



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR –
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH)

MARIA LUIZA DA ASSUNÇÃO MODESTO

*O Ato de Comer X Dificuldade de Deglutição: O Cuidado Paliativo na Perspectiva da
Fonoaudiologia e do Cliente Idoso em Fim de Vida*

Rio de Janeiro

Janeiro/2020

MARIA LUIZA DA ASSUNÇÃO MODESTO

O Ato de Comer X Dificuldade de Deglutição: O Cuidado Paliativo na Perspectiva da Fonoaudiologia E do Cliente Idoso em Fim de Vida

Relatório de Defesa apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

Janeiro/2020

O Ato de Comer X Dificuldade de Deglutição: O Cuidado Paliativo na Perspectiva da Fonoaudiologia E do Cliente Idoso em Fim de Vida

MARIA LUIZA DA ASSUNÇÃO MODESTO

APRESENTADO EM: _____

BANCA EXAMINADORA:

Nome do orientador (a)
Presidente / Orientadora
UNIRIO

Nome do primeiro examinador - externo à UNIRIO
1ª Examinador

Nome do segundo examinador
2ª Examinador

Nome do suplente do primeiro examinador- externo à UNIRIO
Suplente

Nome do suplente do segundo examinador

DEDICATÓRIA

A Deus, por me permitir a habilidade de cuidar e aos meus pais, José Carlos Modesto e Helena das Dores da Assunção (em memória), que diante de todo sacrifício e apesar de todas as lutas me inspiraram a estudar, ensinaram a respeitar e amar ao próximo.

AGRADECIMENTOS

A banca examinadora, pela gentileza, disponibilidade e contribuições na construção desta dissertação.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo, por ter aceitado me orientar mesmo atribulada em meio a orientação de diversos mestrandos e doutorandos. E principalmente pela “força” nos momentos em que pensei em desistir.

Ao meu pai, vida da minha vida, minha razão de continuar, por toda compreensão, quando já não conseguia mais responder diante de uma conversa, quando o digitar era maior que o falar. Gratidão por todo apoio, desde o café da manhã ao jantar... Da oferta dos inúmeros copos de água, que esquecia de beber enquanto estudava. Obrigada, meu pai, por todas as frases de apoio: “Vai com Deus, um bom dia com muita tranquilidade e calma!”.. “Tente conciliar, você vai conseguir trabalhar e escrever”..”Para minha princesa guerreira..” OBRIGADA!

As amigas, Leila Claudia Monteiro de Castro dos Santos Braga, Tatiane Santiago, Ana Paula Ramos e Viviane Alves por toda disponibilidade. Sem vocês seria muito mais difícil!

A coordenadora do serviço de Fonoaudiologia do município de Itaguaí, Amanda Menezes, por toda boa vontade e auxílio na elaboração e execução do documento que foi necessário para iniciar a pesquisa no referido município.

Ao meu namorado, Carlos Guilherme Lima da Silva, pela compreensão dos meus momentos de ansiedade e nervosismo. Por toda paciência, apoio e carinho.

Aos clientes idosos internados e seus acompanhantes, por permitirem minha presença em suas vidas, ainda que de forma breve. Em especial, ao Sr. F.(em memória), que não identificarei por não conseguir contatar a família e solicitar permissão de divulgação do seu nome. Mas não poderia deixar de mencionar quem me motivou a iniciar os estudos sobre cuidados paliativos e descobrir que essa é minha missão.

Ao Dr. Luiz Eduardo da Motta Ferreira, que foi extremamente solícito e receptivo a minha chegada ao HUGG, bem como a todos os profissionais dos plantões que me receberam nesta instituição.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram a alcançar esse sonho.

RESUMO

Introdução: No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020 (VERAS e OLIVEIRA, 2018). Isso significa a relevância de especializar-nos para cuidar de pessoas cada vez mais idosas, levando em consideração suas comorbidades. Sendo assim, a fim de promover intervenção adequada e de sucesso, hoje se fala muito dos cuidados paliativos oferecendo assistência técnica e humanista aos clientes que passam por uma doença grave, progressiva, crônica e com prognóstico restrito, dando ênfase a qualidade de vida (LOURENÇO, JÚNIOR e SANCHEZ, 2018). Foi pensando nas dificuldades para deglutir, dessa população que nossa preocupação foi centrada em três temas principais: TERMINALIDADE, SATISFAÇÃO EM ALIMENTAR-SE E O ESPAÇO onde o cliente terminal situa-se. A busca pela satisfação em conseguir realizar algo está muito além do prazer que isso pode proporcionar. A satisfação prima pelo que é suficiente e resulta de momentos positivos específicos, de experiências felizes. Se no caso comer pela boca está relacionado a satisfazer uma necessidade natural e ser uma experiência feliz, assim encontra-se a satisfação (GIACOMONI, 2004). Nesse estudo serão abordados os aspectos clínicos mais apresentados por clientes em cuidados paliativos que podem interferir na função da deglutição. Este trabalho justifica-se pela prevalência de clientes elegíveis a receber cuidados paliativos com dificuldade para deglutir e a dificuldade que o profissional fonoaudiólogo apresenta em intervir nesse público. **Objetivo:** Verificar como os clientes alvo dessa pesquisa vivem a experiência de alimentar-se, identificar sinais e sintomas que justificam a intervenção fonoaudiológica além de criar um material didático instrucional com orientações fonoaudiológicas para o cuidador e a equipe de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, dividido em duas etapas, sendo elas observação/diário de campo e entrevistas. Análise dos resultados a partir das técnicas de análise de conteúdo e etnometodologia. **Resultados:** foram entrevistados 15 clientes e / ou acompanhantes, 11 mulheres (73,33%), 3 homens (26,66%); muitos apresentam dificuldades para deglutir, mas não reconhecem os sintomas disfágicos; de modo geral, afirmam a importância da higiene oral; 100% preferem sentir o sabor dos alimentos a ficarem de dieta zero absoluta; grande maioria tem preferência pelo doce e gostariam de ser atendidos por um fonoaudiólogo. Como produto, obtivemos dois artigos e um material didático instrucional. **Conclusão:** Apurar que os idosos estão frequentemente sobre o risco de engasgarem-se nos impulsiona o reviver, mesmo sabendo que ele não depende somente de uma categoria de profissionais, mas de todos para vê-los como sujeitos por inteiro e que enquanto há vida, existe necessidade de um cuidado com ele, com o ambiente, com seus medicamentos, com suas coisas, com suas famílias. **Descritores:** cuidados paliativos; alimentação; distúrbios da deglutição; nutrição; fonoaudiologia.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the number of elderly people (≥ 60 years old) increased from 3 million in 1960 to 14 million in 2002 (an increase of 500% in forty years) and is expected to reach 32 million in 2020 (VERAS and OLIVEIRA, 2018).). This means the importance of specializing in caring for older people, taking their comorbidities into account. Thus, in order to promote appropriate and successful intervention, today there is much talk of palliative care offering technical and humanistic assistance to clients who are suffering from a serious, progressive, chronic disease with restricted prognosis, emphasizing quality of life (Lourenço, JR and SANCHEZ, 2018). It was thinking about the difficulties in swallowing this population that our concern was centered on three main themes: TERMINALITY, SATISFACTION IN FOOD AND THE SPACE where the terminal customer is located. The pursuit of satisfaction in achieving something is far beyond the pleasure it can provide. Satisfaction excels in what is sufficient and results from specific positive moments, happy experiences. If in the case eating by mouth is related to meeting a natural need and being a happy experience, so is the satisfaction (GIACOMONI, 2004). This study will address the clinical aspects most presented by clients in palliative care that may interfere with the swallowing function. This study is justified by the prevalence of clients eligible to receive palliative care with difficulty swallowing and the difficulty that the speech therapist presents in intervening in this public.

Objective: To verify how the clients targeted by this research live the experience of eating, identify signs and symptoms that justify the speech therapy intervention and create a newsletter with speech and language guidance for the client and their caregiver. **Method:** Qualitative study, divided into two stages, namely observation / field diary and interviews. Analysis of the results from the techniques of content analysis and ethnomethodology. **Results:** 15 clients and / or companions were interviewed, 11 women (73.33%), 3 men (26.66%); many have difficulty swallowing but do not recognize dysphagic symptoms; generally state the importance of oral hygiene; 100% prefer to taste foods rather than absolute zero diet; Most have a preference for sweets and would like to be attended by a speech therapist. As a product, we obtained two articles and a newsletter. **Conclusion:** Finding that the elderly are often at risk of choking drives us to relive, even though we know that it depends not only on one category of professionals, but on everyone to see them as whole subjects and that while there is life, There is a need for care for him, his environment, his medicines, his things, his families. **Descriptors:** palliative care; food; swallowing disorders; nutrition; speech therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagens de videofluoroscopia mostrando fase faríngea da deglutição adequada na figura 1A e alterada na figura 1B, nessa evidenciando acúmulo de resíduo em região faríngea pós deglutição em um cliente com câncer de base de língua (TUTT, 2016).....	26
Figura 2 – Fluxograma de criação do produto da dissertação.....	33
Figura 3 - Painel sucinto do resultado das entrevistas sobre o que os idosos terminais querem.....	61
Figura 4 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!.....	101
Figura 5 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!.....	102
Figura 6 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!.....	102
Figura 7 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!.....	103
Artigo 1	
Figura 1 – Frequência em que os aspectos clínicos aparecem em cada base de dados.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Diagnóstico.....	41
Quadro 02 – Diagnóstico.....	42
Quadro 03 – Diagnóstico.....	42
Quadro 04 – Diagnóstico.....	43
Quadro 05 – Diagnóstico.....	46
Quadro 06 – Diagnóstico.....	46
Quadro 07 – Diagnóstico.....	48
Quadro 08 – Diagnóstico.....	49
Quadro 09 – Diagnóstico.....	50
Quadro 10 – Total geral de registros.....	50
Quadro 11 – Quadro geral da caracterização sócio demográfica com as questões do instrumento de 1 a 4.....	53
Quadro 12 – O cuidado paliativo na perspectiva da fonoaudiologia e do cliente idoso em fim de vida.....	54
Quadro 13 – Sobre a importância da higiene oral.....	55
Quadro 14 – Sobre a possibilidade do uso de sonda de alimentação.....	56
Quadro 15 – Sobre o estímulo gustativo.....	57
Quadro 16 – Sobre a palatabilidade.....	58
Quadro 17 – Sobre a fonoaudiologia hospitalar.....	59
Quadro 18 – Sobre querer a intervenção fonoaudiológica.....	60
Quadro 19 – Escala Qualitativa dos Registros Analisados.....	66
Quadro 20 – Total que indica 100% dos respondentes são 15 clientes internados com doenças ameaçadoras de vida, na perspectiva da disfagia (dificuldade para deglutir).....	72
 Artigo 02	
Quadro 01 – Sobre o estímulo gustativo.....	96
Quadro 02 – Sobre a importância da higiene oral.....	97
Quadro 03 – Sobre querer a intervenção fonoaudiológica	98

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Estratégia PICO.....	80
Tabela 2 – Frequência em que os aspectos clínicos aparecem em cada base de dados.....	85
Tabela 3 – Teste <i>Shapiro – Wilk</i> de normalidade de distribuição dos dados.....	86

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- **AD** – Alteração da Deglutição
- **AR** – Alterações Respiratórias
- **AS** – Alteração do Sono
- **BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- **CAPES**: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- **CEP**: Comitê de Ética em Pesquisa
- **CFFA** – Conselho Federal de Fonoaudiologia
- **CM** – Clínica Médica
- **CNE**: Catéter Nasoenteral
- **CP** – Cuidados Paliativos
- **H0** – Hipótese nula
- **H1** – Hipótese alternativa
- **HUGG**: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
- **IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- **MD** – Medicação
- **MI** – Mililitro
- **MNBZ** – Macronebulização
- **MS**: Ministério da Saúde
- **Nº** - Número
- **O2** – Oxigênio
- **OF** – Odinofagia
- **OMS** – Organização Mundial da Saúde
- **QV** – Qualidade de Vida
- **SBGG** – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
- **SO** – Secreções Oraís
- **TCLE**: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **UNIRIO**: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- **VAA** – Via Alternativa de Alimentação
- **VO** – Via Oral

- **XM** – Xerostomia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO:	15
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	18
1.2.1 GERAL.....	18
1.2.2 ESPECÍFICOS.....	18
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	18
CAPÍTULO I - ANCORANDO O PROBLEMA NA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICAS.....	22
2.1 O ATO DE DEGLUTIR.....	22
2.2 IDOSO TERMINAL E O ATO DE ALIMENTAR-SE - CUIDADOS PALIATIVOS EM FONOAUDIOLOGIA.....	25
2.3 POR QUE IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PERSPECTIVA DA FONOAUDIOLOGIA.....	27
CAPÍTULO II - MÉTODO E A PRODUÇÃO DE DADOS - OS CAMINHOS E OS DESAFIOS	
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	31
3.1 O MÉTODO E A PRODUÇÃO DE DADOS.....	31
3.2 ETAPAS DA PESQUISA.....	34
3.2.1 LOCAL DA PRODUÇÃO DE DADOS.....	34
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
3.4 METODOLOGIA.....	36
3.5 PRODUTOS DA PESQUISA.....	51
3.5.1 ORGANIZAÇÃO DE DADOS PRODUZIDOS NAS ENTREVISTAS.....	52
3.5.2 A SÍNTESE DAS ENTREVISTAS.....	61
CAPÍTULO III - ANÁLISE DOS RESULTADOS E CATEGORIAS ENCONTRADAS	
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS.....	64
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	76
6 CONSIDERAÇÕES "DISFÁGICAS"	103
7 BIBLIOGRAFIA.....	105
8 CRONOGRAMA.....	112
9 APÊNDICES.....	113
9.1 TERMO DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ.....	113

9.2 CARTA CONVITE.....	114
9.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	115
9.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1).....	117
10 ANEXO - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....	119

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

Há anos atrás envelhecer era privilégio de poucos, hoje com a evolução científico tecnológica passa a ser comum mesmo nos países mais pobres. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020 (VERAS e OLIVEIRA, 2018). Verifica-se que com tal conhecimento pode ocorrer um aumento na sobrevivência de indivíduos convivendo com alguma doença crônica provocando, assim, um aumento na prevalência de morbidades ou incapacidade relacionada (CAMARGOS e GONZAGA, 2015).

Isso significa pensar na relevância de especializar-nos para cuidar de pessoas cada vez mais idosas, levando em consideração suas comorbidades, além das doenças crônicas e a possíveis agudizações que as levam a prováveis internações. No caso de idosos com doença terminal, é de grande valia prevenir tais agudizações, controlar os sintomas desagradáveis priorizando o bem estar, considerando que os profissionais envolvidos no cuidado devem ser carregados de sensibilidade, como forma delicada humana de cuidar¹, considerando não apenas a doença, mas todas as dimensões que envolvem o ser humano, em todos os sentidos de ser e viver.

Sendo assim, a fim de promover intervenção adequada e de sucesso, hoje se fala muito dos cuidados paliativos oferecendo assistência técnica e humanista aos clientes que passam por uma doença grave, progressiva, crônica e com prognóstico restrito, dando ênfase a qualidade de vida (LOURENÇO, JÚNIOR e SANCHEZ, 2018). Pode parecer-nos uma “utopia” pensar em qualidade de vida quando falamos de gente que está morrendo, muitas vezes em sofrimento, mas o foco será sempre a tentativa de oferta de conforto² e alívio em sua trajetória de viver, principalmente quando internado.

¹ Habilidade que nos move a executar o cuidado como um modo de ser, considerando atos, comportamentos e atitudes do meu eu com o outro e para o outro. (WALDOW e BORGES. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. Acta paul. enferm. 2011. vol.24, n.3, pp.414-418).

² Segundo Figueiredo, Machado a teoria do conforto é uma meta para o cuidado de enfermagem e de preocupação da enfermagem brasileira, ela é dirigida a pessoa hospitalizada, e as demais pessoas a ela ligada com meta de manter e promover o conforto bem estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades, profissionais e institucionais. O conforto é entendido para além do cuidado, porque é ofertado para o bem estar das pessoas como condição de conforto físico-espiritual que se inicia no cuidado com o ambiente, com os pertences, com a família, com o corpo que recebe cuidados e que se expressa nos sinais, signos e sintomas físicos biológicos. São cuidados para o espírito que começa com a comunicação, a atenção a escuta sensível, a oração, a mímica, a presença da família e de pessoas de afeto – manutenção da esperança, das possibilidades e

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida advém de uma idéia ampla que envolve a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais além de outras características envolvidas com o meio ambiente, incluindo um sistema de valores que envolvem metas, expectativas, padrões e preocupações (FERREIRA, MEIRELES e FERREIRA, 2018). É assumindo esse conceito que embasamos todo o cuidado e a consequência deste para o cliente³ em questão.

Com o passar dos anos devido às modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento, nota-se alterações no sistema sensorio motor oral com consequentes inadequações nas fases oral, faríngea e esofágica da deglutição e, como consequência, uma deglutição menos eficiente no idoso (JOTZ, ANGELIS e BARROS, 2009). Foi pensando nestas afirmações que decidi centrar minha preocupação de pesquisa em três temas principais: TERMINALIDADE, SATISFAÇÃO EM ALIMENTAR-SE E O ESPAÇO onde o cliente terminal situa-se.

Tendo em vista tais modificações, o estudo tem por finalidade apresentar um olhar crítico e atento do profissional de fonoaudiologia, que manifesta a seguinte questão norteadora do estudo: como é possível manter a alimentação por via oral (VO), apesar da dificuldade de deglutir, em fim de vida?

Esta questão está ancorada a prática que exerço ao identificar que estes clientes apresentam dificuldades para deglutir e a significância que dão ao ato de comer, bem como suas consequências agradáveis e desagradáveis. O cuidado nestas circunstâncias é complexo, exige competência e habilidade para viver estas situações com ele. Para Heidegger in: Oliveira e Carraro (2011), “o cuidado favorece o modo positivo de cuidar dos entes, não entendendo isso como sinônimo de bondade, e sim como a possibilidade de perceber o que é realmente importante, considerando o que é realizado, o que está além do realizado, além do que se pode perceber, refletindo sobre o ser de forma mais abrangente”.

À luz do pensamento / conceito dado por Heidegger, dentro da humilde referência estudada, acreditamos que o cuidado na fonoaudiologia é atribuído ao valor que se dá ao ser como único, subjetivo, pensante e falante, que se comunica por gestos e palavras em busca de

das crenças (...) (FIGUEIREDO e MACHADO, 2010, p.427. Corpo e Saúde – Condutas Clínicas de Cuidar. Editora Águia Dourada, RJ).

³ Prefere-se usar o termo cliente ao invés de paciente, levando em consideração que o paciente pode ser visto como aquele que sofre, que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado (Humaniza Sus – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde Tiragem: 4.ª edição – 4.ª reimpressão – 2010).

algo que lhe traga a satisfação a partir de algo realizado, principalmente quando ele está gravemente doente.

A busca pela satisfação em conseguir realizar algo está muito além do prazer que isso pode proporcionar. A satisfação prima pelo que é suficiente e resulta de momentos positivos específicos, de experiências felizes. Se no caso de quem tem dificuldade para realizar a ingestão por via oral, comer pela boca está relacionado a satisfazer uma necessidade natural e ser uma experiência feliz, assim encontra-se a satisfação (GIACOMONI, 2004).

Comer está incluso nos prazeres mais simples e naturais, então porque não oferecer a possibilidade deste ser realizado mesmo nos momentos finais da vida?

O prazer é uma sensação sentida pelo corpo, em relação às demais sensações (possuidoras de um caráter físico). Não é limitado por uma idéia e sim pelo limite da natureza sensível. Acredita-se a partir disso que se o sujeito/cliente ainda solicita e tem o desejo de comer nesse estágio da vida, o desejo saciado ainda que adaptado possa lhe trazer prazer e conseqüente melhor qualidade de vida (MARTINS e COSTA, 2016).

Para Epicuro, o prazer era experimentado por um enfermo nos intervalos quando a dor cessava, podendo ser esta física ou mental. Considerando que o objetivo maior dos cuidados paliativos é minimizar a dor e os sintomas desagradáveis, sentir prazer comendo por boca pode auxiliar nesse processo (MARTINS e COSTA, 2016).

“Os alimentos mais simples proporcionam o mesmo prazer que as iguarias mais requintadas, desde que se remova a dor provocada pela falta: pão e água produzem o prazer mais profundo quando ingeridos por quem deles necessita (EPICURO, 2002)”

A fonoaudiologia é a ciência que estuda a comunicação humana e o ser humano é o único ser vivo que consegue transformar o ato de comer para além de cumprir uma função vital. Comer nesse contexto também é um ato de comunicação, visto que a etimologia da palavra vem do latim “*communicatio.onis*” que significa ação de participar ([] Dicio - Dicionário Online de Português, 2009). E é exatamente o que fazemos quando estamos em torno de uma mesa para realizar uma refeição habitual ou ainda comemorar algum acontecimento, aniversário ou coisas a fim. Assim estamos participando de um momento no coletivo.

“O homem é o ser que fala mesmo quando não fala e cala, recolhendo-se no silêncio do sentido, assim como é o ser que morre, mesmo quando não morre e vive, recolhendo-se a temporalidade da existência (HEIDEGGER, 2005)”.

O tema desencadeador de ações de cuidar e produzir conhecimento está centrado na alimentação por via oral (VO) como um momento de satisfação, de segurança e manutenção do idoso terminal no fluxo da vida. A alimentação nesse período da vida não é mais uma preocupação sobre a oferta nutricional e hídrica, e sim fonte de satisfação e qualidade de vida para os clientes idosos terminais, apesar de disfágicos, e é imprescindível equilibrar a eficácia e a segurança da deglutição com a satisfação.

Nesse estudo serão abordados os aspectos clínicos mais apresentados por clientes em cuidados paliativos que podem interferir na função da deglutição. Este trabalho justifica-se pela prevalência de clientes elegíveis a receber cuidados paliativos com dificuldade para deglutir e a dificuldade que o profissional fonoaudiólogo apresenta em intervir nesse público.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral: Caracterizar como o idoso disfágico em cuidados paliativos vive a experiência de alimentar-se.

1.2.2Específicos:

1. Identificar como o alimento é ofertado e como ele gostaria que fosse, relatado por ele ou pelo acompanhante;
2. Discutir os aspectos clínicos, físicos e psicossociais identificados em clientes disfágicos em cuidados paliativos que interferem na deglutição;
3. Apresentar possibilidades de cuidado e alívio para clientes idosos disfágicos em cuidados paliativos, através do produto de inovação tecnológica.
4. Criar um material didático de conteúdo instrucional impresso com orientações aos cuidadores e a equipe de saúde, no caso de clientes institucionalizados, para o momento da alimentação por via oral, como produto da dissertação.

1.3 Justificativa e Relevância

A população mundial envelhece, e a projeção de população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revisada em 2018, diz que um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos em 2060 (IBGE, 2018). Um estudo mostrou que a prevalência de disfagia orofaríngea apresentou configurações com taxas entre 30% e 40% em idosos que vivem independentemente, 44% naqueles internados, e 60% em institucionalizados (BAIJENS, CLAVÉ, *et al.*, 2016). Isso significa dizer o quanto é importante a produção de conhecimento de disfagia em idosos em qualquer lugar que ele esteja.

O estudo se justifica por vários motivos:

- a) Aumento da população de idosos dentro e fora dos hospitais e da prevalência de doenças crônicas degenerativas;
- b) O fortalecimento da área da saúde com enfoque na fonoaudiologia e sua inserção mais completa e complexa nos cuidados paliativos;
- c) Contribuição para a área de conhecimento e sua utilização nos diversos espaços nos quais se encontram os clientes;
- d) Possibilidade de desenvolvimento de diversas ações de avaliação, prevenção e tratamento e minimização do impacto da disfagia;
- e) Favorecimento de discussões interdisciplinares sobre o sintoma e como todos podem agir para aliviar o sofrimento dos clientes com dificuldades de deglutição;
- f) Pode ser um estudo orientado para alunos de fonoaudiologia que se interessem pelo tema.
- g) Considerar, neste estudo, que não se trata do alimento em si, mas o ato de se alimentar quando se pensa em satisfação, em ambiente adequado e estético para isso. Finalmente estamos atentas aos desafios que envolvem clinicamente o idoso diante de doenças ameaçadoras de vida, seu espaço, sua família, a equipe de saúde e os problemas políticos e culturais enfrentados quanto à terminologia e prática paliativa na instituição.
- h) Enfrentar o desafio da atualidade, da compreensão do que é cuidado em fonoaudiologia quando os fundamentos das diretrizes curriculares na área da saúde são pra todos os profissionais, e, que cada um tem que assegurar sua especificidade.
- i) Justifica-se porque pretendemos duplicar o discurso de uma clinica específica para a fonoaudiologia, com os “avanços” do mundo atual que exige dos profissionais, produção de conhecimento e de inovações tecnológicas nas diversas áreas de atuação.
- j) Considerando que a Fonoaudiologia é uma profissão nova diante de outras da área da saúde, o estudo justifica-se pela tentativa de ampliar conhecimentos sobre o que

fazemos como ação e o que produzimos como ciência, para avançar numa prática que está em construção e “urge” mostrar a sua diferença, para assegurar-se como autônoma.

CAPÍTULO I**– ANCORANDO O PROBLEMA NA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA –**

2 FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICAS

2.1 O ato de deglutir

A eficácia da deglutição se refere à capacidade que o sujeito tem de ingerir as calorias e a água que precisa para estar nutrido e hidratado. Pressupomos então, que uma deglutição é dita ineficaz quando observamos presença de sinais como escape oral, acúmulo de resíduo oral, deglutições múltiplas e resíduo faríngeo. Enquanto que é julgada uma deglutição segura quando o indivíduo realiza a ingesta por VO sem riscos aspirativos para que não se produzam complicações respiratórias (tosse, alteração vocal e queda de saturação periférica de oxigênio) (WEGNER, STEIDL, *et al.*, 2018). Pensando nisso avaliamos e definimos conduta de forma que o ato de comer possa ser o mais seguro, satisfatório, eficaz e confortável possível.

Quando falamos em conforto nos referimos a um fenômeno multidimensional, subjetivo, que depende do estado físico, social, psicológico, espiritual, e ambiental que se encontra o indivíduo. E nesta visão entendemos que ter acesso à comida, principalmente em situações de doença, é uma característica identificada para se alcançar o conforto. Logo, presumo que quando falamos em oferta de dieta de conforto, conforto em se alimentar, estamos nos referindo a essa multidimensionalidade que envolve a presença da família, apoio de cuidadores, tranquilidade, paz, calma, consistência e volume de dietas toleráveis, posicionamento do corpo adequado, boa comunicação estabelecida, o direito de escolha do que comer, como comer e assim sentir-se bem por ainda ter a possibilidade de fazer algo normal ou o mais próximo disso ou ainda ter respeitado um desejo (previamente explicitado a uma pessoa de sua confiança) como antes da doença. Sendo assim o indivíduo se reconhece como sujeito que faz suas escolhas ainda que essas sejam adaptadas ao momento de vida atual.

