

Sophia Eustáquio Rodrigues¹ 

Gabriel Trevizani² 

Michelle Guimarães¹ 

Elma Heitmann¹ 

Descritores

Deglutição
Transtornos de Deglutição
Voz
Cuidados Paliativos
Programas de Rastreamento
Fonoaudiologia

Keywords

Deglutition
Deglutition Disorders
Voice
Palliative Care
Mass Screening
Speech, Language and Hearing Sciences

Endereço para correspondência:

Elma Heitmann
Departamento de Fonoaudiologia,
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe,
Vitória (ES), Brasil, CEP: 29043-900.
E-mail: kikhmazevedo@hotmail.com

Recebido em: Junho 05, 2025

Aceito em: Outubro 08, 2025

Editor: Ana Carolina Constantini.

Autopercepção da deglutição, de sintomas vocais e da possibilidade de ocorrência da disfagia nos pacientes em cuidados paliativos

Self-perception of swallowing, vocal symptoms, and the possibility of dysphagia occurrence in patients under palliative care

RESUMO

Objetivo: Identificar, comparar e correlacionar a autopercepção da deglutição, os sintomas vocais e a possibilidade de disfagia nos pacientes em Cuidados Paliativos (CP). **Método:** Estudo observacional, transversal e analítico, aprovado pelo CEP (nº 6.039.141), com amostra por conveniência, entre abril/2023 e maio/2024 e dados clínicos coletados dos prontuários. Foram incluídos pacientes internados, no setor de CP, independente de sexo e maiores de 18 anos, e excluídos pacientes sem condições clínicas e/ou interesse de participar. Após a assinatura do termo de consentimento, responderam aos protocolos EAT-10, ESV e RaDI-H. **Resultados:** Participaram 50 pacientes com prevalência do sexo masculino (58%), acima de 60 anos (64%), diagnóstico de câncer (66%) e via oral de alimentação (74%). Observou-se dados de sarcopenia (46%) e dispneia (52%). Houve 80% de autopercepção negativa da deglutição. No escore total da ESV, 58% pontuaram acima da nota de corte, com maior impacto no domínio limitação (44%). Houve possibilidade de disfagia em 62% dos pacientes, diferença significativa entre pacientes com e sem sarcopenia para autopercepção da deglutição, domínio limitação, escore total da ESV e possibilidade de disfagia. Houve diferença significativa entre pacientes com e sem relato de dispneia nos três protocolos, exceto o domínio emocional da ESV. Houve correlação positiva entre os protocolos. **Conclusão:** Nestes pacientes em CP houve autopercepção negativa da deglutição, autorreferência de sintomas vocais e possibilidade de disfagia com correlação positiva entre os três protocolos. Houve diferença significativa entre autopercepção da deglutição, sintomas vocais e possibilidade de disfagia com maior impacto em pacientes com sarcopenia e dispneia.

ABSTRACT

Purpose: To identify, compare, and correlate self-perception of swallowing, vocal symptoms, and the possibility of dysphagia in patients under Palliative Care (PC). **Methods:** Observational, cross-sectional, and analytical study, approved by the Research Ethics Committee (nº 6.039.141), with a convenience sample collected between April/2023 and May/2024. Clinical data were obtained from medical records. Included were hospitalized patients in the PC unit, of both sexes, aged over 18 years. Exclusion criteria were lack of clinical conditions and/or willingness to participate. After signing the informed consent form, patients completed the EAT-10, VoiSS, and RaDI-H protocols. **Results:** A total of 50 patients participated, with a prevalence of males (58%), over 60 years of age (64%), cancer diagnosis (66%), and oral feeding route (74%). Sarcopenia (46%) and dyspnea (52%) were observed. Negative self-perception of swallowing was found in 80% of patients. On the total VoiSS score, 58% scored above the cutoff, with the greatest impact on the limitation domain (44%). Dysphagia was possible in 62% of patients. There was a significant difference between patients with and without sarcopenia regarding self-perception of swallowing, limitation domain, total VoiSS score, and possibility of dysphagia. Significant differences were also found between patients with and without dyspnea reports in all three protocols, except for the emotional domain of the VoiSS. Positive correlations were observed among the protocols. **Conclusion:** In these PC patients, there was negative self-perception of swallowing, self-reported vocal symptoms, and possibility of dysphagia, with positive correlation among the three protocols. Significant differences were found in self-perception of swallowing, vocal symptoms, and possibility of dysphagia, with greater impact in patients with sarcopenia and dyspnea.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Espírito Santo – UFES - Vitória (ES), Brasil.

