

ARTIGO

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES
COM A DOENÇA DE ALZHEIMER**

**LOGOPEDIA EN CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER**

**SPEECH THERAPY IN PALLIATIVE CARE OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S
DISEASE**

Fabiana Carvalho da Cruz¹
Elizabeth Matilda Oliveira Williams²
Moniki Aguiar Mozzer Denucci³

RESUMO:

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva, com um prognóstico difícil sendo um desafio de cuidados paliativos que buscam uma prática terapêutica humanizada, ampliando nos profissionais envolvidos o foco de suas ações para a qualidade de vida no adeus final. Este trabalho buscou destacar a importância do fonoaudiólogo junto à equipe de cuidados paliativos, prestando cuidados no decorrer da fase terminal por meio da identificação precoce e da correta avaliação, adotando cuidados terapêuticos dinâmicos. A metodologia aplicada consistiu em uma pesquisa bibliográfica qualitativa. A pesquisa justificou-se ao analisar a presença do fonoaudiólogo a partir de uma prática integrativa que proporcionará ao paciente paliativo uma maior possibilidade de interação com a família, por meio da comunicação, da alimentação segura por via oral e de estratégias de reabilitação cognitiva, concluindo que a presença do fonoaudiólogo é um diferencial que contribui significativamente para o bem estar do paciente e humanização dos cuidados paliativos.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Alzheimer, cuidados paliativos, humanização, qualidade de vida.

RESUMEN:

¹ Fonoaudióloga graduada pelo Centro Universitário Fluminense (UNIFLU).

² Fonoaudióloga Mestre em Educação (UFAM), Especialista em Linguagem e Motricidade Orofacial (CEFAC) e Professora do Programa de Graduação do Centro Universitário Fluminense (UNIFLU).

³ Fonoaudióloga Doutoranda e Mestre do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) e Professora do Programa de Graduação do Centro Universitário Fluminense (UNIFLU).

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, siendo un pronóstico difícil un reto de los cuidados paliativos que buscan una práctica terapéutica humanizada, ampliando en los profesionales implicados el foco de sus acciones por la calidad de vida en el adiós final. Este estudio tuvo como objetivo resaltar la importancia del logopeda con el equipo de cuidados paliativos, brindando cuidados durante la fase terminal a través de la identificación temprana y la evaluación correcta, adoptando cuidados terapéuticos dinámicos. La metodología aplicada consistió en una investigación bibliográfica cualitativa. La investigación se justificó analizando la presencia del logopeda a partir de una práctica integradora que proporcionará al paciente paliativo una mayor posibilidad de interacción con la familia, a través de estrategias de comunicación, alimentación oral segura y rehabilitación cognitiva, concluyendo que la presencia del logopeda es un diferencial que contribuye significativamente al bienestar del paciente y a la humanización de los cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Alzheimer, cuidados paliativos, humanización, calidad de vida.

ABSTRACT:

Alzheimer's is a progressive neurodegenerative disease, with a difficult prognosis and a challenge for palliative care that seeks a humanized therapeutic practice, expanding the focus of their actions on quality of life in the final farewell among the professionals involved. This work sought to highlight the importance of the speech therapist with the palliative care team, providing care during the terminal phase through early identification and correct assessment, adopting dynamic therapeutic care. The applied methodology corresponded to a qualitative bibliographic research. The research was justified when analyzing the presence of the speech therapist from an integrative practice that will provide the palliative patient with a greater possibility of interaction with the family, through communication, safe oral feeding and cognitive rehabilitation strategies, concluding that the presence of the speech therapist is a differential that significantly contributes to the well-being of the patient and the humanization of palliative care.

KEYWORDS: Alzheimer's disease, palliative care, humanization, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A Demência é um prejuízo adquirido e permanente da capacidade intelectual que afeta pelo menos três das cinco áreas da cognição: memória, linguagem, capacidade visuoespacial, emoção e personalidade. A Doença de Alzheimer está entre as principais causas de demência e estima-se que cerca de 50% dos indivíduos acima de 85 anos apresentem algum tipo de demência. Esse percentual alarmante associado com o aumento da expectativa de vida da população torna cada vez mais relevante a discussão

sobre cuidados paliativos nas demências, em especial, na doença de Alzheimer (PINTO, 2009).

Etimologicamente, o termo “paliativo” deriva do latim *palliun*, que significa manto, proteção. Em 1940, Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e médica, trabalhou em um Hospice de Londres que tinha como prioridade atender pessoas com doenças crônicas ou em fim de vida que viviam em grande martírio juntamente com suas famílias. Na década de 1990, a OMS apresentou pela primeira vez uma definição de Cuidados Paliativos e os princípios para uniformizar as ações de cuidados aos pacientes com doenças “incuráveis”, deixando claro que o propósito é oferecer um sistema de apoio para ajudar pacientes a viver o mais ativamente possível e com qualidade até a morte (FANGEL, 2018).

