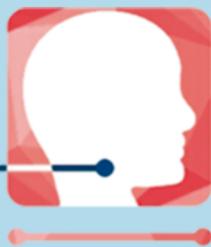


DIA NACIONAL
DE ATENÇÃO À **DISFAGIA**
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO AMBIENTE CRÍTICO
JUNTOS SOMOS MAIS FORTES



» CICLO 01: AMBIENTE HOSPITALAR.

A IMPORTÂNCIA DO
PROTOCOLO DE
BRONCOASPIRAÇÃO NA
UNIDADE HOSPITALAR

DISFAGIA PEDIÁTRICA

COVID-19

TOMADA DE
DECISÃO
COMPARTILHADA

DIA NACIONAL DE ATENÇÃO À **DISFAGIA**

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO AMBIENTE CRÍTICO

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES

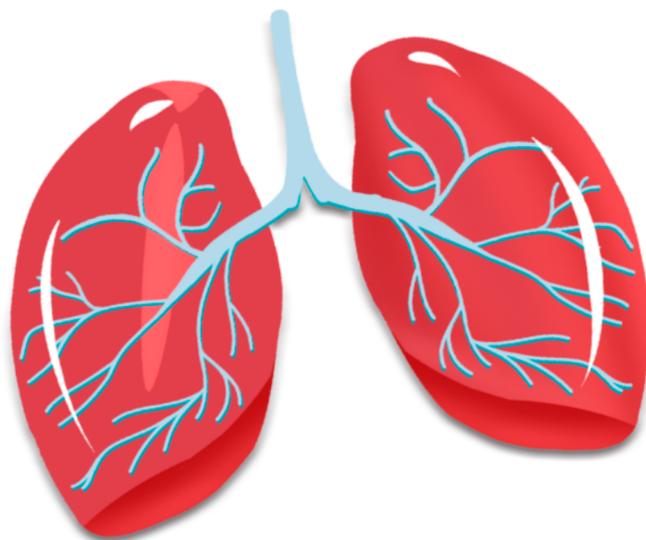
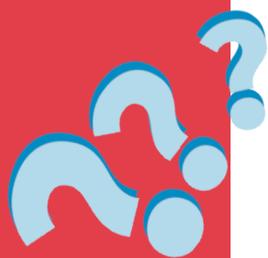


PATROCÍNIO:





VOCÊ SABIA?



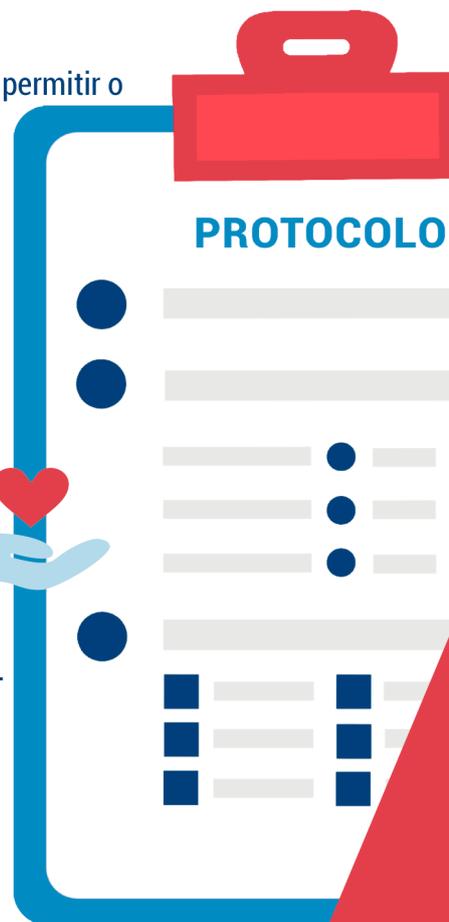
A **BRONCOASPIRAÇÃO** (infiltração de partículas alimentares, fluidos da orofaringe ou conteúdos gástricos em vias aéreas inferiores), pode desencadear pneumonia infecciosa, pneumonite química e síndrome da angústia respiratória e é considerada um dos principais indicadores de disfagia. Estudos indicam que a Disfagia pode estar presente em 16% da população com idade entre 70-79 anos, 33% dos pacientes acima de 80 anos e ser ainda maior nos pacientes hospitalizados chegando em até 47% no idoso frágil. Episódios de broncoaspiração contribuem para o aumento significativo de complicações, que podem resultar na elevação das taxas de morbimortalidade, prolongar o tempo de internação dos pacientes em até 8 dias nos serviços hospitalares, além de elevar expressivamente os custos hospitalares (estudos mostram uma variação de \$10.000 a \$58.000), além de apresentar um aumento do risco em 33% na necessidade de transferência do paciente para cuidados intensivos e em 1,7 mais chances de mortalidade. A alta incidência e prevalência de disfagia orofaríngea nos pacientes críticos pós-intubação orotraqueal prolongada está associada à ocorrência de broncoaspiração, fato que justifica a necessidade de orientar os serviços de saúde para que estejam preparados para rastrear os pacientes que se enquadram nos critérios de risco para esta complicação.