¹ Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES - Vitória (ES), Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Comunicação Humana, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp - Marília (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Disponibilidade de Dados: Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do artigo.

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais desagradáveis no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida⁽¹⁾. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto, e visa apoio à família e ao paciente de acordo com suas preferências e necessidades^(1,2).

Neste contexto, o fonoaudiólogo desempenha papel fundamental no manejo da deglutição e da comunicação, guiado pelos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Sua atuação envolve a avaliação e intervenção na disfagia, a adaptação de estratégias comunicativas e o apoio à tomada de decisão compartilhada, respeitando as preferências e os desejos do paciente, com o propósito de aliviar o sofrimento, preservar a dignidade e manter a qualidade de vida até o fim⁽³⁾.

No Brasil, a estimativa de pacientes que precisavam de assistência de CP, em 2000, era de 662.065 e, para 2040, a estimativa mínima será de 1.166.279, demonstrando a cada dia o aumento da demanda para CP⁽²⁾.

Pacientes em CP frequentemente apresentam disfagia e disfonia devido às doenças neurodegenerativas ou neoplásicas que podem alterar a fisiologia da deglutição e fonação⁽⁴⁾. São comuns queixas relacionadas à deglutição nessa população^(5,6) e cerca de 70% dos pacientes são disfágicos para pelo menos uma consistência⁽⁵⁾.

Um outro estudo⁽⁶⁾ realizado em um serviço de CP revelou que 56% dos pacientes apresentavam disfonia com diminuição significativa do tempo máximo fonatório, além de alterações nos órgãos fonoarticulatórios e presença de disartrias. Esses resultados destacam a necessidade de uma avaliação detalhada da função vocal e fonoarticulatória em pacientes em CP, uma vez que essas alterações podem impactar significativamente a comunicação e a qualidade de vida desses indivíduos⁽⁶⁾. A identificação precoce desses problemas é crucial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que possam melhorar a função vocal e a capacidade de comunicação desses pacientes.

O rastreamento da possibilidade de disfagia é uma estratégia simples para minimizar o impacto da disfagia por intervenção precoce, além de colaborar com a qualidade de vida do paciente⁽⁷⁾. Em um estudo realizado em um hospital universitário, com uma amostra de 909 pacientes, foi encontrada possibilidade de disfagia em 10,5% e, dentro dos pacientes com risco, 4,2% apresentavam disfonia, que é um fator de risco para desenvolvimento da disfagia⁽⁷⁾.

Diante da prevalência dos sintomas de deglutição e de voz em pacientes em CP, é importante verificar a autopercepção relacionada à deglutição, aos sintomas vocais e à possibilidade de disfagia. Essa autoavaliação pode ser realizada por meio de instrumentos de autopercepção específicos, como estratégia para reforçar a intervenção precoce fonoaudiológica. Desta forma, cumpre-se o principal objetivo do CP: promover qualidade de vida ao indivíduo e oferecer subsídios para a tomada de decisão clínica. Portanto, este estudo teve como objetivo identificar, comparar e correlacionar a autopercepção da deglutição, de sintomas vocais e a possibilidade de ocorrência de disfagia nos pacientes em CP.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo observacional, transversal e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da instituição de origem, sob o número 6.039.141. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada por amostra de conveniência, entre abril de 2023 e maio de 2024. Foram incluídos pacientes internados em um hospital universitário, no setor de CP, com diferentes diagnósticos, categorizados conforme os graus de predominância dos cuidados paliativos, a saber: cuidados complementares, cuidados predominantes, cuidados exclusivos (totais) e fase de terminalidade/morte^(8,9), sem restrição de sexo, maiores de 18 anos. Foram excluídos pacientes sem condições clínicas e/ou interesse em responder os protocolos.

