

**CAPÍTULO 12**DOI: <https://doi.org/10.58871/ed.academic18092023.12>**FONOAUDIOLOGIA PALIATIVA: SABERES PARA UMA BOA ATUAÇÃO****PALLIATIVE SPEECH THERAPY: KNOWLEDGE FOR GOOD PERFORMANCE****ÁDYLLA SAYÚRI DA SILVA OLIVEIRA**

Fonoaudióloga - UNAMA

RÔMULO EVANDRO BRITO DE LEÃO

Fonoaudiólogo - UFPA

DOUGLAS REGO CHAVES

Fonoaudiólogo - FHCGV

RESUMO

Objetivo: Explorar de forma abrangente a contribuição da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos (CP), papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pacientes em diferentes estágios de doenças, atuando na deglutição, voz e comunicação efetiva. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa acerca das contribuições do trabalho fonoaudiológico nos CP e necessidade destas ações para qualidade de vida do paciente, bem como família e equipe. **Resultados e Discussão:** O fonoaudiólogo auxilia principalmente na minimização da sensação de fracasso em torno da alimentação através de uma deglutição eficiente, otimizando a qualidade de vida, desenvolvendo a motivação, conforto e o prazer de alimentar-se. **Considerações Finais:** Nota-se que a participação do fonoaudiólogo na equipe e no manejo do paciente é essencial para a comunicação, alimentação e dignidade à condição humana.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Cuidados Paliativos; Humanização.

ABSTRACT

Objective: Comprehensively explore the contribution of Speech Therapy in Palliative Care (PC), a key role in improving the quality of life of patients in different stages of disease, acting on swallowing, voice and effective communication. **Methodology:** This is a bibliographical research, with a qualitative approach about the contributions of speech therapy work in PCs and the need for these actions for the quality of life of the patient, as well as the family and the team. **Results and Discussion:** The speech therapist helps mainly in minimizing the feeling of failure around food through efficient swallowing, optimizing the quality of life, developing motivation, comfort and the pleasure of eating. **Final Considerations:** It is noted that the participation of the speech therapist in the team and in the management of the patient is essential for communication, nutrition and dignity of the human condition.

Keywords: Speech and Hearing Sciences; Palliative Care; Humanization.



1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o atendimento do fonoaudiólogo foi aperfeiçoado, permitindo com que este profissional saísse do ambiente clínico e escolar e fosse explorar também o ambiente hospitalar, passando a atender pacientes no leito.

Como reitera Figueiredo e Benincasa (2003), o atendimento ao paciente hospitalizado, isto é, ao paciente no leito, é direcionado, principalmente, para os distúrbios de deglutição. Esta intervenção pode ser precoce e muitas vezes preventiva.

Embora pareça simples por ser um ato voluntário e automático, a deglutição requer uma ampla funcionalidade das estruturas que a compõem. Como declaram Antunes (2019) e Marchesan (2004), a deglutição requer um controle neuromotor complexo em que atuam nervos com funções específicas. Além da integridade do Sistema Nervoso Central (SNC), é necessário também que haja integridade de tônus, mobilidade e sensibilidade das estruturas envolvidas na dinâmica da deglutição (ANTUNES, 2019).

Por conta de sua complexidade, deve-se estar atento para as manifestações clínicas que sugerem alterações de deglutição: estase de alimento em cavidade oral, regurgitação nasal, limpeza frequente da região faríngea, alteração vocal, tosse durante ou após deglutir, perda de peso, episódios periódicos de pneumonia e engasgos (LUCHESE, 2018).

O fonoaudiólogo inserido no ambiente hospitalar tem seu papel direcionado à redução de complicações decorrentes dos distúrbios da deglutição, contribuindo para diminuição da morbidade e mortalidade, assim como propiciar uma melhora na qualidade de vida dos pacientes (PADOVANI *et al.*, 2012).