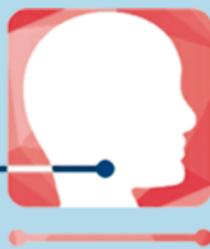


PORQUE A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO É IMPORTANTE?

A construção de um **protocolo** tem como objetivo a padronização de ações, além de permitir o planejamento do trabalho a ser executado. É necessário a descrição detalhada de todas as medidas necessárias para a realização da tarefa mantendo o processo em funcionamento por meio da minimização de desvios na execução da atividade, ou seja, ele busca assegurar que as ações tomadas para a garantia da qualidade sejam padronizadas e executadas conforme o planejado. O seu monitoramento é necessário e deve ter uma linguagem simples, clara e objetiva.

O Protocolo para Prevenção de Pneumonia Aspirativa, ou cotidianamente intitulado de **Protocolo de Broncoaspiração**, é de grande importância dentro das unidades hospitalares a fim de criar uma linha de cuidado centrado no paciente e de sua família, bem como de seguimento multiprofissional, garantindo melhor suporte às possíveis sequelas da deglutição bem como desempenhar boas práticas do cuidado. A estruturação do protocolo deve ser de forma multiprofissional, desde a admissão do doente, até a sua alta hospitalar, favorecendo assim o cuidado integrado e a segurança do serviço, **assim como melhores resultados** na saúde. Protocolos baseados em diretrizes trazem benefícios também na redução de morbimortalidade, melhora da qualidade de vida, redução de custos em saúde e melhor satisfação dos pacientes, familiares e equipes.

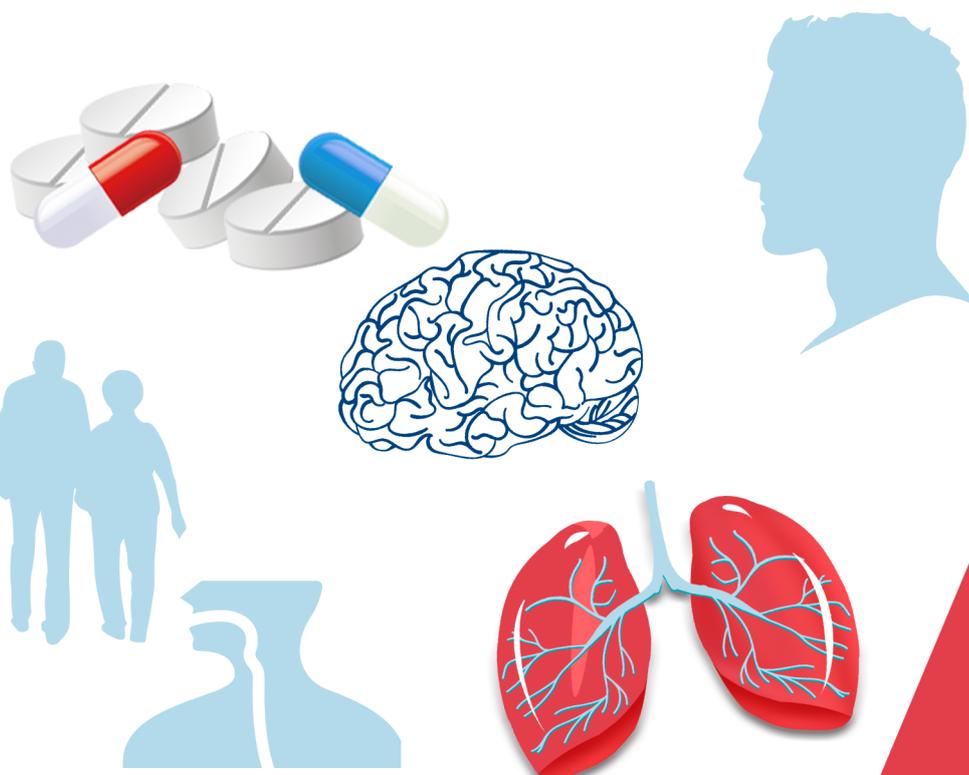


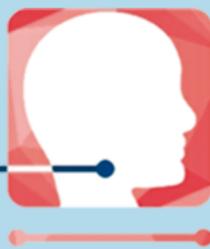


QUAIS OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO?

Doenças neurológicas; Doenças e cirurgias de cabeça e pescoço; Doenças respiratórias; Doenças esofágicas; Idosos a partir de 65 anos; Uso de drogas sedativas; História prévia de disfagia orofaríngea; Desnutrição ou desidratação; Uso de anestésico tópico na cavidade oral ou na orofaringe; Reflexo de tosse diminuído ou ausente; Prótese dentária mal adaptada; Uso de dispositivos: IOT, TQT, via alternativa de alimentação; Escala Glasgow ≤ 12 , dentre outros.

Alguns fatores são elencados como absolutos, porém em sua grande maioria precisam ser definidos de acordo com a população a qual será realizado o atendimento ou empregado um fluxo de cuidado multidisciplinar garantindo maior segurança e melhor desfecho clínico a partir do melhor atendimento oferecido e com equipe capacitada para realização.