Os cuidados paliativos possuem a finalidade de possibilitar a promoção da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de enfermidades que colocam em risco a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Esta área se apoia na visão da ortotanásia, isto é, a morte deve ter seu tempo natural, não prolongando e não antecipando; abrange desde o diagnóstico precoce, avaliação e tratamento para dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual com o objetivo de garantir a dignidade do indivíduo com relação ao seu processo de morte e garantindo o seu bem-estar (FERREIRA, 2018).

Pinto (2009), afirma que bons cuidados paliativos configuram um tema de saúde pública e que as demências podem ser consideradas previsíveis, mas seu ritmo evolutivo, não. Com a expectativa de aumento da prevalência das demências ao longo das próximas décadas, os profissionais da saúde devem estar preparados para lidar com os aspectos particulares da evolução dessas doenças, reconhecendo a finitude e proporcionando aos pacientes um fechamento digno para suas histórias de vida. A fase final da doença de Alzheimer é caracterizada por fragilidade, declínio funcional e falência orgânica. Ao longo de sua evolução, o profissional tem a oportunidade de conhecer bem o paciente, estreitar os laços com a família e discutir antecipadamente os cuidados que serão adotados (BURLÁ; PY, 2005).

Segundo Giraldi (2019), o trabalho do fonoaudiólogo em paciente muito comprometido cognitivamente é mais uma fonte de estímulo e auxílio no gerenciamento das disfagias, uma vez que desperta respostas sensório-motoras e aferências de estímulos e reflexos importantes como o da própria deglutição (GIRALDI, 2019). Assim sendo, o papel da Fonoaudiologia junto à equipe de cuidados paliativos é de extrema importância uma vez que possibilita ao paciente maior oportunidade de interação com a

família através de uma comunicação funcional, resguardando a possibilidade de manter uma alimentação segura e prazerosa por via oral, atuando, portanto, na avaliação, na prevenção e na reabilitação. Dessa forma, permite melhores possibilidades terapêuticas aos pacientes para enfrentarem a evolução de suas doenças com os processos de intervenção muitas vezes incômodos e aflitivos, bem como conviverem com as possíveis limitações funcionais (CALHEIROS, 2012).

A metodologia aplicada neste trabalho tratou-se uma pesquisa bibliográfica qualitativa, explorando os conceitos de cuidados paliativos e a atuação do fonoaudiólogo junto aos pacientes acometidos pela Doença de Alzheimer.

Este trabalho teve como objetivo destacar a importância da atuação do fonoaudiólogo junto à equipe de cuidados paliativos, prestando cuidados no decorrer de uma fase terminal aliviando o sofrimento inevitável por meio de identificação precoce, da correta avaliação e do tratamento da dor, adotando cuidados terapêuticos dinâmicos buscando sempre respeitar os limites do paciente. A pesquisa justificou-se pois, a Fonoaudiologia colabora com as nuances do cuidado humano, auxiliando com seus princípios sobre a comunicação humana para estruturação de condições ideais e preservação do bem-estar físico, mental e social do paciente.

Por fim, os cuidados paliativos buscam uma prática terapêutica voltada para a humanização e o respeito à individualidade, ampliando nos profissionais envolvidos o foco de suas ações para o cuidado da vida no adeus final. Em se tratando da Doença de Alzheimer, ainda há mais um fator a ser considerado: o desumano processo de despersonalização da doença; que faz com que o profissional envolvido busque as referências do paciente, suas individualidades e experiências e a fonoaudiologia atuará diretamente com aspectos diversos importantes para qualidade de vida do paciente com Alzheimer (GIRALDI, 2019).

2. CUIDADOS PALIATIVOS

Moraes (2012), realiza uma análise sobre as perspectivas do cuidado. O cuidado em saúde pode ser definido como uma atitude ou ação de mediação entre quem presta o cuidado e quem se encontra fragilizado por uma doença e por isso necessita ser cuidado por outrem. Segundo Foucault (1979), além do cuidado de si, que configura uma obrigação permanente do indivíduo, existe o cuidado especializado onde o “indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica”.

A atenção aos cuidados paliativos teve sua origem no século IV, com o atendimento aos doentes sem possibilidade de cura. Entretanto, vale ressaltar que o que existia no passado em termos de cuidado do paciente em fase terminal, era bem diferente do que entendemos de cuidados paliativos na atualidade. A partir do século XX, esses cuidados adquiriram um caráter institucional surgindo uma nova modalidade de apoio aos doentes impossibilitados de terapias curativas (TREFILO, 2015).

Ainda mantendo a atenção aos estudos de Trefilo (p.14 2015), observa-se a seguinte definição para cuidados paliativos“ (...) *uma assistência oriunda de um conjunto multidisciplinar que tem por objetivo garantir um avanço na qualidade de vida do paciente e de sua família diante de uma doença incurável através de medidas preventivas e conforto no sofrimento*”.

