



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DA FALA EM PESSOAS
COM PERTURBAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em CP**

Por
Maria Gomes Calção Medeiro (nº192422001)

Lisboa, 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA DA FALA EM PESSOAS
COM PERTURBAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM CUIDADOS
PALIATIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**SPEECH THERAPIST INTERVENTIONS IN PEOPLE WITH
SWALLOWING DISORDER IN PALLIATIVE CARE: A
SYSTEMATIC REVIEW**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em CP**

Por

Maria Gomes Calção Medeiro (nº192422001)

Sob a orientação de Profe Doutora Inês Tello Rodrigues

Lisboa, 2024

Resumo

Introdução: A Terapia da Fala é fundamental nos Cuidados Paliativos (CP), especialmente no apoio a indivíduos com perturbações da deglutição, que comprometem a qualidade de vida e a segurança alimentar. A intervenção do Terapeuta da Fala é vital para otimizar a deglutição e promover o bem-estar, devendo ser adaptada às necessidades individuais, equilibrando a segurança, o conforto e o respeito pelas preferências pessoais e familiares.

Objetivo: Analisar a relação entre as intervenções do Terapeuta da Fala em pessoas com perturbação da deglutição em CP relativamente à segurança e eficácia da deglutição, assim como, à qualidade de vida.

Metodologia: Conduziu-se uma revisão sistemática da literatura, baseada nas diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement* (PRISMA-P). A pesquisa foi realizada nas bases de dados SCOPUS, MEDLINE, CINAHL, SCIELO (via EBSCOHost) e LILACS, além de literatura cinzenta (WorldCat e OpenGrey), sem restrição de datas. Foram incluídos estudos com participantes de todas as idades que apresentavam perturbação da deglutição em CP, abrangendo intervenções do Terapeuta da Fala. A revisão considerou trabalhos publicados em inglês, espanhol e português. Estudos secundários, como revisões e editoriais foram excluídos. A identificação dos estudos e a extração de dados foram realizadas de forma independente por dois investigadores, utilizando o software Rayyan® para gerir a triagem e seleção dos estudos. Os dados foram organizados em tabelas, detalhando a estratégia de pesquisa, acesso aos estudos e conformidade com os critérios de inclusão. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada através dos instrumentos preconizados pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e pelos níveis de evidência definidos pelo *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM).

Resultados: Foram incluídos cinco estudos (i.e. um estudos de caso, uma série de estudos de caso, um estudo de prevalência e dois transversais), que passaram por uma leitura integral e avaliação crítica da qualidade metodológica. Foram identificadas intervenções como adaptação da consistência e volume dos alimentos, manobras posturais e de limpeza da via aérea, técnicas sensoriais e alimentação de conforto com

o objectivo de promover uma deglutição mais segura e preservar a qualidade de vida. É reforçada a personalização das intervenções de acordo com as necessidades individuais. A análise dos estudos incluídos revelou uma variabilidade notável tanto nos níveis de evidência como nas avaliações metodológicas realizadas.

Conclusões: A literatura reforça o papel da intervenção do Terapeuta da Fala em CP com pessoas com perturbação da deglutição. Apesar da heterogeneidade dos estudos, a maioria indica benefícios na segurança da deglutição e na qualidade de vida. A revisão enfatiza a necessidade de avaliações cuidadosas e a tomada de decisão compartilhada, alinhadas aos desejos das pessoas. A falta de diretrizes padronizadas e a variabilidade nas práticas clínicas indicam a necessidade de estudos futuros para padronizar práticas baseadas em evidência.

Palavras-Chave: Fonoaudiologia, Deglutição, Transtornos da Deglutição, Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

Abstract

Introduction: Speech Therapy is essential in Palliative Care (PC), especially in supporting individuals with swallowing disorders, which compromise quality of life and food safety. The intervention of the Speech Therapist is vital to optimize swallowing and promote well-being, and should be tailored to individual needs, balancing safety, comfort, and respect for personal and family preferences.

Objective: Analyze the relationship between Speech Therapist interventions in individuals with swallowing disorders in PC concerning swallowing safety and efficacy, as well as quality of life.

Methodology: A systematic literature review was conducted, based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement (PRISMA-P) guidelines. The search was carried out in the SCOPUS, MEDLINE, CINAHL, SCIELO (via EBSCOHost), and LILACS databases, as well as gray literature (WorldCat and OpenGrey), without date restrictions. Studies were included with participants of all ages who had swallowing disorders in PC, encompassing interventions by Speech Therapists. The review considered works published in English, Spanish, and Portuguese. Secondary studies, such as reviews and editorials, were excluded. The identification of studies and data extraction were conducted independently by two researchers, using Rayyan® software to manage the screening and selection of studies. The data were organized into tables detailing the search strategy, access to studies, and compliance with inclusion criteria. The methodological quality of the studies was assessed using tools recommended by the Joanna Briggs Institute (JBI) and the levels of evidence defined by the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM).