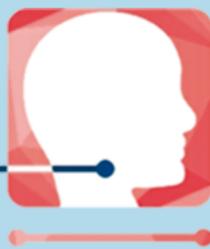




SÓ O FONOAUDIÓLOGO É RESPONSÁVEL PELO CUIDADO?

NÃO. O cuidado com o paciente risco para broncoaspiração é de toda equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional inclui diversas especialidades, dentre elas, o médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico e psicólogo. A participação e interação de todos os profissionais inseridos no contexto do cuidado garante êxito na aplicação, execução e manejo, na detecção e discussão dos fatores de risco para a broncoaspiração, bem como na aplicação de condutas preventivas, além de permitir o conceito do cuidado centrado ao paciente e à família.



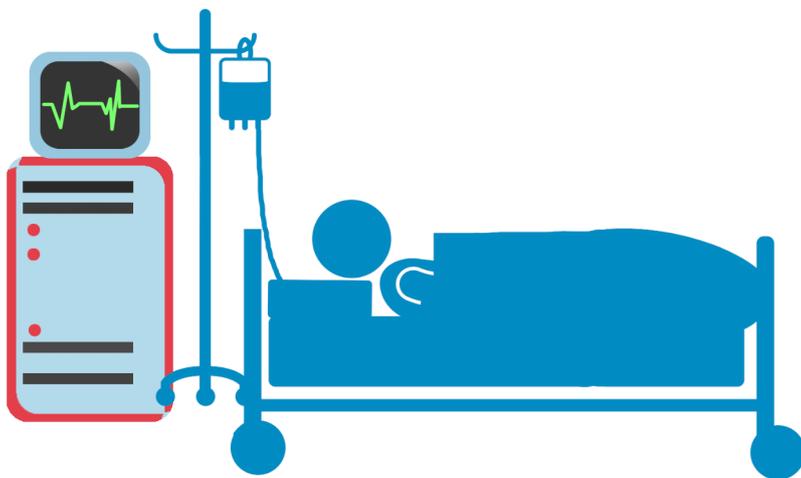


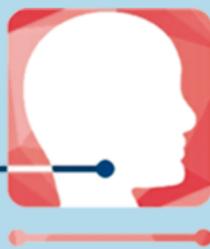
PREVENIR PARA CUIDAR

Algumas ações são importantes para **prevenção** e podem ser seguidas visando melhores práticas e cuidados em saúde e minimizando possíveis eventos adversos, priorizando um plano de cuidado de forma individualizada.

- ✓ Manter decúbito elevado entre 30° e 45° e para a dieta por VO $\geq 60^\circ$;
- ✓ Monitorar nível de consciência e estado pulmonar;
- ✓ Realizar higiene oral no mínimo 3x/dia;
- ✓ Verificar diariamente a indicação de permanência da via alternativa de alimentação;
- ✓ Aferir pressão de Cuff da TQT, do Tubo de intubação no mínimo 3 vezes ao dia;
- ✓ Realizar avaliação clínica da deglutição o mais breve possível (em até 24hr);
- ✓ Sinalizar o paciente em risco de broncoaspiração através de recurso visual para melhor identificação da equipe;
- ✓ Efetuar o registro de medidas de controle do posicionamento dos dispositivos: via alternativa de alimentação, TQT e tubo oro e nasotraqueal;
- ✓ Em caso de ventilação não-invasiva, ofertar a dieta por via oral após 30 a 40 minutos do término da realização deste procedimento

As equipes assistenciais são essenciais na organização dos processos e na implementação das linhas de cuidado, garantindo que as estratégias do percurso assistencial forneçam o cuidado integral. O protocolo de triagem/rastreamento está associado a uma maior taxa de adesão de medidas preventivas, e uma diminuição importante do risco da pneumonia aspirativa em todos os pacientes inseridos dentro desse processo de cuidado em saúde.





Referências:

- ✓ Patel DA, Krishnaswami S, Steger E, Conover E, Vaezi MF, Ciucci MR, Francis DO. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Dis Esophagus*. 2018 Jan 1;31(1):1-7. doi: 10.1093/dote/dox131. PMID: 29155982; PMCID: PMC6454833.
ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2017. Brasília, 2016.
- ✓ BASSI, Daiane et al . Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. *CoDAS*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17-27, Feb. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000100017&lng=en&nrm=iso>;
Broncoaspiração: Conheça o novo protocolo do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente. [Segurançarevistamelhorespraticas.com.br](http://segurançarevistamelhorespraticas.com.br)
- ✓ CARMO, Layanne Ferreira dos Santos et al . Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. *Rev. CEFAC*, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 532-540, Aug. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-021620182045818>.
- ✓ CARVALHO YSV, Xerez DR, Araújo AQC. Identificação de broncoaspiração por disfagia orofaríngea em pacientes com pneumonia comunitária. *ACTA FISIATR* 2006; 13(2): 59-62
Furkim AM, Nascimento Junior JR. Gestão e Gerenciamento em disfagia Orofaríngea In Marchesan IQ, Silva HJ, Tome MC. Tratado de especialidades em Fonoaudiologia. 1ªed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p58.
- ✓ LIMA JÚNIOR, F. A., Amorim, D. S., Silva, P. M. da, Santos, P. de P., Pereira, G. dos S., Lima, A. R. de, Lima, K. V. M., Borges, R. M., Oliveira, J. M. de, Leite, S. G. de V., Cardoso, M. F. P. P., Gois, J. P. dos S. de, & Brito, M. V. H. (2019). Construção e Implantação do Protocolo de Risco de Broncoaspiração em um Hospital de Média Complexidade no Estado do Maranhão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (30), e1304. <https://doi.org/10.25248/reas.e1304.2019>
- ✓ NASCIMENTO, J.R. A importância do Fonoaudiólogo no protocolo de prevenção de Pneumonia aspirativa na Unidade de Terapia Intensiva. Campanha Nacional de Atenção à Disfagia. Março de 2019. Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/difagia2019/Informe-Disfagia.pdf
PARAIZO, Virginia M.C; Spezzano,Luisa C.;Toledo Cintia M. Diretriz Clínica QPS 006/2018 versão
- ✓ 2 : Protocolo de prevenção de microbroncoaspiração. Hospitais do Américas Serviços Médicos. Junho de 2018. Disponível em <https://www.americasmed.com.br/sites/g/files/wrvpjl141/files/2019-04/Protocolo%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Microbroncoaspira%C3%A7%C3%A3o%20%281%29.pdf>