Provavelmente não usaremos o termo “reabilitar” como o ato de restituir capacidades, mas o ato de “habilitar” que é criar condições adequadas para cada cliente, em especial de modo que possa exercer a busca pela satisfação de alimentar-se. Deixando claro que quando usamos o vocábulo “estímulo”⁴ nos referimos ao ato de incentivar, incitar como é definido Dicionário Online de Português (2009).

⁴ Impulsionar respostas neurofisiológicas a partir da oferta de um sabor (doce, salgado, azedo, amargo, umami) gerando alguma satisfação, considerando uma estética para o prato do alimento, para o espaço onde o público alvo deste estudo alimenta-se, das relações entre as pessoas que estão com ele nesse momento.

O pressuposto que nos ocorre agora ao escolher o foco central do estudo é assim pensado: a fonoaudiologia após diagnóstico e definição do seu plano de cuidados, dependendo do grau de disfagia e segurança do cliente, pode “habilitar” o idoso terminal a manter alimentação por satisfação oral e tornar os horários de alimentação num momento agradável. Ainda que não seja possível manter uma alimentação segura, se for desejo do paciente pode-se pensar em manter algum sabor por satisfação, mantendo a estimulação gustativa enquanto aprazível for para este cliente. É de grande importância lembrar que a estimulação gustativa com ou sem volume pode ocorrer não com o objetivo de reabilitação, mas com o fim de promover mínimo de satisfação ao cliente e muitas vezes a própria família (CARVALHO e BARBOSA, 2012).

A nossa inquietação com o ato de deglutir dos idosos, precede as dificuldades que o público alvo deste estudo, idosos disfágicos elegíveis a receberem cuidados paliativos apresenta, visto que pelo próprio envelhecimento já ocorrem vários ajustes musculares e alteração da sensibilidade que caracterizam a presbifagia. Tendo em conta a presbifagia associada ao que é patológico, a alteração da deglutição como sintoma de uma doença prévia, os idosos disfágicos tornam-se centrais nesse estudo, porque, na maioria das vezes apresentando-se em estado terminal do viver, cada vez mais dependentes dos profissionais de saúde, bem como da família, já manifestam alguma dificuldade para se alimentar bem como para outras atividades de vida diária (banho, ida ao vaso sanitário, transferência, continência) (MOURA e VERAS, 2017).

No caso específico da alimentação, quando o cliente apresenta dificuldade para deglutir (disfagia), é fundamental o cuidado fonoaudiológico, visto esse ser relatado como um sintoma presente em clientes que recebem cuidados paliativos em até 79% dos casos (MERCADANTE, AIELLI, *et al.*, 2015). Um estudo (FRANCISCO BARRIGUINHA, CARMO MOURÃO e MARTINS, 2017), concluiu que 50% da amostra apresentava disfagia nos últimos sete dias de vida. A escolha por clientes idosos disfágicos com diagnóstico de doença ameaçadora de vida, não é centrada na morte, mas na possibilidade de manter o idoso no “fluxo da vida” apesar de suas limitações de forma satisfatória, no que diz respeito ao ato de se alimentar. Estes muitas vezes sentem dor e dificuldades para respirar e isso precisa ser considerado na complexidade que é deglutir. O paliativo aqui, para nós, é a hora, o “espaço” de cuidar para alimentar, podendo ser no hospital, no ambulatório, nas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), ou em casa.

A OMS define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos clientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal

(CARVALHO e PARSONS, 2012). Considerando tal definição, a decisão de fornecer ou não o suporte nutricional por via alternativa de alimentação ao cliente em cuidados paliativos dependerá do desejo deste e da família, visto quão discutível ainda se encontra a questão da necessidade de suporte nutricional neste momento da vida (REIRIZ, MOTTER, *et al.*, 2008).

Também precisamos considerar o que é qualidade de vida (QV) em clientes críticos ou terminais de toda uma representação e subjetividade envolvida na fase. É oportuno inquirir sobre a qualidade de vida em deglutição para inteirar-se sobre o impacto das alterações experienciadas durante o ato de se alimentar, capazes de repercutir no estado nutricional, de acordo com a própria percepção do indivíduo (WEGNER, STEIDL, *et al.*, 2018), lembrando que o cliente em cuidados paliativos é de atenção interdisciplinar e o papel fundamental da fonoaudiologia está em conhecer os sinais de disfagia para que se alimente da melhor forma possível e encontre a vontade de viver, numa permanente discussão com a equipe de saúde e familiares.

Sabe-se que essa adjetivação de cuidados “paliativos” é nova e tem desencadeado interesse de muitos profissionais, principalmente na área da saúde pública e em países em desenvolvimento. Esse interesse tem implicações políticas, econômicas e o domicílio como cuidados paliativos. A atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos é ainda muito recente e contribui de forma a maximizar a deglutição, adaptá-la e ou preservar com segurança a satisfação da alimentação por VO, bem como ajudar o cliente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, visando a uma maior integração social e familiar respeitando suas expectativas e os limites da doença avançada (CARVALHO e BARBOSA, 2012) (CALHEIROS e ALBUQUERQUE).

Com essas considerações introdutórias delimitei o objeto de estudo como: a satisfação de idosos em cuidados paliativos em fim de vida, para comer apesar da sua dificuldade para deglutir. As questões norteadoras que orientam a produção de dados são: Como identificar aspectos clínicos de disfagia em idosos em programa de cuidados paliativos? Como intervir em cuidados paliativos nos clientes com disfagia destacando princípios que norteiam a intervenção?

Estas questões estão ligadas diretamente a dar de comer e beber que é uma ação humana importante de respeito à vida e ao cuidado com o outro (REIRIZ, MOTTER, *et al.*, 2008). Visto isso o ato de não alimentar ou não nutrir, desperta muitos sentimentos negativos, fazendo com que o familiar e/ou profissionais muitas vezes obriguem ao doente a comer. “Obrigar” a comer pode ferir em determinados casos os princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Até quando o ato de se comer é importante para cada

cliente, em especial aqueles que deveriam estar em cuidados paliativos? Lembrando que o cuidado é centrado no cliente, até quando o ato de comer do cliente terminal é importante para os fonoaudiólogos?

2.2 Idoso terminal e o ato de alimentar-se - cuidados paliativos em fonoaudiologia

Cuidar de clientes em cuidados paliativos em qualquer fase da vida já é um desafio, imaginemos o quanto será difícil cuidar de idosos em situação de vida-morte, que sente dor constante e faz uso de opióides como a conhecida morfina para seu alívio o que pode complicar a busca pela satisfação de alimentar-se!? Essa população que cada vez mais aumenta o tempo de viver podem ser clientes em potencial. Apesar de muitos serem “saudáveis” dentro da especificidade de cada um, alterações fisiológicas do próprio envelhecimento podem acarretar a necessidade da busca de profissionais especializados como é o caso do fonoaudiólogo.

O fonoaudiólogo é o profissional responsável pela identificação, avaliação, orientação e reabilitação propriamente dita no que concerne às dificuldades de deglutição. A deglutição é uma atividade neuromuscular complexa, tendo envolvidos músculos da respiração e do trato gastrointestinal, objetivando transportar o bolo alimentar da boca até o estômago e também limpar o trato respiratório (MARCHESAN, 1998) (JOTZ, ANGELIS e BARROS, 2009). É dividida didaticamente em três fases, sendo classificadas em oral, faríngea ou esofágica. O ato de deglutir ocorre aproximadamente 600 vezes por dia num homem adulto sadio (35 vezes por hora durante a vigília e 6 vezes por hora durante o sono). Com o envelhecimento ocorrem modificações estruturais e funcionais acometendo o sistema estomatoglossognático, comprometendo esse funcionamento (JOTZ, ANGELIS e BARROS, 2009).

A fase oral da deglutição é a fase na qual ocorre a preparação, qualificação, organização e ejeção do bolo alimentar a ser transferido da cavidade oral para a faringe. Quando o alimento chega a faringe a deglutição passa a ser involuntária. É na fase faríngea (Figura 1) que ocorre o fim da ejeção oral com consequente impedimento da dissipação da pressão gerada por essa ejeção e o bloqueio das vias aéreas contra a entrada de alimentos, líquido e ou secreções. Diferentemente do que se pensa, uma fase se inicia quando a outra começa, a fase esofágica começa ainda durante o curso da fase faríngea. A despolarização da musculatura faríngea se propaga para a esofágica, e uma onda peristáltica primária, de proximal para distal, percorre o esôfago, destinando seu conteúdo em direção ao estômago (COSTA, 2013).

Alterações comuns do envelhecimento como atrofia dos lábios, mudanças hipertróficas na língua, modificações da mucosa oral, diminuição do fluxo de saliva, mudanças da constituição muscular, falhas dentárias ou ausência completa dos dentes, podem caracterizar o distúrbio da deglutição denominado presbifagia (JOTZ, ANGELIS e BARROS, 2009). Qualquer prejuízo da deglutição que acarrete dificuldade de realizar o transporte do alimento da boca ao estômago é denominado disfagia, para melhor compreensão deve ser caracterizada como leve, moderada ou severa e considerando a doença de base em neurogênica e mecânica. As disfagias podem ainda ser classificadas de acordo com a região de acometimento em orais, faríngeas, esofágicas ou orofaríngeas (COSTA, 2013). A disfagia orofaríngea tem se mostrado mais prevalente em clientes idosos hospitalizados e está intimamente associado com idade, capacidade funcional, fragilidade, polimedicação e multimorbidades (BAIJENS, CLAVÉ, *et al.*, 2016).

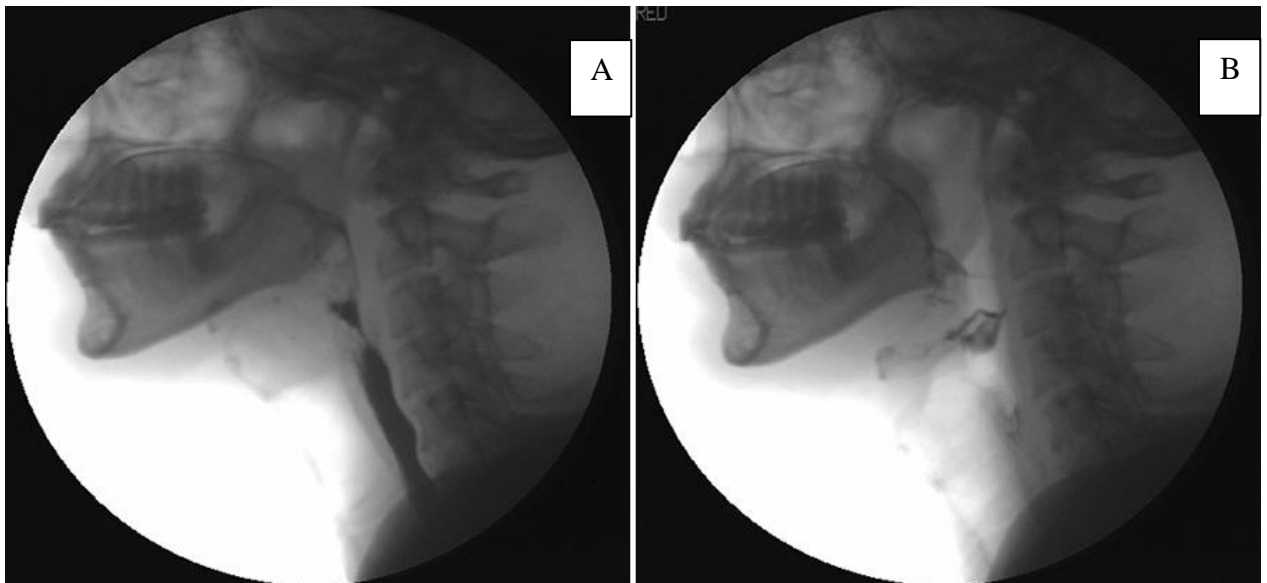


Figura 1 – Imagens de videofluoroscopia mostrando fase faríngea da deglutição adequada na figura 1A e alterada na figura 1B, nessa evidenciando acúmulo de resíduo em região faríngea pós deglutição em um cliente com câncer de base de língua (TUTT, 2016).

Dentro do cenário deste estudo, o fonoaudiólogo se encontra diante de um quadro irreversível, com limitações na terapêutica e precisa promover o bem estar e qualidade de vida como preconizado nos cuidados paliativos. Levando em consideração que o idoso pode manter o bem estar e a qualidade de vida mesmo com o avançar da idade, o fato de ter uma doença crônica e de diagnóstico restrito não lhe impede de buscar tal satisfação. A prevalência de sintomas de disfagia aumenta com a idade, doenças neurodegenerativas e em tratamento de alguns tumores, em especial os de cabeça e pescoço (HERNANDEZ e MARCHESAN, 2001).

Alterações na dinâmica da deglutição proporcionam respostas psicossociais como ansiedade, medo, insegurança e redução da autoestima, em decorrência do aspecto social relacionado com as atividades de comer e beber. A dependência funcional causada por tais alterações podem fazer com que o indivíduo venha a necessitar de cuidados paliativos (COSTA, SANTOS, *et al.*, 2016).

Durante a ingesta por VO é dispensado ao cliente idoso em cuidados paliativos esforços para que ele possa alcançar o bem estar psicossocial, mantendo uma saúde mental positiva, que inclui autoaceitação, domínio sobre o ambiente, relações positivas com os outros e autonomia, além de um bem estar subjetivo quando mantém uma satisfação geral com a vida e com os domínios específicos do funcionamento, como por exemplo, a saúde e as relações sociais, atividade, integração social, senso de controle e senso de significado da existência (COCHIONI, DELFINO, *et al.*, 2017). E esse equilíbrio pode por consequência melhorar sua qualidade de vida, enquanto vida ele tiver.

O cliente é dito elegível para intervenção fonoaudiológica após criteriosa avaliação sendo esta dividida em etapas: anamnese, avaliação do sistema sensorio motor oral, avaliação da função mastigatória, da deglutição propriamente dita e da fonoarticulação. A avaliação deve ser minimamente fundamentada em dados como a oximetria de pulso, monitoração da frequência cardíaca e ausculta cervical e pulmonar para contribuir com a evolução clínica do cliente sem colocar em risco sua vida (JOTZ, ANGELIS e BARROS, 2009).

2.3 Porque idosos em cuidados paliativos na perspectiva da fonoaudiologia

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos clientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal por meio de prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (COSTA e SOARES, 2016).

A OMS em 1986 publicou princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional, dentre estes enfatizamos a atenção as necessidades dos clientes e seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, quando pensamos no tratamento fonoaudiológico das disfagias (CARVALHO e PARSONS, 2012).

Historicamente, os cuidados paliativos eram oferecidos principalmente aos clientes com câncer. Entretanto, vários indivíduos vivem por um longo período com outras doenças

limitativas e atualmente esses cuidados vêm sendo estendidos para todos aqueles com doenças crônicas evolutivas e progressivas, com prognóstico de meses ou anos. Sendo assim é comum encontrar clientes com dificuldades de deglutição, não são só decorrentes de câncer, mas também com outras patologias e decorrentes do próprio envelhecimento (CASTRO, FRANGELLA e HAMADA, 2017).

Colaborar com a equipe interdisciplinar na melhora clínica do cliente, redução do tempo de uso das vias alternativas de alimentação, melhora do quadro pulmonar, redução do tempo de hospitalização com conseqüente diminuição dos custos hospitalares são objetivos claros na intervenção fonoaudiológica a esses clientes (SILVÉRIO, HERNANDEZ e GONÇALVES, 2009).

Clientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, geralmente insuficientes, exacerbadas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma, a dor. (CARVALHO e PARSONS, 2012). Dentro da proposta de aliviar os sintomas é muito comum o uso de opióides fortes, sendo de extrema importância conhecer seus efeitos adversos, considerando estes menos impactantes que a dor para ser considerado um tratamento de sucesso.

O uso da morfina é muito comum nos clientes alvo dessa pesquisa e pode acarretar muitos sintomas desagradáveis, dentre eles a disfagia. Neste caso a dificuldade de deglutir pode acontecer devido à presença de xerostomia (sensação de boca seca) e a diminuição da pressão do esfíncter esofágico inferior, bem como pela sonolência causada pela medicação (REMA, 2013), sendo interessante estar atendo a esses sinais. Para os clientes com dificuldades de deglutição e que precisam de analgésicos opióides, as formulações transdérmicas são uma das possibilidades (COLUZZI, JR., *et al.*, 2016).

A literatura sobre atuação fonoaudiológica nos cuidados paliativos ainda é muito limitada, necessitando de mais pesquisas. O tratamento da disfagia nesses casos, embora possa apresentar caráter curativo, é predominantemente (re) adaptativo (CALHEIROS e ALBUQUERQUE), e é conveniente que a equipe que esteja atuando nesta área entenda a diferença entre o reabilitar, adaptar ou realizar estimulação gustativa, para não gerar maior frustração no cliente e/ou família. Sendo assim, de acordo com a evolução da doença de base pode-se dizer que a intervenção fonoaudiológica é dividida didaticamente em: estratégias para a reversão do quadro (quando o tratamento médico ainda visa modificar o curso da doença) e

estratégias para alívio de sintomas e promoção da qualidade de vida (quando as medidas de prolongamento ou paliativas são mais expressivas) (VENITES, SOARES e BILTON, 2018).

A aspiração, definida como entrada de saliva, alimentos e/ou líquidos na laringe, é o principal risco a ser gerenciado e cuidado, contudo nos casos de cuidados paliativos, em fim de vida, deve-se sempre perguntar, antes da tomada de decisão, se o risco da aspiração supera o benefício de permanecer com algum volume para ingesta por via oral. É nesse momento que o fonoaudiólogo terá maior atuação junto aos cuidadores e familiares do cliente. Então deverá monitorar e acompanhar a administração de dietas, agora somente com o objetivo de despertar a iniciativa pela busca da satisfação em comer, monitorar a higienização oral, para minimizar o risco de que pequenas aspirações possam levar a quadro de importantes pneumonias e também do gerenciamento da deglutição de saliva (CARVALHO e BARBOSA, 2012) (O'REILLY e WALSHE, 2015) (VENITES, SOARES e BILTON, 2018).

Na contemporaneidade, poucos clientes se beneficiam efetivamente dos cuidados paliativos, em especial nos países em desenvolvimento. Contudo, um cuidado integral que lhes garanta a dignidade até o momento de partida deve ser oferecido com o mesmo comprometimento e sensatez que aqueles que chegam a esta vida (LOURENÇO, JÚNIOR e SANCHEZ, 2018).

CAPÍTULO II**– MÉTODO E A PRODUÇÃO DE DADOS: OS CAMINHOS E OS DESAFIOS –**

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 O Método e a Produção de Dados

O método escolhido é o qualitativo por ter a intenção de trabalhar com o sentido concedido pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas. Os dados serão interpretados durante todo o processo bem como ao final do estudo a partir dos resultados obtidos apresentados nos gráficos e tabelas (DESLANDES e ASSIS, 2008).

O referencial teórico foi construído a partir da busca bibliográfica de estudos publicados entre 2013 e 2018, em português, espanhol e inglês, que continham o tema cuidados paliativos e disfagia. Foram utilizadas as bases de dados Portal Capes, Biblioteca virtual em saúde (BVS) /Bireme e Pubmed. A estratégia de busca adotada foi a utilização dos descritores Mesh/Decs e o operador booleano “AND”, realizando o cruzamento dos descritores “Oropharyngeal dysphagia”, “ palliative care”, “ hospice care”, “Enteral nutrition” e “Deglutition disorders. Além dos artigos encontrados nesta busca foram utilizados artigos considerados importantes para esta temática e livros sobre o assunto.

Quanto às estratégias utilizadas nós temos: a) **Observação não participante**, na qual o pesquisador permanece alheio as intervenções no campo, tendo um papel espectador, observando o comportamento e a interação sem interferências, como se o mesmo não estivesse no local. Nesse caso os clientes não sabem que estão sendo observados (FLICK, 2009) – Observar o cliente desde a hora que chega a dieta até o termino de sua ingesta por via oral. b) **Diário de campo** – escolhido para anotações sobre a hora que chega o alimento e como o cliente e a família se comportam diante dela; c) **Entrevista** – definida como uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente apropriados com vistas a este objetivo. Escolhermos a entrevista semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o cliente e / ou cuidador tem a possibilidade de falar sobre o tema em questão sem se prender a questão formulada. Esta entrevista estará integrada ao diário de campo. A entrevista ainda conta com dados secundários (dados de prontuários) e primários (no caso da entrevista direta com o cliente e/ou acompanhante, refletindo a realidade que vivencia) (MINAYO e DESLANDES, 2009). À medida que os clientes ou seus cuidadores forem respondendo as entrevistas, os dados serão tabulados e

interpretados ressignificando a alimentação frente à disfagia, considerando a singularidade de cada indivíduo.

Como critérios de inclusão foram escolhidos clientes idosos (60 anos ou mais), com diagnóstico de doença que ameace a vida, sem alterações cognitivas que influenciem nas respostas, preferencialmente alfabetizados e que possam responder a entrevista para falar sobre disfagia (dificuldade de deglutir/engolir), sendo assim definido o grupo para a produção dos dados, tendo os mesmos o desejo de participar, confirmando sua participação com a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e / ou termo de autorização de imagem e depoimentos. E no caso dos clientes que não apresentarem condições de fala e/ou cognição alterada, sendo vontade do responsável legal, a entrevista será realizada com este e o TCLE e / ou termo de autorização de imagem e depoimentos deverá ser assinado pelo mesmo.

A fim de construir o material didático solicitado, como um dos critérios de conclusão do curso, de forma organizada, foi realizado um fluxograma para facilitar a análise de cada processo e visualizar melhor cada etapa envolvida (CURY, 2006). O fluxograma (Figura 2) tem por finalidade colocar em evidência o início, o meio e o fim ao qual se destina a informação obtida e analisada.

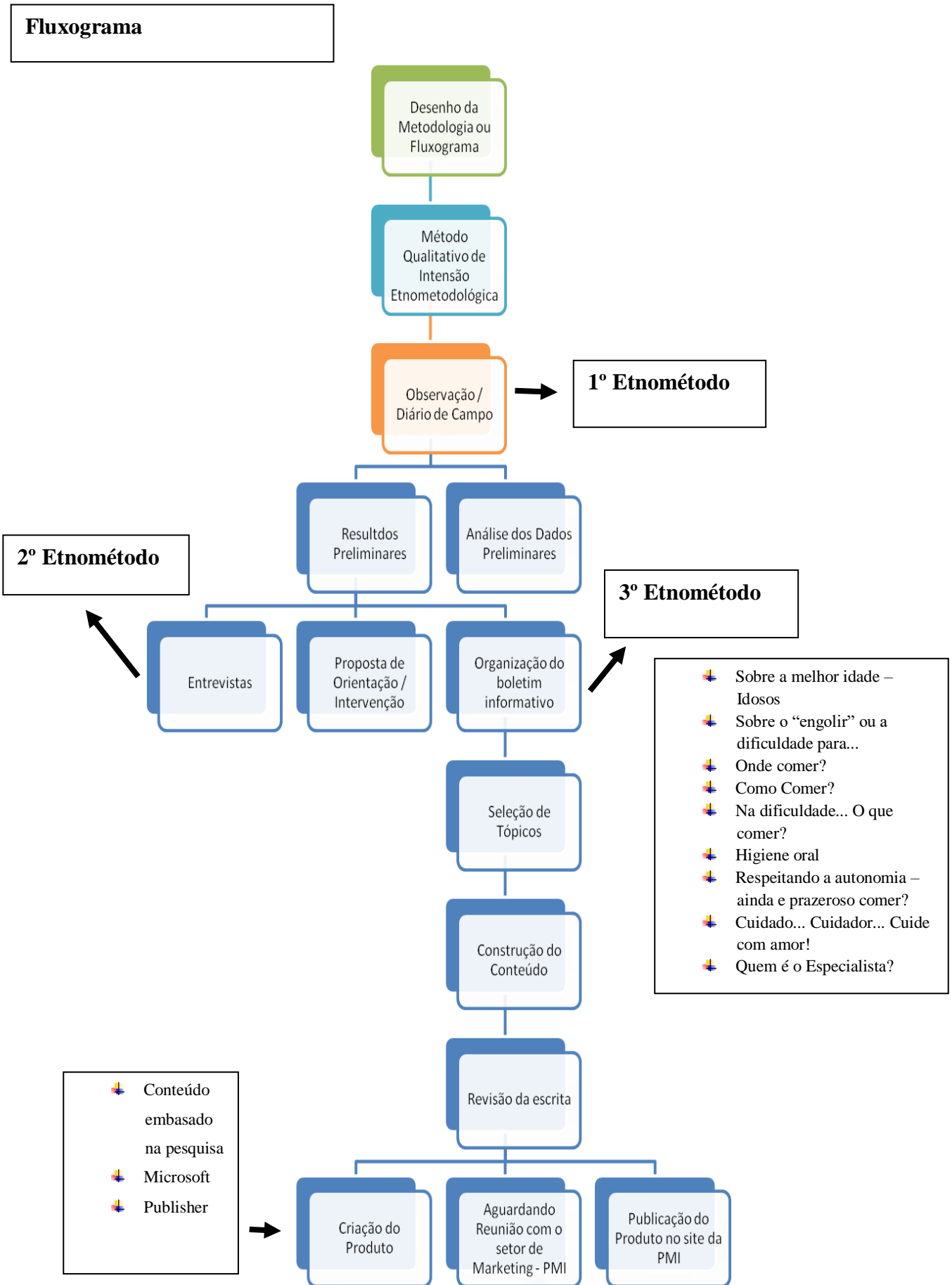


Figura 2 – Fluxograma de criação do produto da dissertação

3.2 Etapas da pesquisa

3.2.1 Local da Produção de Dados

A presente pesquisa teve como cenário inicial o setor de internação do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, situado na cidade do Rio de Janeiro e posteriormente os enfermarias do Hospital Municipal São Francisco Xavier, situado no município de Itaguaí, no estado do Rio de Janeiro.

Como uma primeira fase do estudo foi realizada a observação do campo e em seguida numa segunda etapa um diário de campo como um instrumento depositário de notas, observações, desabafos, entrevistas que irá compor uma terceira etapa do estudo, a fim de auxiliar na formulação de hipóteses, direcionando a pesquisa (OLIVEIRA, CARVALHO, *et al.*, 2012).