O presente estudo teve como objetivo explorar de forma abrangente a notável contribuição da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos (CP), papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pacientes em diferentes estágios de doenças, atuando na reabilitação da deglutição principalmente, vocal, comunicação efetiva e preservação da dignidade, permitindo que pacientes expressem suas necessidades e desejos, além da interação com entes queridos, o que proporciona conforto emocional e bem-estar nesta fase da vida.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa acerca das contribuições do trabalho fonoaudiológico nos cuidados paliativos, apresentando as diversas possibilidades de atuação e necessidade destas ações para qualidade de vida do paciente, da



família e da própria equipe multidisciplinar. Foi realizada uma busca a partir das bases de dados como PubMed, Lilacs, SciELO e Portal da CAPES a partir de descritores como “Fonoaudiologia”, “Cuidados Paliativos”, “Humanização”, “Reabilitação”, “Assistência”, além da busca em bibliotecas universitárias da região metropolitana de Belém para leitura completa, de onde foram retirados as citações mais relevantes para a pesquisa. Dos critérios de inclusão, materiais dentro do tema da pesquisa. Dos critérios de exclusão, materiais duplicados ou sem relação com o tema proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

De acordo com Silva (2014), durante a avaliação são ofertados ao paciente alimentos de diferentes consistências, concordando com Figueiredo e Benincasa (2003) que além do alimento, outros elementos devem ser considerados: estado cognitivo, motricidade orofacial, sensibilidade intra e extra-oral, dentição, reflexos normais e patológicos de defesa da via aérea, ausculta cervical, características de secreção orotraqueal e função da deglutição.

Silva (2014) defendem que a análise vocal também deve fazer parte da avaliação ao paciente disfágico. Filho *et al.*, (2008) e Furkim (2001) acrescentam que voz molhada pode representar presença de saliva, secreção ou alimento nas pregas vocais. É necessário realizar análise da voz antes e após a deglutição (FIGUEIREDO; BENINCASA, 2003).

O ideal é acompanhar a refeição inteira do paciente para que se possa observar as reais dificuldades neste processo, muitas vezes mascaradas na situação do exame (SILVA, 2014). Os profissionais de fonoaudiologia avaliam a possibilidade de retirada de Sonda Nasoenteral (SNE) e re-introdução da alimentação por via oral (FÚRIA, 2003).

3.2 TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

O objetivo da terapia fonoaudiológica ao paciente disfágico é permitir o retorno mais rápido e seguro da alimentação por Via Oral (VO), prevenir incidências de pneumonias aspirativas e auxiliar no desmame da traqueostomia (FIGUEIREDO; BENINCASA, 2003).

Fúria (2003) defende que a terapia fonoaudiológica só é finalizada quando o paciente está se alimentando por VO de forma segura, mantendo o aporte nutricional, hidratação e saúde pulmonar.

Silva (2023) sugere que na estimulação oromiofuncional devem ser utilizadas massagens e exercícios realizados de forma ativa ou passiva, pelo menos 2x/dia. Segundo



Antunes (2019), exercícios isométricos atuam no tônus muscular, sendo a musculatura fixa; os exercícios isotônicos agem na extensão do movimento, propiciando máximo de mobilidade das estruturas remanescentes; e os exercícios isocinéticos atuam no tônus e na extensão, isto é, movimentos com oposição de força.

O fonoaudiólogo por trabalhar com a comunicação também pode ser responsável em tentar possibilitar a relação interpessoal do indivíduo enfermo quando a forma tradicional (oral) encontra-se dificultosa. O objetivo principal de se usar uma via alternativa de comunicação é o de facilitar a participação deste indivíduo em vários contextos comunicativos, permitindo sua inserção social (GONÇALVES, 2003).

3.3 CUIDADOS PALIATIVOS

3.3.1 Conceito

Proporcionar bem-estar e qualidade de vida em uma perspectiva global e holística do sofrimento do indivíduo é o objetivo dos CP (COSTA, 2012) que são prestados à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (MONTEIRO, 2010), alcançando um cuidado integral baseado com os princípios éticos dos direitos humanos (SILVA, 2014).