DISFAGIA PEDIÁTRICA

A Disfagia orofaríngea é definida como qualquer tipo de alteração que ocorra no percurso de alimento, líquido ou saliva da boca até o estômago, podendo ser em uma ou mais das fases da deglutição. É descrita na literatura como a complicação mais comum na pediatria podendo ser altamente debilitante, pois como consequências ocasiona a diminuição da ingestão nutricional, redução do ganho ponderal impactando no crescimento, desenvolvimento global e piora da qualidade de vida da criança, além de poder gerar graves prejuízos na saúde pulmonar.





FATORES DE RISCO

QUAIS OS PREDITORES DE RISCO?

Condições Anatômicas: Atresia ou estenose de coanas, Fenda palatina, Laringotraqueomalacea, Atresia de esôfago, Anormalidades craniofaciais, Anel vascular, Tumores, Higroma cístico, Fenda laringotraqueoesofágica, Fístula traqueoesofágica, Macroglossia, Estenose (glótica e subglótica), Traqueostomia, Hipertrofia adenotonsilar, Trauma; Sequência de Pierre Robin, Paralisia de pregas vocais.

Síndromes: Síndrome CHARGE, Síndrome de Down, Síndrome de Beckwith-Wiedemann, Síndrome de Treacher Collins, Síndrome de Crouzon, Síndrome de Goldenhar;

Doenças Neurológicas e neuromusculares: Asfixia perinatal, Encefalopatias estáticas ou progressivas, Traumatismo encefálico, Acidente vascular cerebral, Malformação de Arnold Chiari, Paralisia de IX, X e/ou do laríngeo recorrente, Hidrocefalia, Miastenia gravis, Síndrome de Guillain-Barré, Distrofia Muscular, Distrofia Miotônica, Atrofia Muscular Espinhal.

Outras condições: Prematuridade, Rebaixamento do nível de consciência, Doença do refluxo gastroesofágico, Dismotilidade esofágica, Corpo estranho esofágico, Acalasia cricofaríngea, Esofagite eosinofílica

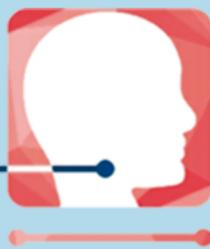




QUAIS AS PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS?

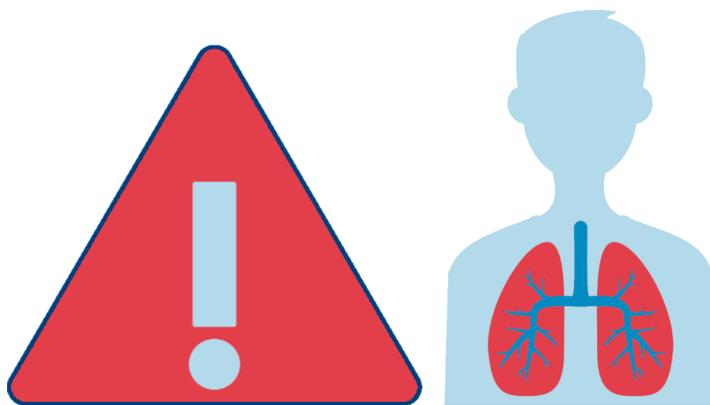
Os sinais e sintomas variam conforme a idade da criança e podem incluir: tempo prolongado para se alimentar, episódios de cianose, engasgos, pausas respiratórias frequentes, sibilância e/ou tosse durante a alimentação, acúmulo excessivo de secreções ou saliva em cavidade oral, queda de saturação, dificuldade de sucção, refluxo nasal de alimento ou saliva, náuseas ou vômitos, recusa alimentar/seletividade, irritabilidade durante a alimentação, escape oral de alimento ou saliva.