Nesta fase foram observados dois hospitais de duas esferas diferentes, sendo um federal e unidade de ensino e o outro municipal. São rotinas completamente diferentes, ainda mais pela presença de alunos e residentes na primeira unidade. Quanto a questão de recursos, insumos e equipamentos, no hospital municipal as dificuldades eram maiores, o que não anula as dificuldades do hospital federal. A organização quanto aos banhos, oferta de medicamentos eram bastante parecidas. Variando de pessoa a pessoa, e dependendo do nível de interação e cognitivo do cliente, haviam profissionais que pareciam esquecer que estavam “cuidando” de gente. Por vezes, mudavam de decúbito durante o banho sem nem mesmo avisar o que seria feito. No hospital federal, minha presença na enfermaria não causou grande estranhamento, no máximo não me conheciam. Fiz questão de me apresentar em cada plantão, e aí sim, algum estranhamento. Algumas pessoas, chefe de setores, eram bem receptivos e interessados em saber no que consistia minha pesquisa, outros somente sabiam da minha existência ali, mas também não impediam qualquer movimento meu.

A maior dificuldade para começar o estudo, no hospital federal, foi saber a quem me reportar de fato, apesar de ter o termo de anuência em mãos, não sabia exatamente como fazer para entrar nas enfermarias. Inicialmente a chefe geral da enfermagem, apesar de ser muito solícita, não sabia como me ajudar. Me levou a procurar a equipe de fonoaudiologia do hospital, que também não sabia como fazer para me auxiliar na busca de alguém que de fato poderia me receber. Por fim, as fonoaudiólogas do serviço, ao saber que se tratava de um trabalho de cunho paliativo, sugeriram que me reportasse a presidente da comissão de cuidados paliativos do hospital.

Ao conversar com a responsável pela comissão, a mesma muito solicita e aparentemente muito dedicada a esse cuidado, me pediu para ver meu projeto a fim de me auxiliar nessa jornada. Solicitou algumas modificações no projeto que não pareciam tão pertinentes visto que já tinha a autorização para a entrada no hospital, bem como o registro no CEP da universidade. Sendo assim, retornei a minha orientadora e participante desse projeto e buscamos nova forma de iniciar, sem ferir eticamente o trabalho das pessoas.

Posterior a isso, fui orientada a procurar o Staff Médico (responsável pela 8ª enfermaria), o qual me recebeu muito bem, me apresentou a enfermaria, bem como os setores associados e me convidou também para participar, ainda que como ouvinte dos Round's.

No hospital municipal supracitado e participante da pesquisa, com o termo de anuência concedido pela coordenadora de fonoaudiologia do município, não foi tarefa difícil observar e entrevistar os clientes. Visto que sou servidora e faço parte do quadro de funcionários da unidade de saúde.

Em ambos hospitais o que mais se evidenciou foi a falta de “cuidado” no momento da alimentação. Tudo pareceu mais importante que o ato de comer (preparar medicação, troca de fralda, preenchimento de protocolos, assistir TV, descansar...). Para os clientes ditos disfágicos alguns profissionais só conseguiam pensar no risco de broncoaspiração e como solução um catéter nasoenteral (CNE) e para os demais a família / cuidador “estava ali para isso”. As dificuldades quanto a refrigeração nos referidos hospitais, também foram verificados. Algumas vezes ficavam com as janelas abertas, outras vezes os clientes tinham seus próprios ventiladores, e ainda haviam situações que algumas enfermarias estavam bastante quentes. Sabe-se que o sofrimento vai muito além da dor física, e que a própria falta de estrutura pode aumentar o sofrimento dos clientes ali assistidos, e por isso é de suma importância estar atento também a estrutura das unidades, sendo este apenas um exemplo.

No mais, clientes e familiares que apresentavam uma “força” que vem de algo maior, independente da religião de cada um; clientes esperançosos apesar do prognóstico e clientes sem nenhuma perspectiva do ser, do que fazer, do que pensar e de como agir.

3.3 Aspectos Éticos

A presente pesquisa atende as resoluções 466/12, 510/16 e a 580/18, por envolver seres humanos. Não apresenta nenhum conflito de interesse, o financiamento da mesma ocorrerá por meios próprios e esta foi analisada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa – CEP-UNIRIO, sob CAAE: 02934418.1.0000.5285.

3.4 Metodologia

Participaram do estudo quinze (15) idosos em situação terminal e / ou definidos como aqueles que necessitam de cuidados paliativos, e, conseqüentemente familiares e/ou acompanhantes. Apesar dos caminhos percorridos e as dificuldades encontradas; desenvolvemos o estudo que está ancorado em duas atividades de produção de dados em:

- ✓ **Diário de campo e do *round*** – sobre o sentido do olhar e ouvir;
- ✓ **Entrevista** – sobre o sentido de escutar, sentir e escrever;

Algumas reflexões sobre a entrada no campo devem ser salientadas: Contatos com presidente da comissão de cuidados paliativos e com staff da clinica medica – 8ª enfermaria do HUGG; empecilhos que foram resolvidos tanto de estratégia de produção da pesquisa ou nas relações cotidianas; minha inclusão no espaço da equipe de saúde; o tempo de espera e conseqüente atraso da pesquisa entre a liberação pelo CEP e entrada no campo. Com isso percebi o quanto é difícil o discurso e a objetivação da interdisciplinaridade no campo da ação.

Um dos grandes desafios foi encontrar os clientes com o perfil que havíamos traçado, visto que buscávamos por clientes idosos, disfágicos, que estavam em cuidados paliativos. E quem de fato estava em cuidados paliativos? De forma geral, a equipe não sabia definir ou distinguir o que era para ser o cuidado paliativo e o que era para ser cuidado paliativo em fim de vida. Os ensaios realizados, antes da intervenção, nos colocaram diante da dificuldade de produzir dados com clientes tão debilitados, parentes e cuidadores, muitas vezes cansados de estar naquela situação (de iminência da morte e do medo que isto que provoca) e naquele lugar (quem gosta de ficar no hospital?).

Visto isto, optamos por buscar outra instituição para tentar o “N” da pesquisa, quando conseguimos a anuência da secretaria municipal de saúde, pela coordenadora de fonoaudiologia do município de Itaguaí para coletarmos dados para a pesquisa no Hospital Municipal São Francisco Xavier.

Primeiro momento – nos aproximando do idoso terminal e de sua família – no leito, seu espaço de esperar

Assumimos a postura de observador neste instante, iniciamos os registros em diário de campo, a partir da amostra selecionada. Para nos assegurar do que pretendíamos fazer, nos reportamos a Becker (2007, p.96) sobre o que ela fala sobre amostra:

“a amostra é um grande problema para qualquer tipo de pesquisa. Não podemos estudar todos os casos de tudo, quanto nos interessa, nem gostaríamos de fazê-lo. Todo empreendimento científico tenta descobrir algo (neste caso disfagia em idoso terminal), que se aplicará a todas as coisas de certo tipo por meio do estudo de alguns exemplos, sendo os resultados do estudo, como dizemos, “generalizáveis” a todos os mesmos (...).”

Nossa preocupação foi tentar realizar o melhor possível neste primeiro momento, observando e considerando a estrutura física da instituição na qual o idoso se encontra, verificando as condições de trabalho e relações interpessoais que estão no processo de cuidar. Descobrimos que precisávamos buscar “vestígios”, num grupo debilitado e que é marcado pela frase – “fora de possibilidade terapêutica”, mas para nós nunca fora de possibilidades de cuidados.

A opção pelo diário de campo foi na intenção de entender, numa perspectiva de uma pesquisa qualitativa de tendência etnometodológica que se faz através de um conjunto de etnométodos que são utilizados segundo SILVA E VOTRE (2012, p.12-13) “para descrever, interpretar e construir o mundo social (...)”, também somos alertados para a pesquisa qualitativa quando dizem:

“a abordagem qualitativa só se preocupa com a entrada e a saída dos dados sem observar o processo como são construídos nos reflete adequadamente o modo de construção da realidade (idosos terminais no ato de se alimentar) (...)”

A perspectiva da etnometodologia “propõe privilegiar abordagens microsociais dos fenômenos (disfagia e deglutição neste estudo), dando maior importância a compreensão do que a explicação.

Considerações sobre a produção de dados e os entraves na busca de clientes e espaços.

A nossa escolha por clientes idosos disfágicos, “em terminalidade” e o ato de alimentar-se, e neste ato ser possível captar o desejo pelo alimento, foi e é o desafio maior. Muitos estão debilitados a ponto de não sentir a sensação de fome e conseqüentemente não desejarem comer, nem conversar. Descobrimo-nos, então, estrangeiras do espaço de cuidar, no qual eles deveriam estar na maioria das vezes, em cuidados paliativos.

A escolha dos instrumentos produtores de dados exige um processo longo, principalmente em relação ao tempo, o que normalmente não temos. Mesmo assim nos colocamos por inteiro na rotina da enfermagem a fim de produzir os dados observacionais – atividades práticas, cotidianas, para torná-las familiares.

Nesse primeiro momento descobrimos o quanto a relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, resulta numa descoberta construída com todas as disposições em mãos (MINAYO e DESLANDES, 2009). Contudo, observando o público alvo desta pesquisa disponível, percebemos que não era possível essa relação direta com o objeto a ser pesquisado. Sendo assim o trabalho interacional (ou seja, de relação entre pesquisador e pesquisados), apesar de ser um instrumento privilegiado de coleta de informações, dando a possibilidade de “fala”, de ser reveladora de condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças (MINAYO e DESLANDES, 2009), ficará para um próximo momento do estudo, a realização das entrevistas com abrangência aos cuidadores.

Sendo assim, até o momento, para analisarmos os dados obtidos a partir da observação e do diário de campo construído, chamaremos a atividade **Diário de campo e do round – sobre o sentido do olhar e ouvir**, que está relacionado ao ambiente no qual o idoso se encontra, de primeiro momento de análise. Optamos por destacar unidades de registro e estas estão fundamentadas na análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise não se limita ao conteúdo, considerando a totalidade de um texto, podendo ser classificada como análise categorial passando pela averiguação da classificação e da catalogação, seguindo a frequência de presença (ou de ausência) de itens importantes para o tema a ser pesquisado. A análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados (a análise temática) e dos significantes (análise léxica, análise dos procedimentos). Deve ser regida por regras, e estas devem obedecer às categorias de fragmentação da comunicação, para que seja válida. As regras devem ser: homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas ou pertinentes, sendo o pesquisador quem realiza o corte onde ele acredita delimitar as unidades

de codificação, ou as de registro. Estas, de acordo com o material ou código, podem ser palavras, frases, minutos, centímetro quadrado, dentre outros (BARDIN, 1977).

Criamos uma legenda para destacar temas ligados a:

- **Doença e os sinais e sintomas**
- **Identificação de cuidados paliativos**
- **Alimentação e disfagia**
- **Posicionamento da equipe de saúde**
- **Temas diversos**
- **Cuidados de conforto**

Os dados foram trabalhados por saturação ou exaustividade das respostas que compõem os dados, que configuram as repetições de fazeres, de palavras, de sentidos em todo o texto construído pelos diversos participantes. Sendo assim, a amostragem por saturação é aqui considerada por ser freqüentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). Para análise do estudo foi utilizada a análise de conteúdo e etnométodos da etnometodologia.

1º ETNOMÉTODO

OBSERVAÇÃO / DIÁRIO DE CAMPO

Os dados foram produzidos em etapas:

Primeira – Observação

Observei o campo, o objeto de estudo em si e as interações intersubjetivas existentes. No caso de gravação da entrevista, o áudio foi gravado em sua totalidade em um gravador de voz e a pesquisadora teve todos os cuidados necessários para não exercer nenhum tipo de influência na resposta do entrevistado. O fechamento amostral foi realizado pelo método de exaustão ou saturação teórica, ou seja, por suspensão de inclusão de novos elementos quando os dados obtidos deixarem de contribuir significativamente para o estudo. E a partir dos dados obtidos, quantifiquei resultados alcançados.

Segunda - Diário de Campo

Estrutura do Diário de Campo:

Data da observação: _____/_____/_____
Idade:
Hábitos alimentares:
Registro da situação vivida:
Temática observada (momento da alimentação ou que seria o momento de se alimentar):
Local (Hospital):
Sujeitos Observados (quantidade):
Início da observação (horário):
Duração total da observação:

O texto bruto significa todos os registros feitos através da observação na enfermaria sobre clientes, familiares e equipe de saúde. Os resultados obtidos através da atividade **Diário de campo e do round – sobre o sentido do olhar e ouvir**, no espaço da comunicação transformada em dados (texto) estão descritos a seguir.

Data da observação: 04/06/2019
Temática observada: momento da alimentação ou que seria o momento de se alimentar
Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – 8ª enfermaria - CM
Sujeitos Observados: 4
Início da observação (horário): 10h
Duração total da observação: Dois momentos (colação e almoço)

CLIENTE 1

- 1) Observo movimento da equipe
- 2) Equipe conta com auxilio de acompanhantes
- 3) Para cuidados com higiene corporal
- 4) Converso com a equipe de saúde
- 5) Verifico que nem todos os pacientes são definidos em prontuário
- 6) Não estão identificados como em cuidados paliativos
- 7) Também não estão em cuidados paliativos na prescrição médica
- 8) Outros estão definidos

- 9) A família e/ou acompanhante não sabe
- 10) Não tem conhecimento sobre cuidados paliativos
- 11) Entendem no geral que é uma condição clínica grave
- 12) Fora de possibilidade de cura
- 13) Com dispnéia
- 14) Em uso de macronebulização (MNBZ)
- 15) Via oral liberada
- 16) Não aceitou a colação oferecida
- 17) Vejo alimentos do café da manhã na bandeja
- 18) Significa não estar com boa aceitação
- 19) Durante o almoço
- 20) Vejo que esta com cateter nasal de oxigênio (O2)
- 21) Está menos dispnéico
- 22) Com aceitação de volume moderado ofertado
- 23) Sem sinais e sintomas sugestivos de disfagia
- 24) Apesar do risco
- 25) Para broncoaspiração
- 26) Postura no leito
- 27) Dispnéia de esforço respiratório

Quadro 1 – Diagnóstico

1	Equipe	03 registros
2	Cuidados paliativos	07 registros
3	Sobre alimentação	06 registros
	E disfagia	00 registros
4	Doença, sinais e sintomas	09 registros
5	Cuidados de conforto	01 registro
6	Outros	01 registro
	Total	27 registros

CLIENTE 2

- 1) Não interage com o ambiente
- 2) Apresenta apenas abertura ocular espontânea
- 3) Não se alimenta por via oral
- 4) Não se alimenta por via enteral
- 5) Medicções e hidratação

- 6) São realizadas por hipodermóclise

Quadro 2 – Diagnóstico

1	Doença e sinais e sintomas	02 registros
2	Alimentação	02 registros
	Disfagia	00 registro
3	Cuidados de conforto	02 registros
	Total	06 registros

CLIENTES 3 E 4

- 1) Também
- 2) Em cuidados paliativos
- 3) Com diagnóstico de demência avançada
- 4) E outra com seqüela de acidente vascular encefálico (AVE)
- 5) Ambas sem interação com o ambiente
- 6) Alimentação por via alternativa
- 7) Alimentação de
- 8) Não verifico presença de fonoaudiólogos

Quadro 3 – Diagnóstico

1	Outros	02 registros
2	Cuidados paliativos	01 registro
3	Doença, sinais e sintomas	03 registros
4	Alimentação	02 registros
	Disfagia	00 registro
	Total	08 registros

<p>Data da observação: 04/06/2019</p> <p>Temática observada: Round médico</p> <p>Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – sala de supervisão – 8ª enfermaria - CM</p> <p>Sujeitos Observados: médicos staff, residentes e alunos de medicina do último ano (internos)</p> <p>Início da observação (horário): 11h</p> <p>Duração total da observação: 1:30h</p>
--

- 1) Chego em meio a discussão sobre a cliente 2

- 2) Estável clinicamente
 - 3) Com dificuldade de acesso a passagem de sonda
 - 4) Família ciente do prognóstico
 - 5) Optam pela não realização de via alternativa de longa permanência
- (Gastrostomia - GTT)
- 6) Perdeu o cateter nasoenteral (CNE) em alguns momentos da internação
 - 7) Isto foi o início da discussão
 - 8) Fica claro durante o round
 - 9) Que há muito medo de processo judicial
 - 10) Sobre o médico
 - 11) Sobre falta de conhecimento, sobre o respaldo referente a retirada da alimentação
 - 12) E hidratação artificiais
 - 13) Ainda não conhecem a distanásia
 - 14) Citam como eutanásia essa falta de suporte alimentar
 - 15) Muito falado sobre a questão do desconforto
 - 16) Profissional referente a não dar nem
 - 17) Um suporte para o cliente em cuidados de fim de vida
 - 18) Ao final do *round* converso com o único interno que deixa claro o seu conhecimento e interesse sobre o assunto
 - 19) É difícil a compreensão do que de fato são os cuidados paliativos pela equipe
 - 20) No final, muitas vezes, acabam prolongando a vida
 - 21) Sem pensar na qualidade e no bem estar
 - 22) Fala-se em pacientes com baixas chances de cura
 - 23) Sem possibilidades de cura
 - 24) Mas cuidados paliativos, nesse termo,
 - 25) Ainda pouco falado

Quadro 4 – Diagnóstico

1	Cuidados paliativos	03 registros
2	Doenças, sinais e sintomas	03 registros
3	Alimentação	06 registros
	Disfagia	00 registro

4	Outros	17 registros
	Total	29 registros

Data da observação: 05/06/2019

Temática observada: momento da alimentação ou que seria o momento de se alimentar

Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – 8ª enfermaria - CM

Sujeitos Observados: 4

Início da observação (horário): 9:30h

Duração total da observação: Dois momentos (colação e almoço)

- 1) Segunda observação fica evidente a fala dos profissionais que atuam na enfermaria
- 2) Só consideram clientes em cuidados paliativos os que estão em fim de vida
- 3) Conversa informal com a enfermeira do plantão
- 4) Ela só conseguia contabilizar dois pacientes em cuidados paliativos
- 5) Enquanto que na enfermaria tem um numero bem maior que mereciam tais cuidados
- 6) A cliente 2 em outras internações foi acompanhada pelo serviço de fonoaudiologia
- 7) Dessa vez parece que foi avaliada
- 8) Não havia possibilidade de ingesta por via oral
- 9) O serviço se colocou a disposição
- 10) O serviço de fonoaudiologia é contatado de forma direta mas pode ser sinalizado e solicitado pela comissão de cuidados paliativos
- 11) A comissão é constituída por uma equipe multiprofissional
- 12) Conta com a presença de uma fonoaudióloga
- 13) Nem todos os pacientes elegíveis a CP estão na listagem da comissão
- 14) Geralmente e contatado pelo médico assistente
- 15) Hoje a cliente 1 está aparentemente mais compensada da parte respiratória
- 16) Observo que o momento de alimentação não e muito valorizado pelos profissionais
- 17) Ou melhor, não é priorizado

- 18) Tendo em vista outros cuidados a “alimentação” fica para depois
- 19) No horário da colação as dietas das clientes 1 e 4 ficaram no posto aguardando que algum acompanhante oferecesse
- 20) A cliente 3 recebeu intervenção da terapia ocupacional
- 21) A profissional relata que a intervenção é realizada a nível cognitivo
- 22) Para estimular funções já prejudicadas pela doença de base
- 23) É possível inferir que é de caráter paliativo
- 24) Ao ver a orientação fonoaudiológica na prescrição
- 25) Sobre alimentação por satisfação
- 26) A enfermeira do plantão diz nunca ter visto ou ouvido falar sobre esse tipo de recomendação.
- 27) Não sei se a grade curricular dos acadêmicos que passam pela enfermaria contempla alguma disciplina que envolva cuidados paliativos
- 28) Cuidados de fim de vida
- 29) Contudo aquele interno mais consciente do processo, retorna a cliente 2 e sua acompanhante para esclarecer dúvidas e condutas
- 30) Diminuir anseios e angústias
- 31) Visto o prognóstico da cliente
- 32) Acompanhante aparentemente melhor que em outros momentos com o interno
- 33) Parecendo aceitar melhor o prognóstico
- 34) Saio da enfermaria para realizar a observação do *round*
- 35) Até esse momento, as clientes 1 e 4 ainda não receberam a dieta que estava no posto de enfermagem
- 36) A dieta chegou por volta das 10h, saio para o *round* as 11h
- 37) Quando o almoço chegou a cliente do leito 1 recusou dizendo se sentir cheia, pois havia “lanchado” tarde
- 38) No horário do almoço a cliente 1 solicitou que a ajudassem a ficar melhor posturada no leito
- 39) A equipe de enfermagem foi solicitada e a atendeu prontamente
- 40) Clientes com cognitivo gravemente comprometido parecem ser vistos como objetos por alguns profissionais
- 41) Visto que são manipulados de um lado para o outro
- 42) Com conversas paralelas sobre eles

- 43) Sem nenhuma tentativa de se aproximar de alguma forma do sujeito e sua complexidade

Quadro 5 – Diagnóstico

1	Equipe	10 registros
2	Doenças, sinais e sintomas	07 registros
3	Alimentação	12 registros
	Disfagia	00 registro
4	Cuidados paliativos	05 registros
5	Outros	19 registros
6	Cuidados de conforto	01 registro
	Total	55 registros

<p>Data da observação: 05/06/2019</p> <p>Temática observada: <i>Round</i> médico</p> <p>Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – sala de supervisão – 8ª enfermaria - CM</p> <p>Sujeitos Observados: médicos staff, residentes e alunos de medicina do último ano (internos)</p> <p>Início da observação (horário): 11h</p> <p>Duração total da observação: 1:30h</p>

- 1) Pontos altos do *round*
- 2) A preocupação da equipe com os aspectos biopsicossociais
- 3) Qualidade de vida
- 4) Pensar no processo de alta dos clientes
- 5) A presença da fonoaudióloga
- 6) Solicitar que os médicos prescrevam a alimentação por satisfação que a cliente 3 consegue fazer
- 7) Como diminuir a sobrecarga dos acompanhantes
- 8) A resistência ao fazer paliativo

Quadro 6 – Diagnóstico

1	Outros	07 registros
2	Cuidados paliativos	01 registro

Total	08 registros
-------	--------------

Data da observação: 11/06/2019

Temática observada: momento da alimentação ou que seria o momento de se alimentar

Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – 8ª enfermaria - CM

Sujeitos Observados: 3

Início da observação (horário): 9:30h

Duração total da observação: Dois momentos (colação e almoço)

- 1) Cliente 2 foi a óbito
- 2) Sigo observação de três clientes
- 3) Cliente 1, queixou-se de engasgos
- 4) Apresentou baixa aceitação da dieta
- 5) Recebeu a colação (purê de maçã) e recusou
- 6) Solicitou que a acompanhante trocasse com a copeira
- 7) A mesma tentou de pronto
- 8) Não havia outro sabor
- 9) Descobri que a cliente teve “medo” de comer a colação oferecida
- 10) Causa constipação
- 11) Como já está constipada há dias
- 12) Teve receio em comer
- 13) Com o apoio da acompanhante, aceitou todo volume ofertado (100 ml)
- 14) Cliente 3 não recebeu dieta durante o período observado
- 15) A fonoaudiologia deixou o serviço a disposição
- 16) Para a cliente após definir conduta
- 17) No horário do almoço a cliente 1 recebeu 100 ml de dieta
- 18) Não apresentou dificuldades
- 19) Além da dispnéia, e aceitou volume parcial
- 20) Com notório aumento do esforço respiratório após a ingesta por via oral
- 21) Em conversa informal com uma interna
- 22) Percebo que a mesma entende os critérios dos cuidados paliativos
- 23) A fonoaudiologia deixou o serviço à disposição para a cliente após definir conduta
- 24) Observo uma cliente jovem com doença em estagio terminal

- 25) Sem proposta terapêutica curativa
- 26) Vista a partir de então como paciente de cuidados paliativos para então “somente oferecer conforto”
- 27) A família sabe o prognóstico
- 28) Não foi falado sobre cuidados paliativos
- 29) Apesar de ter via oral liberada
- 30) Aceitando pouco volume
- 31) Solicitando apenas água
- 32) Ainda assim na seringa, 1 ml segundo acompanhante
- 33) A família já esta em processo de aceitação
- 34) Da evolução natural do processo de morte
- 35) Não forçando alimentação e/ou liquido
- 36) Tentando sempre estar presente
- 37) Ao lado da cliente e de mãos dadas
- 38) Não houve intervenção da fonoaudiologia durante internação até o momento

Quadro 7 – Diagnóstico

1	Equipe	01 registro
2	Alimentação	17 registros
	Disfagia	01 registro
3	Outros	19 registros
4	Doenças, sinais e sintomas	07 registros
5	Cuidados paliativos	03 registros
	Total	38 registros

<p>Data da observação: 11/06/2019</p> <p>Temática observada: <i>Round</i> médico</p> <p>Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – sala de supervisão – 8ª enfermaria - CM</p> <p>Sujeitos Observados: médicos staff, residentes e alunos de medicina do último ano (internos)</p> <p>Início da observação (horário): 11h</p> <p>Duração total da observação: 1:30h</p>

- 1) Pontos altos do *round*

- 2) Medidas paliativas sobre a paciente jovem foram citadas
- 3) Já não seria possível colocar em pratica visto a condição dela no momento
- 4) Foi reconhecido por parte da equipe
- 5) Boa prática médica
- 6) Conduta conjunta com o paciente e / ou familiar
- 7) Tomada de decisão

Quadro 8 – Diagnóstico

	Outros	04 registros
	Cuidados paliativos	03 registros
	Total	07 registros

Data da observação: 12/06/2019

Temática observada: momento da alimentação ou que seria o momento de se alimentar

Local: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – 8ª enfermaria - CM

Sujeitos Observados: 3

Início da observação (horário): 10:15h

Duração total da observação: Dois momentos (colação e almoço)

- 1) Observo número maior de acadêmicos na enfermaria
- 2) Não consigo observar o momento de alimentação desse primeiro horário
- 3) Aproveito para conversar com a fonoaudióloga que faz parte da comissão de cuidados paliativos
- 4) Segundo a mesma nem todos os clientes fazem parte da comissão
- 5) A comissão responde a demanda por parecer
- 6) Quando há alguma duvida
- 7) Ou dificuldade em determinado caso
- 8) Num geral a equipe identifica alguma alteração fonoaudiológica
- 9) Solicitam avaliação e conduta do serviço
- 10) A notícia de que o cliente e elegível para receber cuidado paliativo
- 11) E feita pelo médico assistente antes ou junto da comissão de cuidados paliativos
- 12) Não é realizada busca ativa dos casos de cuidados paliativos

- 13) Sendo o atendimento realizado especificamente por parecer

Quadro 9 – Diagnóstico

1	Equipe	02 registros
2	Outros	07 registros
3	Cuidados paliativos	04 registros
	Total	13 registros

Após o trabalho de registros contidos no diário de campo de cada dia, local e cliente observado apresentamos o quadro geral:

Quadro 10 – Total Geral de Registros

1	Equipe	16 registros
2	Cuidados paliativos	27 registros
3	Alimento e	45 registros
	Disfagia	01 registros
4	Doença, sinais e sintomas	31 registros
5	Cuidados de conforto	04 registros
6	Outros	76 registros
	Total	200 registros

Os dez (10) quadros contém as ocorrências dos conteúdos registrados no diário de campo, nos indicando a primeira categoria do estudo: “o sentido do olhar para o espaço dos idosos terminais no ambiente hospitalar”. A seguir falaremos dos resultados decorrentes da entrevista e a escolha da segunda categoria.