Results: Five studies were included (i.e., one case study, one series of case studies, one prevalence study, and two cross-sectional studies), which underwent a full reading and critical assessment of methodological quality. Interventions identified included adjustments to the consistency and volume of food, postural and airway clearance maneuvers, sensory techniques, and comfort feeding, aimed at promoting safer swallowing and preserving quality of life. The personalization of interventions according

to individual needs is emphasized. The analysis of the included studies revealed notable variability in both levels of evidence and the methodological assessments conducted.

Conclusions: The literature reinforces the role of the Speech Therapist's intervention in PC with individuals who have swallowing disorders. Despite the heterogeneity of the studies, most indicate benefits in swallowing safety and quality of life. The review emphasizes the need for careful assessments and shared decision-making, aligned with individuals' wishes. The lack of standardized guidelines and the variability in clinical practices indicate the need for future studies to standardize evidence-based practices.

Key-words: Speech Therapy, Swallowing, Swallowing Disorders, Palliative Care, End-of-Life Palliative Care.

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, direta e indiretamente.

Aos meus queridos pais, que me ensinaram a dedicar-me de coração em tudo o que faço. Obrigada por acreditarem nas minhas escolhas e por me mostrarem o caminho sempre que este fica mais escuro.

Ao homem da minha vida, pelo amor incondicional, apoio emocional e por me fazer sempre ver o “copo meio cheio”.

A eles, um eterno obrigado por nunca duvidaram que eu seria capaz mesmo nos momentos mais desafiadores.

À minha orientadora Professora Doutora Inês Tello Rodrigues, cuja orientação foi fundamental para o desenvolvimento deste projeto. Agradeço também à minha colega e segunda revisora de pesquisa, Terapeuta da Fala Rita Pires, pela colaboração durante todo o processo de trabalho. Por fim, agradecer às colegas que me foram ajudando durante o percurso.

Aos professores da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pela excepcional qualidade do ensino, pela generosidade na disponibilização de recursos e pelo ambiente enriquecedor que sempre proporcionaram. Agradeço imensamente pela dedicação, apoio constante e pelo compromisso em fomentar o crescimento e o sucesso dos alunos. A vossa orientação e incentivo foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Por fim, gostaria de expressar o meu apreço a todos os amigos e pessoas queridas que estiveram ao meu lado, que me incentivaram, me ouviram e me apoiaram de diversas formas ao longo deste percurso académico.

A todos vocês, o meu profundo agradecimento.

Índice Geral

Introdução	12
1. Enquadramento Teórico	15
1.1. Cuidados Paliativos	15
1.2. Equipa Multidisciplinar	18
1.3. Reabilitação em Cuidados Paliativos	19
1.4. Deglutição	20
1.4.1. Perturbações da Deglutição	21
1.5. O papel do Terapeuta da Fala nos Cuidados Paliativos	23
1.6. O papel do Terapeuta da Fala nas Perturbações da Deglutição em Cuidados Paliativos	25
2. Metodologia	30
2.1. Tipo de Estudo	30
2.2. Questão de Investigação, Objetivos e <i>Outcomes</i> ...	30
2.3. Critérios de Inclusão	32
2.4. Estratégia de Pesquisa	33
2.5. Instrumento de colheita de dados	35
2.6. Procedimentos de colheita de dados	36
2.7. Avaliação da Qualidade Metodológica	37
2.8. Considerações Éticas	38
3. Resultados da colheita de dados	39
4. Discussão dos Resultados	51
4.1. Limitações	55
5. Conclusões	57
Referências Bibliográficas	58
Apêndices	70
Anexos	78

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos	33
Tabela 2 – Chaves de pesquisa	35
Tabela 3 – Resumo dos estudos escolhidos	42
Tabela 4 - Avaliação do risco de viés segundo as <i>checklists</i> JBI	50

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos baseado nas diretrizes PRISMA 2020	40
---	----

Índice de Siglas

CP – Cuidados Paliativos

PRISMA-P – *Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses Statement*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OCEBM – *Oxford Centre of Evidence Based-Medicine*

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

MeSH – *Medical Subject Headings*

FOIS – *Functional Oral Intake Scale*

SWAL-QOL – Questionário de Qualidade de Vida em Disfagia

EGELA – Escala de gravidade da Esclerose Lateral Amiotrófica

DOSS – *Dysphagia Outcome Severity Scale*

EAT-10 – *Eating Assessment Tool*

ROMP – *Radboud Oral Motor Inventory for Parkinson's Disease*

Introdução

A disfagia é frequentemente um tema central de discussão e atuação de uma equipa de CP⁽¹⁻³⁾. Os CP consistem na assistência proporcionada, a nível da saúde, para dar uma resposta eficaz às necessidades das pessoas que, devido à gravidade e progressão rápida da doença de que padecem, não têm perspetiva de cura e apresentam expectativa de vida limitada^(2,5).