Para Ramos (2009), os cuidados paliativos configuram todo o trabalho investigativo que visa um melhor manejo e compreensão dos sintomas, comorbidades e complicações resultantes do estresse do tratamento e evolução da enfermidade. O caráter assistencial em Cuidados Paliativos pode contribuir para a humanização do processo de morrer, sendo que esta modalidade do cuidado “pode ser oferecido em instituições de saúde bem como na própria residência” (SILVA; HORTALE, 2006).

Analisando o “morrer no hospital” Kovacs (2005), destaca o quanto a morte ficou presa ao conceito despersonalizado e solitário de falecer entre paredes brancas e em um silêncio frio do ambiente hospitalar. Discutir os cuidados paliativos é fazer um movimento contrário de humanização e personalização da morte e do morrer, passando a ser frente de debate o morrer com dignidade, os testamentos em vida, a manutenção de tratamentos com o objetivo de prolongar a existência e o uso prolongado de sedativos e analgésicos.

No Brasil, nas últimas décadas, a partir do momento que ocorreu a institucionalização dos cuidados paliativos em alguns espaços hospitalares, a morte readquiriu um espaço humanizado e o paciente passou a ter a o direito a não morrer sozinho. Entretanto ainda há um longo caminho a ser percorrido no que diz respeito a formação acadêmica dos profissionais para lidar com os pacientes em processo de morte, as suas perdas e de suas famílias. Como a morte readquiriu um espaço singular e humano nos ambientes hospitalares, desponta a necessidade de que os profissionais de saúde estejam atualizados sobre os cuidados paliativos (FISCHER, 2007). Neste sentido, para um melhor manejo dos sintomas é fundamental que a equipe envolvida com a assistência paliativa não desconsidere o ser psíquico e nem desfaça da individualidade espiritual de cada paciente (REGO; PALÁCIOS, 2006).

Rego e Palácios (2006), ressaltaram ainda que para que esta atenção especial ocorra é indispensável a presença de uma equipe multiprofissional perceptiva as questões familiares e sociais fornecendo suporte adequado para que o paciente possa optar pela assistência paliativa. Estes profissionais por meio de um conhecimento técnico podem contribuir para a vivência digna e com mínimo sofrimento para o próprio e seus cuidadores.

A atuação profissional nos cuidados paliativos leva em conta muito além do alívio a dor e se preocupam em extinguir tratamentos desnecessários que possa prorrogar a agonia e desencadear sofrimento para todos os envolvidos demonstrando que está plenamente atrelada as tomadas de decisão e formas de cuidar de um ser humano que está diante do processo de morte (AMÉRICO, 2009).

2.1 – A ÉTICA E A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

O progresso científico e tecnológico das unidades hospitalares auxiliou tanto os atendimentos dos pacientes quanto à rotina da equipe hospitalar. Entretanto, com esse avanço também pode ser percebido uma mecanização e fragmentação da saúde que supervaloriza as rotinas e protocolos e deixa muitas vezes a relação humana esquecida (MACIAK, 2009). Segundo Backes (2006), perceber esse fato é muito importante pois a maior parte das melhorias que ocorrem no ambiente hospitalar, estão mais voltadas para sua estrutura física, do que para uma reforma interna voltada para um melhor cuidado prestado ao doente. Macedo et. al. (2011), enfatizam que os cuidados ao paciente não podem estar restritos a procedimentos técnicos e mecanizados, mas sim ao cuidado integral e holístico sem que ocorra um distanciamento da relação profissional e usuário da unidade hospitalar.

O Ministério da saúde no ano de 2000, elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), tendo o propósito de difundir o conceito de humanização nas instituições hospitalares onde determina que para o atendimento humanizado o principal valor deve ser o respeito com a vida humana, preocupando-se com aspectos éticos, educacionais e psicossociais que envolvem o indivíduo (MACIAK, 2009).

Segundo Backes, Lunardo e Filho (2006), humanizar exige uma contínua reflexão acerca de valores, conceitos e percepções que orientam a prática profissional, concebendo além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao ser fragilizado/o doente, uma atitude ética que atravesse todas as atividades profissionais. Dessa forma, como destaca Martin (2014), a ética constitui-se

numa dimensão fundamental para a humanização hospitalar por salientar os valores, os deveres e direitos, o modo como os sujeitos se conduzem nas relações.

A humanização como extensão da ética necessita apoiar as relações profissionais sadias, respeitar e investir na formação humana dos sujeitos que fazem parte das instituições, assim como deve ocorrer o reconhecimento dos limites profissionais. O objetivo é tornar o profissional capaz de compreender a sua condição humana e seu papel de cuidador de outros seres humanos (MEZOMO, 2001).