2º ETNOMÉTODO

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A escolha pela entrevista está ancorada em Pádua (2012, p.70) quando nos orienta chamando nossa atenção para o entendimento de que: “as entrevistas constituem uma técnica alternativa para se coletar dados não documentados sobre um determinado tema (disfagia em idoso terminal no caso desta pesquisa).

Deve-se levar em consideração que a entrevista tem suas limitações, dependendo da técnica a ser adotada, ela pode não dar informações de modo preciso ou o entrevistado pode avaliar, julgar interpretar de forma distorcida as informações. Por outro lado a entrevista, como um dos procedimentos mais usados em pesquisa de campo, tem suas vantagens como

meio de coleta (produção) de dados, inclusive por possibilitar que os dados sejam avaliados quantitativa e qualitativamente (inclusive analfabetos) e se constitui uma técnica eficiente para a obtenção de dados referentes ao comportamento humano (...).”

Roteiro para a entrevista semiestruturada

Projeto

O ato de comer x dificuldade de deglutição: o cuidado paliativo na perspectiva da fonoaudiologia e do cliente idoso em fim de vida (sobre dados sócio-demográficos)

1. Cliente e / ou cuidador n°:
2. Data da Nascimento:
3. Escolaridade:
4. Profissão:
5. Tem dificuldades para engolir? Há quanto tempo?
6. É importante para você realizar a limpeza da boca?
7. Se você precisasse usar (ou se usa) uma sonda para se alimentar, ficaria satisfeito se comesse só um pouco pela boca?
8. Se não pudesse comer de jeito algum, ficaria satisfeito em sentir apenas o gosto/sabor dos alimentos?
9. Tem algum sabor da sua preferência? Doce? Salgado? Azedo? Amargo?
10. Você sabe o que o fonoaudiólogo faz no hospital?
11. Se você não conseguisse engolir nem a sua saliva, gostaria de ser atendido por um fonoaudiólogo para lhe auxiliar nesse processo?

3.5 Produtos da pesquisa

Os produtos elaborados a partir da análise dos dados obtidos serão três, destes, dois serão sistematizados em forma de artigo e uma produção técnica.

- Produto 1: Artigo - Aspectos clínicos que interferem na deglutição em cuidados paliativos – um foco na disfagia orofaríngea

- Produto 2: Artigo - O despertar do sensível na prática da fonoaudiologia como uma tecnologia leve de cuidar
- Produto 3: Produção técnica – Material didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!

3.5.1 Organização de Dados Produzidos nas Entrevistas

É o momento de aprender a pesquisa como um ofício profissional, pensar sobre os dados a serem produzidos ou colhidos, os lugares onde serão produzidos e as pessoas que observam ou entrevistam. Envolve um pensamento sociológico abstrato, uma maneira de fazer as coisas, diferente de outros fundamentos, pensando nos segredos e truques da pesquisa (BECKER, 2007).

Como falamos anteriormente que este estudo tem uma perspectiva etnometodológica, ao trabalhar as respostas, utilizamos a INDICIALIDADE (uma das regras etnometodológicas que segundo SILVA E VOTRE (2012, p.24), “indica o conhecimento das circunstâncias dos enunciados a nos permitir atribuir um sentido mais preciso das palavras. As expressões que os atores sociais em interação utilizam estão carregadas destas características indiciais” (ato de comer x dificuldade de deglutição).

Participaram das entrevistas 15 sujeitos e destes (7) acompanhantes e (8) idosos com doenças ameaçadoras de vida, alguns no curso da terminalidade, como ilustrado no quadro 11.

Quadro 11 – Quadro de caracterização sócio demográfica com as questões do instrumento de 1 a 4

Quadro Geral da Caracterização Sócio-Demográfica com as Questões do Instrumento de 1 a 4						
Quantidade	Cliente ou cuidador	Sexo	Data de Nascimento	Idade	Escolaridade	Profissão
1	Cliente	Feminino	11/04/1948	71a	Alfabetizada	Costureira / Cantora
2	Cuidador	Feminino	11/04/1957	62a	Não sabe informar	Do lar
3	Cuidador	Masculino	13/01/1929	90a	Ensino Médio	Artesão
4	Cliente	Masculino	12/05/1949	70a	Ensino Fundamental incompleto	Vigia / Ajudante
5	Cliente	Feminino	30/11/1948	69a	Ensino Fundamental incompleto	Doméstica
6	Cuidador	Feminino	–	–	Ensino Fundamental incompleto	Do lar
7	Cliente	Masculino	31/08/1963	53a	–	Motorista
8	Cliente	Feminino	–	–	Alfabetizado	Cuidadora
9	Cliente	Masculino	–	–	–	–
10	Cuidador	Feminino	–	–	–	Cozinheira
11	Cuidador	Feminino	14/07/1942	77a	Analfabeta	Cozinheira
12	Cuidador	Feminino	18/01/1933	86a	Ensino Fundamental incompleto	Dona de Casa
13	Cliente	Feminino	14/01/1959	60a	Ensino Fundamental completo	Costureira
14	Cliente	Feminino	11/08/1940	79a	Ensino Médio	Secretaria Aposentada
15	Cuidador	Feminino	27/11/1937	82a	Ensino Fundamental completo	Do lar

Resumindo, são onze (11) mulheres (73,33%), quatro (4) homens (26,66%), totalizando quinze (15) participantes; dois (02) deles têm Ensino Médio Completo (13,33%); um (01) (6,66%) não sabe; um (01) (6,66%) é analfabeto; três (03) (20%) não tem informação; dois (02) (13,33%) se dizem alfabetizados, dois (02) (13,33%) possuem o Ensino Fundamental completo e quatro (04) (26,66%) Ensino fundamental incompleto.

A partir deste momento as respostas das questões de 5 a 11, serão analisadas de acordo com a etnometodologia e dispostas em quadros para melhor visualização dos resultados.

► Respostas da 5ª questão do instrumento sobre o ato de comer x dificuldade de deglutição: o cuidado paliativo na perspectiva da fonoaudiologia e do cliente idoso em fim de vida

Quadro 12 - O cuidado paliativo na perspectiva da fonoaudiologia e do cliente idoso em fim de vida

Ordem	Respostas	Indícios
1	Não , mas engasga só de vez em quando	o não e o sim
2	Engasga com água, come mingau e come pouco	engasga / água / come pouco
3	Sim , desde a internação	sim desde a internação
4	Tenho sim , depois do AVC, né?! - a esposa confirma	tenho sim/ depois do AVC / a esposa confirma
5	Sim , há um mês mais ou menos	sim/ há um mês
6	Sim.. Há uma semana... Está com dieta modificada desde lá	Sim/ dieta modificada
7	Tenho sim , há quatro meses	tenho sim/ há quatro meses
8	Não , só engasgo com água	não / engasgo com água
9	Tenho Fé, por isso faço essas coisas que você fala. Eu não tinha nada desde que entrei aqui , comia meu arroz, minha buchada.. Agora só essa papinha..	tenho fé / faço o que você fala / desde que entrei aqui / não como minha buchada / agora so essa papinha
10	Sim.. Ah! Já faz tempo.. Não sei quando comecei a ficar com ela agora	sim / já faz tempo / não sei quando comecei
11	Tem... Há dez dias	tem/ há dez dias
12	Sim.. Desde a admissão	sim / desde admissão
13	Tenho dificuldade , mas comecei essa semana	tenho dificuldade / comecei essa semana
14	Não	não
15	Sim , começou na semana passada. Quando se internou..	sim / semana passada / internou
	SIM , todos apresentaram engasgos por motivos diversos	Todos tem engasgos recentes e 05 deles diz ter ocorrido após internação.
23 afirmativas e 3 "não se engasga"		

► Respostas da 6ª Questão do instrumento sobre a importância de realizar a limpeza da boca

Quadro 13 – Sobre a importância da higiene oral

Sobre a Importância da Higiene Oral		
1	É importante limpar, né?!	é importante
2	Gostaria que limpassem	gostaria que limpassem
3	Acho muito importante, só não consigo fazer igual a vocês.. Mas eu tento!	muito importante / eu tento
4	Sim	1
5	Sim	2
6	Sim	3
7	Com certeza	13 muito importante
8	É sim!	05 tentam limpar
9	É!	01 não consegue
10	Muito importante, to fazendo direitinho	
11	Tô limpando a língua todos os dias, porque tava dando mau cheiro... As vezes não consigo a boca fica travada	
12	Sim.. Com certeza	4
13	Sim.. Muito importante!	5
14	Sim.. Para não ficar com cheiro ruim, quando vocês vierem falar comigo	06 sim
15	Muito importante	5 importante
100%		

De um modo geral, os clientes afirmam a importância da higiene oral, onze (11) dão respostas lacônicas, das quais seis (06) afirmam SIM (40%); cinco (05) dizem ser importante (33,33%), os quatro (04) (26,66%) restantes ampliam suas respostas de modo a qualificar melhor suas conclusões, como: “gostaria que limpassem, não consigo fazer igual a vocês, mas tento limpar a língua todos os dias; tava dando mau cheiro; não consigo limpar, limpo para quando vocês chegarem não estar cheirando mal.”

- ▶ **Respostas da 7ª Questão que se refere à possibilidade do uso de sonda para se alimentar e de como se sentiria.**

Quadro 14 – Sobre a possibilidade do uso de sonda de alimentação

Sobre a possibilidade do uso de sonda de alimentação		
1	Ah! Melhor pela boca	100% não pensam em sonda
2	Melhor pouco do que nada, um pouquinho	100% quer sentir o gosto/paladar de comida na boca
3	Mesmo que tivesse dificuldade é melhor comer pela boca	a preferência pela boca como lugar de sentir prazer sobre o alimento
4	Ficaria satisfeito comendo pela boca	outros para estimular o olfato
5	Um poquinho pela boca.. Sentir um gostinho	outro para movimentar a boca
6	Acho que sim.. Só pela boca	sensação de engolir
7	Prefiro pela boca, mas faço tudo que precisar para ficar bom.. O que o médico.. A senhora... Vocês mandarem... Eu faço!	
8	Eu não usaria a sonda	
9	Eu não, pra que só um pouquinho?! Quero uma coisa pra mastigar, meu arroz com feijão, cade..?	
10	Ah sim, pela boca, bom né pra movimentação, não esquecer como faz	
11	Se não está podendo engolir, não pode ficar sem se alimentar; um pouquinho tá bom, só não pode ficar sem comer	só não pode ficar sem comer
12	Ela fica satisfeita com o pouquinho que tem, o que eu queria mesmo e que ela voltasse	satisfeita com um pouquinho que come
13	Com certeza pela boca	a boca com certeza
14	Ficaria satisfeito se comesse só um pouco pela boca... Com certeza.. Comer é muito bom!	satisfação se pudesse comer pela boca / comer é muito bom
15	Ficaria feliz em comer pela boca e a gente da família mais ainda	ficaria feliz em comer pela boca
100%		

Todos, apesar da dificuldade de deglutir, demonstraram o desejo e a felicidade que é comer pela boca, nem que seja pouco. Apesar da alteração para deglutir, nenhum deseja usar a sonda, querem mastigar, movimentar a boca, sentir o gosto e assim fazer referências com os sabores e memórias de outros tempos.

- **Respostas da 8ª questão sobre o que gostariam de sentir se não pudessem comer de jeito algum.**

Quadro 15 – Sobre o estímulo gustativo

Sobre o Estímulo Gustativo	
1	melhor sentir sabor
2	não soube responder
3	ficaria satisfeito em sentir o gosto, o sabor. É angustiante, mas é melhor que nada.
4	antes um pouquinho que nada
5	ah! Nem sei...
6	ficaria satisfeito em sentir apenas o gosto, sabor dos alimentos, sim gostaria
7	sentir sabor dos alimentos
8	sim, faria satisfeito em sentir apenas o sabor dos alimentos
9	não ficaria satisfeito em sentir apenas o sabor dos alimentos
10	eh...eh.. Eu acho bom sentir o sabor dos alimentos
11	seria importante sentir o gosto pelo menos, porque assim não ficaria sem ingerir nada
12	sim.. Mas meu desejo e outro, né?!
13	sim.. É muito bom comer
14	claro, sentir o gosto
15	com certeza, sentir o gosto
100% desejam sentir o sabor dos alimentos	

Apenas um (1) (6,66%) da amostra não mostrou interesse em sentir apenas o sabor dos alimentos, na falta de possibilidade de administração da dieta por VO. Num geral, não almejam deixar de comer, e querem ao menos sentir o gosto da comida.

- ▶ **Respostas da 9ª questão dizem respeito à preferência por algum sabor com opções entre doce, salgado, azedo e amargo.**

Quadro 16 – Sobre a palatabilidade

Sobre a Palatabilidade	
1	Salgado
2	Doce, mas não pode comer. Agora não quer nada
3	Salgado
4	Salgado
5	Doce
6	Doce
7	Doce
8	Um docinho
9	Doce
10	Doce
11	Não tem preferência.. Gosta de doce e salgado, aliás lá em casa todo mundo é assim...
12	Doce
13	Prefiro Doce
14	Doce e Salgado
15	Salgado
<p>A preferência é pelo doce, onde 9 (60%) escolhem especificamente esse e 4 (26,66%) priorizam o salgado, além de 2 (13,33%) que tem a predileção por doce e salgado.</p>	

Salgado 6
Doce 11

- As respostas da 10ª questão dizem respeito a: se ele sabe o que um fonoaudiólogo faz no hospital.

Quadro 17 – Sobre a fonoaudiologia hospitalar

Sobre a Fonoaudiologia Hospitalar		
1	Não sei	
2	Não	
3	Faz assistencia né? Faz exercicio na parte da fala	
4	Não sabia até conhecer vocês	
5	Não	
6	Não	
7	Não	
8	Não	
9	Isso ai que você faz, não é?!	09 (60%) não sabem e 06 (40%) sabem ou ficaram sabendo na internação atual
10	Fiquei sabendo depois que conheci vocês	
11	Vai avaliando pra ver se a pessoa está engolindo	
12	Eu sei agora que ela está sendo acompanhada por vocês, desde que ela estava no CTI, se não fosse a ajuda de vocês nem esse pouquinho que ela come ia conseguir	
13	Ajuda a cuidar da alimentação, eu só soube disso depois que cheguei no hospital, nessa semana	
14	Não sei o que faz dentro do hospital, mas acredito que deve ajudar as pessoas que estão com problemas para falar	
15	Ajuda na questão de engolir o alimento	

- **Respostas da questão 11 que dizem respeito a: se eles gostariam de ser atendidos por um fonoaudiólogo para conseguir engolir.**

Quadro 18 – Sobre a intervenção fonoaudiológica

Sobre querer a Intervenção Fonoaudiológica		
1	Gostaria, mas agora faço sozinha, quando me oferecem ajuda, falo que faço só (não quer)	2 recusam ajuda; 1 acha que é um acompanhamento; 11 querem muito / com certeza; e 1 apresentou dúvida.
2	Não	
3	Acho q teria que ter acompanhamento, com certeza. As vezes o pouco pode fazer a diferença	
4	Eu queria e muito	
5	Queria	
6	Sim	
7	Com certeza	
8	Sim	
9	Pode ser	
10	Sim	
11	Acho que sim, pelo menos vai ajudar acompanhando	
12	Com certeza	
13	Sim, essa semana ela tem me ajudado muito	
14	Sim	
15	Com certeza, par trazer conforto e prazer a minha mae, sera bem vinda	

3.5.2 A SÍNTESE DAS ENTREVISTAS



Figura 3 - Painel sucinto do resultado das entrevistas sobre o que os idosos terminais querem

3º ETNOMÉTODO

A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO

O produto tecnológico desenvolvido é um material didático de conteúdo instrucional impresso com orientações aos cuidadores e a equipe de saúde, no caso de clientes institucionalizados, para o momento da alimentação por via oral. Até o momento, aguardamos reunião com o serviço de marketing do município de Itaguaí a fim de deixar público no site da prefeitura. É definido como uma tecnologia leve dura, visto que ultrapassa a compreensão de conhecimentos tecnológicos organizados e apresenta grau de liberdade que proporciona aos profissionais alternativas de ações, de modo que o trabalho em saúde sempre irá transpor as

subjetividades (SABINO, BRASIL, *et al.*, 2016). Por ser um material didático instrucional é classificado como T2 na estratificação da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

O material didático (Figuras 4,5,6,7) foi construído no Programa Microsoft Word 2007. A divulgação do produto será a princípio, no site da prefeitura do município de Itaguaí, onde a pesquisadora principal é designada servidora. A idéia inicial é conseguir oferecer um material educativo que sensibilize e norteie o manejo do momento da alimentação desses clientes por seus cuidadores, como consequência clarear a intervenção fonoaudiológica de colegas que ainda não conseguem perceber nossa atuação com o público alvo deste estudo, de forma objetiva, adequada, humanizada, mantendo as técnicas já conhecidas enquanto o cliente se beneficiar, com o objetivo final de manter enquanto possível for o ato de se alimentar por VO, ciente dos riscos e benefícios sem aproximar o cliente da morte ou manter intervenção fútil para tal período da vida, como preconiza a OMS.

CAPÍTULO III**– ANÁLISE DOS RESULTADOS E CATEGORIAS ENCONTRADAS –**

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

► 1ª CATEGORIA – DIÁRIO DE CAMPO – SOBRE O SENTIDO DE OLHAR PARA O ESPAÇO DOS IDOSOS TERMINAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR: REGISTRO DO VER E VIVENDO DELES

Considerações Gerais – A busca de sentidos, indícios do sensível...

Há necessidade de considerar inicialmente, antes de falar sobre as duas categorias, que o meu olhar como fonoaudióloga é o de informar que as categorias envolvem uma semiologia que é a fonoaudiologia e esta é a ciência que estuda a comunicação humana, em todas as suas dimensões. Seu campo de ação envolve o desenvolvimento, as dificuldades e o aperfeiçoamento das habilidades comunicativas. Cuida de todos os aspectos relacionados à comunicação humana, tais como: a linguagem oral e escrita, a cognição, a função auditiva, a função vestibular (equilíbrio), a fluência e articulação da fala, a voz, as funções estomatognáticas (tais como sucção, mastigação e deglutição), os sistemas de comunicação alternativos, aumentativos ou suplementares, entre outros (CFFA).

Captar os sentidos e indícios que indiquem a necessidade de uma prática de cuidar de modo que considere os aspectos sensíveis e subjetivos foi e é um desafio. Conseqüentemente a produção de dados com estes clientes foi mais que um desafio, mesmo que ao observá-los nesse quesito não tenhamos apresentado dificuldade, captar ali naquele espaço da enfermaria e de seu leito, a sua realidade social é algo difícil e não podemos esquecer porque eles são parte da sociedade. Para SILVA E VOLTRE (2012, p.24), a realidade social é construída na prática do dia a dia (de cuidar de idosos terminais com dificuldade de deglutir) pelos atores sociais em interação: não é um dado pré-existente.

É com esta posição que discutiremos os nossos achados como “algo” em construção para a Fonoaudiologia. Ao entrar no espaço dos idosos terminais, ali deitados em seus leitos, me ocorreu que estava entrando num espaço que não era meu, tão pouco tinha domínio sobre ele. Sendo assim, para entendê-lo foi preciso recorrer a uma fundamentação teórica e técnica sobre o assunto.

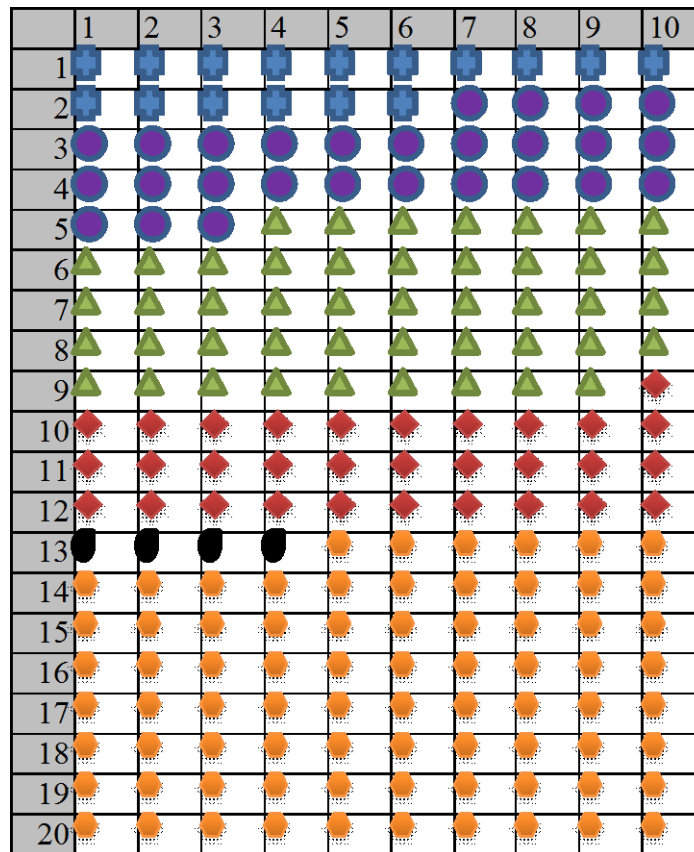
O referencial utilizado para fundamentação é o de SANTOS, 2006 e BOLLNOW, 2008 que nos orientam sobre “o espaço como o lugar de produção e de práticas diversas, sempre sendo considerado o FIXO (os móveis, paredes...) e o FLUXO (movimentos, ruídos) que as pessoas fazem para compreender e dar sentido ao que nosso olhar via. Os elementos

fixos permitem ações que modificam o próprio lugar. Os fluxos são um resultado direto ou indireto das ações e cruzam ou se instalam nos fixos, alterando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também, se transformam (SANTOS, 2006). Nossa preocupação era a de entender o que entrava por nossos olhos, passava pelo nosso cérebro e decodificávamos em texto, para construir um modo de realidade que desse conta exclusivamente deste estudo. Provavelmente outros pesquisadores poderão dar outros sentidos e construir outra realidade.

Com isso, ousaremos refletir sobre a semiologia do ambiente para me encontrar e ter um olhar diferenciado para os clientes que estavam diante de uma situação de hospitalização, assegurando a especificidade de minha profissão. Assim, destacamos o que foi preconizado por SANTOS, 2006, para desempenhar minha investigação olhando a aparência geral e os elementos do ambiente definidos como:

FIXO	Higiene
	Iluminação
	Temperatura (morno, frio, calor)
	Ventilação
	Objetos do Cliente
	Espaço do Leito
	Ruídos
FLUXO	Pessoas
	Movimentos

Os ruídos das pessoas nas enfermarias, que se decodificaram em duas subcategorias: o significado do olhar e da descoberta (in)esperada e o (des)cuidado com a alimentação e o silêncio com a disfagia. Descuidado entendido por FIGUEIREDO E MACHADO (2009, p.428) que o chamou de NÃO-CUIDADO e definiu como conceito: “o Não- cuidado é a rede de discursos e ações, processos, conhecimentos e saberes criadores e mantenedores de condições e situações ecosanitárias de ambientes, espaços e contextos inadequados, insatisfatórios, danoso ao conforto, do bem-estar, a segurança, ao desenvolvimento de pessoas, comunidades, povos e sociedades (...)”

Quadro 19 – Escala Qualitativa dos Registros Analisados

Legenda

■	8%	Equipe
●	14%	Cuidados Paliativos
▲	23%	Alimentação e Disfagia
◆	16%	Doença, sinais e sintomas
●	2%	Cuidados de Conforto
●	38%	Outros

A construção do texto bruto sobre a observação do espaço e pessoas que cuidam e são cuidadas não teve um roteiro duro, deveria ser flexível para não perder oportunidades ou fenômenos que surgissem na rotina da enfermaria.

Após análise dos registros identificamos na categoria “outros” que 38% dos registros são decorrentes de diferentes aspectos contidos nas falas e nas ações dos profissionais de saúde, clientes e estudantes a partir dos temas destacados a seguir, como a subcategoria 1:

- Definição de tratamento
- Definição de procedimentos
- Definição sobre procedimentos invasivos
- O quando alimentar

- Conhecimentos diversos sobre doença e tratamento invasivo
- Doença e morte, terminalidade e espiritualidade
- Família
- Conforto
- Internação e alta
- Suporte para o cliente e família
- Classificação ou não de pacientes em cuidados paliativos

Temas (inesperados) que nos desafiam indicando o quanto é novo construir e organizar um modo de cuidar de clientes terminais, idosos, que não se alimentam mais como fisiologicamente se espera. O que surpreendeu foi descobrir que profissionais de saúde apesar de todo seu conhecimento, independente dos níveis de instrução, ainda não sabem como lidar com casos de pacientes em cuidados paliativos, nem mesmo identificar estes, propriamente dito. Seguem os cuidados, mas não tem como foco o bem estar e qualidade de vida.

O (in)esperado é perceber que de um modo geral esses profissionais ainda acreditam que o “SENTIDO” de cuidar desses pacientes gira em torno somente do alívio dor e que já é o suficiente para o cliente e a família. Então pensar em dar sentido, estamos propondo uma semiologia que envolva OLHAR (vendo), ESCUTAR (ouvindo), e AGIR (tocar sentido). Para BARTHES, 2006 in: Saussure “a semiologia é a ciência dos signos, seja qual for sua substância, sejam quais forem seus limites: imagens, os gestos, os sons melódicos, os objetos e os complexos dessas substâncias que se encontram nos ritos, nos protocolos ou espetáculos, se não constituem, “linguagens”, são, pelo menos, sistema de significação.” Os signos estão nos rituais das práticas em saúde, nos registros onde estão as falas (imagens), nos leitos dos clientes e nos cuidados como processos. Mas o nosso objetivo nesta discussão, não é o que os outros profissionais fazem ou deixam de fazer e nem o de imaginar que estamos descobrindo a semiologia, mas tentando nos apropriar dela a partir da especificidade e do que sugere as diretrizes da formação do fonoaudiólogo.