3.3.2 Aspectos do Cuidado

Quanto ao controle da dor, um estudo realizado de análise de 220 prontuários, Salomonde *et al.*, (2006) retrata que a dor é o sintoma de maior incidência em pacientes com câncer avançado, sendo que a maioria dos pacientes apresentam simultaneamente a dor nociceptiva e neuropática e alguns, dor incidental. O manejo da dor vai além do uso de analgésicos, envolve a capacidade de compreender o sofrimento pelo qual o paciente está passando, de estar junto e acalantar (WATERKEMPER, 2010).

A doença leva também a comprometimentos de ordem psicológica em um indivíduo, interferindo na adaptação, aceitação e as limitações que são impostas por ela (COSTA, 2012). Os mesmos autores ainda acrescentam que os sintomas mais comuns em pacientes em CP são: cansaço, depressão e ansiedade. Oliveira (2013) elucida que o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. Quase sempre o paciente e seus familiares não estão preparados para conviver com a doença e com as perdas que ela traz (MATSUMOTO, 2009).

A religiosidade é um importante fator que contempla a cultura do indivíduo sobre CP. Peres *et al.* (2007) elucida que o simples fato de um médico perguntar ao paciente sobre sua religiosidade e se mostrar preocupado com este aspecto contribui para que haja uma melhor relação com este paciente, melhorando, inclusive, o impacto das intervenções médicas. Para



Faber (2013), “a dimensão espiritual equilibrada proporciona condição de vida superior e aceitação da morte com maior serenidade, atenuando elementos estressores desta fase”.

Na avaliação do paciente em CP, é importante a confirmação de que esta prática está sendo efetiva para o manuseio do sofrimento do paciente. Silva (2014) e Moreira (2020) defendem que a avaliação precede a tomada de decisão. Com base nesta premissa, algumas escalas foram desenvolvidas, como a *Palliative Outcome Scale* (POS) que, de acordo com Correia e De Carlo (2012), mensura a QV do paciente, efetividade dos cuidados prestados e permite a visão dos cuidados pelo próprio paciente e pela equipe. A autora tornou válida esta escala na versão brasileira com o questionário *self*.

Há ainda a escala de *performance status* de Karnofsky (Quadro 01) que fora criada para pacientes com câncer para documentar o declínio clínico do paciente, avaliando sua capacidade de realizar Atividades de Vida Diária (AVDs), como explicita Arantes (2009).

Quadro 01- Escala de *Performance Status* de Karnofsky

Pontuação	Condição
100	Atividade normal, sem queixas ou sinais de doenças.
90	Atividade normal, com pequenos sintomas ou sinais de doença.
80	Atividade normal, com certo esforço, alguns sintomas ou sinais de doenças.
70	Cuida de si mesmo, mas não é capaz de realizar atividade normal ou de trabalho.
60	Requer certa ajuda, mas é capaz de lidar com a maioria das necessidades pessoais.
50	Requer cuidados e ajuda médica, na maioria das vezes.
40	Deficiente; requer cuidados especiais e ajuda constante.
30	Apresenta deficiência grave; tem indicação de hospitalização, mas não corre o risco de morte.
20	Muito doente; requer hospitalização e medidas de suporte ou tratamento.
10	Moribundo; o processo de doença fatal avança com rapidez.
0	Morte.

Fonte: Garófolo (2012).

Para uma boa conduta, o profissional deve adquirir a confiança do paciente e familiar, além de demonstrar conhecimento na área, profissionalismo e interesse no caso. Para Hermes e Lamarca (2013) a prática dos CP já pressupõe a participação de uma equipe multidisciplinar, ao passo que a proposta é dar assistência ao paciente sobre diversos aspectos, corroborando com Braga e Queiroz (2013). Salamonde *et al.*, (2006) defendem que a equipe multidisciplinar em CP deve ser composta por anestesiológicos, psiquiatras, clínicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos. Filho *et al.*, (2008) soma a estas especialidades o nutricionista, fonoaudiólogo, conselheiros espirituais e sacerdotes. Taquemori e Serra (2008) acrescentam que o terapeuta ocupacional também é um profissional



importante para a promoção do CP.