Os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos por meio da análise dos prontuários, na qual para verificação da possibilidade de sarcopenia, foi utilizado o instrumento de rastreamento SARC-F⁽¹⁰⁾. Os pacientes responderam a três protocolos, de forma autorrelatada, em um único momento:

- 1) O *Eating Assessment Tool* (EAT-10) é um instrumento de autopercepção da deglutição, utilizado em pacientes com diferentes doenças de base. Possui dez questões simples com possibilidade de pontuação de 0 a 4, no qual 0 não é um problema e 4 é um problema muito grande. Fornece informações sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos, nos quais um problema de deglutição pode acarretar na vida de um indivíduo. O ponto de corte do instrumento é três, indicando autopercepção negativa e necessidade de avaliação fonoaudiológica formal^(11,12).
- 2) A Escala de Sintomas Vocais (ESV) é considerada a mais rigorosa e psicometricamente robusta para a autoavaliação vocal⁽¹³⁾, sobre a percepção de sintomas vocais e o quanto isso interfere na voz. São 30 itens divididos em três domínios: limitação (15 itens), emocional (8 itens) e físico (7 itens), pontuados de acordo com a frequência de ocorrência dos sintomas em: nunca (0), raramente (1), às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). É realizada a somatória simples da pontuação, que pode variar de 0 a 120 pontos, em que quanto maior, pior a autopercepção de sintomas vocais o indivíduo apresenta, sendo sua nota de corte para diferenciação entre indivíduos vocalmente saudáveis e disfônicos de 16 pontos no escore total, 11,5 no domínio de limitação, 6,5 no físico e 1,5 no emocional⁽¹³⁾.
- 3) O Rastreamento de Disfagia Orofaringea em Idosos no ambiente hospitalar (RaDI-H) é uma ferramenta de autoavaliação da disfagia em pacientes idosos. Apresenta nove questões de fácil aplicação, voltadas à coleta de informações de sintomas e queixas relacionadas à deglutição^(14,15). As possíveis respostas para cada questão são “não”, “sim” ou “não sabe”, e na presença de resposta positiva, investiga-se a frequência do sinal/sintoma por meio das opções “às vezes” ou “sempre”. Com as pontuações variando de 0 a 2 (“não” = zero; “sim” = 02; “às vezes” = 01; “sempre” = 02; “não sabe” = 02)^(14,15).

O escore total varia de 0 a 18 pontos, e o ponto de corte para considerar positivo, com necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica, é de 4 pontos^(14,15).

Na presença de autopercepção negativa da deglutição, de sintomas vocais e/ou possibilidade de disfagia, os pacientes foram encaminhados para a equipe de Fonoaudiologia para realização de avaliação fonoaudiológica formal e acompanhamento.

Para a análise e interpretação dos resultados, foram utilizados os programas Microsoft Excel e Jamovi, versão 2.0. Para comparar os escores do EAT-10, ESV e RaDI-H, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, e para correlação entre os escores dos protocolos foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, ambos considerando o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Os coeficientes de correlação foram classificados como: $<0,3$ (fraca), $\geq 0,3$ a $<0,6$ (moderada), $\geq 0,6$ a $<0,9$ (forte), $\geq 0,9$ a $<1,0$ (muito forte) e $r = 1,0$ (perfeita)⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Participaram 50 pacientes, sendo 29 (58%) do sexo masculino. A maioria tinha mais de 60 anos (64%), com média de idade de 67 anos ($\pm 13,6$). Quanto à doença de base, 33 (66%) pacientes foram diagnosticados com câncer. A via oral foi a principal forma de alimentação para 37 pacientes (74%). Houve possibilidade de sarcopenia em 23 (46%) pacientes e autorrelato de dispneia em 26 (52%).