ALÉM DOS SINAIS DE ALERTA: ASPIRAÇÃO SILENTE

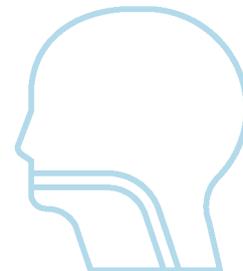
A aspiração silente ocorre quando **não** são identificados sinais como tosse, engasgo ou outros sinais de problemas quando o alimento ou o líquido entram na traquéia. Sendo assim, para identificação desta alteração muitas vezes é necessário o complemento da avaliação clínica fonoaudiológica com os exames objetivos e o diagnóstico multiprofissional.



QUAIS PROFISSIONAIS SÃO RESPONSÁVEIS PELO CUIDADO?

A avaliação multidisciplinar é imprescindível e deve incluir os seguintes profissionais: pediatra, otorrinolaringologista, gastroenterologista, pneumologista, neuropediatra, fonoaudiólogo, enfermagem, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social.





EXAMES COMPLEMENTARES

Videofluoroscopia da deglutição e/ou avaliação endoscópica funcional da deglutição. É importante ressaltar que ambos os exames dependem da avaliação clínica fonoaudiológica prévia, bem como da cooperação do paciente.

COMO A DISFAGIA PEDIÁTRICA É TRATADA?

Algumas estratégias e recursos podem ser utilizados para tratamento, porém as indicações devem ser individualizadas e pautadas nos princípios de eliminação de risco aspirativo, saúde pulmonar, ganho ponderal e funcionalidade. Para isso podem ser utilizadas, redução de fluxo, modificações da consistência alimentar, uso de vias alternativas de alimentação (sondas nasogástricas ou gastrostomia), funduplicatura e controle de aspiração de saliva seja por meio de medidas farmacológicas, técnicas cirúrgicas ou uso de recursos alternativos como laser, bandagem, eletroestimulação.





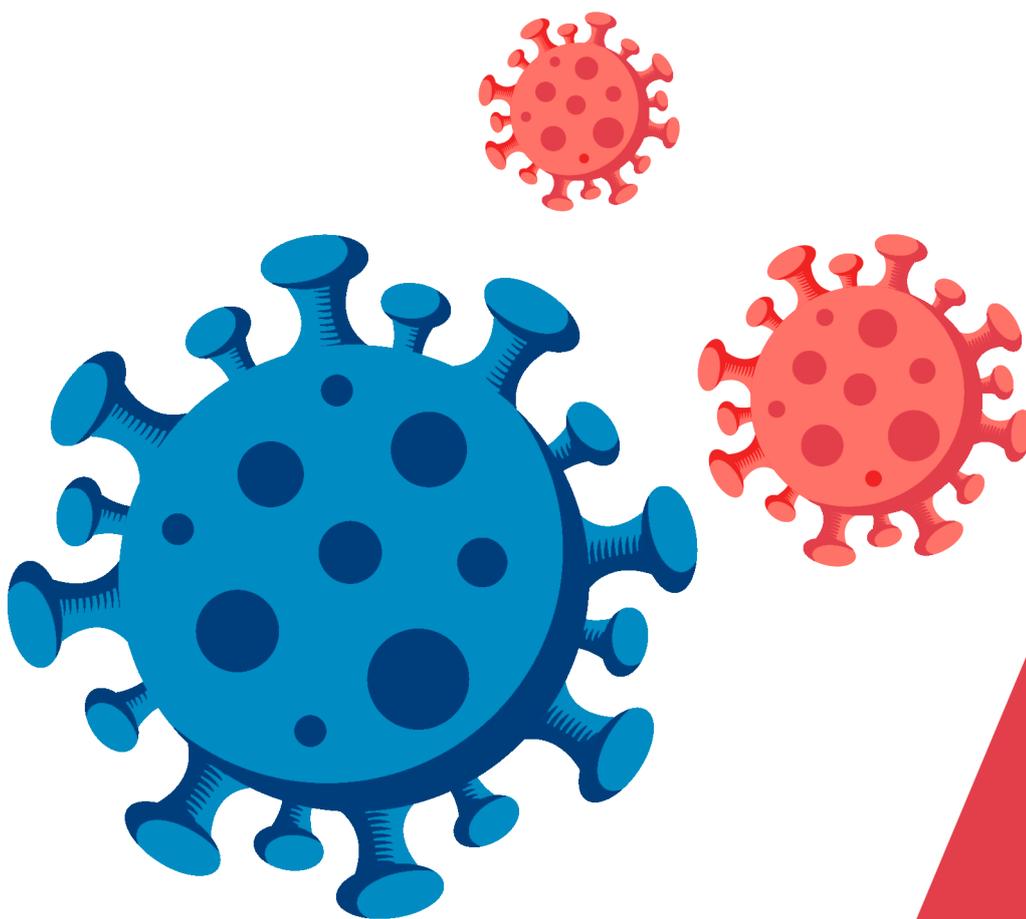
Referências:

- ✓ DE FARIAS, Mariana Silva; MARÓSTICA, Paulo José Cauduro; CHAKR, Valentina Coutinho Baldoto Gava. Disfagia orofaríngea e complicações pneumológicas na infância. Boletim Científico de Pediatria-Vol, v. 6, n. 1, 2017.
- ✓ LEVY, Deborah Salle; ALMEIDA, Sheila Tamanini. Disfagia Infantil. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.
- ✓ NUNES, Laura Fuchs et al. Índice de Saturação Periférica de Oxigênio na Disfagia Orofaríngea em Pediatria: revisão sistemática. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 7091-7103, 2021.
- ✓ AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - ASHA. Pediatric Dysphagia. Disponível em: <https://www.asha.org/PRPPrintTemplate.aspx?folderid=8589934965>
- ✓ ARVEDSON Joan C. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches Developmental Disabilities Research Reviews, n.14, p. 118 – 127, 2008.
- ✓ SILVA-MUNHOZ, Lenice de F.; BÜHLER, Karina Elena B.; LIMONGI, Suelly C.O. Comparação entre as avaliações clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com suspeita de disfagia. CoDAS, São Paulo, v. 27, n. 2,p. 186-192, 2015.
- ✓ JADCHERLA, Sudarshan. Dysphagia in the high-risk infant: potential factors and mechanisms. The American journal of clinical nutrition, [S.l.], v. 103(suppl.), n. 2, p. 622S-628S, 2016.



O QUE É?

É uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus e tem a febre, cansaço e tosse seca como seus principais sintomas. A maioria das pessoas (cerca de 80%) apresenta apenas sintomas leves e se recupera da doença sem precisar de internação hospitalar. No entanto, os casos mais graves da doença podem causar a morte ou deixar sequelas no sistema respiratório, cardiovascular e nos sistemas nervoso central e periférico (PAHO/ WHO; 2020).





CASOS MAIS GRAVES

Os quadros mais graves da COVID-19 podem necessitar de respiração artificial, onde um tubo leva oxigênio diretamente aos pulmões (intubação artificial), por meio de ventilação mecânica (VM). Durante a VM a pessoa é mantida sob efeito de sedativos e não se comunica.



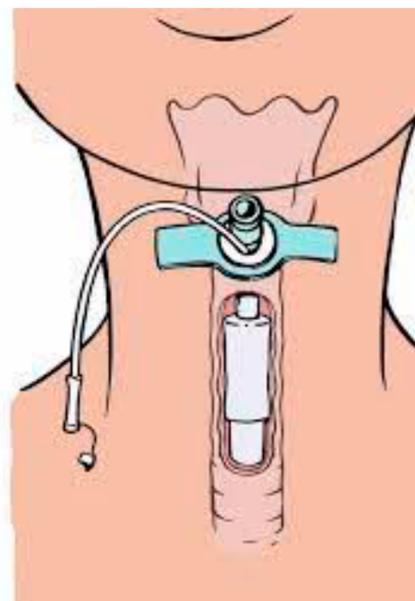
RECUPERAÇÃO GRADUAL

Com a recuperação e após a retirada do tubo orotraqueal alguns pacientes podem apresentar dificuldades com a voz e/ou deglutição.



TRAQUEOSTOMIA

Em casos de intubação orotraqueal (IOT) prolongada a traqueostomia (abertura traqueal que permite acoplar a ventilação mecânica diretamente aos pulmões) pode ser realizada e também traz dificuldade com a voz e deglutição.



REABILITAÇÃO

Estratégias para facilitar a comunicação, bem como melhorar a voz e a deglutição podem ser adotadas pelo fonoaudiólogo, que deve compor a equipe de cuidado o paciente que se recupera da COVID-19.

ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA COMUNICAÇÃO

Quando é difícil respirar, pode ser difícil falar!

Nas doenças respiratórias, como a COVID, um número maior de pessoas precisa de tubos de respiração artificial que levam à incapacidade de falar. Neste sentido, são necessários recursos para apoiar a comunicação de forma alternativa. Saiba que existe um banco gratuito de ferramentas de comunicação para baixar e imprimir, criado em resposta à crise do COVID para ser usado com pacientes com ausência temporária ou permanente da fala.

Acesse: <https://www.patientprovidercommunication.org/covid-19-tools/free-bilingual-tools/?language=portuguese-continental>

SUCTION SUCÇÃO	VENTILATOR RESPIRADOR	ANNOYED/ SCARED ANOSIADO(A)/ ASSUSTADO(A)	NURSE ENFERMEIRO (A)	DOCTOR MÉDICO (A)	CALL MY FAMILY LIGAR PARA MINHA FAMÍLIA
PAIN DOR	BREATHING TUBE TUBO RESPIRADOR	HOT COLD QUENTE/FREIO	REPOSITION RELOCAR DE NOVO	PROTECTIVE EQUIPMENT EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO	WHAT'S MY STATUS? QUAL É O MEU STATUS?
MEDICINE REMÉDIO	TROUBLE BREATHING DIFICULDADE DE RESPIRAR	THIRSTY COM SEDE	LIGHTS ON / OFF LUZES ACESAS/ APAGADAS	CHAIR CADEIRA	NO VISITORS NÃO PODE RECEBER VISITA
MOUTH CARE HIGIENE BUCAL	BATHROOM BANHEIRO (TOILETE)	TIME / DAY ? HORA / DIA ?	TV ON / OFF TELEVISÃO LIGADA/ DESLIGADA	BED CAMA	LETTER BOARD FRANCA ALFABÉTICA
MAYBE - TALVEZ		DON'T KNOW-NÃO SABER		LATER - MAIS TARDE	

COVID-19



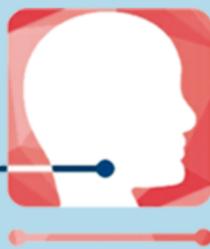
ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ALIMENTAÇÃO

Quando é difícil respirar, pode ser difícil comer!