Embora a morte seja um processo normal da vida, quando ela se manifesta de forma real na vida de um indivíduo produz sentimentos de dor e sofrimentos que podem ser difíceis de serem compreendidos por qualquer pessoa (SALES e ALENCASTRE, 2011).

Encarar a morte pode ser uma tarefa difícil de ser realizada e não depende das experiências vividas, da idade ou do grau de maturidade do profissional (AVANCI *et al.*, 2009). Os autores reiteram que quando o profissional adquire um longo período em contato com o paciente, pode sentir o sofrimento diante da morte como se fosse alguém da sua própria família. Santana *et al.*, (2013) lembra que a morte é temida e pouco discutida pelos profissionais da saúde.

Os CP estendem-se também para o processo de luto. O CP destinado ao familiar ou cuidador visa disponibilizar conforto e cuidado para o sofrimento que é vivenciado, incluindo o luto (CORREIA, 2012). Porém, este deve ser destinado também à equipe técnica, uma vez que os profissionais também passam pelo processo de luto (SOLANO, 2007).

3.4 FONOAUDIOLOGIA

Dentro de um hospital, o objetivo do serviço de fonoaudiologia é atender pacientes com sequelas de comunicação oral e das funções neurovegetativas (FÚRIA, 2003). Entretanto, a maior demanda é a função de deglutição. Fúria (2003) lembra que as desordens da deglutição podem ocorrer em todas as idades, desde o nascimento até o envelhecimento.

A dificuldade ou incapacidade de o paciente se alimentar significa em muitos casos a piora da saúde (BENARROZ, 2009). Taquemori (2008) refere que a perda da capacidade de alimentar-se, frequentemente, acompanha o processo de morte. O fonoaudiólogo, nesta perspectiva, contribui para minimizar a sensação de fracasso em torno da alimentação (PINTO, 2009), pois através de uma deglutição eficiente é possível otimizar a QV do paciente (LUCHESE, 2018), desenvolvendo a motivação, o conforto e o prazer de alimentar-se, como é discutido por Silva (2014).

A busca pelo resgate da alimentação por via oral deve sempre ser feita pelo fonoaudiólogo, haja vista que, como reitera Luchesi (2018), a alimentação é algo prazeroso para o indivíduo, “[...] não somente pela ingestão do alimento saboroso, cheiroso e visualmente agradável, mas pelo ato social em si e por tudo o que gera em torno desse momento”.

Durante as visitas e triagens aos leitos, os pacientes são orientados quanto ao aspecto da higiene oral para que a alimentação seja feita da melhor forma possível e que a higiene oral inadequada não traga complicações ao estado clínico do paciente.



A higiene oral é importante para a alimentação, uma vez que a saburra lingual causada pela negligência da higiene não permite a sensação dos sabores, levando a inapetência alimentar, agravando o quadro em que o paciente se apresenta (JORGE, 2008). Fúria (2003) defende que a região da cavidade oral é um local de alto índice de colonização de microrganismos e que a higiene deve ser prescrita mesmo que o paciente não esteja se alimentando por via oral.

3.5 Contribuição da equipe multidisciplinar

A equipe multiprofissional não visa prover apenas os cuidados “[...] quanto aos aspectos mecânicos da função de deglutição, mas também a outros aspectos que podem ter um impacto significativo na disfagia, como o posicionamento, mobilidade de pescoço, ambiente, independência, suporte nutricional, saúde geral e estado emocional” (JORGE, 2008).