Foi observada autopercepção negativa da deglutição em 40 pacientes (80%). Em relação aos sintomas vocais, 29 pacientes (58%) apresentaram escore total acima da nota de corte. No domínio limitação 22 pacientes (44%) apresentaram pontuação acima da nota de corte, seguido pelos domínios físico ($n=16$;

32%) e emocional ($n=11$; 22%). A possibilidade de disfagia foi observada em 31 pacientes (62%).

A pontuação média do EAT-10 foi de 10,5 ($DP \pm 10,4$), com mediana de 7, sendo superior à nota de corte. Em relação à ESV, o domínio limitação apresentou média de 14,5 ($DP \pm 12$) com mediana de 12, sendo acima da nota de corte. A média do domínio emocional foi 1,24 ($DP \pm 3$), com mediana de 0 abaixo da nota de corte, e do domínio físico foi 6 ($DP \pm 5$), com mediana de 5, ou seja, abaixo da nota de corte. A média do escore total da ESV foi 21,6 ($DP \pm 19$), com mediana de 19,5, acima da nota de corte. O escore médio do RaDI-H foi de 5,44 ($DP \pm 3,8$), com mediana de 4 superior a nota de corte (Tabela 1).

Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre indivíduos com e sem sarcopenia em relação à autopercepção da deglutição ($p=0,005$), ao domínio limitação da ESV ($p=0,041$), ao escore total da ESV ($p=0,044$), e à possibilidade de disfagia ($p=0,007$). Não houve diferença significativa no domínio físico ($p=0,102$) e emocional ($p=0,765$) da ESV, embora pacientes com sarcopenia tenham apresentado médias maiores (Tabela 2).

Foram observadas diferenças significativas entre pacientes com e sem relato de dispneia ($p=0,001$) em todos os protocolos, exceto o domínio emocional da ESV, com médias iguais entre os pacientes ($p=0,233$) (Tabela 2).

Houve correlação positiva forte entre o EAT-10 e RaDI-H ($r = 0,664$) e o domínio físico da ESV ($r = 0,653$), correlação positiva moderada entre EAT-10 e o domínio limitação da ESV ($r = 0,492$) e o escore total ($r = 0,556$). O RaDI-H apresentou correlação positiva forte com o domínio limitação ($r = 0,654$), físico ($r = 0,644$) e escore total da ESV ($r = 0,689$). Além disso, observou-se correlação positiva fraca entre EAT-10 e o domínio emocional da ESV ($r = 0,010$), bem como entre RaDI-H e o domínio emocional da ESV ($r = 0,246$) (Tabela 3).

Tabela 1. Descrição dos dados do EAT 10, ESV e RaDI-H dos pacientes em Cuidados Paliativos ($n=50$)

Variáveis	EAT 10	ESV Limitação	ESV Emocional	ESV Físico	ESV Total	RaDI-H
Média ($\pm DP$)	10,5 ($\pm 10,4$)	14,5 (± 12)	1,24 (± 3)	6 (± 5)	21,6 (± 19)	5,44 ($\pm 3,8$)
Mediana	7	12	0	5	19,5	4

Legenda: DP = Desvio padrão; EAT-10 = Eat Assessment Tool; ESV = Escala de Sintomas Vocais; RaDI-H = Rastreamento de Disfagia Orofaringea em Idosos em Ambiente Hospitalar

Tabela 2. Comparação dos dados do EAT 10, ESV e RaDI-H com dados clínicos dos pacientes em cuidados paliativos ($n=50$)

Variáveis		Sarcopenia			Dispneia		
		Sim	Não	p-valor	Sim	Não	p-valor
EAT-10		12	8,7	0,005*	15,4	6,2	0,001*
ESV	Limitação	19,8	8,6	0,041*	18,6	10,9	0,001*
	Emocional	1,5	0,9	0,765	1,2	1,2	0,233
	Físico	8,4	3,3	0,102	6,9	5	0,001*
	Total	29	12,9	0,044*	26,8	17	0,001*
RaDI-H		7	3,6	0,007*	6,9	4	0,001*

* $p \leq 0.05$ = correlação significativa;