Ao comer, fazemos uma parada na respiração (apneia) para que haja a abertura do caminho em que o alimento/ líquido vai para o esôfago e estômago, ao mesmo tempo em que o caminho que o ar passa para os pulmões seja fechado e protegido (via aérea). Se esse caminho se abre cedo demais, existe o risco do alimento ir para os pulmões, ocorrendo a broncoaspiração. Pessoas com dificuldade respiratórias podem deixar de coordenar esse tempo de apneia, aumentando o risco de fazer o trajeto errado dos alimentos/ líquidos, levando-os aos pulmões.

Neste contexto, o fonoaudiólogo é responsável pela reabilitação da deglutição, para o retorno da alimentação oral de forma segura.





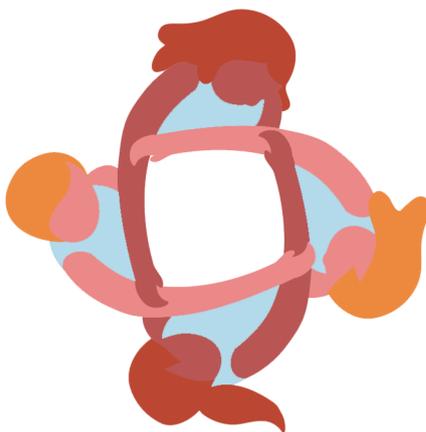
Referências:

- ✓ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020
- ✓ <https://www.fonoaudiologia.org.br/o-fonoaudiologo-no-combate-a-covid-19/>
- ✓ <https://www.hcfmb.unesp.br/covid-19-e-fonoaudiologia-o-que-e-necessario-saber/>
- ✓ <https://www.thiemerevinter.com.br/produto/fonoaudiologia-e-covid-19-1118>
- ✓ <https://crefono1.gov.br/departamento-de-fonoaudiologia-da-amib-divulga-recomendacoes-sobre-covid-19/>
- ✓ <https://www.asha.org/public/aac-and-covid-19-ventilator-use-may-necessitate-alternative-methods-of-communication-for-patients-in-acute-care/>
- ✓ <https://www.patientprovidercommunication.org/useful-information-long-awaited-book-on-patient-provider-communication-released-51.htm>
- ✓ <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf>
COVID-19 (ussaac.org)
- ✓ ISAAC – RECURSOS COVID-19 (isaac-online.org)
- ✓ Rede de comunicação paciente-provedor - a comunicação é o estabelecimento conjunto de significado (patientprovidercommunication.org)



O QUE É DECISÃO COMPARTILHADA

As tomadas de decisões são desafiadoras. Ao analisar um caso, é preciso entender que por trás da doença em si existe um indivíduo com particularidades e muitos aspectos complexos envolvidos. Com isso, uma estratégia humanizada é compartilhar as decisões de cuidado em saúde.



FOCO NA PESSOA

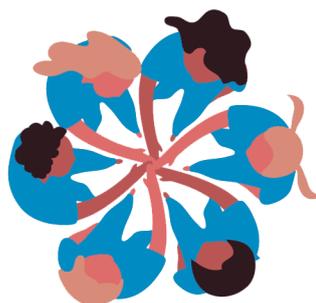
O cuidado é centrado na pessoa, respeitando e valorizando sua história, suas expectativas com relação à sua doença, desejos e isso é qualidade de vida. E faz-se necessário que todos os profissionais da equipe tenham um domínio de conhecimento sobre a doença, evidências científicas, seus sinais, sintomas e prognóstico. Assim, são analisados os saberes de diversas especialidades, integra o cuidado, constrói um projeto terapêutico singular e oferece uma indicação técnica com dignidade de tratamento para a pessoa





PLANO TERAPÊUTICO

É possível traçar o plano terapêutico interdisciplinar, por vezes transdisciplinar, de maneira assertiva, com uma comunicação clara, acolhedora e construtiva entre os integrantes da equipe de saúde, o paciente e os familiares de maneira empática e honesta. Vale ressaltar que, a depender do curso da doença, o plano terapêutico pode ser revisto e mudado sempre que necessário e a qualquer momento.