Atualmente, a Terapia da Fala é definida como a profissão responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e estudo científico das perturbações da comunicação humana, abrangendo não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal^(6,7). O Terapeuta da Fala tem também um papel importante na otimização da deglutição, o que aumenta o bem-estar da pessoa e facilita relações positivas durante a refeição⁽⁶⁾. Um aspeto crucial a considerar não são apenas as questões físicas e nutricionais, mas também o impacto psicológico e social da alimentação⁽⁶⁾. Analisando a definição estabelecida legalmente em Portugal e as várias definições provenientes de instituições de referência (*International Association of Logopedics and Phoniatrics, Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne e American Speech-Language-Hearing Association*), é difícil não encontrar uma área da sua atuação clínica que não possa, de algum modo, contribuir para assegurar os princípios fundamentais dos CP⁽¹⁾.

A intervenção precoce e adequada por parte do Terapeuta da Fala desempenha um papel crucial na gestão eficaz desses desafios, visando melhorar a segurança e eficácia da deglutição, bem como minimizar o risco de complicações associadas^(2,3,8). Apesar da importância reconhecida da intervenção do Terapeuta da Fala, o escasso investimento em investigações e publicações que promovam a atuação do mesmo em CP, juntamente com a diminuta informação que os outros profissionais têm acerca do seu papel e das suas funções neste contexto específico, podem ser fatores que justifiquem a mínima presença dos Terapeutas da Fala nas equipas de CP⁽⁹⁻¹¹⁾.

No entanto, a deglutição, uma das principais áreas de intervenção do Terapeuta da Fala, é frequentemente um tema central de discussão e atuação de uma equipa de CP⁽¹⁾. Principalmente em doentes com Cancro de Cabeça e Pescoço, a disfagia, xerostomia, dificuldade na alimentação e na comunicação são sintomas comuns⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A escolha do tema "Intervenções do Terapeuta da Fala em Pessoas com Perturbação da Deglutição em CP – uma Revisão Sistemática da Literatura" é justificada pela sua relevância clínica e impacto significativo, tanto na evidência científica quanto na prática diária dos Terapeuta da Fala que trabalham nesta área. A Revisão Sistemática da Literatura é fundamental para reunir evidências científicas sobre as intervenções e informar práticas clínicas baseadas na evidência⁽¹⁵⁾. Com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas que afetam a deglutição, a relevância deste estudo torna-se ainda mais evidente^(8,16). Os resultados desta revisão podem melhorar a formação dos profissionais de saúde e fomentar futuros estudos primários sobre o tema.

A questão de investigação, e objetivo primordial desta dissertação, centra-se em compreender quais as intervenções do Terapeuta da Fala nas pessoas com perturbação da deglutição em CP. Em particular, procura-se compreender como é que as intervenções influenciam a qualidade de vida da população abrangida, bem como a segurança e eficácia do processo de deglutição. Esta questão surge da necessidade premente de compreender o papel do Terapeuta da Fala nesse contexto clínico específico e de compreender quais as intervenções terapêuticas na melhoria da qualidade de vida e na atenuação dos riscos associados às perturbações de deglutição. Ao abordar essa questão, esta dissertação visa não apenas preencher uma lacuna na literatura existente, mas também fornecer *insights* para orientar a prática clínica e promover uma melhor compreensão do papel do Terapeuta da Fala nos CP.

Esta dissertação está organizada em seis capítulos, cada um desempenhando um papel fundamental na exploração das temáticas relacionadas com o estudo, além de detalhar todos os procedimentos realizados.

O presente capítulo, "Introdução", apresenta o contexto, a relevância e os objetivos da pesquisa. Além disso, discute brevemente a importância dos CP e o papel do

Terapeuta da Fala nesse contexto. O Capítulo 2, "Enquadramento teórico", fornece uma revisão detalhada da literatura existente, explicando os conceitos-chave e estudos prévios relevantes para a compreensão dos CP e do papel do Terapeuta da Fala nas perturbações da deglutição. No Capítulo 3, "Metodologia", é apresentada a metodologia da revisão sistemática da literatura realizada. Descreve-se detalhadamente o processo de seleção dos estudos, os critérios de inclusão e exclusão, as bases de dados utilizadas, bem como os métodos de análise dos dados extraídos. Os resultados são apresentados detalhadamente no Capítulo 4, "Resultados". O Capítulo 5, "Discussão" são analisados e interpretados os resultados em relação aos estudos considerados, discute-se as implicações práticas e teóricas dos achados de cada estudo e apresenta-se um resumo para intervenções do Terapeuta da Fala nesta área. Por fim, no Capítulo 6 "Conclusões", resumem-se os principais resultados do estudo e destaca-se a sua importância para a prática clínica e para o avanço do conhecimento na área dos CP e da Terapia da Fala.

A dissertação apresentada insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em CP, promovido pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, e desenvolveu-se ao longo dos anos letivos de 2022-2023 e 2023-2024.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Cuidados Paliativos

Os CP têm uma história rica e complexa que remonta a séculos de práticas e ideias em torno do cuidado de doentes com doenças incuráveis e terminais⁽¹⁷⁾. Ao longo da história, o cuidado de pessoas em fim de vida foi, predominantemente, uma responsabilidade assumida de forma individual e comunitária⁽¹⁸⁾.

O movimento dos CP modernos emergiu na Grã-Bretanha na década de 1960, graças à visão pioneira de Cicely Saunders⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Durante essa década, Cicely Saunders defendeu que os cuidados a doentes terminais constituíam um direito humano e, portanto, uma responsabilidade social^(17,20).