Para Selli (2003) e Nogueira (2013), o verdadeiro cuidado humano prioriza a ética, enquanto elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base deste processo. A humanização desenvolvida em um hospital, valoriza as pessoas, mantém a afetividade como princípio maior na instituição, garantindo conforto e atendimento de qualidade, oferecendo ao usuário a possibilidade de ser respeitado.

3. A DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer (DA) atinge no mínimo 5% da população de indivíduos com mais de 65 anos e corresponde a causa mais comum de demência, contribuindo para 60% dos casos de declínio cognitivo irreversível. É uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que leva a uma situação de incapacidade e total dependência (TAVARES E CARVALHO, 2012). Desta forma, de acordo com Oliveira (2020), a degeneração e a morte neuronal ocorrem principalmente no córtex cerebral e no hipocampo e os primeiros sintomas surgem normalmente após os 65 anos, embora existam evidências de que a doença começa a se instalar e desenvolver na meia idade.

Segundo Ortiz e Bertolucci (2005), os pacientes acometidos pela Doença de Alzheimer apresentam alterações cognitivas-de linguagem e de comportamento que fazem parte do curso da doença. As famílias dos pacientes tendem a reportar com mais frequência as alterações relativas à memória. Oliveira (2020), ressaltaram que a progressão da doença depende das áreas cerebrais mais comprometidas e que avança em ritmos diferentes, sendo os sintomas iniciais, com tendência a serem mais sutis, em que os pacientes apresentam alguma dificuldade para lembrar-se de determinadas situações e com o avanço da doença, as dificuldades tornam-se mais persistentes passando a comprometer o discurso, que se torna vago e repetitivo, chegando ao ponto

de deixar de desenvolver as atividades diárias passando a depender totalmente de terceiros.

A etiologia da doença de Alzheimer não está completamente esclarecida; aproximadamente 95-99% dos casos são considerados idiopáticos (Doença de Alzheimer esporádica) enquanto 1-5% dos casos são associados a mutações em genes específicos (Doença de Alzheimer familiar). Neste sentido, a Doença de Alzheimer esporádica é considerada multifatorial e regularmente ocorre após os 65 anos (OLIVEIRA, 2020).

Aspectos relacionados com o estilo de vida, tais como: tabagismo, sedentarismo e obesidade podem representar fatores de risco modificáveis para o aparecimento da Doença de Alzheimer (REITZ E MAYEUX, 2014). Na Doença de Alzheimer familiar os primeiros sintomas tendem a aparecer em média por volta dos 45 anos e que a mutação autossômica é transmitida de geração em geração causando alteração no processamento proteolítico da proteína APP gerando uma agregação de peptídeos do tipo A β (OLIVEIRA, 2020).

De acordo com Sant’Ana et. al. (2018), analisando a perspectiva neurológica macroscopicamente, é possível perceber uma atrofia cortical difusa no cérebro dos indivíduos afetados e microscopicamente, é visualiza-se uma lesão precoce, caracterizada pelas placas senis (depósitos de proteínas beta-amiloides – Ap), localizadas entre os neurônios, e uma lesão mais tardia, representada pelos emaranhados neurofibrilares (depósitos da proteína tau hiperfosforilada), encontrados no interior dos neurônios. Os autores ainda destacam que essas alterações provocam perdas neuronal e sináptica, reações de estresse oxidativo e um processo inflamatório.

Considerando os comprometimentos na linguagem Medeiros (2007), alega que ocorre a perda de fluência verbal, esvaziamento de conteúdos e redução da compreensão. Além disso, há perda progressiva de suas habilidades visuais e espaciais e em uma etapa mais avançada, ocorre as dificuldades de expressão, movimentação e do poder de reconhecimento perspectivo sensorial. Medeiros (2007), salientaram que em 75% dos casos, além das mudanças cognitivas, ocorrem alterações psíquicas e comportamentais e que quadros depressivos e psicóticos (delírios e alucinações), agressividade, apatia, condutas repetitivas, agitação psicomotora e perturbações no ciclo de sono-vigília também podem ocorrer. Segundo Lima (2013), os déficits na linguagem podem manifestar-se inicialmente por meio de dificuldades de acesso ao léxico, alterações leves no nível fonológico e gramatical, discurso incoerente no estágio moderado, até mutismo total em estágios mais avançados.

O declínio funcional, condição inerente do Alzheimer, pode causar maior preocupação para estes doentes do que a morte iminente, já que provoca profundas alterações físicas, emocionais e comportamentais, entre elas: a depressão e sobrecarga do cuidador (BARRIGUINHA, MOURÃO E MARTINS, 2017).

Em relação a evolução do Alzheimer, Tavares e Carvalho (2012), caracterizam a sua evolução em três estágios: inicial/leve, moderado e tardio/severo. As alterações fonoaudiológicas estão inicialmente associadas a dificuldades na comunicação, evoluindo progressivamente para níveis mais elevados de dependência de uma forma geral, incluindo as atividades de vida diária, especialmente a alimentação, com dificuldade marcante na mastigação e deglutição.