TOMADA DE DECISÃO COMO UM CAMINHO ÉTICO

É fundamental a clareza do profissional a respeito de como se comunicar, pois isso poderá influenciar na resposta emocional da pessoa que recebe uma notícia (muitas vezes uma notícia difícil) e na sua perspectiva de futuro. Essa notícia difícil também pode afetar emocionalmente os profissionais envolvidos





DIRETRIZES ANTECIPADAS DE VONTADE E DISFAGIA

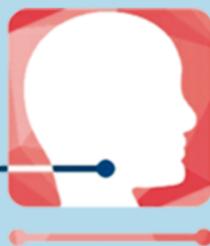
A diretiva antecipada de vontade é um caminho essencial, é um registro que norteia a equipe de saúde para ter suporte ético na tomada de decisão compartilhada. Será útil quando a pessoa não tiver condições mentais de tomar uma decisão e, mesmo assim, poder ter a garantia em um processo de cuidado digno e respeitoso. Na atuação específica do fonoaudiólogo para uma tomada de decisão assertiva com relação à alimentação, é importante conhecer a opinião e a vontade do paciente e sua família quanto à preferência de via de alimentação. Isso direciona os cuidados do fonoaudiólogo e da equipe multiprofissional. Os profissionais poderão definir em conjunto e orientar a via alimentar segura e com menos malefício.

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E COMUNICAÇÃO

Aos pacientes com ausência temporária ou permanente da fala, a atuação fonoaudiológica envolve a implementação do uso de pranchas de comunicação; que são disponibilizadas e possíveis de serem confeccionadas seguindo as necessidades individuais de cada paciente. O fonoaudiólogo é capaz de contribuir na tomada de decisão dos pacientes conscientes e que estão sem possibilidade de fala ou escrita por alteração das condições motoras, sensoriais ou de linguagem.



Na tomada a decisão junto aos demais profissionais, o fonoaudiólogo contribui para o paciente e sua família desenvolver suas potencialidades, de uma forma humanizada, com respeito às escolhas individuais e os limites da doença.



Referências:

- ✓ Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p.
- ✓ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. 2012. Disponível em:
- ✓ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 26 mar. 2020.
- ✓ FORTE, D. N.; KAWAI, F.; COHEN, C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Medical Ethics*, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2018.
- ✓ BERTACHINI, L. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In. BERTACHINI, L.; PESSINI, L (org.). *Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Paulinas e Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 103-126.
- ✓ DADALTO, L.; TUPINAMPÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro *Rev. bioét.*, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020)



Alana Verza Signorini

Especialista em Disfagia pelo CRFa. Mestre em Ciências Médicas/UFRGS
Doutoranda no PPG Saúde da Criança e do Adolescente/ UFRGS

Alessandra Rischitelli Bragança Silva.

Fonoaudióloga. Nutricionista. Pós-doutoranda em Ciências pela Unifesp. Com formação em Cuidados Paliativos pela Casa do Cuidar.

Camila Ribeiro Monteiro

Fonoaudióloga. Cheff Funcional. Especializada em Longevidade e Neurociências.
Pós graduada em Cuidados Paliativos - Einstein

Cleyton Amorim

Especialista em Disfagia . Mestre em educação
Doutorando em Saúde Pública.

Cristiane Freitas Silva do Amaral Sampaio

Fonoaudióloga especialista em Disfagia pela Santa Casa de São Paulo.

Danielle Brito-Rodrigues

Fonoaudióloga fundadora da PaliCare Reabilitação. Doutoranda em Saúde, Interd. e Reabilitação e Mestre em Gestão de Saúde Coletiva - FCM/UNICAMP

Janaína Turcato Nonato da Silva

Fonoaudióloga Especialista em Disfagia - Enfoque Hospitalar
Mestre em Distúrbios da Comunicação / PR

José Ribamar do Nascimento Junior

Diretor do Instituto de Gerenciamento em Fonoaudiologia e Deglutição IGD;
Especialista em Disfagia pelo CFFa; Mestre em Ciências Oncologia pela Fundação Antonio Prudente AC Camargo Cancer center e Presidente do Departamento de Fonoaudiologia AMIB Gestão 20/21

Juliana Adaid Braga

Fonoaudióloga com especialização em Disfagia A C Camargo Cancer Center
Aprimoramento Multiprofissional em Cuidados Paliativos (2020). Comitê Fonoaudiologia ANCP.



Luciana Avila dos Santos

Fonoaudióloga. Doutoranda pelo Programa Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Mestre em Ciências (FMRP-USP).

Marcela da Silva Feu Gregorio

Fonoaudióloga com especialização em Fonoaudiologia Hospitalar pela IIEP/SP (Albert Einstein).

Maria Carolina de Lima Faria Moraes

Mestre em Infectologia e Medicina Tropical pela UFMG. Pós Graduada em Fonoaudiologia Hospitalar Coordenadora do setor de fonoaudiologia do Hospital Santa Catarina

Natálie Iani Goldoni

Fonoaudióloga. Educadora em Formação(UESC-BA). Doutoranda na área da Comunicação Alternativa pela (UNESP Marília). Paliativista pelo Instituto Pallium Latinoamérica (USAL-Argentina).

Renata de Oliveira Santos Costa

Mestre em Fonoaudiologia pela PUC SP (2003). Graduada em Administração de Empresas pela FMU (2015). Aprimoramento em Cuidados Paliativos (2020).

Vanessa Ponsano Giglio

Fonoaudióloga do Humap/UFMS. Especialista em Fonoaudiologia hospitalar e Disfagias orofaríngeas. Mestre em Saúde Coletiva/ UFMS

DIA NACIONAL
DE ATENÇÃO À **DISFAGIA**



DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO AMBIENTE CRÍTICO

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES



PATROCÍNIO:

