vida*. Olinda, PE : Nova Presença , 2017.
34. Martin LMA. Ética e a humanização hospitalar. In: Pessini, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo : Edições Loyola, 2004.
35. Oliveira DAT. Dignidade da pessoa humana, cuidados paliativos e ortotanásia: a visão de um juiz. . *Trabalho de conclusão de Especialização em Direito Constitucional*. Universidade de Ananguera, 2012, Vol. 2.
36. Wesley OLB. O princípio da dignidade da pessoa humana e o novo direito civil: breves reflexões. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*. 2006, Vol. 8.
37. Chahda L, Mathisen BA, Carey LB. The role of speech-language pathologists in adult palliative care. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2016.
38. Da Silva JV; De Andrade FN, Do Nascimento RM. Cuidados Paliativos-Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura/Palliative Care-Submissions and Comprehensiveness: Literature Review. *Revista Ciências em Saúde*, v. 3, n. 3, p. 56-73, 2013.

Identificação interna do documento K0AGR1A31H-YCUA4WO2



Nome do arquivo: TCR_Isadora_7728430202026.docx
Data de vinculação ao processo: 06/02/2020 18:20
Autor: ISADORA ANNES BITENCOURT (112351)
Processo: 1703187