Sendo assim, de acordo com as autoras, o indivíduo com a Doença de Alzheimer, apresenta alterações drásticas em seu estado nutricional em virtude da provável incapacidade de aceitação, mastigação, deglutição e assimilação dos alimentos e a inapetência, o desinteresse pela alimentação e a falta de consciência da importância da nutrição, aumentam os riscos de desidratação e desnutrição, influenciando no quadro de saúde geral. Neste sentido, o doente torna-se totalmente dependente, especialmente para atividades de vida diária, alimentação e higiene pessoal, o que deteriora completamente sua qualidade de vida, apesar da caracterização específica de cada estágio, sendo a evolução clínica da doença, bem como as alterações e dificuldades decorrentes, únicas para cada indivíduo (TAVARES; CARVALHO, 2012).

Por fim, ainda de acordo com os autores supracitados, as doenças crônico-degenerativas geralmente afetam as necessidades orgânicas de proteínas e de calorias, podendo estar associadas à inapetência, causada pela própria doença, por determinados medicamentos e por dificuldades de alimentação e tais dificuldades vão desde falta de auxílio para oferecer as refeições, ausência de dentes, consistência alimentar de difícil deglutição ou não atrativa ao paladar

4. ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DO PACIENTE COM ALZHEIMER

A Fonoaudiologia, ciência que trata dos aspectos do aparelho estomatognático e cuida da manutenção de uma deglutição segura, atua ativamente junto a equipe de cuidados paliativos de pacientes com a Doença de Alzheimer, pois muitos dos sintomas culminam em disfagias, odinofagia, desidratação e perturbações da comunicação. Cabe

ao fonoaudiólogo, contribuir para a maximização da degutição, com segurança ao deglutir, adaptando-a e preservando o prazer da alimentação por via oral evitando os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações associadas. (TAQUEMORI, 2008).

O Conselho Federal de Fonoaudiologia, emitiu em 2016, o parecer nº 42/2016, que destaca as atribuições do fonoaudiólogo nos cuidados paliativos destacando que o profissional deve contribuir para o alívio dos sintomas e com a qualidade de vida do paciente. Outro ponto importante deste documento está associado às situações em que não é mais possível a alimentação por via oral e neste caso, o fonoaudiólogo deverá informar e orientar sobre as possíveis vias de alimentação visando minimizar o sofrimento do paciente e da família.

Pinto (2009,) salienta a importância de avaliar a deglutição do paciente terminal quando a disfagia intensifica, evidenciando assim alguns sintomas. A importância da avaliação está na adequação da conduta terapêutica a fim de garantir o alívio dos sintomas, aumentar o conforto e diminuir o sofrimento. As considerações feitas pelo autor estão destacadas no quadro 1, de acordo com Pinto, (2009):

Quadro 1: Avaliação da disfagia.

AVALIAÇÃO DA DISFAGIA	
Informação fornecida	Interpretação possível
Paciente inclina a cabeça para baixo durante a deglutição	Reflexo de deglutição lento ou fechamento da laringe insuficiente
Paciente atira a cabeça para trás durante a deglutição	Problema com a fase oral da deglutição, geralmente devido a problemas de movimentação da língua.
Dificuldade em iniciar a deglutição com sólidos	Controle deficiente da língua
Dificuldade com líquidos	Controle deficiente da língua, reflexo de deglutição reduzido ou ausente, obstrução severa, descoordenação muscular, paralisação ou fixação do palato mole.

Sensação de comida parada: <i>globus faríngeos</i>	Obstrução: o paciente pode localizar precisamente o local obstruído
Regurgitação nasal frequente	Disfunção palatal
Falta de consciência de onde o alimento está durante a deglutição	Perda de sensibilidade

Fonte: Pinto (2009).

Ademais, pacientes em cuidados paliativos que tiveram a dieta oral suspensa e a indicação de uma via alternativa de alimentação podem recusar a via alternativa de alimentação e caberá ao fonoaudiólogo aperfeiçoar a alimentação por via oral de forma segura, minimizando os riscos de broncoaspirações, ativando mecanismos protetivos existentes ou adaptados (MOREIRA, 2020). Nesses casos, o paciente ou a sua família, pode recorrer a uma documentação específica onde são descritos os desejos do paciente em fim de vida; toda a equipe deverá respeitar as decisões acerca das condutas que serão tomadas (PINTO, 2009).

Quando o paciente disfágico recusa as vias de alimentação alternativas ou essas vias de alimentação não são indicadas para ele, o fonoaudiólogo pode sugerir modificações na postura de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição mais segura e mudanças na consistência dos alimentos dependendo dos resultados da avaliação (LUCHESE E SILVEIRA, 2018).