Legenda: EAT-10 = Eat Assessment Tool; RaDI-H = Rastreamento de Disfagia Orofaringea em Idosos em Ambientes Hospitalares; ESV = Escala de Sintomas Vocais

Tabela 3. Correlação dos dados do EAT 10, ESV e RaDI-H dos pacientes em cuidados paliativos ($n=50$)

Variáveis	EAT 10	RaDI-H
RaDI-H	0,664**	
ESV Limitação	0,492**	0,654**
ESV Emocional	0,010**	0,246**
ESV Físico	0,653**	0,644**
ESV Total	0,556**	0,689**

**Rho de Spearman = coeficiente de correlação;

Legenda: EAT-10 = Eat Assessment Tool; RaDI-H = Rastreamento de Disfagia Orofaringea em Idosos em Ambientes Hospitalares; ESV = Escala de Sintomas Vocais

DISCUSSÃO

O perfil de pacientes em CP varia segundo a literatura⁽¹⁷⁾, embora haja prevalência de pacientes do sexo masculino com mais de 60 anos, o que corrobora os resultados deste estudo. Acredita-se na associação de menor autocuidado em comparação às mulheres e maior propensão à prática de hábitos prejudiciais, como o consumo de substâncias ilícitas, álcool e tabaco⁽¹⁷⁾, os quais podem influenciar no aumento de comorbidades e complicações de saúde mais graves⁽¹⁷⁾.

Em relação à idade, pacientes mais idosos são frequentemente afetados por doenças degenerativas e complicações decorrentes do declínio fisiológico natural do envelhecimento, o que intensifica a necessidade de CP⁽¹⁷⁾. Em um estudo realizado em 2019⁽¹⁷⁾, foi observado que 54% dos pacientes eram do sexo masculino similar aos resultados deste estudo, porém com faixa etária entre 41 e 50 anos. Em outra pesquisa⁽¹⁸⁾, houve prevalência de mulheres, com média de 85 anos de idade entre os pacientes em CP. Essas divergências indicam que o perfil dos pacientes pode variar conforme o contexto e as características da população estudada.

A prevalência de câncer em CP se deve tanto pela elevada incidência quanto pela carga significativa de sintomas associados à doença e às sequelas do tratamento^(19,20). Segundo a literatura, nesses pacientes, há elevada autopercepção negativa da deglutição variando entre 58% e 77% em casos de câncer avançado^(19,20), com presença de sintomas vocais e possibilidade de disfagia⁽²¹⁾. Assim, torna-se crucial identificar a autopercepção da deglutição, o impacto de possíveis sintomas vocais e rastrear a possibilidade de disfagia nestes pacientes.

A alimentação por via oral (VO) tem benefícios clínicos e funcionais, como menor tempo de hospitalização, menor incidência de complicações clínicas e redução da sobrecarga do cuidador, além de envolver aspectos socioculturais e afetivos relevantes para a qualidade de vida^(22,23). Na presente pesquisa, a via oral foi a via predominante de alimentação, a qual é considerada menos invasiva, associada a melhor qualidade de vida e é, frequentemente, a via preferida pela família quando comparada aos métodos alternativos de alimentação⁽²³⁾. No entanto, os achados deste estudo, assim como outros na literatura, demonstram que a presença de alimentação por VO total não exclui a possibilidade de disfagia, tampouco a autopercepção negativa da deglutição⁽²²⁻²⁴⁾.

A maioria dos pacientes (80%) apresentou autopercepção negativa da deglutição. A literatura corrobora esses achados, indicando que essa percepção está relacionada à piora da qualidade de vida em pacientes em CP^(6,25). Indivíduos em fase final da vida estão propensos a alterações na segurança e eficiência da deglutição, como resultado de múltiplos fatores, incluindo o impacto da doença de base e seus tratamentos, alterações estruturais, comprometimento sensorial e sensorio-motor, fadiga, uso de medicações e alterações cognitivas⁽²⁵⁾. Essa combinação de fatores contribui para a deterioração funcional da deglutição, influenciando diretamente a forma como o indivíduo percebe sua própria capacidade de deglutir^(6,25).