Descobri que, na enfermaria, olhando para a equipe de saúde, registrando e “OLHANDO” movimentos e ações, o termo “CUIDADO PALIATIVO”, ainda está a ser descoberto como em ação de cuidar que está para além de aliviar a dor e esperar pela morte. Qual é mesmo o significado de cuidados paliativos e que sentido eles tem para nós como pessoas que devem cuidar destes clientes, assegurando a especificidade de cada área da

saúde? Nesta discussão, vamos considerar as quatro grandes rubricas da semiologia, procedentes da linguística estrutural: 1) Língua e fala; 2) Significado e Significante; 3) Sintagma e Sistema e 4) Denotação e Conotação.

Olhar, neste momento, foi o instrumento fundamental para produção dados, pois o olho revela segredos, nos mostra os vários lados de alguma coisa ou objeto, e é fundamental para saber que nossa linguagem é baseada nas imagens. Na verdade olhar é nossa visão para capturar o real e o subjetivo, alguém sentado ou um estado de espírito. Captamos a luz do ambiente e de tudo que é fixo no espaço. Segundo ACKERMAN, 1996, “a visão como imaginamos, não acontece nos olhos, mas no cérebro, para enxergar com clareza e em detalhes, nos precisamos, absolutamente dos olhos, é só pensar quando nos lembramos de coisas passadas.” Por isso o significado de olhar é ver, é enxergar o que está detalhadamente real e o que é subjetivo e cerebral. Enxergamos, diferenciamos e damos significados às cores, as expressões faciais, a organização do ambiente.

É de emocionar os mais sensíveis, o “não olhar” para as condições dos clientes alvo dessa pesquisa, sendo visto, por vezes, quando a enfermaria está cheia de profissionais e estudantes. O achado mais significativo da categoria em questão, o que chamamos de uma subcategoria é o que identificamos como: (des)CUIDADO com a ALIMENTAÇÃO e o SILÊNCIO com a DISFAGIA, que se confirma aparecendo em 23% das citações no diário de campo. Elas nunca aparecem como se alguém estivesse preocupado com a alimentação do cliente, ou como se alguém pensa ou fala em disfagia. Como as dietas que ficaram por longo tempo no posto de enfermagem ou no próprio leito, nem quando um cliente falou de engasgo, um importante sinal de disfagia. Não foi dito ou percebido, a preocupação da equipe de saúde e quando, apenas, uma pessoa alimenta por satisfação, isso foi recebido com certo estranhamento.

Ficamos lembrando quando ACKERMAN, 1996, nos diz que “o paladar é o sentido social, dificilmente alguém escolhe jantar em solidão, a alimentação possui poderoso comportamento social.” A importância do paladar está associada ao primeiro alimento que é o leite materno e com ele vem afeição, amor, toque, carinho, sensação de segurança, bem estar e provavelmente por pior que nós ou o cliente esteja parece-nos impossível acreditar que ele, mesmo sem condições de engolir um alimento mais sólido, pode sentir o gosto e isso ser satisfatório.

ACKERMAN, 1996, ainda nos diz que “alguns alimentos podem estimular as endorfinas, substâncias analgésicas, semelhantes à morfina produzidas pelo cérebro, dando

nova sensação de conforto e calma” o que trás total sentido a nossa intervenção, tema que faz parte também da 2ª categoria.

Permanecendo por mais tempo com esses clientes é impossível precisar que motivos são responsáveis por esse “não olhar” para a importância do alimento e os sintomas disfágicos, sendo mais comum o engasgo. Mas foi observando-os mais a fundo, fica incontestável a importância de um trabalho interdisciplinar, que antes de qualquer coisa, deve ser iniciado a partir de um diálogo de respeito do conhecimento do outro em benefício do cliente.

Olhar para os idosos terminais, sobre os diversos diagnósticos que os aproximam da morte, não é fácil, estamos em busca da vida e não da morte, por mais que a morte faça parte do processo natural da vida. Estamos em busca do paladar como uma forma de manter, mesmo que seja “terminal” um modo de viver melhor, julgando que esse sentido é um sentido social e nós precisamos ser sensíveis e sublimes para pensar numa clinica muito especial para eles. Tema a ser desenvolvido na 2ª categoria.

► 2ª CATEGORIA – A BOCA COMO LUGAR DO PRAZER: DE SENTIR O GOSTO

Essa categoria nos deu muitos indícios / pistas sobre a disfagia em idosos e sentimentos a cerca da dificuldade de deglutir ou pelo menos sentir o gosto do alimento, despertando em nós uma sensibilidade inesperada. Antes, porém, uma reflexão sobre o momento da produção destes dados.

Dando voz ao binômio cliente – família / as entrevistas

No terceiro momento da pesquisa encontramos novos embates, inclusive éticos, para continuação da pesquisa. Havia poucos sujeitos classificados e entendidos como clientes que precisavam e apresentavam critérios básicos para serem inseridos nos cuidados paliativos. Destes poucos, ainda existiam aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão deste estudo. Por esse motivo resolvemos entrevistar clientes internados no Hospital Municipal São Francisco Xavier – Itaguaí. Os clientes ali internados, como fluxo já determinado pelo serviço de fonoaudiologia, assinam um tempo que permite que o servidor (no caso a pesquisadora principal) utilize dados para divulgação de fins científicos. Sendo assim as entrevistas foram ali realizadas, afim de que alcançássemos resultados mais consistentes.

Os clientes participantes dessa pesquisa são elegíveis a receber cuidados paliativos, contudo na sua grande maioria não têm assistência da comissão de cuidados paliativos na primeira unidade hospitalar escolhida para esse estudo, porque a logística não lhes permite, visto que a demanda é gerada por parecer médico e estes são comumente indicados para pacientes em fim de vida, o que nos leva a crer que o serviço médico entende cuidados paliativos como cuidados de fim de vida. Na segunda unidade hospitalar inserida nesse estudo, também não obtivemos dados colhidos com pacientes em cuidados paliativos e sim pacientes elegíveis para tais cuidados conforme a definição da OMS. Essa segunda unidade não tem caráter paliativo visto que não há nenhuma comissão que atenda esse perfil de clientes, nem mesmo profissionais qualificados e inseridos nessa temática.

Durante as entrevista ficou claro a importância da alimentação por via oral para além das questões físicas, tanto para o cliente alvo quanto para os acompanhantes desses. E isso corrobora com a literatura estudada, quando fala do impacto social e emocional do ato de comer. Não comer, o uso de sonda para se alimentar, a contenção no leito para não arrancar a sonda, causa sofrimento muitas vezes maior que a dor física em si. E isso fica nítido quando o cliente nega seu problema para deglutir e/ou quando ele menciona a importância de sentir ao menos o sabor dos alimentos.

“Pesquisador: Se não pudesse comer de jeito algum, ficaria satisfeito em sentir apenas o gosto/sabor dos alimentos?”

“Cliente 3- Acompanhante: angustiante, mas melhor que nada...”*

Outro ponto que chama atenção quando damos voz a esses clientes é a unanimidade em reconhecer a relevância do gerenciamento de saliva, sem nem mesmo entender ao certo o que seria feito. Num geral eles não sabem quem é o profissional fonoaudiólogo, e talvez isso esteja relacionado ao comportamento de muitos profissionais na sua prática clínica, ao número de profissionais em unidades hospitalares, em como esses se apresentam ou explicam o que será feito durante sua intervenção, sua proposta terapêutica enquanto profissional da saúde ou ainda a disseminação desse cuidado tão específico.

“Pesquisador: Se você não conseguisse engolir nem a sua saliva, gostaria de ser atendido por um fonoaudiólogo para lhe auxiliar nesse processo?”

“Cliente 3 - acompanhante: Acho que teria que ter acompanhamento, com certeza! Às vezes o pouco pode fazer a diferença!”*

Cliente 4: Eu queria... E muito!”*

Independente da patologia em questão, embora grande maioria encontrada tenha apresentado câncer, esses clientes (binômio) nos deixam a preocupação de como está sendo realizado esse cuidado. Estamos ouvindo esses clientes? Estamos mostrando compaixão ou empatia? É possível sermos empáticos nesses casos? Como está a rede de apoio a esses clientes? É certo que esses clientes estão próximos do desfecho final que é a morte, mas enquanto estão no processo de morrer, são dignos de cuidado em sua integralidade e como profissionais de saúde temos o dever ético de permitir uma morte digna. De todos os princípios bioéticos precisamos estar atentos ao respeito à autonomia desses clientes, pois esse se mostra frágil, dependente e vulnerável muitas vezes. Sendo assim devemos tomar todo **cuidado ao cuidar. Temos que ouvir, agir e checar, validar o que o outro quer de fato**, seus desejos e anseios nessa fase da vida.

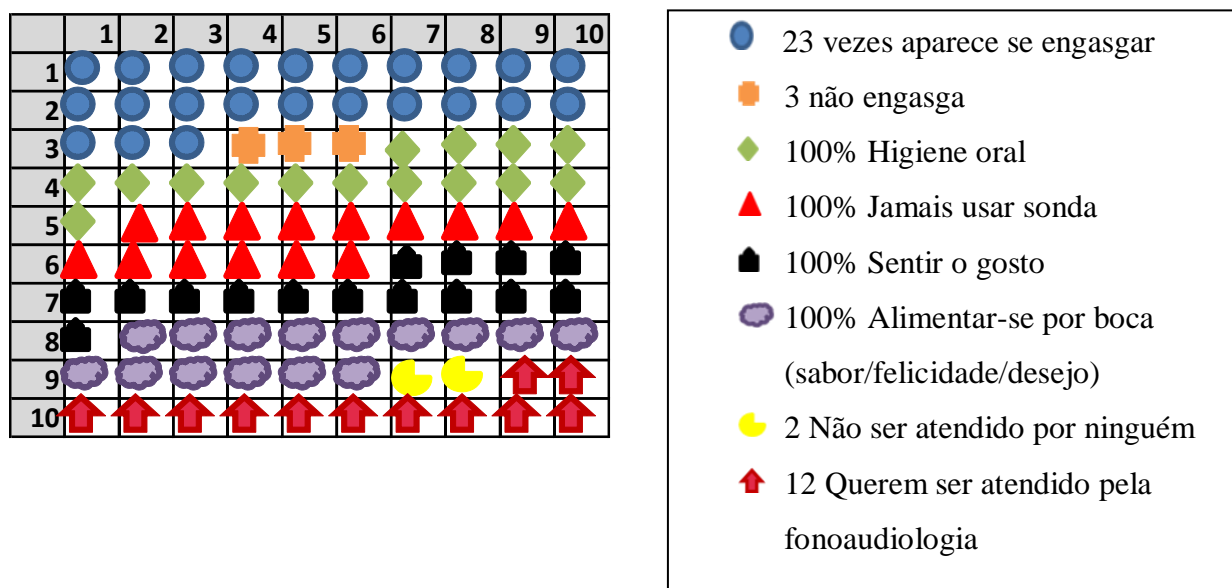
“Pesquisador: Se você precisasse usar (ou se usa) uma sonda para se alimentar, ficaria satisfeito se comesse só um pouco pela boca?”

Cliente 7: Eu prefiro pela boca, mas **faço tudo** o que for preciso para ficar bom. O que o médico, a senhora... O que vocês **mandarem** fazer... Eu faço!*

Compilando alguns dados relevantes das entrevistas temos um panorama de determinadas prioridades para clientes idosos que deveriam ter acesso a cuidados paliativos, que apresentam dificuldades para deglutir, mesmo quando não admitem o problema. Os dados obtidos estão dispostos no quadro 20.

Essa posição é aqui assumida como um estímulo a sensibilidade, que deveria ser aprendido durante a formação, trazer de casa, principalmente daqueles que escolhem acolher o outro para cuidar independente de qualquer preconceito que possa ter.

Quadro 20 – Total que indica 100% dos respondentes são 15 clientes internados com doenças ameaçadoras de vida, na perspectiva da disfagia (dificuldade para deglutir).



Esses idosos clamam por nossa atenção, especialmente, para “dois sentidos” olfato e paladar como algo que alimenta o corpo físico e conseqüentemente o corpo do desejo, o corpo da felicidade, do corpo social que foi nos tempos que podiam comer tudo.

Segundo ACKERMAN (1996, p.24-25) “O olfato é um mágico poderoso que nos transporta percorrendo distância de milhares e milhares e de todos os anos que vivemos. Os odores das frutas fazem com que eu flutue para minha casa no Sul, para minhas brincadeiras infantis no campo cheio de pessegueiros. Outros aromas repentinos e fugazes fazem meu coração dilatar de felicidade ou contrair-se a alguma tristeza recordada. Mesmo quando apenas penso nos odores, cheiros, minhas narinas ficam plenas de aromas, que despertam doces memórias (...)”.

Como já é sabido, o olfato merece atenção especial da fonoaudiologia em seu processo de cuidar de clientes com dificuldades para se alimentar/deglutir, principalmente nos casos de clientes com déficit cognitivo. Por vezes é importante utilizarmos da integração sensorial (visão, tato, paladar, olfato, audição) calçados numa abordagem cognitiva que auxilie nesse processo. O sentido do olfato pode lhes remeter ao passado, buscar lembranças e memórias de forma que sintam o prazer no momento da alimentação, facilitando a deglutição.

ACKERMAN (p.27) nos fala de algo que nos interessa: ”o tempo de uma respiração é de mais ou menos 5 segundos – dois para inspiração e três para expiração -, e, durante esse período, as moléculas do odor fluem ao longo dos nossos sistemas. Isso significa que, ao respirar, percebemos os odores. O cheiro envolve-nos, giram ao nosso redor, entram em nossos corpos, emanam de nós (...)”.

Essa é uma fisiologia que interessa a clínica fonoaudiológica, mais complexa e difícil quando se trata de clientes muito debilitados. Dependendo do grau de funcionalidade destes clientes, considerando a mais elevada queda da função, estes podem não mais exprimir o desejo de se alimentar, o que vai muito além do desejo, uma questão orgânica. Outro sentido merecedor da atenção da fonoaudiologia é o paladar que é explicado por ACKERMAN (p.161) quando diz; “nossos sentidos podem ser apreciados em toda sua beleza quando estamos sozinhos, mas o paladar é extremamente social. Os seres humanos dificilmente escolhem jantar em solidão, a alimentação possui poderoso comportamento social (...) todo ato de sociabilidade pode ser encontrado em torno de uma mesa: amor, amizade, negócios, especulações, poder, importunações, apoio, ambições, intrigas (...)”.

Como compreender e objetivar esse cuidado social, num espaço hospitalar, no qual todos se alimentam, quando podem, no leito? Não há um momento de integração ou socialização para este ato. Durante a produção deste estudo foi notório o quão melindroso é cuidar de clientes em situações tão críticas, com os quais temos que desenvolver habilidades para encontrar modelos e estratégias a atingir aquele que precisa de nós. Mas o profissional de saúde, não está atento a apenas dois sentidos, os cinco são fundamentais e não funcionam separadamente, no entanto, é bom ressaltar aqueles que mais são afetados e que a fonoaudiologia pode contar para o tratamento e adaptação da alimentação, cuidando do paciente disfágico, o ambiente no qual se encontra na hora da refeição, como um suporte do “medo” que ele tem de se engasgar e da família que está presente neste evento.

No prelúdio de seu livro, *Cuidar... A primeira arte da vida*, COLLIERE (2003, p.1), afirma: ”... Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde dar a luz até a morte, participa no mistério de vida que se procura, do desabrochar da vida que ressurgue, da vida que se afunda... (...)”. “... Cuidar, esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas (...)”.

Esse é o cliente que encontramos necessitando de cuidados paliativos, “deprimidos pelo opióide” para alívio da dor, sem qualidade de vida e cuidado como qualquer outro. Uma situação que não clama somente por técnica, mas por uma sensibilidade que necessita ser exercitada por todos nós.

Uma reflexão passa por nossas consciências e nos faz lembrar PITTA (1991, p17-18) que num discurso tão atual nos diz: “... o hospital tem sido um lugar nevrálgico de aglutinação de trabalhadores diversificados, que inclui desde médicos, enfermeiros, auxiliares fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas e outros numa extensa

lista de profissões e ocupações. Do outro lado estão os usuários frequentemente em dramáticas situações de resoluções dos seus processos de saúde/doença, dada a habitual complexidade dos serviços ali ofertados (...); diz ainda: muito mais que a riqueza material, entretanto, é o trabalho pessoal que determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento, e, ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos (...).” Essa pode ser uma causa do que vemos nos hospitais, quando encontramos “o alimento frio, sobre a mesinha de alimentação quando o doente poderia ter tomado e se alimentado enquanto morno.” Intermediado, por dificuldades nas relações interdisciplinares e interprofissionais, esse foi o nosso ponto de vista.

► 3ª CATEGORIA: O DISPERTAR DO SENSÍVEL NA PRÁTICA DA FONOAUDIOLOGIA COMO UMA TECNOLOGIA LEVE DE CUIDAR

A descoberta de que treze (13) dos quinze (15) participantes do estudo querem ser atendidos por um fonoaudiólogo na hora de alimentar-se foi uma grata surpresa e a descoberta de que poderíamos estar mais presentes se não fosse pelas políticas de falta de profissionais para cuidar deles.

A experiência vivida tão próxima dos clientes em situação de doença ameaçadora de vida nos faz tentar imaginar o que é ser terminal e não conseguir se alimentar. Não conseguir se alimentar, por dificuldade no processo de deglutição, ainda com risco de broncoaspiração, é apenas um dos diversos sintomas desagradáveis que podem aparecer nessa fase da vida. Jamais conseguiremos nos colocar no lugar dessas pessoas como muito se fala, mas podemos estar disponíveis para estarmos juntos a fim de minimizar o medo de comer, de engasgar, de se “afogar” em quanto come, usando nossa técnica e mostrando nossa humanidade. Muitas vezes o medo pode aparecer como maior vilão no momento de se alimentar, mais até que os sintomas disfágicos, aliás, “o medo é um dos gigantes da alma.”

Provavelmente terei que estar atenta as emoções e sofrimentos destes idosos, que se escondem no lado subjetivo do corpo. Certa de que para cuidar deles é preciso uma clinica que não seja só físico, entre cabeça e pescoço, mas, assumir outra visão do ser humano, que não é comum, que não é certeza.

O discurso de sentir é ainda pouco pesquisado, querer compreender o ser humano começa quando olhamos para ele como a mesma matéria do cosmo e isso é afirmado por SANTOS (1998, p.80) que diz: “a estrutura de toda a matéria existente em nosso universo é construído de átomos que assumem enorme potencial de energia; o ser humano em sua

estrutura, também é constituído por átomos, que são potenciais de energia (por isso o homem de que cuidamos é energia) tão grande quanto qualquer átomo existente e poderíamos dizer que a energia pertence ao mundo quântico⁵ que podemos dizer um mundo de energia e que localiza o ser humano no sistema referencial de seus sentidos, em outras palavras, de acordo com nossa visão, o ser humano em nível macrocosmico se manifesta biologicamente e em nível microcosmico se manifesta psicologicamente (...).”

Esta categoria nos mobiliza a repensar, nos idosos terminais e de como podemos ajudá-los não só em seu macrosentido, mas de pensar como fazer isso com o sentido do paladar e do olfato. Podemos aprender mais com o que nos diz MALNIC (2008, p.9), sobre o olfato: “é o sentido menos compreendido, tem sido o alvo de estudos intensos, do ponto de vista molecular, e dos muitos resultados em cachorros e camundongos tem se chegado a conclusões não definitivas, de que o olfato é, portanto, importante não apenas para controlar comportamentos, agressivos, mas também para regular o comportamento sexual dos ratos (...) outro comportamento descoberto foi o medo que é inato e não aprendido. O olfato tem papel dominante na nossa capacidade de distinguir diversos paladares (arrozinho, feijão, buchada...). Assim como os cheiros são detectados por receptores olfativos, os gostos amargo e doce também são reconhecidos por receptores específicos denominados receptores gustativos (...).”

Sobre a ciência do sentir, que pode ser pensada e exercitada por qualquer profissional de saúde

⁵ Física do minúsculo, micromundo dentro dos átomos, descreve o funcionamento interno de tudo o que vemos e do que menos fisicamente somos. Todo mundo da matéria, incluindo nossos corpos, é feito de átomos e seus componentes ainda menores e as leis que governam esses pequenos pedacinhos de realidade que transbordam para nossa vida diária. A teoria quântica é a teoria de maior sucesso até hoje. Ela pode prever corretamente resultados experimentais com um acerto de várias casas decimais. No entanto sua mobilidade em explicar, quer as predições quer os resultados, significa que nenhum quadro novo emergiu de todas as equações seriadas e as descobertas da física quântica se servem para instigar a imaginação das pessoas comuns (...). Nós, seres humanos conscientes, somos a ponte natural entre o mundo da experiência diária e o mundo da física quântica e que em exames mais acurados da natureza e do papel da consciência no esquema das coisas conduzirá a uma compreensão filosófica mais profunda do dia a dia e a um quadro mais completo da terra..., o ser é onda e partícula ao mesmo tempo, mais do que qualquer coisa, a física quântica promete transformar nossas reações sobre relacionamentos. Coisas e acontecimentos que antes eram concebidos como entidades separadas pelo espaço e pelo tempo, hoje são entendidos como integralmente ligados a nossas existências “individuais” ganham definição e sentido através do contato com o todo (...).”

Neste estudo nos apropriamos de alguns pontos fundamentais destacados por SANTOS (p.24).

SENTIR

- ✓ Diferenciar os fenômenos SENTIMENTOS e SENSACÃO para facilitar o diagnóstico e a intervenção;
- ✓ Saber que sensação é um fenômeno que o ser humano sente no nível corpóreo, frio, calor, dor, etc;
- ✓ Saber que o ser humano pode sentir sensações e sentimentos combinados, ao sentir dor pode sentir medo;
- ✓ Saber que, a emoção é uma forma combinada de sentir sensações e sentimentos, por exemplo, quando levamos um susto, sentimos medo repentino, um pânico ocorre simultaneamente, ao sentido de pânico ocorrendo várias alterações sensoriais ao nível do corpo, que são sentidas como sensações corpóreas.

Ao incluir essas compensações num plano de cuidado de fonoaudiologia, estamos provavelmente incluindo “incertezas” devido aos clientes escolhidos: só o presente, a cada dia é que importa; é sempre uma aventura humana, nossa e deles, não temos como prever, não temos como prometer. Mas, podemos naquele momento único de se alimentar, estimular sentidos, estar com ele, mostrar-nos prontos e fazê-los experimentar sabores.

O conhecimento que ampliamos neste estudo, também é incerto e não pretendemos correr o risco da ilusão, não podemos apostar que sozinhos podemos resolver coisas que nos incomodam ou que não compreendemos no plano do trabalho em equipe, no discurso da interdisciplinaridade. Pensar uma ciência do sentir é pensá-la em “ação” e neste momento também carregadas de incertezas, quando queremos “achar” que é possível pensar o sentir para cuidar de idosos terminais; até de conhecimentos que ainda estamos adquirindo no exercício da prática.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Produto 01. Artigo

ASPECTOS CLÍNICOS QUE INTERFEREM NA DEGLUTIÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS – UM FOCO NA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Maria Luiza da Assunção Modesto¹, Wiliam Cesar Alves Machado², Nélia Maria Almeida de Figueiredo³

¹ Mestranda em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

²Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

³Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

RESUMO

Objetivo: Identificar nas bases de dados da área de conhecimento, estudos que abordem aspectos clínicos do cuidado fonoaudiológico para com clientes com dificuldades de deglutição, que recebem cuidados paliativos no estágio de fim de vida, com vista na efetiva inclusão desse profissional nesse espaço de prática do cuidado institucional e domiciliária para essa clientela. **Metodologia:** Realizada a estratégia PICO, foram revisados os artigos publicados nas bases de dados Portal Capes, *PubMed* e BVS/Bireme, nos últimos 5 anos que abordassem cuidados paliativos sob a temática da alimentação e disfagia. **Resultados:** Foram analisados 15 artigos, verificou-se que o aspecto disfagia, por si só é muito comum no público alvo estudado e que dentre os possíveis aspectos que impactam a deglutição aparecem o acúmulo de secreção oral seguido da xerostomia. **Conclusão:** É necessária a realização de estudos clínicos que correlacionem os aspectos encontrados com a função da deglutição.

Descritores: Disfagia orofaríngea; distúrbios de deglutição; cuidado paliativo; cuidados paliativos; nutrição enteral.

ABSTRACT

Objective: To identify in the databases of the knowledge area, studies that address clinical aspects of speech therapy care for clients with swallowing difficulties, who receive palliative care at the end of life stage, with a view to the effective inclusion of this professional in this space of practice institutional and home care for this clientele. **Methodology:** After the PICO strategy, the articles published in the Portal Capes, PubMed and BVS / Bireme databases were reviewed in the last 5 years to address palliative care under food and dysphagia. **Results:** Fifteen articles were analyzed, it was verified that the dysphagia aspect, by itself is very common in the target public studied and that among the possible aspects that impact swallowing appear the accumulation of oral secretion followed by xerostomia. **Conclusion:** It is necessary to carry out clinical studies that correlate the aspects found with the function of swallowing.

Descriptors: *Oropharyngeal dysphagia; deglutition disorders; palliative care; hospice care; enteral nutrition.*

INTRODUÇÃO

O fonoaudiólogo hospitalar requer conhecimento das peculiaridades dos clientes, bem como formação especializada por parte dos integrantes da equipe¹. Nesse âmbito tem como papel principal identificar quaisquer alterações da deglutição que prejudique a nutrição e hidratação do indivíduo podendo também acometer a saúde pulmonar². Esta alteração é chamada disfagia e os sintomas disfágicos aumentam basicamente com a idade, em tratamento de tumores do sistema nervoso central, cabeça e pescoço e trato aerodigestivo³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos clientes e seus familiares frente a problemas associados a doença terminal⁴. Considerando tal definição, a decisão de fornecer ou não o suporte nutricional por via alternativa de alimentação ao cliente em cuidados paliativos e fim de vida dependerá do desejo do cliente e da família, visto quão discutível ainda se encontra a questão da necessidade de suporte nutricional neste momento da vida⁵.

Nem sempre é possível tratar de forma a retornar a alimentação por via oral de forma segura e eficaz, devido à patologia de base. Nesses casos, após definição do plano de cuidados da equipe multiprofissional o ideal é verificar o objetivo da intervenção fonoaudiológica: Reabilitar, adaptar ou manter estímulo gustativo por prazer oral?

A atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos é ainda muito recente e visa maximizar a deglutição, adaptá-la e ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, restabelecer ou adaptar a comunicação, além de minimizar o impacto de dores crânio faciais^{6,7,8}.