O fonoaudiólogo realizará o acompanhamento da administração da dieta que em muitos casos tem apenas o objetivo de manutenção do prazer, realizando também a estimulação gustativa, uma vez que existe uma relação sociocultural entre o papel dos alimentos e a cultura alimentar do paciente e da família. Também é importante o fonoaudiólogo realizar o monitoramento da higiene oral e manter o gerenciamento de deglutição da saliva, a fim de evitar pequenas aspirações que podem levar a um quadro grave de pneumonia (BORDIN; STEENHAGEN, 2009).

Uma das áreas mais afetadas pela doença de Alzheimer é a comunicação. A comunicação dos pacientes pode apresentar-se alterada (rebaixamento do nível de consciência, efeitos colaterais das medicações, alterações de mobilidade e tônus da musculatura facial, déficit de memória, nível de atenção reduzido e uso de palavras incoerentes), dificultando a relação paciente-equipe em muitas tomadas de atitude que

são necessariamente decididas pelo paciente (BARRIGUINHA; MOURÃO; MARTINS, 2017).

Para tal, a contribuição da Fonoaudiologia neste processo está na possibilidade de compreender as demandas da Linguagem e a necessidade de comunicação, maximizando a qualidade do cuidado em saúde e o seu bem-estar emocional (BERTACHINI; GONÇALVES, 2014). Neste sentido Pinto (2009), ressalta que cabe ao fonoaudiólogo, buscar alternativas de comunicação, seja através de gestos ou de pranchas de comunicação, sempre no intuito de garantir maior aproximação do paciente com seus familiares.

Lima (2013), destaca que embora os déficits de linguagem sejam consideráveis e uma cura para o quadro de deterioração mental não tenha sido descoberta, a intervenção de cognição, linguagem e de comunicação pode otimizar a adaptação do funcionamento cognitivo, comunicativo e comportamental ao ambiente. A mesma autora sugere algumas intervenções descritas na literatura que estão elencadas no quadro 2, de acordo com Lima (2013).

Quadro 2: Tipos de Intervenção (Linguagem e Cognição)

Tipos de intervenção (Linguagem e cognição)
1. Intervenções de várias habilidades cognitivas: tarefas de orientação têmporo-espacial, atenção, memória, funções executivas, habilidades visuoespaciais.
2. Atividades de linguagem integradas à atividades físicas
3. Terapia léxico-semântica
4. Intervenção de associação face-nome
5. Atividade comunicativa instrumental de vida diária
6. Treino comunicativo de cuidadores
7. Intervenção baseada na interação conversacional
8. Uso de carteira de memória durante a conversação

Fonte: Lima (2013).

Segundo a resolução nº 491, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, o fonoaudiólogo tem competência técnica e legal para realizar habilitação e reabilitação de funções cognitivas. Fontoura et. al. (2017), afirmaram que a reabilitação cognitiva envolve

meios para identificar e trabalhar as necessidades individuais do paciente, projetando estratégias para compensar os déficits cognitivos e funcionais. É importante mencionar que não ocorre o reestabelecimento da memória após essa forma de intervenção. Neste caso, são trabalhadas áreas de força relativa, presentes em espaços preservados da memória, desenvolvendo estratégias de compensação nos aspectos da memória afetados, de modo a melhorar ou manter o bem-estar e as funções de vida diária.

Ainda no que concerne as terapêuticas empregadas na atuação do fonoaudiólogo, Oliveira (2010), destaca em seu trabalho os benefícios da terapia assistida por animais em pacientes idosos. O fonoaudiólogo deve inserir o animal no contexto da terapia e não somente como objeto lúdico, favorecendo o estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente. Em 2017, a autora supracitada, realizou uma pesquisa com idosos institucionalizados, onde alguns apresentavam a Doença de Alzheimer e estavam em cuidados paliativos e pode comprovar que a presença do cachorro durante a intervenção, trouxe benefícios nas interações dialógicas, gestualidade e afetividade, além de potencializar a comunicação e atuar como agente tranquilizador (OLIVEIRA; CUNHA, 2017).

Um novo recurso que pode auxiliar o fonoaudiólogo nos cuidados de pacientes paliativos é a laserterapia sistêmica (ILIB). Essa, é uma modalidade terapêutica onde o sangue é irradiado e apresenta como benefícios além do efeito cicatrizante e anestésico, o potencial anti-inflamatório, a ativação de células do sistema imunológico, melhora do sono e melhora do humor e estado emocional (BARBOSA, 2020).

Barbosa (2018), relata que a laserterapia consiste em um tratamento não invasivo com baixa contra-indicação, sendo não medicamentoso, baseado na absorção de luz e a sua utilização na atividade celular obtém como melhora a qualidade de vida de pacientes com Alzheimer.