Como defende Figueiredo e Benincasa (2003), o fonoaudiólogo não trabalha sozinho, e por isso, deve adquirir conceitos teóricos específicos e complementares de outras áreas, assim como divulgar os seus próprios, sendo estes profissionais:

Psicologia, que avalia a psicodinâmica da família e do paciente em relação à doença e ao tratamento, trabalha a auto-estima e o luto quando necessário também promove melhor integração entre paciente, família e equipe (CARRO, 2017). É importante que o profissional de fonoaudiologia saiba quais as expectativas que a família tem, quais os medos, receios e dúvidas sobre o quadro disfágico que o seu ente querido apresenta (LUCHESE, 2018). Tentar compreender o ponto de vista emocional que o familiar e/ou paciente apresentam, é necessário para a boa intervenção do fonoaudiólogo.

Quanto ao Serviço Social, nem sempre a família tem condições adequadas de cuidar devido a aspectos financeiros e organizacionais (ANDRADE, 2013). O cuidador de paciente em CP pode apresentar preocupações acerca das questões financeiras e com a família (MOREIRA, 2020). Zaffari (2004) discute que nem sempre o fonoaudiólogo avalia a dinâmica familiar do paciente, mas é de competência deste profissional ter a sensibilidade para identificar as possíveis interferências que podem ocorrer na relação familiar e podem refletir de maneira negativa o resultado da terapia.

Para Carro (2017) a Enfermagem participa desde menor à maior complexidade. Pelo tempo que o enfermeiro passa dando assistência ao paciente, talvez este seja o profissional de maior proximidade. Figueiredo e Benincasa (2003) elucidam que o enfermeiro pode auxiliar o fonoaudiólogo com informações atualizadas do estado geral em que o paciente encontra-se, além de intercorrências e evolução do quadro.



Nutricionistas são os mais vinculados ao trabalho do fonoaudiólogo na residência. De acordo com Carro (2017), este profissional avalia o estado e risco nutricional, a hidratação, formula objetivos nutricionais específicos e individualizados acompanhando a adequação e tolerância da quantidade de alimento e líquidos ingeridos. Nos CP comumente encontram-se pacientes com síndrome da caquexia-anorexia que corresponde à desnutrição e associado a outros sintomas, como fadiga, náuseas e diarreia (JORGE, 2008). É importante que o alimento na refeição “[...] seja colorido, com aroma agradável e temperatura adequada, valorizando a quantidade e qualidade da ingesta [...]” (JORGE, 2008).

Além das categorias profissionais acima citadas, o trabalho realizado na CCPO conta também com a participação de médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Através de um diálogo com o médico é possível compreender as reais condições clínicas e prognóstico do paciente, além de poder ser esclarecido os efeitos adversos do tratamento medicamentoso que podem levar aos distúrbios de deglutição e podem ser um viés ao tratamento fonoaudiológico.

Em parceria com o fisioterapeuta é possível avaliar a condição pulmonar do paciente, o melhor momento para se intervir com tratamento fonoaudiológico e até identificar resultados de avaliação, como é o caso do *Blue Dye Test* – teste este que é realizado com corante alimentício de cor azul para identificar sinais clínicos de aspiração laríngea, isto é, desvio do alimento para as vias aéreas.

Por se encontrar em um estado de fragilidade, é muito comum o paciente apresentar limitação quanto à realização de AVDs, comprometendo sua auto-estima e autonomia. Neste contexto, o profissional de Terapia Ocupacional contribui para elaboração de estratégias que permitam uma funcionalidade adequada do paciente, realizando adaptações e favorecendo a interação social, visando aumentar a QV do paciente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, nota-se que a participação do fonoaudiólogo na equipe em CP e no manejo do paciente é essencial para a comunicação, alimentação e dignidade à condição humana. As decisões na dentro da equipe devem ser compartilhadas, visando a qualidade de vida e conforto do paciente em CP ou em fase terminal de vida.

**REFERÊNCIAS**

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.

ANTUNES, A. P. A.; CENTURION, D. S.; FERREIRA, L. P. Cuidados Paliativos na fonoaudiologia: revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 4, n. 22, p. 417-427, 2019.

ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de cuidados paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

AVANCI, B. S. *et al.* Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 708-716, 2009.

BENARROZ, M. O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1875-1882, 2009.