Em 1990, Organização Mundial da Saúde lançou a primeira definição de CP, e expressou a necessidade de se implementarem programas específicos para esta área⁽¹⁸⁾. A esta análise, junta-se a recomendação do Conselho da Europa em 2003⁽¹⁸⁾.

O conceito “Paliativo” deriva do latim *Pallium*, que significa o manto⁽¹⁷⁾. Esta terminologia revela a ideia principal desta filosofia: proteger, amparar, cobrir, envolver⁽¹⁷⁾. Os CP representam uma linha fundamental na prestação de cuidados de saúde, cujo objetivo primordial é promover a máxima qualidade de vida, autonomia e dignidade das pessoas, através de tratamentos e cuidados centrados na pessoa doente e nos seus valores⁽¹⁹⁾. Nestes cuidados, a equipa recorre a medidas terapêuticas que visam o conforto da pessoa, sem recorrer a medidas agressivas, inúteis e desadequadas⁽¹⁹⁾. Uma característica essencial dos CP é a abordagem global do sofrimento, abrangendo as diferentes dimensões física, psicológica, social e espiritual⁽¹⁹⁾.

Na segunda metade do século XX, houve uma mudança do perfil epidemiológico das doenças, caracterizado pela substituição das doenças infecciosas e contagiosas pelas crónicas e progressivas, acarretando um aumento significativo do número de doenças incuráveis, incapacitantes, progressivas e avançadas^(8,16). Assim, em Portugal, não obstante a introdução deste tipo de cuidados há cerca de três décadas, e o incremento da sensibilização sobre o tema na última década, continuam a prevalecer o

desconhecimento sobre os CP, o preconceito e a inacessibilidade para a maioria da população portuguesa⁽¹⁹⁾.

Será importante ressaltar que os CP especializados podem ser prestados em ambiente hospitalar, domiciliar e/ou em unidades específicas de internamento^(18,19). Devem ser diferenciados das ações paliativas, que consistem em intervenções isoladas e não especializadas realizadas por profissionais de saúde sem formação específica⁽¹⁹⁾.

A população de pessoas com necessidade de CP não é homogênea, embora compartilhe necessidades comuns⁽¹⁹⁾. Inicialmente, os CP eram destinados a doentes com cancro terminal, hoje esses cuidados abrangem uma ampla variedade de doenças graves que podem ameaçar a continuidade da vida^(4,17,21,22). São igualmente aplicáveis a pessoas cujas doenças, embora potencialmente curáveis, acarretem necessidades significativas de saúde devido ao sofrimento associado^(17,22). Do ponto de vista epidemiológico, observa-se que a maioria das pessoas que necessitam de CP apresenta doenças cardiovasculares, seguidas por doenças oncológicas, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e outras condições graves⁽²²⁾.

O suporte às famílias e cuidadores é fundamental na prática dos CP⁽¹⁹⁾. A família e cuidadores, quando reconhecidos pela pessoa, devem ser consultados sobre os objetivos e opções de cuidados, sempre agindo no melhor interesse da pessoa. No entanto, as decisões não devem ser feitas exclusivamente pela família, especialmente quando a pessoa pode expressar os seus desejos e informações pertinentes, ou quando estes estiverem documentados⁽¹⁹⁾. O envolvimento familiar é crucial para o conforto, bem-estar e dignidade da pessoa, e frequentemente, os familiares têm um conhecimento mais profundo sobre os gostos e desejos deste, contribuindo significativamente para os cuidados⁽⁴⁾.

1.2. Equipa Multidisciplinar

Pela diversidade dos sintomas apresentados pelas pessoas em CP é importante que os cuidados sejam prestados por uma equipa multidisciplinar devidamente treinada^(10,30).

O trabalho em equipa é classicamente apresentado como um dos pilares deste ramo dos cuidados^(10,30,31). O trabalho na área da saúde deve englobar práticas alinhadas com o que se denomina como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, devido à evolução do conhecimento e à crescente complexidade dos problemas de saúde na realidade atual^(32,33).

A equipa é essencial nos CP, uma vez que se trata de uma assistência complexa que visa atender com qualidade todos os aspetos do indivíduo e dos seus familiares^(2,31,34). Desta forma, para prestar um atendimento de qualidade e satisfazer as necessidades da pessoa e da sua família, os CP devem ser prestados por uma equipa constituída por elementos que sejam necessários para cada indivíduo⁽²⁷⁾.

Cada área do conhecimento, com a sua formação específica e as suas possibilidades de intervenção, possui as competências necessárias para uma atenção individualizada à pessoa e à sua família, assegurando um eficiente controlo dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais⁽³⁵⁾. Uma equipa de CP pode incluir diferentes profissionais, cada um com objetivos específicos, mas integrados num planeamento global com a finalidade de diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas^(2,36,37). As equipas de CP geralmente são compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, bem como psicólogos, assistentes sociais e líderes espirituais, além de possíveis outros profissionais que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas^(2,37).