Em relação à autopercepção dos sintomas vocais, a maioria dos pacientes (58%) apresentou escores semelhantes aos de indivíduos disfônicos no escore total⁽¹³⁾, refletindo a autorreferência negativa da sua voz. Embora esse achado seja relevante, não foram encontrados estudos específicos na literatura que investiguem

de forma direta a autopercepção vocal em pacientes em CP, o que destaca uma lacuna importante neste campo de pesquisa.

Segundo Gabriel et al.⁽⁶⁾ a disartria e a redução do tempo máximo de fonação estão entre as principais alterações vocais observadas em pacientes em CP. Acredita-se que possa haver associação com a autopercepção vocal negativa nestes pacientes.

A maior parte da amostra (62%) apresentou possibilidade de disfagia, destacando a relevância do rastreamento fonoaudiológico nestes pacientes. Um estudo⁽⁴⁾ identificou que cerca de 30% dos pacientes em CP relataram, na triagem, queixas compatíveis com sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração, sendo a xerostomia o sintoma mais frequente. Outro estudo⁽²⁶⁾ revelou que tosse e engasgo são sintomas prevalentes. Quanto à influência na qualidade de vida, foi encontrada associação entre a presença da disfagia e o aumento da carga da doença, a qual pode levar ao surgimento de novos sintomas e impactar negativamente a qualidade de vida⁽²⁶⁾.

Houve diferença estatisticamente significativa entre indivíduos com e sem sarcopenia para autopercepção da deglutição, domínio limitação e escore total da ESV, além da possibilidade de disfagia. Esses achados podem estar relacionados ao comprometimento da musculatura esquelética envolvida na deglutição e na produção vocal, causado pela sarcopenia⁽²⁴⁾. A perda de força e coordenação muscular pode levar à autopercepção negativa da deglutição, aumento da possibilidade de disfagia e autopercepção de sintomas vocais⁽²⁴⁾.

A degradação muscular, em pacientes em CP, decorre de fatores como desnutrição, inatividade física e inflamação crônica em doenças avançadas⁽²⁴⁾, além de alterações hormonais e do uso de medicamentos como quimioterápicos e corticoides⁽²⁴⁾. Condições como a caquexia aceleram ainda mais a perda de massa e função muscular, agravando o estado de fragilidade⁽²⁴⁾. A literatura descreve maior prevalência de sarcopenia em pacientes oncológicos e do sexo masculino, perfil também identificado neste estudo. Em cuidados paliativos, a sarcopenia tem sido associada a menor tempo de sobrevida⁽²⁴⁾.

Pacientes com autorrelato de dispneia tendem a apresentar escores mais elevados nos protocolos aplicados, o que reflete autopercepção negativa da deglutição, a presença de sintomas vocais e maior possibilidade de disfagia. Isso ocorre devido à dificuldade de coordenar adequadamente a respiração e deglutição, aumentando a ocorrência de penetração/aspiração⁽²⁶⁾.

Fatores como redução da pressão subglótica, comprometimento glótico e interação entre sintomas respiratórios e musculares podem contribuir para o surgimento de sintomas vocais em pacientes em CP⁽²⁶⁾. A presença de sarcopenia, fadiga, dispneia e alterações respiratórias compromete a coordenação pneumofonoarticulatória, podendo resultar em esforço fonatório compensatório e sobrecarga da laringe, ainda que de forma não voluntária ou exacerbada^(6,24,25,27,28). Essas alterações funcionais e estruturais da laringe impactam diretamente na qualidade vocal e na eficiência respiratória^(6,25). Nesse contexto, a interação entre os sistemas respiratório e laríngeo se torna crucial, pois sua desregulação pode prejudicar a qualidade vocal e afetar o processo de deglutição. Isso pode resultar no agravamento de sintomas como rouquidão, tosse, cansaço ao falar e dificuldades de deglutição, além de aumentar o risco de aspiração e complicações associadas. A compreensão dessa interação e de seus impactos é fundamental para a abordagem terapêutica eficaz desses pacientes.