O processo de atuação do fonoaudiólogo nos cuidados paliativos deve ser individualizado e vinculado a um planejamento de cuidados, visando maximizar o conforto durante o processo da morte, respeitando os desejos do paciente e dos familiares, de forma tranquila, segura e consensual, juntamente com a equipe interdisciplinar (CUNHA, 2016).

Por fim, o fonoaudiólogo deve planejar metas realistas e flexíveis para o doente antecipando as suas necessidades de modo a garantir a manutenção de sua autonomia, promovendo as potencialidades do indivíduo, de forma humanizada, respeitando suas expectativas e os limites impostos pela doença, assim como auxiliar o paciente a

restabelecer a sua comunicação garantindo a sua integração familiar e social (CALHEIROS, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação paliativa não tem o objetivo de cura, entretanto, é fundamental que os fonoaudiólogos se reconheçam como agentes cuidadores no processo de morte e percebam também que atuar durante esse processo modifica a vida do paciente, de sua família e a do próprio profissional. O processo de atuação deve ser individualizado e vinculado a um plano de cuidado que oportunize o conforto e respeite os desejos e fragilidades do paciente e dos familiares, de forma tranquila e segura.

Embora a demanda de pacientes que apresentam quadros demenciais como o Alzheimer venha crescendo, assim como cresce a expectativa de vida da população, estudos sobre a atuação em cuidados paliativos precisam ser destacados e ganhar representatividade nas leituras acadêmicas. A humanização deve ser o pilar deste trabalho, que por obrigação, deve possuir um olhar interdisciplinar e uma escuta qualificada. O fonoaudiólogo deve demonstrar a importância de promover ao paciente, sempre que possível a autonomia e o protagonismo necessários para a manutenção da dignidade no fim da vida.

Portanto conclui-se que buscando sempre traduzir em ações concretas o valor da pessoa humana em autocuidado, que a Fonoaudiologia oferece humanismo e competência técnico-científica para abraçar o paciente com Alzheimer no fim de sua vida, auxiliando o próprio paciente e a sua família a encarar da melhor forma possível a fragilidade, a vulnerabilidade e a mortalidade inerente da condição humana.

REFERÊNCIAS

AMÉRICO, Ariel de Freitas Quintão. As últimas 48 horas de vida. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; FILHO, Wilson Lunardi. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, janeiro-fevereiro; 14(1):132-5. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf> Acesso em: 20 mar. 2021

BARBOSA, Elizangela Aparecida. Laser aplicado na infância. In: **Manual Prático do Desenvolvimento Infantil**. Rio de Janeiro: Editora Thieme Revinter. p. 209 – 215, 2020.

BARBOSA, Elizangela Aparecida. Laserterapia e Fonoaudiologia. In: **Fonoaudiologia e Home Care**. Rio de Janeiro: Editora Thieme Revinter. p. 79-80, 2018.

BARRIGUINHA, Cláudia Isabel Francisco; MOURÃO, Maria Teresa do Carmo; MARTINS, José Carlos. Dificuldades de deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. **Audiology Communication Research**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/sQvKhGJyHWL9mt3JkNhtDDD/?lang=pt> Acesso em: 02 maio 2021.

BERTACHINI, Luciana; GONÇALVES, Maria de Jesus. A comunicação como fator de humanização na terceira idade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 6. ed. Centro Universitário São Camylo; Edições Loyola, 2014. p. 113-123.

BORDIN, Ana Lúcia; STEENHAGEN, Cláudia. **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer**. 1. ed. Rio de Janeiro: UNATI, 2009. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf> Acesso em: 02 maio 2021.

BURLÁ, Cláudia; PY, Lígia. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. **Revista Bioética**. v. 13, n. 2, 2005.

CALHEIROS, Andréa dos Santos.; ALBUQUERQUE, Christiane.; A vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, ano 11, abr./jun., 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/8950/6842> Acesso em: 06 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil). **Parecer nº 42, de 18 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. Parecer aprovado na 1450 SPO do CFFa. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/transparencia/pareceres-e-recomendacoes/> Acesso em: 02 maio 2021.

CUNHA, Vanessa Giovannini Gomes. **Atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos pediátricos e seus resultados na percepção de cuidadores e profissionais da equipe de um Hospital Universitário**. Dissertação (Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AQAP5F> Acesso em: 06 maio 2020.

FANGEL, Leticia Meda Vendrusculo. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: **Cuidados paliativos**. Disponível em: https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte48.pdf Acesso em: 06 maio 2020.

FERREIRA, Laura Couto. **A atuação fonoaudiológica nos cuidados paliativos**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26619> Acesso em: 06 maio 2020.

FISCHER, Joyce Mara Kolinsky; ARAUJO, Lucia Regina Terlizzi; WIEGAND, Solange Carmo Bowoniuk; D'ESPINDULA, Thereza Cristina de Arruda Salomé. **Manual de tanatologia**. Curitiba: Unificado, 2007. Disponível em: <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/159.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

FONTOURA, Denise Ren; TISSER, Luciana; BUENO, Orlando; BOLOGNANI, Silvia; FRISON, Thirzá. **Teoria e prática na reabilitação neuropsicológica**. 1. ed. São Paulo: Vetor Editora, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1979.

GIRALDI, Mariângela Saggiorato. **O conhecimento sobre demências na atuação fonoaudiológica**. Disponível em: <https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/06/o-conhecimento-sobre-demencia-na-atuao-fonoaudiologica.pdf> Acesso em: 06 maio 2020.

KOVACS, Maria Julia. Educação para a morte. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 25(3); 484-497. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 21 maio 2021.

LIMA, Tatiane Machado. **Intervenção da comunicação na Doença de Alzheimer**: uma revisão sistemática. Trabalho de conclusão de curso de Fonoaudiologia apresentado à

banca da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/183445> Acesso em: 04 abr. 2021

LUCKESI, Karen Fontes.; SILVEIRA, Isabela Costa. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. **Revista CoDas**; v. 30, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017215>. Acesso em: 02 maio 2021.

MACEDO, Luciana Bilitário; LUCIANO, Hione da Silva; SILVA, Maria Fernanda Freitas; TEIXEIRA, Silvana Pinho. **Cuidado humanizado no ambiente hospitalar**: uma revisão literária na visão da fisioterapia. Trabalho final do Curso de Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar. Salvador, Bahia. 2011

MACIAK, Inês. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enferm**,14(1):127-35, jan/mar. 2009.

MARTIN, Leonard. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 6. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola. 2014. p. 31-50.

MEZOMO, João Catárin. **Hospital Humanizado**. Fortaleza (CE): Premium, 2001.

MORAES, Ivete Iara Gois. **Se estiveres morrendo... te cuidarei!** Projeto de Pesquisa apresentado como requisito de conclusão do Programa de Pós-graduação do curso de Especialização em Informática Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e o Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2012.

MOREIRA, Márcio José da Silva; GUIMARÃES, Michelle Ferreira; LOPES, Leonardo; MORETI, Felipe. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. **Revista CoDas**, n. 32, v.4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019202>. Acesso em: 02 maio 2021.

NOGUEIRA, Caroline Leme. **Humanização hospitalar**. Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Administração de Empresas do Instituto de Ensino Superior de Assis. Assis, 2013. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1011261008.pdf> Acesso em: 20 mar. 2021.

OLIVEIRA, Glícia Ribeiro. **A interação fonoaudiólogo-paciente-cão: efeitos na comunicação de pacientes idosos.** Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, Glícia Ribeiro; CUNHA, Maria Claudia. **Efeitos da atividade assistida por animais nas condutas comunicativas de idosos: abordagem fonoaudiológica.** Revista Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 29 (4): 644-653, 2017.

OLIVEIRA, Patrícia Isabel Machado. **Mecanismos de Neurodegeneração na Doença de Alzheimer e a sua modulação por polifenóis.** Relatório de Estágio e Monografia apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2020. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/92966>. Acesso em: 02 maio 2021

ORTIZ, Karin Zazo; BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira. Alterações de linguagem nas fases iniciais da Doença de Alzheimer. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 63 n. 2, 311-317, jun. 2005.

PINTO, Adriana Colombani. et.al. Manual de Cuidados Paliativos. **Ebook produzido pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** 1. ed. Editora Diagraphic., 2009. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 06 maio 2020.

RAMOS, Bianca Figueiredo e LUSTOSA, Maria Alice. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, v.12, n.1, pp. 85-9, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1a07.pdf> Acesso em: 12 jun. 2020.

REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

REITZ, Christiane; MAYEUX, Richard. Alzheimer disease: Epidemiology, Diagnostic Criteria, Risk Factors and Biomarkers. **Biochemical Pharmacology**. v. 88, n. 4, 640-651. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006295213008083> Acesso em: 02 maio 2021.

SANT'ANA, Natalia Jordy; FILHO, Paulo Henrique Garcia; MENDONÇA, Roberta Rios; KAMADA, Márcio. Terapia anti-amiloide: uma nova estratégia para tratamento da doença de Alzheimer. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2018. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913376/162127-131.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.

SELLI, Lucila. Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 2, 248-53, abr./jun. 2003.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira da; HORTALE, Virginia Alonso. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

TAVARES, Thaíza Estrela; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves. Características de mastigação e deglutição na Doença de Alzheimer. **Revista CEFAC**, 2012.

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade – Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: **Cuidados paliativos**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

TREFILO, Sérgio Garcia de Souza. **Enfermagem em cuidados paliativos no tratamento de câncer de mama em fase terminal**. Projeto de Pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera Educacional. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2015.