Os CP devem assentar numa intervenção em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa, e esta deve intervir ativamente naquilo que a pessoa doente manifesta ser para ela fonte de sofrimento^(19,37). As intervenções realizadas deverão ser tomadas, partilhadas e concretizadas em equipa, com base nas necessidades e no sofrimento que as pessoas apresentam⁽¹⁹⁾.

O potencial das terapias de reabilitação nos CP é cada vez mais reconhecida, considerando uma abordagem multidisciplinar ou transdisciplinar^(11,28,38,39).

1.3. Reabilitação em Cuidados Paliativos

Em CP é possível encontrar indivíduos que estão nos seus últimos dias de vida, bem como aqueles que se enquadram numa tipologia paliativa reabilitativa⁽¹⁹⁾.

A reabilitação pode ser classificada como preventiva, reabilitativa, de suporte ou paliativa⁽⁴⁰⁾. A reabilitação de suporte pretende maximizar a função depois de alterações permanentes causadas pela doença⁽⁴⁰⁾. A reabilitação paliativa tem como objetivo principal reduzir a dependência na mobilidade e nas atividades de autocuidado, proporcionando conforto e apoio emocional^(40,41). Ou seja, a reabilitação nos CP tem como objetivo minimizar as consequências físicas da doença e dos tratamentos, otimizando a função para oferecer mais conforto à pessoa⁽⁴⁰⁾. Nestes doentes, a reabilitação melhora o estado funcional, o controlo de sintomas como a dor e ansiedade e, conseqüentemente, a qualidade de vida^(40,41).

O acompanhamento deve iniciar-se no momento do diagnóstico e prolongar-se pelo tempo necessário⁽⁴²⁾. A reabilitação deve ser realista e adaptada às necessidades individuais⁽⁴⁰⁾. Para tal, estabelece-se um plano de intervenção baseado no prognóstico geral, no potencial de recuperação funcional se possível, no desejo e nas expectativas de participação na reabilitação, bem como nas prioridades de vida da pessoa^(10,41,43).

O escasso investimento em investigações e publicações que promovam a atuação do Terapeuta da Fala em CP; a mínima informação que os outros profissionais têm acerca do seu papel e das suas funções no contexto dos CP poderão ser fatores justificativos da diminuta presença dos Terapeutas da Fala nas equipas de CP⁽⁹⁾.

O Terapeuta da Fala ao fazer parte da equipa, pode contribuir nas questões relacionadas à deglutição e comunicação⁽¹⁵⁾, utilizando estratégias e adaptações para promover um maior conforto, segurança e satisfação na alimentação e comunicação das pessoas que acompanha⁽⁹⁾. Em equipas de CP, onde existe a prestação dos serviços do Terapeuta da Fala, existe um reconhecimento, e conseqüentemente, um atendimento maior das dificuldades de comunicação e deglutição apresentadas pela pessoa⁽⁴⁴⁾.

1.4. Deglutição

A deglutição refere-se ao processo complexo de transporte de saliva, sólidos e líquidos do ambiente oral e faríngeo para o trato gastrointestinal⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾. Este ato

fisiológico complexo é frequentemente dividido em várias fases⁽⁴⁵⁾, embora haja discrepâncias entre os autores quanto ao número exato ^(49,50): alguns mencionam três fases⁽⁴⁹⁾ (i.e. oral, faríngea e esofágica), outros quatro⁽⁵¹⁾ (i.e. preparatória, oral, faríngea e esofágica), e ainda outros cinco⁽⁵²⁾ (i.e. antecipatória ou pré-oral, preparatória, oral, faríngea e esofágica)^(48,53). A capacidade de deglutir é adquirida desde as fases iniciais do desenvolvimento fetal, tornando-se um reflexo automático, primariamente coordenado pelo tronco cerebral. Trata-se de uma das funções orais mais complexas, envolvendo a interação de aproximadamente trinta pares de músculos e vários nervos cranianos⁽⁵³⁻⁵⁵⁾. Este sistema complexo é mediado por fibras sensoriais aferentes nos nervos cranianos, fibras cerebrais que comunicam com os centros de deglutição no tronco cerebral, núcleos centrais específicos na mesma área e fibras motoras eferentes nos nervos cranianos^(9,48,53). Para assegurar uma deglutição segura, é fundamental a sincronização adequada entre as fases oral e faríngea. O sucesso na passagem do bolo alimentar sem aspiração depende da interação meticulosa entre estes músculos e nervos que coordenam o processo de deglutição^(46,53).

Assumindo as três fases da deglutição: a primeira é voluntária e as duas fases seguintes são involuntárias⁽⁵⁴⁾. Na primeira fase, fase oral⁽⁵⁶⁾, o movimento propulsivo da língua transporta em direção à orofaringe, o que desencadeia o reflexo de deglutição⁽⁵⁴⁾. Na segunda fase, fase faríngea ⁽⁵⁷⁾, o reflexo de deglutição faz com que o alimento passe através da faringe⁽⁵⁴⁾. Esta ação provoca o encerramento da laringe para impedir que o alimento entre na traqueia e, conseqüentemente, nos pulmões⁽⁵⁴⁾. Na terceira fase, fase esofágica, o alimento percorre o esófago até ao estômago⁽⁵⁴⁾.