A correlação positiva entre a autopercepção da deglutição, os sintomas vocais e a possibilidade de disfagia pode ser atribuída à sobreposição das estruturas anatômicas e musculares envolvidas nessas funções, como a laringe e a faringe⁽⁶⁾. Alterações nessas estruturas, comuns em condições neuromusculares e degenerativas, podem comprometer simultaneamente a deglutição e a voz, levando os pacientes a perceberem dificuldades em ambas⁽⁶⁾. A autopercepção negativa da deglutição e a presença de sintomas vocais frequentemente refletem alterações que também são identificadas no rastreamento da disfagia, reforçando a inter-relação entre essas variáveis no processo diagnóstico⁽²⁵⁾.

Este estudo teve como limitação a coleta de dados em um único hospital, que não é referência em cuidados paliativos, com amostra restrita, o que impede a generalização dos resultados para outras populações ou contextos. A baixa rotatividade de pacientes e a presença de casos em processo ativo de morte ou delirium também dificultaram a aplicação dos protocolos. Para estudos futuros, recomenda-se a realização de pesquisas multicêntricas, envolvendo diferentes serviços de cuidados paliativos, para aumentar a representatividade da amostra e possibilitar a generalização dos achados. Além disso, é importante considerar a inclusão de hospitais de diferentes portes e especialidades, o que poderia fornecer uma visão mais abrangente das condições e necessidades dessa população.

CONCLUSÃO

Os pacientes deste estudo, internados no setor de CP, apresentaram autopercepção negativa da deglutição, autorreferência de sintomas vocais e possibilidade de ocorrência de disfagia. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre a autopercepção da deglutição, a presença de sintomas vocais e a possibilidade de ocorrência de disfagia, especialmente em pacientes com sarcopenia e dispneia. Além disso, foi identificada correlação positiva significativa entre os três protocolos avaliados, evidenciando uma inter-relação entre essas condições.

REFERÊNCIAS

1. WHO: World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 2024 Maio 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514460>
2. Santos CED, Campos LS, Barros N, Serafim JA, Klug D, Cruz RP. Palliative care in Brazil: present and future. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(6):796-800. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.6.796>. PMID:31340307.
3. Moreira MJS, Guimarães MF, Lopes L, Moreti F. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. *CoDAS*. 2020;32(4):e20190202. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/202020190202>. PMID:32756853.
4. Menezes TT, Furia CLB, Soares GXS. Frequência de queixas de deglutição e alimentação durante consulta compartilhada em cuidados paliativos oncológicos. *Audiol Commun Res*. 2022;27:e20212607. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2607pt>.
5. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiol Commun Res*. 2020;25:e2262. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>.
6. Gabriel LB, Rossetto EM, Martins VB, Berbert MCB. Speech therapy aspects in patients' palliative care. *Rev CEFAC*. 2021;23(6):e10421. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202123610421>.
7. Souza CLM, Guimarães MF, Penna LM, Pereira ALC, Nunes JA, Azevedo EHM. Rastreamento do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. *Distúrb Comun*. 2020;32(2):277-84. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i2p277-284>.
8. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age [Internet]. Santa Monica (CA): RAND Health; 2003 [citado em 2025 Ago 26]. Disponível em: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/white_papers/2005/WP137.pdf
9. ISGH: Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Protocolo "Cuidados Paliativos" [Internet]. Fortaleza: ISGH; 2014 [citado em 2025 Ago 26]. Disponível em: https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf
10. Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):531-2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.018>. PMID:23810110.
11. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008;117(12):919-24. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>. PMID:19140539.
12. Gonçalves MIR, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool - EAT-10. *CoDAS*. 2013;25(6):601-4. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013.05000012>. PMID:24626972.
13. Moreti F, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Cross-cultural adaptation, validation, and cutoff values of the Brazilian version of the voice symptom scale: VoiSS. *J Voice*. 2014;28(4):458-68. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.11.009>. PMID:24560004.
14. Antunes APA. Rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos (RaDI): validação ao ambiente hospitalar [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2020 [citado em 2025 Maio 18]. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23076>
15. Magalhães HV Jr. Evidências de validades do questionário autorreferido para rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos – RaDI [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018 [citado em 2024 Maio 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25636>
16. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. In: Callegari-Jacques SM, editor. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 255.
17. Rani R, Singh U, Trivedi V, Chauhan R, Mishra M, Sinha R. Demographic profile of patients and geospatial mapping in palliative care: A hospital-based study from Eastern part of India. *Research Square*; 2021. [Preprint]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-270799/v1>.
18. Tan M, Qin X, Johnson CE, Xiao L, Cook A, Ding J, et al. Symptom- and function-based trajectories of patients with dementia in hospital and community palliative care settings in the last two weeks of life: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):245. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01565-6>. PMID:39428493.
19. Traldi Macedo L, Fernandes LGB, Palmeira HM, Tanios BS, Gaspar KC, Lima CSP. Assessment of symptom intensity and psychological well-being of patients with advanced cancer undergoing palliative care in a Brazilian public hospital: A cross-sectional study. *Palliat Support Care*. 2023;21(4):651-7. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000967>. PMID:35920303.
20. Wieland MWM, Pilz W, Winkens B, Hoebe A, Willemsen ACH, Kremer B, et al. Multi-domain screening: identification of patient's risk profile prior to head-and-neck cancer treatment. *Cancers*. 2023;15(21):5254. <https://doi.org/10.3390/cancers15215254>. PMID:37958427.
21. Okuni I, Otsubo Y, Ebihara S. Molecular and neural mechanism of dysphagia due to cancer. *Int J Mol Sci*. 2021;22(13):7033. <https://doi.org/10.3390/ijms22137033>. PMID:34210012.
22. Sánchez-Sánchez E, Ruano-Álvarez MA, Díaz-Jiménez J, Díaz AJ, Ordoñez FJ. Enteral nutrition by nasogastric tube in adult patients under palliative care: a systematic review. *Nutrients*. 2021;13(5):1562. <https://doi.org/10.3390/nu13051562>. PMID:34066386.
23. Schuh JH, Henckel V. Percepção dos profissionais sobre a alimentação/nutrição em cuidados paliativos. *Rev Bioet*. 2023;31:e3535PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233535pt>.