No Brasil até 2013, tinham apenas 40 serviços especializados em cuidados paliativos e como a tendência é o aumento do número de casos novos de câncer, cada vez mais se justifica a necessidade de expansão dos serviços especializados⁹. Esse estudo se justifica pela presença de transtornos da deglutição em muitos clientes em cuidados paliativos e no estágio de fim de vida e a postura do profissional fonoaudiólogo diante de tal situação.

Ainda não é claro para o fonoaudiólogo seu papel diante desses clientes, bem como a tomada de decisão e diretrizes práticas na sua intervenção^{10, 11}. Muito se discute sobre a real importância da alimentação em cuidados de fim de vida, visto que esses clientes muitas vezes já apresentam inapetência e não devem ser forçados a uma alimentação e hidratação por via oral. O uso de rotina de suporte nutricional neste público é controverso, principalmente no que diz respeito à sobrevida¹².

Acredita-se que o estudo será de grande valia para a sociedade pelos benefícios aos clientes, familiares e profissionais envolvidos nesse cuidado, elucidando o objetivo da intervenção fonoaudiológica, os significados atribuídos a alimentação, sempre buscando o alívio do sofrimento, tentando oferecer qualidade ao pouco tempo que se tem de vida¹³.

A deglutição é uma função vital e extremamente importante para manutenção do organismo¹⁴. A disfagia pode ser classificada segundo o comprometimento de base e pela fase da deglutição alterada^{15, 14}. Além dos benefícios da intervenção fonoaudiológica já conhecidos e bem definidos na literatura, esta também impacta diretamente na minimização do tempo de hospitalização com consequente diminuição dos custos hospitalares¹⁶. Diante do exposto

deve-se lembrar que a dependência funcional causada pelas alterações da deglutição pode fazer com que o indivíduo venha a necessitar de cuidados paliativos também pelo profissional fonoaudiólogo¹⁷.

Sendo assim o profissional supracitado também pode inserir ao seu cuidado a proposta da OMS para clientes em cuidados paliativos que é prevenir e aliviar o sofrimento, identificar, avaliar e tratar a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais¹⁸.

O objetivo desse estudo é identificar nas bases de dados da área de conhecimento, estudos que abordem aspectos clínicos do cliente em cuidados paliativos e em fim de vida que consequentemente interferem na deglutição, com vista na efetiva inclusão do profissional fonoaudiólogo nesse espaço de prática do cuidado institucional e domiciliária para essa clientela.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que é definida como um dos métodos de pesquisa na prática baseada em evidências, com a finalidade de condensar os resultados de pesquisas de maneira compilada e estruturada. A revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa seguindo seis fases de elaboração: formulação da questão norteadora, definição dos critérios para inclusão de estudos, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, representação dos estudos selecionados, análise crítica dos achados e relato da evidencia encontrada¹⁹.

Formulação da questão norteadora: “Quais os aspectos clínicos que podem interferir na deglutição que justificam a intervenção fonoaudiológica em clientes em cuidados paliativos?”. Para a seleção da pergunta de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO (Tabela 1), que representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e “**O**utcomes” (desfecho). Dentro da prática baseada em evidências esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências. Nesse estudo o acrônimo foi descrito como: Cliente ou problema – P – Clientes em cuidados paliativos e em fim de vida; Intervenções – I – intervenções fonoaudiológicas; Comparação – C – não utilizada; Desfecho (*Outcomes*) – O – aspectos clínicos encontrados. Visto que não era objetivo deste estudo comparar intervenções, o elemento C não foi utilizado²⁰.

Tabela 1 - Estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	Clientes em cuidados paliativos e em fim de vida
I	Intervenção	Intervenções Fonoaudiológicas
C	Comparação	-
O	Desfecho (" <i>outcomes</i> ")	Aspectos Clínicos que interferem na deglutição em clientes em cuidados paliativos

Definição dos critérios para inclusão de estudos: incluídos estudos publicados entre 2013 e 2018, em português, espanhol ou inglês, que falavam de clientes em cuidados paliativos com disfagia. Foram excluídas cartas ao editor, resumos, artigos em outras línguas, pesquisas referentes ao público pediátrico e/ou neonatal. Foram utilizadas as bases de dados Portal Capes, BVS/Bireme e *Pubmed*. A estratégia de busca adotada foi a utilização dos descritores *Mesh/Decs* e o operador booleano "AND" da seguinte forma: "*Oropharyngeal dysphagia*"and" *palliative care*" - 839 *Pubmed*, 9 portal capes, 783 BVS/Bireme; "*Oropharyngeal dysphagia*"and" *hospice care*" - 29 *Pubmed*, 2 Portal Capes, 16 BVS/Bireme; "*Enteral nutrition*"and" *hospice care*" - 50 *Pubmed*, 1017 Portal Capes, 46 BVS/Bireme; "*Enteral nutrition*"and" *palliative care*"- 349 *Pubmed*, 3019 Portal Capes; 317 BVS/Bireme; "*Deglutition disorders*"and" *palliative care*" 834 *Pubmed*, 395 Portal Capes, 787 BVS/Bireme; "*Deglutition disorders*"and" *hospice care*" 29, 35 Portal Capes, 16 BVS/Bireme.

Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados: foram utilizados filtros para refinar a busca e posteriormente, os títulos e resumos dos artigos recuperados foram lidos na íntegra quando contemplavam os critérios de inclusão. Assim sobraram 21 artigos e após a leitura destes, foram excluídos seis por não atenderem aos critérios de inclusão, sendo incluídos 15 estudos num total.

Representação dos estudos selecionados: após coleta, as informações dos estudos foram apresentadas em planilha de Excel com os seguintes elementos: Base de dados, artigo, ano de publicação, temática, tipo de estudo, aspectos clínicos abordados.

Análise crítica dos achados: após sumarização das características dos estudos, os dados foram categorizados segundo os aspectos clínicos descritos pelos autores. Para análise

dos dados encontrados foi utilizado o *software* R, de livre acesso, tendo sido escolhido o teste *Shapiro-Wilk*, para análise da distribuição das variáveis admitindo $p\text{-valor} = 0,05$.

Relato da evidência encontrada: foram reportados os resultados quanto às evidências clínicas relacionadas à disfagia orofaríngea que justificam a intervenção fonoaudiológica em fim de vida.

RESULTADOS

Foram analisados 15 (100%) artigos científicos (Quadro 1), de acordo com os seguintes aspectos: Base de dados, artigo, ano de publicação, temática, tipo de estudo e aspectos clínicos abordados. Dois dos artigos não citavam especificamente os aspectos clínicos encontrados em clientes em cuidados paliativos e em fim de vida.

Quadro 1 – Síntese dos artigos analisados

Base de Dados	Artigo	Ano de Publicação	Temática	Tipo de Estudo	Aspectos Clínicos Abordados
Portal Capes/Pub Med	Perspectives on the role of speech and language therapist in palliative care: Na international survey	2015	Fonoaudiologia e Cuidados Paliativos (tomada de decisão)	Estudo transversal anônimo, não experimental.	-
BVS/Bireme	Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Oncológicos	2016	Alimentação e Cuidados Paliativos	Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo	-
Portal Capes/Pub Med	Inpatient Palliative Care for Neurological Disorders: Lessons from a Large Retrospective Series	2017	Cuidados Paliativos e Distúrbios Neurológicos	Estudo Retrospectivo	Cansaço, sonolência, falta de ar, acúmulo de secreções, ansiedade, depressão, incapacidade de se comunicar
Portal Capes/Pub Med	Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase : Incidence and Severity in 164 Unsedated Patients	2014	Disfagia e Cuidados Paliativos	Estudo Qualitativo Descritivo	Disfagia, tosse frequente, perda de apetite, problemas com secreções orais

Portal Capes/Pub Med	Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients	2015	Disfagia e Cuidados Paliativos	Estudo Observacional Prospectivo	Mucosite, disfagia, xerostomia, dificuldade de mastigar, saliva espessa e dor, má higiene oral, fadiga, fraqueza
Portal Capes/Pub Med	Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units	2014	Sinais de Fim de Vida e Cuidados Paliativos	Estudo Prospectivo Observacional	Alteração da comunicação, sonolência, fadiga, mal-estar, dispnéia, depressão, disfagia
Portal Capes/Pub Med	Dysphagia in a Palliative Care Setting--A Coordinated Overview of Caregivers' Responses to Dietary Changes: The DysCORD qualitative study	2015	Cuidados Paliativos e Disfagia	Estudo Qualitativo Descritivo	Alterações emocionais, perda de massa muscular, fraqueza, problemas bucais, infecções, alterações neurológicas e o uso de medicação sedativa.
PubMed	Change in Food Intake Status of Terminally Ill Cancer Patients during Last Two Weeks of Life: A Continuous Observation.	2016	Sinais de Fim de Vida e Cuidados Paliativos	Estudo De Coorte Retrospectivo	Xerostomia
PubMed	Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: an evaluation study	2014	Abordagem Multiprofissional em Cuidados Paliativos	Estudo Quase Experimental	Dor, dispnéia, náusea / vômito, constipação, disfagia, fadiga, edema, insônia, incontinência de fezes e urina, xerostomia, perda de apetite, distensão abdominal e tontura.

Portal Capes/Pub Med	Fonoaudiologia en los cuidados paliativos	2015	Fonoaudiologia e cuidados paliativos (tratamento)	Revisão Bibliográfica Narrativa	Dor crânio-facial, odinofagia, disfagia (deglutição de alimentos e saliva), manejo das secreções
BVS/Bireme	Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário	2014	Risco de Disfagia	Estudo Transversal Exploratório	Alteração da coordenação deglutição respiração, comprometimento da capacidade respiratória, voz molhada, pigarro, xerostomia, ICC
BVS/Bireme	Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa	2014	Qualidade De Vida e Cuidados Paliativos	Revisão Integrativa	Dor, fadiga, baixa qualidade do sono, desconforto por maior frequência e severidade dos sintomas, depressão, disfagia, falta de apetite, baixo status nutricional, alterações do paladar, falta de apoio social e familiar e sensação de dependência
BVS/Bireme	Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados	2017	Fonoaudiologia e cuidados paliativos (tratamento)	Estudo Observacional Descritivo	Odinofagia, engasgos, sialorréia, xerostomia
BVS/Bireme	Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario	2015	Sinais de Fim de Vida e Cuidados Paliativos	Estudo Descritivo Retrospectivo	Astenia, dispneia, dor, imobilismo, deterioração cognitiva, polifarmácia, insônia, depressão, disfagia

BVS/Bireme	Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais.	2017	Fonoaudiologia e cuidados paliativos (tratamento)	Estudo Exploratório Observacional Transversal	Fadiga, fraqueza generalizada, dificuldades respiratórias, alteração de memória, atenção, acesso lexical, disfagia (deglutição de saliva e/ou água e alimentos), tempo aumento do tempo das refeições
------------	---	------	---	---	---

Dos 15 artigos verificados, um (6,6%) estudo foi definido como revisão integrativa e abordava aspectos como dor, fadiga, baixa qualidade do sono, depressão, disfagia e baixo status nutricional. Cinco (33,3%) artigos do total foram publicados no Brasil, os demais em outros países.

Aspectos que interferem diretamente no ato de se alimentar como disfagia, xerostomia, sialorréia, odinofagia, dificuldade de mastigar, aparecem na maior parte da amostra analisada.

Os aspectos clínicos mais frequentemente encontrados nos artigos incluídos nesse estudo, foram utilizados como variáveis a serem analisadas a fim de verificar a frequência relativa dentro da amostra. Dos aspectos clínicos mais comuns, temos: Xerostomia (XM), alteração da deglutição (AD), secreções orais (SO), alterações respiratórias (AR), odinofagia (OF), alteração do sono (AS), medicação (MD).

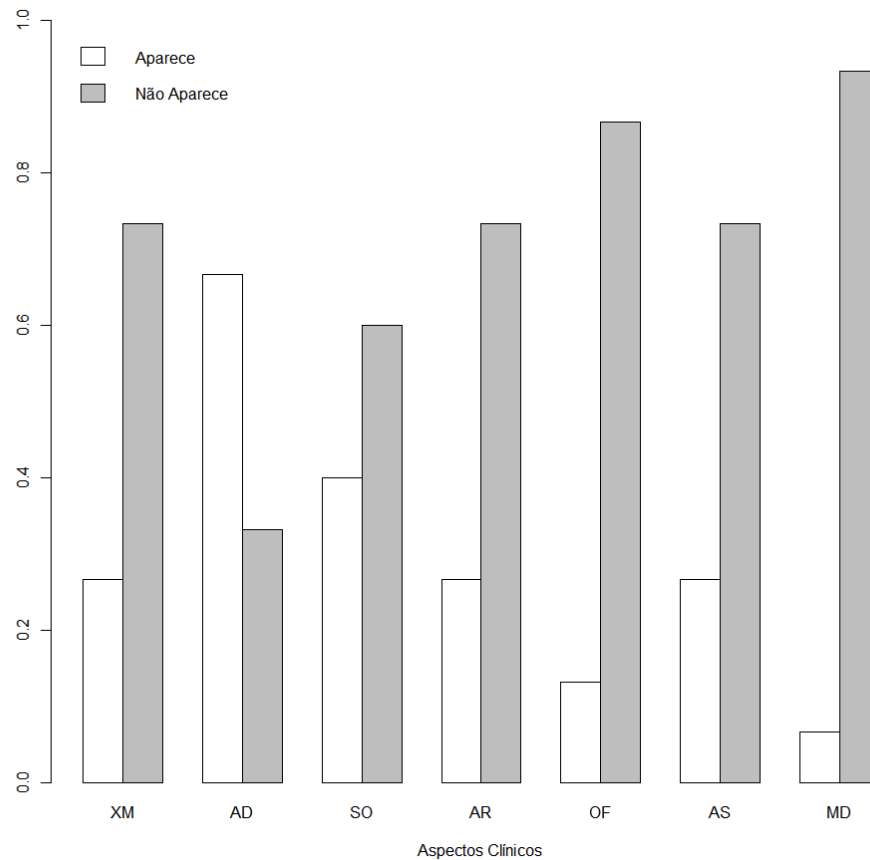
Quanto ao ano de publicação, os anos de 2014 e 2015 foram os que mais apresentaram estudos que citavam o estado clínico dos clientes em questão e 2016 o ano em que menos houve publicação.

Na Tabela 2 são apresentadas as frequências em que aparecem os aspectos clínicos geralmente presentes em clientes em cuidados paliativos em cada base de dados, conforme ilustrado na Figura 1.

Tabela 2 – Frequência em que os aspectos clínicos aparecem em cada base de dados

ASPECTOS CLÍNICOS	APARECE	NÃO APARECE
XEROSTOMIA	26,7%	73,3%
ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	66,7%	33,3%
SECREÇÕES ORAIS	40,0%	60,0%
ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA	26,7%	73,3%
ODINOFAGIA	13,3%	86,7%
ALTERAÇÃO DO SONO	26,7%	73,3%
MEDICAÇÃO	6,7%	93,3%

Os transtornos da deglutição são evidenciados como um dos aspectos clínicos mais presentes, aparecendo em 66,7% da amostra seguidos das secreções orais (40%) e xerostomia (26,7%), corroborando com a literatura da área.

**Figura 1:** Frequência em que os aspectos clínicos aparecem em cada base de dados

Neste estudo foi utilizado o teste de normalidade *Shapiro-Wilk*, para análise estatística da distribuição das variáveis, considerando $p\text{-valor} = 0,05$. Aceitando Hipótese nula (H_0) – Se os dados são normalmente distribuídos e Hipótese alternativa (H_1) – Se os dados não são normalmente distribuídos. Foi rejeitado H_0 quando $p < 0,05$. Sendo assim foi verificado que a distribuição dos aspectos clínicos foi dada como não normalmente distribuída sendo difícil atestar o comportamento dos dados utilizados tabela 3.

Tabela 3 – Teste *Shapiro-Wilk* de normalidade de distribuição dos dados.

ASPECTOS CLÍNICOS	P-VALOR
XEROSTOMIA	1.13878e-05
ALTERAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	2.738198e-05
SECRECOES ORAIS	4.903651e-05
ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA	1.13878e-05
ODINOFAGIA	7.52547e-07
ALTERAÇÃO SONO	1.13878e-05
MEDICAÇÃO	9.834313e-08

DISCUSSÃO

A deglutição é uma função vital, um processo altamente complexo e dinâmico, extremamente importante para a nutrição e hidratação do organismo¹⁴. Quando o indivíduo apresenta qualquer alteração no ato de deglutir diz-se que este apresenta sintomas de disfagia. A disfagia pode ser classificada segundo o comprometimento de base (neurogênicas e mecânicas) e pela fase da deglutição alterada (oral, faríngea, orofaríngea e esofágica)^{15,14}.

O fonoaudiólogo que atende a beira do leito deve ter inserido na sua prática o conhecimento, mesmo que não específico, das mais diversas patologias e formas de tratamento para auxiliar nas possíveis adaptações e/ou reabilitação das sequelas fonoaudiológicas¹⁴. Além disso, colaborar com a equipe multidisciplinar na melhora clínica do cliente, redução do tempo de uso das vias alternativas de alimentação, melhora do quadro pulmonar, reduzindo tempo de hospitalização com conseqüente diminuição dos custos hospitalares¹⁶.

A prevalência de sintomas de disfagia aumenta com a idade, doenças neurodegenerativas e em tratamento de alguns tumores, em especial os de cabeça e pescoço³. Estas proporcionam respostas psicossociais como ansiedade, medo, insegurança e redução da auto-estima, em decorrência do aspecto social relacionado com as atividades de comer e beber¹⁷.

Nenhum dos artigos denotou correlação entre os achados clínicos e a interferência desses na função da deglutição, mas todos foram ditos como aspectos negativos nos últimos dias de vida trazendo desconforto e mal estar.

O ato de se alimentar não é tão somente necessário como cultural, já que o dar de comer e beber significa respeito à vida e cuidado aos nossos semelhantes. Considerando o transtorno de deglutição e o ato de se alimentar e/ou dar de comer, sugerir uma via alternativa de alimentação nesse momento da vida é um sofrimento, já que dessa forma impede-se o indivíduo de comer e ao seu familiar de ofertar¹³.

Entendendo como sendo uma das propostas do cuidado paliativo minimizar o sofrimento, é preciso ser revisto até que ponto é válido durante intervenção fonoaudiológica indicar uma via alternativa de alimentação e/ou até quando manter alimentação por via oral.

O fonoaudiólogo tem como opção realizar uma triagem à beira do leito antes de avaliação completa da deglutição. A triagem é uma modalidade de avaliação com característica passa/falha capaz de identificar clientes que necessitam de avaliação completa da deglutição²¹. E nesta triagem verificar sinais e sintomas clínicos gerais do cliente que possam interferir na deglutição.

Clientes em cuidados paliativos devem passar pela avaliação completa, devido ao alto risco de disfagia, a baixa reserva funcional, a fadiga e a sarcopenia, geralmente presentes²². Tosse, voz molhada, pigarro, desconforto respiratório, odinofagia, engasgos, sialorréia e xerostomia são sintomas relatados na literatura que oferecem desconforto no processo de deglutição impedindo muitas vezes o ato de se alimentar com segurança^{21, 23, 12}.

Contando com isso, o fonoaudiólogo deve inspecionar a oferta de dietas, realizar o gerenciamento da deglutição de saliva, monitorar a higienização oral, a fim de oferecer prazer e conforto além de minimizar o risco de pequenas aspirações que possam levar a quadro de pneumonias^{6, 11}.

Estudos desenvolvidos revelam tendências de aumento do número de câncer com expectativas para 2020 de seis milhões de novos casos em países mais desenvolvidos e de nove milhões em países menos desenvolvidos²⁴. Com isso a necessidade de maior

conhecimento na área dos cuidados paliativos, bem como implantação de novos serviços com essa temática serão de extrema importância.

Não há uma diretriz específica que dite quais os aspectos clínicos a serem observados pelos fonoaudiólogos que possam prever até quando tratar e como tratar¹¹. No entanto após avaliação criteriosa e realização de prognóstico é possível determinar um plano de cuidados, junto à equipe multiprofissional, para os clientes na terminalidade.

Com o progredir da doença ou condição que afete o cliente, a diminuição na aceitação da alimentação e até mesmo a recusa alimentar são frequentes, bem como os sintomas de disfagia. Problemas de deglutição são relatados como um achado comum em cliente que recebem cuidados paliativos havendo estudos que referem até 79% dos casos²⁵. Um estudo citado no trabalho de Barriguinha²⁶, concluiu que 50% da amostra apresentava disfagia nos últimos sete dias de vida.

As causas associadas a disfagia nesse momento da vida vão muito além das questões neurofisiológica, pois há também a repercussão emocional que a não realização da ingestão oral pode provocar. É imprescindível lembrar que durante o processo de morrer, o objetivo da ingestão oral é focado na qualidade de vida e não mais no estado nutricional^{27,28}.

Pensando em todas as questões abordadas, vem o seguinte questionamento: e quando o cliente não consegue mais se nutrir por via oral, já encontra-se com alguma via alternativa de alimentação instalada, não consegue mais se comunicar e expressar como de fato gostaria que fosse o seu cuidado? A idéia inicial é sempre manter a alimentação por via oral, utilizando uma consistência de menor risco para broncoaspiração, realizando o fracionamento do volume quando necessário, a fim de evitar desconforto respiratório, o que é denominado volume de conforto. Contudo, chega-se a fase em que nem mesmo o volume de conforto é bem aceito/tolerado, e como fazer?

Quando o volume de conforto passa a ser arriscado, mas ainda se deseja alimentação por via oral, o fonoaudiólogo atua mediante a realização de estímulos gustativos para satisfação, dirigindo-se ao leito em frequência variável, conforme combinado com o cliente ou a necessidade do caso, mas que podem ser entre uma a três vezes diárias²³.

Na terminalidade muitas vezes não é dado o devido valor ao objetivo da fonoaudiologia, apesar disso não deve ser visto como menos importante já que o objetivo da terapia é promover maior número de deglutições de saliva e assim oferecer bem estar, minimizando os riscos de aspiração desse conteúdo oral⁸.

A realização de exercícios para promover melhor condição de deglutição não é uma possibilidade descartada, contudo, qualquer intervenção em cuidados paliativos deve ser proporcional ao nível de sofrimento causado pela intervenção²⁹.

Efeito medicamentoso, fadiga, fraqueza generalizada, dificuldade respiratória, todos esses sinais/sintomas podem alterar a mobilidade da musculatura da fala e modificar as capacidades de memória, atenção e acesso lexical com conseqüente impacto na deglutição²⁶. A sialorréia e a sensação de boca seca também podem ser associadas ao efeito medicamentoso e geralmente trazem desconforto ao cliente, porém, na impossibilidade de troca da medicação, deve-se auxiliá-lo a administrar maior volume de saliva ou recorrer a medidas que aliviem a sensação de boca seca³⁰. A xerostomia é frequentemente referida em associação à ardência da cavidade oral assim como à alteração do paladar. A presença de transtornos do paladar pode aumentar o incomodo oral e prejudicar o apetite e a ingestão de alimentos, influenciando na qualidade de vida do indivíduo³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

Os achados deste estudo levam há concluir que pouco se discute sobre características clínicas do cliente em cuidados paliativos e em fim de vida que podem prejudicar a deglutição e isso afeta diretamente o fazer fonoaudiológico. Sabido os fatores que interferem na deglutição, aparentemente os aspectos clínicos encontrados nestes clientes podem atingir direta ou indiretamente tal função, contudo não pode ser afirmado, necessitando de estudos clínicos que investiguem os aspectos mais encontrados nesse público alvo ou ainda revisões com um maior número amostral. Nesta amostra os transtornos da deglutição (66,7%) por si só já são evidenciados como um dos aspectos clínicos mais comuns, seguido da presença de acúmulo de secreções orais (40%) e xerostomia (26,7%) corroborando com a literatura da área e justificando a necessidade da intervenção fonoaudiológica.

REFERÊNCIAS

1. Furkim AM, Rodrigues KA. Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva São Paulo: Roca; 2014.
2. SBGG. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados Barueri: Manole; 2011.
3. Hernandez AM, Marchesan I. Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
4. Carvalho RTd, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2nd ed. São Paulo: ANCP; 2012.
5. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Cuidados Paliativos -

- há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Rev Soc Bra Clin Med.* 2008; 6(4): p. 150-155.
6. Carvalho Vd, Barbosa EA. *Fononcologia* Rio de Janeiro: Revinter; 2012.
 7. Calheiros AdS, Albuquerque C. A Vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. .
 8. Aguirre-Bravo AN, Sampallo-Pedrosa R. Fonoaudiología en los cuidados paliativos. *Rev. Fac. Med.*. 2015; 63: p. 289-300.
 9. Habekost Cardoso D, Manfrin Muniz R, Schwartz E, de Oliveira Arrieira IC. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto e Contexto - Enfermagem.* 2013 out-dez; 22(4): p. 1134-41.
 10. Kelly K, Cumming S, Kenny B, Smith-Merry J, Bogaardt H. 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 mar.
 11. O’Reilly AC, Walshe M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. *Palliative Medicine* . 2015 Set; 14.
 12. Borba Reiriz A, Motter C, Buffon VR, Pacheco Scatola R, Schio Fay A, Manzini M. Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Rev Soc Bra Clin Med.* 2008; 6(4): p. 150-155.
 13. Fernandes Costa M, Coelho Soares J. Alimentar e Nutrir: sentidos e significados em cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2016; 62(3): p. 215-224.
 14. Jotz GP, Angelis ECd, Barros APB. *Tratado da deglutição e Disfagia - No adulto e na criança* Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
 15. Costa M. *Deglutição e Disfagia - Bases Morfofuncionais e Videofluoroscópicas* Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
 16. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. *INGESTA ORAL DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÊNICA.* CEFAC. 2009 Dez.
 17. Costa RSd, Santos AGB, Yarid SD, Sena ELdS, Boery RNSdO. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. *Saúde Debate.* 2016 JAN-MAR; 40(108): p. 170-177.
 18. Costa MF, Soares JC. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2016; 62 (3): p. 215-224.
 19. Dal Sasso Mendes K, Campos Pereira Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Out-Dez; 17(4): p. 758-64.
 20. Mamédio da Costa Santos C, Andrucio de Mattos Pimenta C, Cuce Nobre MR. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007 Mai-Jun; 15(3).
 21. Bassi D, Furkim AM, Alves Silva C, Pacheco Honório Coelho MS, Pimenta Rolim MR, Aires de Alencar ML, et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. *CoDAS.* 2014; 26(1): p. 17-27.
 22. WG Roe J, Leslie P, Drinnan MJ. Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. *Palliative Medicine.* 2007; 21: p. 567-574.