1.4.1. Perturbações da Deglutição

As perturbações da alimentação, podendo ou não incluir alterações da deglutição, manifestam-se através de diversos comportamentos, dos quais a disfagia é um exemplo predominante⁽⁵⁵⁾. Estas perturbações podem ocorrer ao longo de todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à idade adulta, sendo possível a sua manifestação em qualquer etapa do desenvolvimento^(55,58).

A disfagia constitui uma complicação comum observada no fim de vida, em que o acompanhamento por Terapia da Fala pode ser integrado⁽⁵⁹⁾. Esta perturbação resulta de irregularidades no processo de deglutição, podendo ocorrer em qualquer uma das suas fases afetando a ingestão de alimentos sólidos, líquidos ou mesmo de secreções orais, o que compromete a passagem segura e eficaz destes pelo trato gastrointestinal^(31,45,48,54). A disfagia abrange alterações de cariz sensorial e motor⁽⁶⁰⁾, que podem interferir no reconhecimento dos alimentos e nas respostas fisiológicas à sua apresentação^(31,45). Não sendo uma doença em si, mas antes um sintoma associado a uma condição clínica subjacente, a disfagia está correlacionada com um aumento da morbidade e mortalidade^(60,61).

Este sintoma tem um impacto profundo na rotina e na qualidade de vida das pessoas afetadas^(6,30,56,62). Entre os sinais clínicos mais comuns encontram-se episódios de engasgo, tosse, pigarreio (durante ou após a alimentação, ou mesmo na ausência de refeições), prolongamento do tempo necessário para a ingestão de alimentos, dificuldades de mastigação, evitar determinados alimentos ou consistências, globus faríngeo, regurgitação nasal, perda anterior de saliva ou alimentos, perda ponderal acentuada, pneumonias recorrentes e isolamento social durante as refeições^(63,64).

As dificuldades de deglutição podem originar complicações graves, como a desidratação, pneumonia por aspiração e desnutrição, condições que não só comprometem a vida da pessoa, como também afetam negativamente o seu bem-estar emocional e social⁽⁶⁵⁻⁷⁰⁾.

A etiologia da disfagia é vasta, sendo o diagnóstico e a informação subjacente essenciais para uma intervenção adequada por parte do Terapeuta da Fala⁽⁷¹⁻⁷⁴⁾. Entre as causas mais frequentes, destacam-se as condições neurológicas, tais como lesões do neurónio motor, esclerose múltipla, distrofias musculares, encefalite, meningite, doença de Parkinson, paralisia cerebral, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, sequelas de neurocirurgias e síndrome de Guillain-Barré^(60,71-76). No contexto dos CP, a disfagia é um sintoma prevalente, não se limitando apenas aas pessoas oncológicos^(59,60,77). Marques et al.⁽⁵⁵⁾ e Teunissen et al.⁽⁷⁸⁾ escreveram sobre a prevalência de sintomas em doentes com neoplasias avançadas e reportaram uma

prevalência de disfagia de 17%^(55,78). Nas pessoas com neoplasias da cabeça e pescoço, a disfagia manifesta-se com maior frequência, podendo constituir um sintoma inicial, uma complicação ou sequela do tratamento, ou surgir em estádios avançados da doença⁽⁷⁷⁾. Nas doenças neurológicas degenerativas, como a esclerose lateral amiotrófica, a prevalência de disfagia varia entre 48% e 100%⁽⁷⁹⁾; na doença de Parkinson, até 82%⁽⁸⁰⁾ e nas demências, entre 13% e 57%⁽⁸¹⁾. Nos acidentes vasculares cerebrais, a prevalência situa-se entre 37% e 78%, estando associada a uma maior mortalidade e morbidade, um aumento do tempo de internamento e uma maior probabilidade de alta para uma instituição de cuidados prolongados^(80,82).

As causas da disfagia podem ser classificadas com base na sua etiologia, o que facilita a compreensão dos diferentes fatores subjacentes e orienta tanto o diagnóstico como o tratamento^(56,75). As causas mecânicas incluem, por exemplo, osteófitos cervicais, hérnias discais, fibroses, obstruções por abscessos, tumores ou corpos estranhos, edemas, cirurgias ou traqueostomias^(56,75). A disfagia de origem psicogénica, normalmente associada a perturbações emocionais e/ou de personalidade, constitui outra possibilidade⁽⁷⁵⁾. As causas neurológicas, de natureza aguda, progressiva ou crónica, comprometem a coordenação neuronal da deglutição, como ocorre nas sequelas de acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio-encefálicos, paralisia cerebral e doenças neurodegenerativas^(56,83). Também deve ser considerada a disfagia iatrogénica, resultante de efeitos secundários de medicação, sequelas de quimioterapia ou radioterapia, e cirurgias da cabeça, pescoço ou fossa posterior⁽⁷⁵⁾. Em contextos oncológicos avançados, a disfagia pode estar relacionada diretamente com a própria doença, com os tratamentos administrados, com o avanço da patologia ou com comorbilidades associadas⁽²⁷⁾. Adicionalmente, certos fármacos podem induzir disfagia orofaríngea⁽²⁷⁾.

A disfagia em idade pediátrica difere significativamente daquela observada em adultos, em virtude das características estruturais e da fase de desenvolvimento em que se encontra o recém nascido, a criança ou o jovem⁽⁵⁵⁾.

1.5. O papel do Terapeuta da Fala nos Cuidados Paliativos

O Terapeuta da Fala é o profissional que desenvolve um vasto leque de atividades no âmbito da prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico das perturbações da comunicação humana, abrangendo todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, bem como outras formas de comunicação não verbal⁽⁸⁴⁾. Adicionalmente atua na reabilitação das funções musculares orais, auditivas, visuais, cognitivas, respiratórias, de deglutição e da voz^(6,84,85). As funções deste profissional são amplas e variadas, abrangendo diferentes faixas etárias e contextos clínicos^(84,85).

No âmbito da avaliação e diagnóstico, o Terapeuta da Fala realiza avaliações detalhadas para identificar perturbações dentro das áreas acima mencionadas, utilizando testes padronizados e não padronizados, que permitem avaliar as capacidades individuais^(84,85). Posteriormente elabora e implementa planos de intervenção personalizados, com técnicas terapêuticas fundamentadas em evidências científicas, direcionadas para abordar as dificuldades previamente identificadas^(84,85). Além disso, o Terapeuta da Fala monitoriza e ajusta os planos de tratamento conforme necessário, garantindo que a pessoa progrida de acordo com os objetivos estabelecidos^(56,85).

A prevenção é uma função crucial do Terapeuta da Fala⁽⁸⁴⁾. É imperativo que este profissional realize sessões de ensino e capacitação com o objetivo de prevenir potenciais adversidades em diversas populações, áreas e contextos, seja com a própria pessoa, familiares ou com a equipa de suporte^(84,85). Além disso, o Terapeuta da Fala inclui como parte fundamental da sua atuação o trabalho multidisciplinar^(2,3,9,11,84). Este profissional colabora estreitamente com uma equipa, visando proporcionar um cuidado abrangente e integrado à pessoa^(3,10,11,30,84). O aconselhamento e apoio familiar constituem uma componente fundamental no ensino e capacitação, oferecendo suporte e orientação às famílias e cuidadores, auxiliando-os na gestão dos cuidados aos seus entes queridos^(10,30,40,84).

O Diretório Nacional dos Cuidados Paliativos (2023) apresenta uma visão abrangente das equipas de CP em Portugal, salientando a presença limitada de terapeutas da fala nestas estruturas. Estas equipas são maioritariamente constituídas por médicos,

enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, sendo a inclusão de terapeutas da fala mencionada em unidades específicas, como os Institutos Portugueses de Oncologia e outras instituições de referência (Diretório Nacional, 2023). Esta realidade reflete desafios na alocação de recursos e no reconhecimento do impacto positivo que este profissional pode ter no contexto paliativo.

Nos últimos anos, tem havido um aumento na literatura que destaca e sublinha o papel crucial do Terapeuta da Fala nos CP, particularmente no que diz respeito às dificuldades de comunicação e alimentação^(2,3,9,42,43,86-88). Contudo, o número de Terapeutas da Fala que trabalha em unidades de cuidados paliativos é diminuto, e a sua atividade está ainda pouco difundida^(42,86).

Nos últimos anos, a literatura tem sublinhado o papel crucial do Terapeuta da Fala nos CP, particularmente na gestão de dificuldades de comunicação e deglutição, áreas de grande impacto físico, psicológico e social^(2,3,42,86). A sua intervenção visa otimizar a função de deglutição, assegurar refeições seguras e confortáveis e promover interações positivas durante as refeições. Além disso, o Terapeuta da Fala identifica as melhores estratégias de comunicação para manter o envolvimento social da pessoa e a sua participação nas decisões relativas aos cuidados, respeitando sempre as suas preferências^(2,3,7,42).

Apesar do papel relevante do Terapeuta da Fala, o número de profissionais inseridos em equipas de CP permanece reduzido e a sua atuação ainda é pouco difundida^(42,86). Esta lacuna destaca a necessidade de reforçar a integração deste profissional em CP, promovendo uma abordagem interdisciplinar. A prestação de cuidados neste contexto é complexa e exige planos personalizados que considerem as necessidades únicas de cada pessoa e o acompanhamento contínuo dos seus resultados⁽¹⁹⁾.

A intervenção do Terapeuta da Fala nos CP é indispensável para aliviar o sofrimento, promover a dignidade e melhorar a qualidade de vida da pessoa acompanhada e da sua família.

1.6. O papel do Terapeuta da Fala nas Perturbações da Deglutição em Cuidados Paliativos

Embora a literatura existente reconheça o papel do Terapeuta da Fala nas perturbações da deglutição em CP, existe ainda pouca compreensão sobre as suas funções específicas e práticas ao trabalhar com essa população^(6,28). A profissão do Terapeuta da Fala acompanha a pessoa ao longo de toda a sua vida, sendo que, nos últimos anos, a literatura tem enfatizado a sua relevância nos CP^(2,3,43).