BRAGA, F. C.; QUEIROZ, E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 413-429, 2013.

CARRO, C. Z.; MORETI, F.; PEREIRA, J. M. M. Proposta de atuação da Fonoaudiológica nos Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos hospitalizados. **Revista Distúrbios da Comunicação Humana**, v. 1, n. 29, p. 178-184, 2017.

CORREIA, F. R.; DE CARLO, M. M. R. P. Avaliação da qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2012.

COSTA, M. A. C. M.; ANTUNES, M. T. C. Avaliação de sintomas de doentes sem perspectiva de cura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 7, 2012.

FABER, S. S. Tanatologia Clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 267-271, 2013.

FIGUEIREDO, E. S.; BENINCASA, M. M. O trabalho fonoaudiológico realizado à beira do leito: conceitos e condutas. In: OLIVEIRA, S. T.. **Fonoaudiologia hospitalar**. São Paulo: Lovise, 2003.

FILHO, R. C. *et al.* Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 10, n. 1, p. 88-92, 2008.

FURIA, C. L. B. Abordagem interdisciplinar na disfagia orofaríngea. In: RIOS, I. J. A. **Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar**. São José dos Campos: Pulso, 2003.

FURKIM, A. M. Avaliação clínica das disfagias neurogênicas. In: HERNANDEZ, A. M.; MARCHESAN, I. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.



GONÇALVES, M. J. Comunicação alternativa e suplementar: fazendo a diferença na comunicação de pessoas hospitalizadas. In: OLIVEIRA, S. T. **Fonoaudiologia hospitalar**. São Paulo: Lovise, 2003.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

JORGE, M. D.; RAMOS, D. L. P.; JORGE, W. A. Odontologia. In: OLIVEIRA, R. A.. **Cuidado paliativo**. São Paulo: CRM do Estado de São Paulo, 2008.

LUCHESI, K. F.; SILVEIRA, I. C. Cuidados Paliativos, Esclerose Lateral Amiotrófica e Deglutição: estudo de caso. **Revista CoDAS**, v. 30, n. 5, 2018

MARCHESAN, I. Q. O que se considera normal na deglutição. In: JACOBI, J. S.; LEVY, D. S.; SILVA, L. M. C. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

MONTEIRO, D. R.; KRUSE, M. H. L.; ALMEIDA, M. A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, 2010.

MOREIRA, M. J. S. et al. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. *Rev. CoDAS*. v. 32, n. 4, 2020.

OLIVEIRA, J. R.; FERREIRA, A. C.; REZENDE, N. A. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.

PADOVANI, A. R. *et al.* Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia (PARD). In: ANDRADE, C. R. F.; LIMONGI, S. C. O. **Disfagia: prática baseada em evidências**. São Paulo: Sarvier, 2012.

PERES, M. F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 82-87, 2007.

PINTO, A. C. Papel do fonoaudiólogo na equipe de cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

SALAMONDE, G. L. F. *et al.* Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do hospital universitário Clementino Fraga Filho. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 6, p. 602-618, 2006.

SALES, C. A. *et al.* A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 138-145, 2011.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 298-307, 2013.

SILVA, A. P. *et al.* Método Therapy Taping: bandagem elástica como recurso terapêutico na clínica fonoaudiológica. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 805-808, 2014.



II EDIÇÃO

CONIMAPS

15 A 17 DE SETEMBRO DE 2023

II Congresso Internacional Multiprofissional em **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SILVA, R. R.; MASSI, G. Cuidados Paliativos da perspectiva de discentes dos cursos de fonoaudiologia e psicologia. *Diálogos Interdisciplinares*, v. 14, n. 3, p. 57-67, 2023.

SOLANO, J. P. C.; BIANCO, M. A.; FERREIRA, R. M. O luto na agenda das equipes multiprofissionais de oncologia e cuidados paliativos: apresentação de um programa de assistência a familiares na Universidade Federal de São Paulo, **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 111-116, 2007.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: CRM do Estado de São Paulo, 2008.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.