24. Sakai K, Nakayama E, Yoneoka D, Sakata N, Iijima K, Tanaka T, et al. Association of oral function and dysphagia with frailty and sarcopenia in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Cells*. 2022;11(14):2199. <https://doi.org/10.3390/cells11142199>. PMID:35883642.
25. Santos KW, da Cunha Rodrigues E, Rech RS, da Ros Wendland EM, Neves M, Hugo FN, et al. Using voice change as an indicator of dysphagia: a systematic review. *Dysphagia*. 2022;37(4):736-48. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10319-y>. PMID:34019177.
26. Tan LL, Lim Y, Ho P, Lim LY, Lim YY, Low JA. Understanding quality of life for palliative patients with dysphagia using the Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL) questionnaire. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(10): 1172-6. <https://doi.org/10.1177/1049909121992532>. PMID:33530694.
27. Aggarwal VV, Waghmare CM, Lolage SN, Pawar HJ, Ravichandran M, Bhanu A. Subjective and perceptive assessment of speech/voice and swallowing function before and after radiation therapy in patients of head-and-neck squamous cell cancer. *J Cancer Res Ther*. 2023;19 (Suppl 1):S373-9. https://doi.org/10.4103/jcrt.jcrt_621_21. PMID:37147961.
28. Silbergleit AK, Schultz L, Hamilton K, Lewitt PA, Sidiropoulos C. Self-perception of voice and swallowing handicap in Parkinson's disease. *J Parkinsons Dis*. 2021;11(4):2027-34. <https://doi.org/10.3233/JPD-212621>. PMID:34366369.

Contribuição dos autores

SER participou da coleta, tabulação, interpretação dos dados e redação do artigo; GT participou na análise estatística e revisão do artigo; MG participou da revisão e redação do artigo; EH foi responsável por todas as etapas do trabalho, orientação, delineamento do estudo, análise dos dados e revisão final do artigo.