23. Zerbinati Carro C, Moreti F, Marques Pereira JM. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. *Distúrb Comunicação*. 2017 Mar; 29(1): p. 178-184.
24. Moreira Freire ME, Okino Sawada N, Sátiro Xavier de França I, Geraldo da Costa SF, Bezerra Oliveira CD. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2): p. 357-367.
25. Mercadante S, Aielli F, Adile C, Ferrera P, Valle A, Fusco F, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015 Abril.
26. Francisco Barriguinha CI, Carmo Mourão MT, Martins JC. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. *Audiol Commun Res*. 2017; 22.
27. J. Smith B, Chong L, Nam S, Seto R. Dysphagia in Palliative Care Setting - A Coordinated Overview of Caregivers Responses to Dietary Changes: The DysCORD qualitative study. *Journal of Palliative Care*. 2015; 31(4): p. 221-227.
28. Kao CY, Hu WY, Chiu TY, Chen CY. Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. *International Journal of Nursing Studies*. 2014; 51: p. 226-235.
29. Bogaardt H, Veerbeek L, Kelly K, Heide A, Zuylen L, Speyer R. Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase: Incidence and Severity in 164 Unsedated Patients. *Dysphagia*. 2014 Maio.
30. Gerszt PP, Baltar CR, Santos AE, Oda AL. INTERFERÊNCIA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO IMEDIATO E TARDIO NA DOENÇA DE PARKINSON NO GERENCIAMENTO DA DISFAGIA. *Rev. CEFAC*. 2014 Mar-Abr; 16(2): p. 604-619.
31. Pastana SdG, Cantisano MH, Bianchini EMG. Queixas fonoaudiológicas e verificação da fala de indivíduos com diagnóstico de ardência bucal e xerostomia. *ACR*. 2013; 18(4): p. 345-52.

Produto 02. Artigo

O DESPERTAR DO SENSÍVEL NA PRÁTICA DA FONOAUDIOLOGIA COMO TECNOLOGIA LEVE DE CUIDAR*

THE AWAKENING OF THE SENSITIVE IN PHONOAUDIOLOGY PRACTICE AS A
LIGHT CARE TECHNOLOGY *

Maria Luiza da Assunção Modesto¹, Nébia Maria Almeida de Figueiredo², Angela Maria B. Fernandes da Silva³, Wiliam César Alves Machado⁴, Silvia Teresa Carvalho de Araújo⁵, Luiz Eduardo da Motta Ferreira⁶.

¹Mestranda em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

²Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

³Professora Doutora do Instituto Federal do Rio de Janeiro – IFRJ

⁴Professor Doutor do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

⁵Professora Doutora da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

⁶Professor Doutor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Autor Correspondente:

Maria Luiza da Assunção Modesto – UNIRIO

Rua Projetada A, Lt 19, Qd 3, Estrada da Cachamorra, Campo Grande – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Cel: 21 976346934

Email: marryama@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Articular sobre o que é sensível dentro de uma prática orgânica, biológica, com estudos anatômicos, palpável é algo extremamente complexo. O binômio saúde x doença faz parte não somente do cotidiano dos profissionais de saúde mas também de todas as pessoas que precisam de cuidado, principalmente aquelas com diagnóstico de doença que pode ser ameaçadora à vida. **Objetivos:** Apresentar um olhar crítico e atento do profissional de fonoaudiologia, no que tange os cuidados com o idoso, que necessita de cuidados paliativos e apresenta dificuldade para se alimentar (disfagia). **Método:** Trata-se de estudo qualitativo, dividido em duas etapas, composta de observação e entrevista. Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin e a etnometodologia. **Resultados:** Todos os participantes entrevistados afirmam que na falta de possibilidade de se alimentar por via oral preferem sentir ao menos o sabor dos alimentos, mesmo que sem volume. Quanto à importância da higiene oral, a maioria declara ser importante. E sobre ser “cuidado” por um fonoaudiólogo, demonstraram ter mais segurança na presença deste. **Conclusão:** Sentir dor, calor, vontade de comer, de beber é subjetivo. O que é relativamente pequeno, fisiologicamente difícil, pode ser o último desejo de alguém. O cuidado deve ser centrado no cliente, respeitando suas escolhas e participação no seu tratamento. **Descritores:** cuidado; cuidados paliativos; fonoaudiologia; alimentação.

INTRODUÇÃO

Articular sobre o que é sensível dentro de uma prática orgânica, biológica, com estudos anatômicos, palpável é algo extremamente complexo. É preciso ter habilidade para cuidar sob a ótica do sentir ou construí-la a partir do que se quer e do que se vivencia. Sentir é subjetivo, único e individual. Se perguntarmos aos clientes inseridos no contexto hospitalar, por exemplo, o que sentem a respeito do que é estar naquela instituição, obteremos as mais diversas respostas, que estarão relacionadas ao que mais incomoda a cada um.

O binômio saúde x doença faz parte não somente do cotidiano dos profissionais de saúde mas também de todas as pessoas que precisam de cuidado, principalmente aquelas com diagnóstico de doença ameaçadora de vida (1). Os profissionais envolvidos no cuidado devem ser carregados de sensibilidade, como forma delicada humana de cuidar,

considerando não apenas a doença, mas todas as dimensões que envolvem a pessoa, em todos os sentidos de ser e viver.

Sobre este cuidado mais abrangente, a fonoaudiologia se torna mais holista enquanto profissão da reabilitação, ao se propor promover bem estar geral, qualidade de vida e de morte, aos clientes que apresentam dificuldades além do seu saber, mas que podem interferir nesse.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida advém de uma idéia ampla que envolve a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais somado as características envolvidas com o meio ambiente, incluindo um sistema de valores que envolvem metas, expectativas, padrões e preocupações (2).

Veras e Oliveira (1) esclarecem que o mundo envelhece e o conhecimento técnico científico avança, na tentativa de promover maior qualidade de vida. Com isso pode ocorrer aumento na sobrevivência de indivíduos com doença crônica provocando, assim, aumento na prevalência de morbidades ou incapacidade relacionada (3).

Sendo assim, o estudo tem por objetivo apresentar a percepção do profissional de fonoaudiologia por meio de olhar crítico e atento, no que tange os cuidados com o idoso, que necessita de cuidados paliativos e apresenta dificuldade para se alimentar (disfagia). A partir da seguinte questão norteadora do estudo: O que o idoso terminal sente sobre a alimentação por via oral (VO), apesar da dificuldade de deglutir? E como tudo isto é visto além da patologia, considerando o sofrimento do cliente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo oriundo de dissertação de mestrado. Para análise dos dados obtidos, foram utilizados a análise de conteúdo de Bardin e a etnometodologia. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A perspectiva da etnometodologia “propõe privilegiar abordagens microssociais dos fenômenos (disfagia e deglutição neste estudo), dando maior importância a compreensão do que a explicação.

Participaram do estudo quinze (15) idosos em situação terminal e / ou definidos como aqueles que necessitavam de cuidados paliativos, internados, com dificuldades para se alimentar e, conseqüentemente familiares e/ou acompanhantes. Os dados foram

colhidos em dois ambientes, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) e Hospital Municipal São Francisco Xavier (HMSFX), ambos localizados no estado do Rio de Janeiro, o primeiro de âmbito Federal e o segundo Municipal (cidade de Itaguaí). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), cientes dos riscos e benefícios da pesquisa.

Desenvolvemos o estudo ancorado em duas atividades de produção de dados em:

- ✓ **Diário de campo e do *round*** – sobre o sentido do olhar e ouvir;
- ✓ **Entrevista** – sobre o sentido de escutar, sentir e escrever;

As verbalizações foram trabalhadas por saturação ou exaustividade das respostas, que configuram as repetições de fazeres, de palavras, de sentidos em todo o texto construído pelos diversos participantes. Sendo assim, a amostragem por saturação é aqui considerada por ser frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra interrompendo a captação de novos componentes (4).

A presente pesquisa atende as resoluções 466/12, 510/16 e a 580/18, por envolver seres humanos. Não apresentou nenhum conflito de interesse, o financiamento da mesma ocorreu por meios próprios e foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UNIRIO, sob CAAE: 02934418.1.0000.5285.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relação entre o saber e a prática nem sempre é harmoniosa, e isto se deve a dificuldade de associar o conhecimento à realidade. O profissional de saúde, incluindo o fonoaudiólogo, norteia-se a partir de sua técnica, tendo a sua disposição várias opções para compartimentalizar o cliente, ficando mais evidente a falta de habilidade para lidar com ele em sua unicidade.

A idéia é realizar intervenção centrada na pessoa que requer cuidado, por meio de escuta atenta e qualificada, objetivando entendimento integral da vivência individual de determinado sofrimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia do cliente no processo (1). Devemos ter cautela entre o que é vontade do cliente e a vontade do profissional, pois justamente por “dominar” a técnica, por vezes deixa de lado a subjetividade daquele que está a sofrer.

A fim de promover intervenção adequada e de sucesso, hoje se fala muito dos cuidados paliativos oferecendo assistência técnica e humanista aos clientes que passam por uma doença grave, progressiva, crônica com prognóstico restrito, dando ênfase a qualidade de vida (5). Pode parecer “utopia” pensar em qualidade de vida quando falamos do ser que está morrendo, muitas vezes em sofrimento, mas o foco será sempre a tentativa de oferta de conforto e alívio em sua trajetória de viver, principalmente quando internado.

Disfagia é a alteração da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca até o estômago (6) e estar associada a complicações, tais como: desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, penetração de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição. Embora não estejamos preocupados com estas consequências, precisamos estar cientes dos riscos e benefícios de comer por boca e informar estes aos clientes e / ou aos acompanhantes.

A busca pela satisfação em conseguir realizar algo está muito além do prazer que isso pode proporcionar. A Ela prima pelo que é suficiente, resultando em momentos positivos específicos, pois representa experiências felizes. Considerando isso, no caso de quem tem dificuldade para realizar a ingestão por via oral, conseguir comer pela boca pode estar relacionado a uma experiência feliz, alcançando a satisfação por uma necessidade natural (7).

Comer está incluso nos prazeres mais simples e naturais, pois é uma sensação sentida pelo corpo, em relação às demais sensações (possuidoras de um caráter físico). Não é limitado por uma idéia e sim pelo limite da natureza sensível. Então porque não oferecer a possibilidade deste ser realizado mesmo nos momentos finais da vida?

Acredita-se a partir disso que se o sujeito/cliente ainda solicita e tem o desejo de comer neste estágio, o desejo saciado ainda que adaptado pode lhe trazer prazer e conseqüente melhor qualidade de vida (8).

Para Epicuro, o prazer era experimentado por um enfermo nos intervalos quando a dor cessava, podendo ser esta física ou mental. Considerando que o objetivo maior dos cuidados paliativos é minimizar a dor e os sintomas desagradáveis, sentir prazer comendo por boca pode auxiliar nesse processo (8).

No decorrer das entrevistas, observamos que os participantes desta pesquisa, caso não pudessem comer de jeito algum, eles ficariam satisfeitos em sentir ao menos o sabor, conforme suas respostas no quadro a seguir:

Quadro 01 – Sobre o Estímulo Gustativo

1	melhor sentir sabor
2	não soube responder
3	ficaria satisfeito em sentir o gosto, o sabor. É angustiante, mas é melhor que nada.
4	antes um pouquinho que nada
5	ah! Nem sei...
6	ficaria satisfeito em sentir apenas o gosto, sabor dos alimentos, sim gostaria
7	sentir sabor dos alimentos
8	sim, faria satisfeito em sentir apenas o sabor dos alimentos
9	não ficaria satisfeito em sentir apenas o sabor dos alimentos
10	eh...eh.. Eu acho bom sentir o sabor dos alimentos
11	seria importante sentir o gosto pelo menos, porque assim não ficaria sem ingerir nada
12	sim.. Mas meu desejo e outro, né?!
13	sim.. É muito bom comer
14	claro, sentir o gosto
15	com certeza, sentir o gosto
100% desejam sentir o sabor dos alimentos	

Num geral, preferem sentir o sabor das coisas. Mesmo sem volume, que lhes tragam a sensação de plenitude gástrica, a satisfação parece vir pelo prazer que o ato de “comer”, determina. A felicidade que algum sabor pode lhes trazer, só será válido ao profissional se ele estiver preparado para entender, pois o objetivo neste caso, não é mais nutrir, que nesse momento da vida, objetivamos, de acordo com a funcionalidade, o que cada um sente como bem estar.

Com o envelhecimento, pela perda de papilas gustativas, e / ou associado a alguma doença neurológica, a tendência é termos maior dificuldade na percepção do sabor. Quando a higiene oral se encontra prejudicada esta precisa ser cuidadosamente orientada, mesmo quando não estiver sendo oferecida dieta por via oral (6). Ao nos referirmos à importância da higiene oral aos idosos e / ou aos seus acompanhantes, esses acharam, na grande maioria, algo de grande valia. Não pela questão do sentido do paladar em si, mas pela limpeza, pela agradabilidade, como demonstra o quadro 2.

Quadro 2 – Sobre a Importância da Higiene Oral

1	É importante limpar, né?!
2	Gostaria que limpassem
3	Acho muito importante, só não consigo fazer igual a vocês.. Mas eu tento!
4	Sim
5	Sim
6	Sim
7	Com certeza
8	É sim!
9	É!
10	Muito importante, to fazendo direitinho
11	Tô timpando a língua todos os dias, porque tava dando mau cheiro... As vezes não consigo a boca fica travada
12	Sim.. Com certeza
13	Sim.. Muito importante!
14	Sim.. Para não ficar com cheiro ruim, quando vocês vierem falar comigo
15	Muito importante
100%	

A descoberta de que 86,66% (13) dos participantes apresentaram interesse em ser atendidos por um fonoaudiólogo na hora de alimentar-se (quadro 3), foi uma grata surpresa a descoberta de que poderíamos estar mais presentes se não fosse pelas políticas de falta de profissionais para cuidar deles.

Quadro 3 – Sobre querer a Intervenção Fonoaudiológica

1	Gostaria, mas agora faço sozinha, quando me oferecem ajuda, falo que faço só (não quer)
2	Não
3	Acho q teria que ter acompanhamento, com certeza. As vezes o pouco pode fazer a diferença
4	Eu queria e muito
5	Queria
6	Sim
7	Com certeza
8	Sim
9	Pode ser
10	Sim
11	Acho que sim, pelo menos vai ajudar acompanhando
12	Com certeza
13	Sim, essa semana ela tem me ajudado muito
14	Sim
15	Com certeza, par trazer conforto e prazer a minha mae, sera bem vinda

A experiência vivida tão próxima dos clientes em situação de doença ameaçadora de vida nos faz tentar imaginar o que é ser terminal e não conseguir se alimentar por dificuldade no processo de deglutição, ainda com risco de broncoaspiração, é apenas um dos diversos sintomas desagradáveis que podem aparecer nesta fase da vida. Jamais conseguiremos nos colocar no lugar destas pessoas como muito se fala, mas podemos estar disponíveis para estarmos juntos a fim de minimizar o medo de comer, de engasgar, de se “afogar” em quanto come, ao usarmos nossa técnica e mostrar nossa humanidade. Uma das sensações que pode aparecer como maior vilão no momento de se alimentar é o medo, e este precisa ser considerado. Para algumas pessoas esta sensação é até mais importante que os sintomas disfágicos em si, aliás, “o medo é um dos gigantes da alma.”

Provavelmente terei que estar atenta as emoções e sofrimentos destes idosos, que se escondem no lado subjetivo do corpo. Certa de que para cuidar deles é preciso uma clinica que não seja só físico entre cabeça e pescoço, mas, assumir outra visão do ser humano, que não é comum, que não é certeza.

Neste estudo nos apropriamos de alguns pontos fundamentais destacados na literatura (9).

SENTIR

- ✓ Diferenciar os fenômenos SENTIMENTOS e SENSACÃO para facilitar o diagnóstico e a intervenção;
- ✓ Saber que sensação é um fenômeno que o ser humano sente no nível corpóreo, frio, calor, dor, etc;
- ✓ Saber que o ser humano pode sentir sensações e sentimentos combinados, ao sentir dor pode sentir medo;
- ✓ Saber que, a emoção é uma forma combinada de sentir sensações e sentimentos, por exemplo, quando levamos um susto, sentimos medo repentino, um pânico ocorre simultaneamente, ao sentido de pânico ocorrendo várias alterações sensoriais ao nível do corpo, que são sentidas como sensações corpóreas.

Ao incluir estas compensações num plano de cuidado de fonoaudiologia, estamos provavelmente incluindo “incertezas” devido aos clientes escolhidos: só o presente, a cada dia é que importa; é sempre uma aventura humana, nossa e deles, não temos como prever, não temos como prometer, mas, podemos naquele momento único de se alimentar, estimular sentidos, estar com ele, mostrar-nos prontos e fazê-los experimentar sabores.

CONCLUSÃO

O conhecimento que ampliamos neste estudo, também é incerto e não pretendemos correr o risco da ilusão, não podemos apostar que sozinhos resolveremos coisas que nos incomodam ou que não compreendemos no plano do trabalho em equipe, no discurso da interdisciplinaridade. Pensar uma ciência do sentir é pensá-la em “ação” e neste momento também carregadas de incertezas, quando queremos “achar” que é possível pensar o sentir ao cuidar de idosos terminais; pois estamos adquirindo conhecimentos no exercício da prática.

O que fica explícito com este estudo é que o cuidado para clientes idosos em fase de fim de vida, internados, vai muito além da medicação, do trocar de roupa, da técnica ou mais especificamente dos treinos ou manobras fonoaudiológicas que temos a “oferecer”.

Sentir dor, calor, vontade de comer, de beber é subjetivo. O que é relativamente pequeno, fisiologicamente difícil, pode ser o último desejo de alguém. O cuidado deve ser centrado no cliente, respeitando suas escolhas e participação no seu tratamento

BIBLIOGRAFIA

1. Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre saúde, doença e valores. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 2014 Abril; 38(2): p. 283-288.
2. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2018; 21(5): p. 639-651.
3. Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Cad. Saúde Pública. 2015 Jul; 31(7): p. 1460-1472.
4. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1): p. 17-27.
5. Lourenço RA, Júnior CMP, Sanchez MAdS. Série Rotinas Hospitalares - Hospital Universitário Pedro Ernesto Lourenço RA, editor. Rio de Janeiro: Triunfal; 2018.
6. Silva LMd. Disfagia Orofaríngea Pós-Acidente Vascular Encefálico. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL. 2006 Abril; 9(2): p. 93-106.
7. Giacomoni CH. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia da SBP. 2004; 12(1): p. 43-50.
8. Martins JdS, Costa JCSR. A natureza dos prazeres segundo Epicuro. APRENDER – Cad. de Filosofia e Psic. da Educação. 2016 jul/dez; 16(2): p. 59-78.
9. Santos M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4th ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.

Produto 03. Produto Tecnológico

CUIDADOS FONOAUDIOLÓGICOS A CLIENTES IDOSOS COM DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO – UM CUIDADO POR TODA A VIDA!

Maria Luiza da Assunção Modesto¹, Nébia Maria Almeida de Figueiredo²

¹ Mestranda em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

² Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

Resumo da Produção Técnica

Objetivo: Orientar cuidadores e equipe de saúde, que cuidam/tratam de idosos com diagnóstico de doença ameaçadora de vida e/ou em cuidados paliativos, mostrando como esses podem realizar a ingestão por via oral, que cuidados tomar e de que forma podem manter esta via de alimentação da forma mais segura possível. **Tipologia/Estratificação da produção técnica:** T2 **Método:** Revisão ampla da literatura e observação de clientes internados nos hospitais Gaffrée e Guinle e São Francisco Xavier, além de entrevistas aos mesmos e aos seus acompanhantes. **Resultados:** elaboração de material didático instrucional a ser divulgado pelo setor de marketing da prefeitura municipal de Itaguaí. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** Minimizar os riscos de desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa, iminente em clientes disfágicos; proporcionar conforto aos que já não podem manter a nutrição por via oral. **Palavras-Chave:** cuidados, cuidados paliativos, disfagia, alimentação, fonoaudiologia.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE ITAGUAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA



CUIDADOS FONOAUDIOLÓGICOS A CLIENTES IDOSOS COM
DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO - UM CUIDADO POR TODA A VIDA!

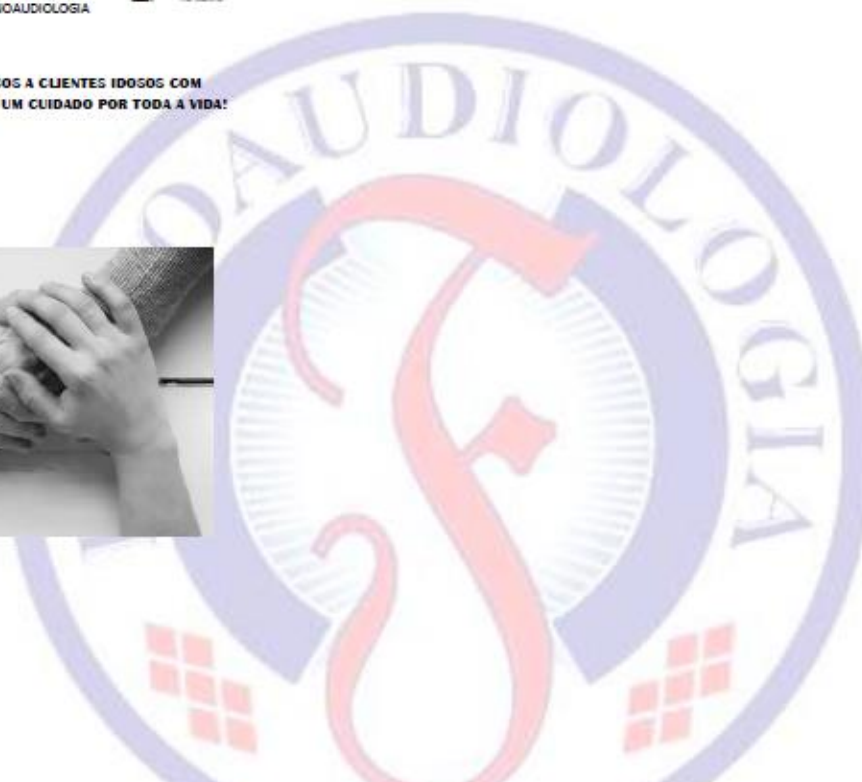


Figura 4 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!

Sobre o Envelhecimento



O número de idosos deve chegar a 32 milhões em 2020. Com o aumento progressivo da população idosa, temos o aumento do convívio com doenças crônicas, progressivas e que os aproxima da morte. Com isso precisamos estar atentos às necessidades reais desses sujeitos. O que é importante para você, pode não ser importante para o outro! Manter a dignidade e o respeito à autonomia, pode nos ajudar a viver melhor, garantindo qualidade de vida ou até uma boa morte.

Sobre o “engolir” ou a dificuldade para...

Quando nos deparamos com alguma afecção à saúde, o ato de

engolir pode estar comprometido. Nestes casos aparecem os engasgos, tosse durante as refeições ou até mesmo com o que jamais pensamos os líquidos! E ainda mais comum do que se pensa... Engasgos com água! Mudanças de consistências podem ser um indicativo de dificuldade para engolir, muitas vezes decorrentes de um AVC (derrame), câncer de alguma região de cabeça e pescoço, doenças degenerativas como a ELA ou a EM.



Ao sinal de qualquer dificuldade para engolir... Até mesmo as dificuldades pela própria idade, deve-se procurar um especialista.

Onde comer?!

Idosos com alterações de atenção, memória, percepção, linguagem e outras questões cognitivas devem estar em locais calmos, com o

Figura 5 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!



Respeitando a autonomia – ainda e prazeroso comer?

O idoso ainda quer comer? Pergunte... Talvez ele saiba te responder! Gosta de comer? Entende que precisa se alimentar? Você tenta ajudá-lo a entender, perceber cheiros, sabores, cores? Tudo isso é muito importante no processo de se alimentar, de fazê-lo perceber e manter o conhecimento de mundo que ele ainda em para comer. Invista! De reforço positivo!

Clientes em fim de vida tem mais algumas coisas a serem pensadas:

Alimentação por sonda... Nem sempre vai ajudar!

Comer muito pode satisfazer a você que oferece a comida, pra quem está comendo pode se tornar um momento pavoroso e pode também não adiantar!

Nesse momento da vida, comer pode não ser tão válido quanto se

pensa!

Converse com o especialista!

Cuidado... Cuidador... Cuide com amor!

A jornada é difícil. É preciso se cuidar para conseguir cuidar do outro. Por vezes pode faltar paciência, as lágrimas podem escorrer, sentimentos como ansiedade também podem aparecer. Procure ajuda! Mas tente não transferir sentimentos negativos àquele de quem cuida! Cuide com amor! Amor ao que faz e por quem faz!

Quem é o Especialista?

O profissional responsável pela avaliação, diagnóstico e tratamento das dificuldades de deglutição (o ato de engolir), é o fonoaudiólogo. Este é o profissional da saúde que tem como objetivo tratar das dificuldades de comunicação, entendendo como comunicação tudo que envolve estar junto, relacionar-se, além dos distúrbios de fala já conhecidos. Existem fonoaudiólogos especialistas em disfagia (dificuldade para engolir) e em fonoaudiologia hospitalar, sendo esses os mais indicados para ajudar a você que tem dificuldade de engolir ou ao seu que tem esta dificuldade.

Figura 6 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!

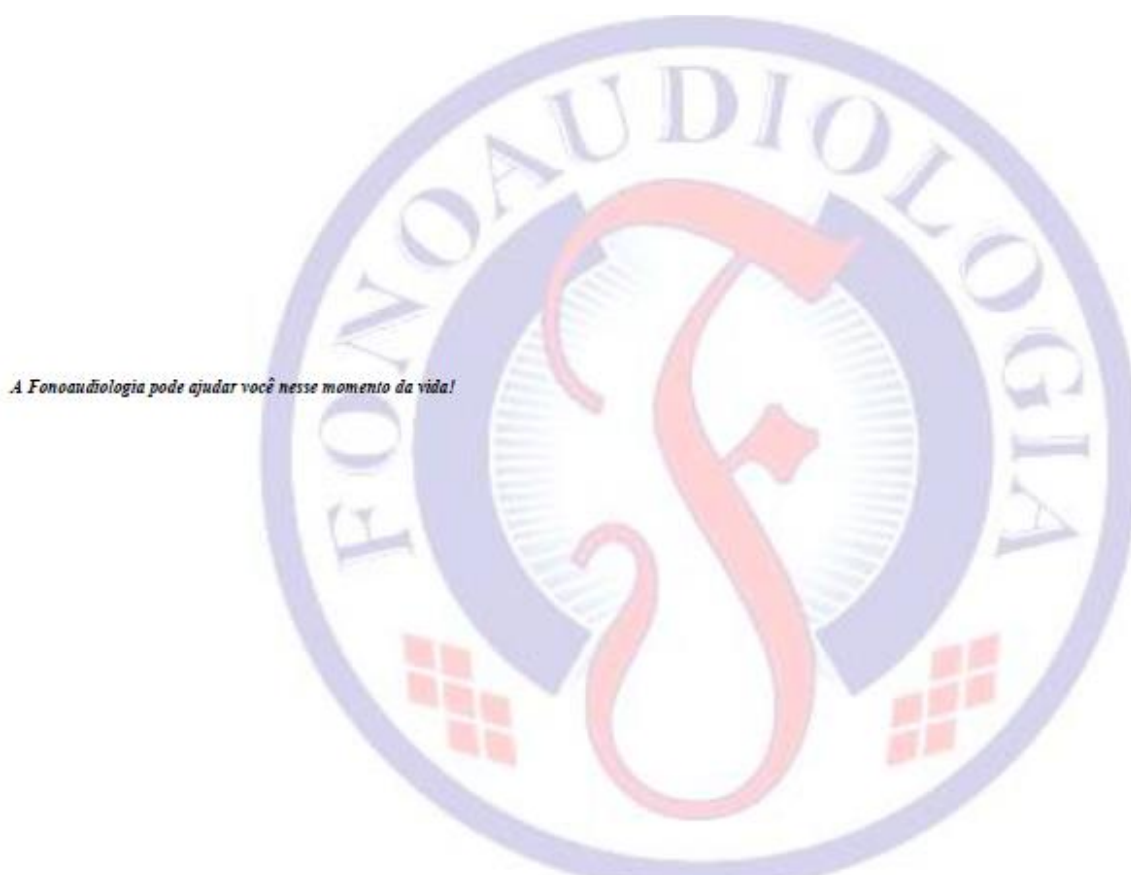
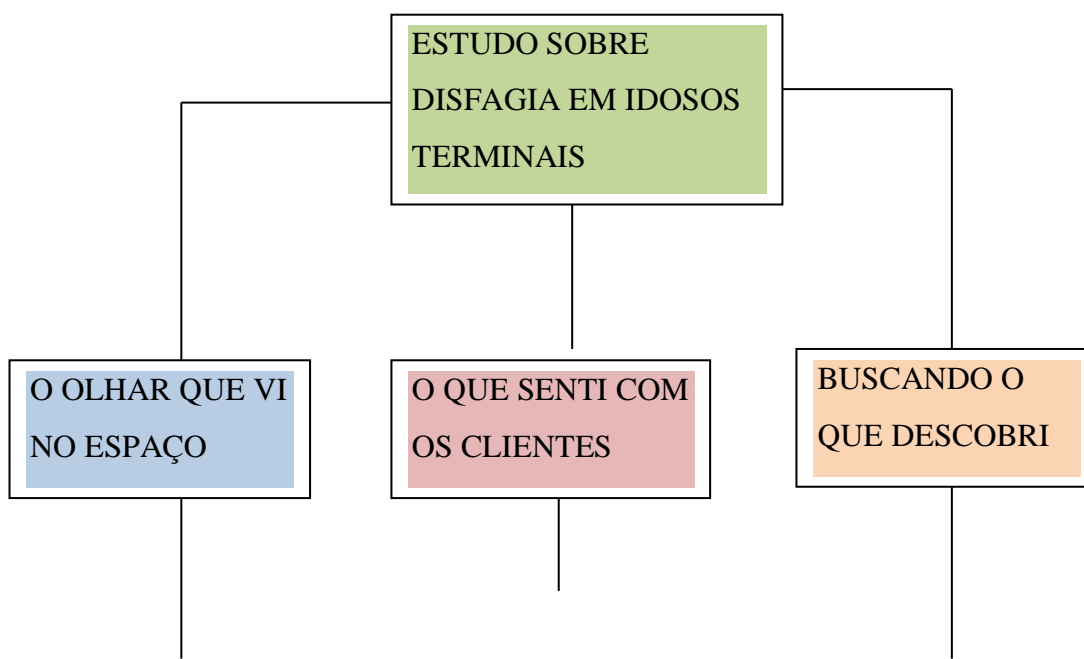
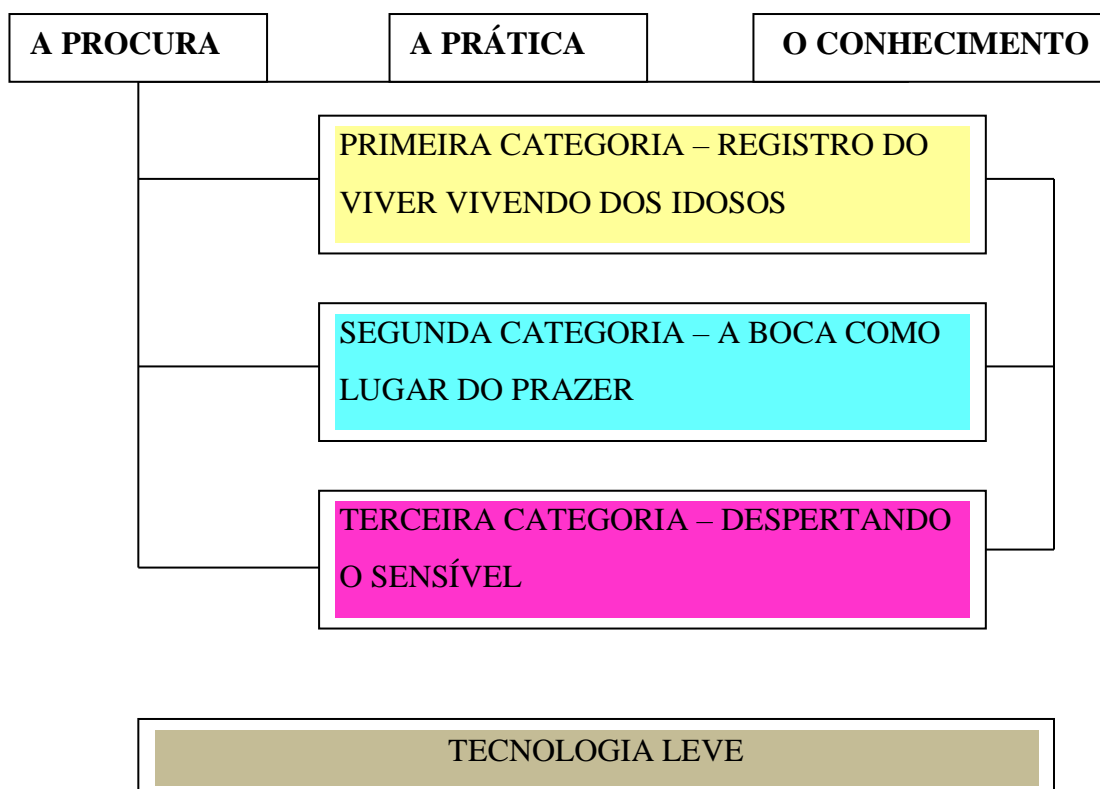


Figura 7 – Material Didático Instrucional: Cuidados Fonoaudiológicos a Clientes Idosos com Dificuldade de Deglutição – Um Cuidado por Toda a Vida!

6 CONSIDERAÇÕES "DISFÁGICAS"

O argumento para o título, envolve a situação de nossos clientes, mas também é pelo que conseguimos num caminho de pesquisa, que o primeiro desafio foi de encontrar os idosos terminais num "N" que pudesse ser significativo e de apesar dos desencontros no curso e na pesquisa, conseguimos engolir as dificuldades que estão no esquema a seguir, como uma imagem síntese dos três engasgos.





O caminho da pesquisa é um desafio. Produzir o conhecimento é um engasgo intelectual que não se faz tão simples, que para digerir ou engolir depende de tempo na prática de muita leitura para compreender os fenômenos que nos rodeiam e às vezes não conseguimos ver, ouvir, escutar porque precisamos ajustar nosso corpo numa “sintonia fina” para adquirir essa habilidade que envolve sensibilidade.

Percebemos o quanto os idosos e suas famílias necessitam de afeto (carícia) através da conversa, de ficar junto, de ouvir, de não perder a esperança para manter seus últimos dias o melhor possível. Chegar aqui é quase que inesperado, por muitas vezes o desânimo tomou conta de nós, mas retomamos a aventura de terminar, aventura incerta que conseguimos terminar da melhor forma que pudemos.

Apurar que os idosos estão frequentemente sobre o risco de engasgarem-se nos impulsiona o reviver, mesmo sabendo que ele não depende somente de uma categoria de profissionais, mas de todos para vê-los como sujeitos por inteiro e que enquanto há vida, existe necessidade de um cuidado com ele, com o ambiente, com seus medicamentos, com suas coisas, com suas famílias.

Enfim, a grande certeza que temos é de que somos capazes de enfrentar “engasgos” – desafios – para construir ações específicas de cuidar de quem precisa e que podemos:

- ✓ Modificar o espaço de cuidar, se quisermos; de acordo com as necessidades do cliente;
- ✓ Evitar efeitos perversos (riscos iminentes);

- ✓ Melhorar nossas relações interpessoais como equipe de saúde;
- ✓ Considerar dificuldades como o caminho para resolução dos diversos problemas em função do contexto da área da saúde;
- ✓ Entender que cuidar não é uma escolha é “uma ação incondicional”, a não ser que aquele que deve cuidar, descuide-se do cuidado.
- ✓ Perceber que conhecimento pode resolver muitas incertezas, “muitos engasgos”, que precisa ser descoberto e compreendido.

7 BIBLIOGRAFIA

[] Dicio - Dicionário Online de Português, 2009. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/>>. Acesso em: 20 Maio 2019.

ACKERMAN, D. **Uma História Natural dos Sentidos**. 2. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 1996.

AGUIRRE-BRAVO, Â. N.; SAMPALLO-PEDROSA, R. Fonoaudiología en los cuidados paliativos. **Rev. Fac. Med.**, v. 63, p. 289-300, 2015. ISSN 2.

AIRA FERRER, P. et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. **Medicina Paliativa**, Ago 2015.

BAIJENS, L. W. B. et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society White paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. **Dovepress - clinical interventions in aging**, n. 11, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARTHES, R. **Elementos de Semiologia - Tradução de Izidoro Blikstein**. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

BASSI, D. et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. **CoDAS**, v. 26, n. 1, p. 17-27, 2014.

BECKER, H. S. **Segredos e Truques da Pesquisa - Tradução de Mara L.X de A. Borges**. Rio de Janeiro: Jorge Zohan, 2007.

BOGAARDT, H. et al. Swallowing Problems at the End of the Palliative Phase: Incidence and Severity in 164 Unsedated Patients. **Dysphagia**, Maio 2014.

BOLLNOW, O. F. **O Homem e o Espaço**. 9. ed. [S.l.]: UFPR, 2008.

BORBA REIRIZ, A. et al. Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? **Rev Soc Bra Clin Med**, v. 6, n. 4, p. 150-155, 2008.

CALHEIROS, A. D. S.; ALBUQUERQUE, C. A Vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

- CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, Jul 2015.
- CARDOSO, D. H. et al. CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: A VIVÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-41, Out-Dez 2013.
- CARVALHO, R. T. D.; PARSONS, H. A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.
- CARVALHO, V. D.; BARBOSA, E. A. **Fononcologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.
- CASTRO, J. M. F.; FRANGELLA, V. S.; HAMADA, M. T. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS HEALTH SCIENCES - Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 42, n. 1, p. 55-59, 2017.
- COCHIONI, M. et al. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 340-352, 2017.
- COLLIÈRE, M.-F. **Cuidar. A primeira arte da vida**. Lisboa: Lusociencia - Edições Técnico Científicas LTDA, 2003.
- COLUZZI, F. et al. Orientações para boa prática clínica para opióides no tratamento da dor: os tres "Ts" - titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 66, n. 3, p. 310-317, 2016.
- COSTA, M. **Deglutição e Disfagia - Bases Morfofuncionais e Videofluoroscópicas**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- COSTA, M. F.; SOARES, J. C. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62 (3), p. 215-224, 2016.
- COSTA, R. S. D. et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, JAN-MAR 2016.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Sao Paulo: Penso, 2013.
- DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 3, p. 463-76, 2013.
- DAL SASSO MENDES, K.; CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez 2008.

- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: O Diálogo das Diferenças. In: MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 7, p. 195-221.
- EPICURO. **Carta sobre a felicidade: (a Meneceu)**. São Paulo: UNESP, 2002.
- FELIPINI, L. M. G. **Tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil dos questionários Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) e Quality of Care in Swallowing Disorders (SWAL-CARE) para idosos com disfagia neurogênica**. Universidade de São Paulo. Bauru. 2016.
- FERNANDES COSTA, M.; COELHO SOARES, J. Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 215-224, 2016.
- FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 639-651, 2018.
- FIGUEIREDO, N. M. A. D.; MACHADO, W. C. A. **Corpo e Saúde - Conduas Clínicas de Cuidar**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.
- FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan 2008.
- FRANCISCO BARRIGUINHA, C. I.; CARMO MOURÃO, M. T.; MARTINS, J. C. Dificuldades de comunicação e deglutição em doentes em cuidados paliativos: visão dos doentes e familiares e/ou cuidadores informais. **Audiol Commun Res**, v. 22, 2017.
- FURKIM, A. M.; RODRIGUES, K. A. **Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Roca, 2014.
- GERONTOLOGIA, S. B. D. G. E. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri, SP: Manole, 2011.
- GERSZT, P. P. et al. INTERFERÊNCIA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO IMEDIATO E TARDIO NA DOENÇA DE PARKINSON NO GERENCIAMENTO DA DISFAGIA. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 604-619, Mar-Abr 2014.
- GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.
- GONÇALVES, M. I. R.; REMAILI, C. B.; BEHLAU, M. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10. **CoDAS**, 2013.

- HABEKOST CARDOSO, D. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-41, out-dez 2013.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 15^a. ed. Petrópolis: Vozes, v. Parte I, 2005.
- HERNANDEZ, A. M.; MARCHESAN, I. **Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- IBGE. AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **agenciadenoticias.ibge.gov.br**, 2018. Disponível em: <<http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 08/09/2018 Setembro 2018.
- J. SMITH, B. et al. Dysphagia in Palliative Care Setting - A Coordinated Overview of Caregivers Responses to Dietary Changes: The DysCORD qualitative study. **Journal of Palliative Care**, v. 31, n. 4, p. 221-227, 2015.
- JOTZ, G. P.; ANGELIS, E. C.-D.; BARROS, A. P. B. **Tratado de Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
- KAO, C.-Y. et al. Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, p. 226-235, 2014.
- KELLY, K. et al. 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**, mar 2018.
- LIU, Y. et al. Inpatient Palliative Care for Neurological Disorders: Lessons from a Large Retrospective Series. **Journal of Palliative Medicine**, v. 20, n. 1, 2017.
- LOPES DE PAIVA, F. C.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim de vida. **Rev. bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.
- LOURENÇO, R. A.; JÚNIOR, C. M. P.; SANCHEZ, M. A. D. S. **Série Rotinas Hospitalares - Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro: Triunfal, v. VII, 2018.
- MALNIC, B. **O Cheiro das Coisas - O sentido do Olfato: paladar, emoções e comportamentos**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2008.
- MAMÉDIO DA COSTA SANTOS, C.; ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA, C.; CUCE NOBRE, M. R. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, Mai-Jun 2007.

- MARCHESAN, I. Q. Deglutição - Diagnóstico e Possibilidades Terapêuticas. In: MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 51-58.
- MARQUES, C. H. D.; ANDRÉ, C.; ROSSO, A. L. Z. Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. **ACTA FISIATR**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 106-110, 2008.
- MARTINS, J. D. S.; COSTA, J. C. S. R. A natureza dos prazeres segundo Epicuro. **APRENDER – Cad. de Filosofia e Psic. da Educação**, Vitória da Conquista, v. 16, n. 2, p. 59-78, jul/dez 2016.
- MERCADANTE, S. et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. **Support Care Cancer**, Abril 2015.
- MINAYO, M. C. D. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MOREIRA FREIRE, M. E. et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 357-67, 2014.
- MOURA, M. M. D. D.; VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-39, 2017.
- O'REILLY, A. C.; WALSH, M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. **Palliative Medicine**, v. 14, Set 2015.
- OLIVEIRA, F. G. V. C. D. et al. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - comunicacao saude educacao**, Rio de Janeiro, 2012.
- OLIVEIRA, M. D. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 376-80, mar-abr 2011.
- PADUA, E. M. M. D. **Metodologia da Pesquisa - Abordagem Teórico-Prática**. 17^a. ed. Campinas: Papyrus - Coleção Magistério e Trabalho Pedagógico, 2012.
- PASTANA, S. D. G.; CANTISANO, M. H.; BIANCHINI, E. M. G. Queixas fonoaudiológicas e verificação da fala de indivíduos com diagnóstico de ardência bucal e xerostomia. **ACR**, v. 18, n. 4, p. 345-52, 2013.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2^a. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

- RAMOS, M. B. B. **Macromicro - A Ciência do Sentir**: Uma visão revolucionária do ser humano, a partir da física quântica, da teoria da relatividade, da psicanálise, da biologia e das artes. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 1998.
- REIRIZ, A. B. et al. Cuidados Paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? **Rev Soc Bra Clin Med**, v. 6(4), p. 150-155, 2008.
- REMA, J. M. **Opióides no Tratamento da Dispneia: Uma Revisão Sistemática da Literatura**. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. [S.l.]. 2013.
- SABINO, L. M. M. D. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito, *Chía*, v. 16, n. 2, p. 230-239, Jun 2016.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.
- SBGG. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Manole, 2011.
- SILVA, C. A. F. D.; VOTRE, S. J. **Etnometodologias**. Rio de Janeiro: HP Comunicação, 2012.
- SILVÉRIO, C. C.; HERNANDEZ, A. M.; GONÇALVES, M. I. R. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 2009.
- TUTT, B. MD Anderson Cancer Center. **MD Anderson**, 2016. Disponível em: <<https://www.mdanderson.org/languages/spanish/oncolog-en-espanol/numeros-antiores/2016-febrero/la-terapia-deglutoria-mejora-la-funci-n-y-la-calidad-de-vida-para-los-pacientes-con-c-ncer-de-cabeza-y-cuello.html>>. Acesso em: 03 Out 2018.
- VENITES, J.; SOARES, L.; BILTON, T. **Disfagia no Idoso - Guia Prático**. 1^a. ed. Ribeirão Preto: Book Toy, 2018.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.
- WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, v. 24, p. 414-418, 2011.
- WEBER WERLE, R.; MATIAS DOS SANTOS STEIDL, E.; MANCOPE, R. Fatores relacionados à disfagia orofaríngea no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão sistemática. **CoDAS**, Santa Maria, v. 28, n. 5, p. 646-652, Out 2016.
- WEGNER, D. A. et al. Deglutição Orofaríngea, nutrição e qualidade de vida no indivíduo com doença pulmonar crônica. **CoDAS**, Santa Maria, v. 30, n. 3, 2018.

WG ROE, J.; LESLIE, P.; DRINNAN, M. J. Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. **Palliative Medicine**, v. 21, p. 567-574, 2007.

ZERBINATI CARRO, C.; MORETI, F.; MARQUES PEREIRA, J. M. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. **Distúrb Comunicação**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 178-184, Mar 2017.

ZOHAR, D. **O Ser Quântico. Uma visão revolucionária da natureza humana e da consciência, baseada na nova física.** 2ª - Tradução de Maria Antonia Van Acker. ed. São Paulo: Best Seller, 1990.

9 APÊNDICE

9.1 TERMO DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR – PPGSTEH

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria de Saúde do Município de Itaguaí – RJ está de acordo com a execução do projeto **O ATO DE COMER X DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO: O CUIDADO PALIATIVO NA PERSPECTIVA DA FONOAUDIOLOGIA E DO CLIENTE IDOSO EM FIM DE VIDA**, coordenado pelo pesquisador (a) Maria Luiza da Assunção Modesto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa no Hospital Municipal São Francisco Xavier durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Amanda Mendonça de Menezes

Amanda Mendonça de Menezes
Coordenação de Fonoaudiologia
Matr.: 36.939 - SMS

Nome do responsável institucional ou setorial

Cargo do Responsável pelo consentimento

Carimbo com identificação ou CNPJ

9.2 CARTA CONVITE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO
ESPAÇO HOSPITALAR - MESTRADO PROFISSIONAL

PEDIDO PARA EMISSÃO DE OFÍCIO

	Projeto		Qualificação		Defesa
--	---------	--	--------------	--	--------

Coloque X na opção desejada.

MESTRANDO (A):

DATA DA DEFESA:		HORA:	
-----------------	--	-------	--

Interagir com o seu Orientador e os Professores da Banca.

LOCAL:	
--------	--

Checar a disponibilidade de salas com a Secretária do Programa.

TÍTULO DO EXEMPLAR:	
---------------------	--

PROFESSORES DA BANCA

(Nomes Completos)

Presidente: <i>(Orientador)</i>	
1º Examinador: <i>(Prof. Dr. Externo a UNIRIO)</i>	
2º Examinador: <i>(Prof. Dr. Interno a UNIRIO)</i>	
Suplente: <i>(Prof. Dr. Externo ao Programa)</i>	
Suplente:	

Suplente: <i>(Prof. Dr. Interno a UNIRIO)</i>	
--	--

Assinatura do mestrando (a)

Assinatura do orientador(a)



Rua Dr. Xavier Sigaud nº 290, Sala 208, Urca- Rio de Janeiro/RJ.
CEP: 22290-180. Telefones: (21) 2542- 6450

9.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Disfagia em Idosos do Programa de Cuidados Paliativos: Um Estudo de Fonoaudiologia

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é Criar um E-book (Livro de poucas páginas para ser lido em computador) com as experiências vividas por clientes com dificuldades para engolir a fim de mostrar/expor suas necessidades reais quanto ao momento de se alimentar.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para criar um livro de poucas páginas para ser lido em computador que diga o que você sente quando se alimenta e o quanto isso é importante para você. Além disso, a idéia é orientar ao fonoaudiólogo como podem ser feitos os cuidados quanto ao momento de engolir para pessoas que tem a mesma dificuldade que você, num momento de vida semelhante. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá ~~interferir no seu tratamento~~ interferir no seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, composta por uma entrevista propriamente dita e por um questionário de múltipla escolha. O que você falar poderá fazer parte da composição do livro de poucas páginas que pode ser lido em computador.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em um aparelho de celular. Os áudios serão ouvidos por mim e por uma entrevistadora experiente e serão identificados com um número durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá em sigilo. Os áudios serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a fazer com que os fonoaudiólogos conheçam melhor o que pessoas que apresentam a mesma dificuldade que você, num momento de vida parecido, acham sobre o “engolir” e assim possam tentar ajudar a terem prazer em se alimentar se possível for e melhor qualidade de vida. Não será necessariamente um benefício para você.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nos áudios, bem

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nos áudios, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar sendo a aluna Maria Luiza da Assunção Modesto a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Nébia M. A. de Figueiredo. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Maria Luiza no telefone (21) 976346934, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

9.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1)

TÍTULO: O Ato de Comer X Dificuldade de Deglutição: O Cuidado Paliativo na Perspectiva da Fonoaudiologia E do Cliente Idoso em Fim de Vida

OBJETIVO DO ESTUDO: Caracterizar como o idoso disfágico em cuidados paliativos vive a experiência de alimentar-se e criar um material didático instrucional com orientações para cuidadores e equipe de saúde, quanto ao momento de alimentação por via oral.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para criar um livro de poucas páginas para ser lido em computador que diga o que você sente quando se alimenta e o quanto isso é importante para você. Além disso, a idéia é orientar ao fonoaudiólogo como podem ser feitos os cuidados quanto ao momento de engolir para pessoas que tem a mesma dificuldade que você, num momento de vida semelhante. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, composta por uma entrevista propriamente dita e por um questionário de múltipla escolha. O que você falar poderá fazer parte da composição do livro de poucas páginas que pode ser lido em computador.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em um aparelho de celular. Os áudios serão ouvidos por mim e por uma entrevistadora experiente e serão identificados com um número durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá em sigilo. Os áudios serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a fazer com que os fonoaudiólogos conheçam melhor o que pessoas que apresentam a mesma dificuldade que você, num momento de vida parecido, acham sobre o “engolir” e assim possam tentar ajudar a terem prazer em se alimentar se possível for e melhor qualidade de vida. Não será necessariamente um benefício para você.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nos áudios, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar sendo a aluna Maria Luiza da Assunção Modesto a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª Nébia M. A. de Figueiredo. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Maria Luiza no telefone (21) 976346934, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Ressalto ainda que o que for dito por você durante as entrevistas será arquivado por um período de cinco anos.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: _____

10 ANEXO – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISFAGIA EM IDOSOS DO PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO DE FONOAUDIOLOGIA

Pesquisador: MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02934418.1.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.182.372

Apresentação do Projeto:

Estudo tem como ponto central de discussão a alimentação por via oral (VO) não somente pela questão nutricional e hídrica, e sim como fonte de prazer e qualidade de vida de idosos disfágicos em cuidados paliativos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAIS:

- Criar um Ebook (livreto em formato digital) com as experiências vividas por clientes com disfagia a fim de mostrar/expor suas necessidades reais quanto ao ato de se alimentar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Discutir os aspectos clínicos, físicos e psicológicos identificados em clientes disfágicos em cuidados paliativos que interferem na deglutição;
- Apresentar possibilidades de cuidado e alívio para clientes idosos disfágicos em cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estudo apresenta riscos mínimos, como indicado pelo autor.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo extremamente importante pois trata da questão da nutrição a idosos disfásicos em

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.182.372

cuidados paliativos. Propõe uma maneira ampliada da questão nutricional, tendo como base a visão dos próprios idosos a respeito do alimentar-se no final da vida.

Atendeu às pendências solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: de acordo com a portaria 466 de 2012;
- TCLE: de acordo com a portaria 466 de 2012;
- Termo de anuência: assinado pelo responsável da instituição onde será realizado o estudo;
- Termo de responsabilidade do pesquisador: apresenta;
- Cronograma: de acordo com a portaria 466 de 2012;
- Instrumentos: Consta o nome completo do participante no instrumento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1258938.pdf	11/12/2018 21:10:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOmodificado.pdf	11/12/2018 20:41:18	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocpmodificado.doc	11/12/2018 20:35:15	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Outros	cartarespostaapendencia.doc	11/12/2018 20:31:34	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	11/12/2018 20:21:16	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	15/11/2018 19:16:24	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Cronograma	CronogramaNV.docx	15/11/2018	MARIA LUIZA DA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.182.372

Cronograma	CronogramaNV.docx	19:14:50	ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocp.doc	15/11/2018 19:12:24	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	15/11/2018 18:52:33	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	15/11/2018 18:52:09	MARIA LUIZA DA ASSUNCAO MODESTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Março de 2019

Assinado por:
Renata Flavia Abreu da Silva
(Coordenador(a))