As principais situações que requerem a intervenção do Terapeuta da Fala incluem alterações nos padrões de sucção/deglutição/respiração, dificuldades na transição da alimentação por sonda para a alimentação oral, hipersensibilidade oral e facial, vômitos ou aspirações frequentes, bem como alterações respiratórias durante a alimentação⁽⁷⁵⁾.

Considerando o descrito, a disfagia é um sintoma que, muitas vezes, se encontra subvalorizado em pessoas que recebem CP⁽⁹⁰⁾, o que reforça a importância do Terapeuta da Fala na sua abordagem e gestão.

A atuação do Terapeuta da Fala nestes cuidados visa essencialmente proporcionar conforto e educar nas questões relacionadas com a deglutição e comunicação, com o objetivo de aliviar os sintomas, reduzir o sofrimento e, em última análise, melhorar a qualidade de vida da pessoa e da sua família^(6,8). Frequentemente, o desafio reside em determinar qual a abordagem mais benéfica para a pessoa e para a sua família, principalmente nas questões da deglutição onde existe uma dicotomia entre a segurança da deglutição e a qualidade de vida do indivíduo^(91,92). Esta dicotomia é particularmente relevante nas pessoas com perturbação da deglutição, como é o caso da disfagia, onde as decisões terapêuticas exigem uma avaliação minuciosa e personalizada. Num estudo de Pollens⁽³⁾ e num estudo de Groher & Groher⁽⁹³⁾ sublinham a importância de alinhar as intervenções de deglutição com os objetivos de cuidados, reconhecendo que, em alguns casos, continuar a alimentação oral pode ser mais benéfico para a qualidade de vida, apesar dos riscos envolvidos. Estudos recentes, como o de Tan et al.⁽⁹¹⁾, também utilizam ferramentas como o Questionário de Qualidade de Vida em Disfagia (SWAL-QOL) para avaliar a qualidade de vida em pessoas em CP com disfagia, destacando que o bem-estar subjetivo muitas vezes supera as considerações puramente clínicas.

Embora o tratamento da disfagia em CP possa ser curativo, é maioritariamente readaptativo e paliativo⁽⁹⁾. Na deglutição, a intervenção do Terapeuta da Fala nesses casos tem como principal objetivo otimizar a função da deglutição através do desenvolvimento de estratégias compensatórias⁽⁶⁰⁾, permitindo que a pessoa possa continuar a alimentar-se por via oral durante o maior período de tempo possível⁽³⁾. A intervenção inclui também a promoção da interação entre a pessoa e a sua família durante as refeições, orientando e apoiando todos os envolvidos de modo a maximizar o prazer e o conforto durante a alimentação^(3,11,40,87,94).

Na abordagem centrada na pessoa, o Terapeuta da Fala deve reconhecer que a autonomia da pessoa nem sempre coincide com os objetivos clínicos, e que questões como a deglutição podem não ser uma prioridade para o próprio⁽⁴³⁾. Contudo, para muitos, a alimentação é um dos maiores prazeres da vida e a incapacidade de se alimentarem autonomamente pode gerar frustração e angústia tanto nas pessoas como nos seus familiares⁽⁸⁾. A alimentação, para além de ser uma necessidade biológica, assume um carácter social, religioso e cultural de extrema importância^(3,9,30,30,87,94,95).

O papel do Terapeuta da Fala, neste contexto, é essencial na gestão dos sintomas relacionados com a disfagia, minimizando o impacto na qualidade de vida da pessoa. Esta intervenção pode incluir técnicas de reabilitação ou estratégias compensatórias, sempre orientadas para facilitar a deglutição⁽⁴³⁾. Adicionalmente, a participação do Terapeuta da Fala em decisões partilhadas é crucial, particularmente em questões éticas e relacionadas com o fim da vida, onde a autonomia da pessoa e a sua capacidade de expressar desejos têm um papel fundamental⁽⁸⁸⁾. A gestão da disfagia em CP pode envolver decisões complexas, tais como permitir a ingestão de alimentos e líquidos com alto risco de aspiração ou a opção por não utilizar métodos de alimentação alternativa⁽⁵⁹⁾. O Terapeuta da Fala deve não só avaliar os riscos e benefícios dessas opções, como também capacitar a equipa sobre questões relacionadas com a deglutição, garantir uma tomada de decisão informada e ética e discutir as vantagens e desvantagens da alimentação artificial⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾.

A avaliação clínica da deglutição inclui tanto a análise dos sintomas da pessoa, como o histórico clínico, estado físico e social, e a percepção da qualidade de vida. Instrumentos como a videofluoroscopia podem ser necessários para esclarecer dúvidas sobre a segurança e eficácia da deglutição^(27,66,82,99). Contudo, a utilização de exames invasivos em CP levanta questões éticas e deve ser ponderada cuidadosamente⁽¹⁰⁰⁻¹⁰²⁾.

O Terapeuta da Fala, ao atuar neste contexto, deve estar ciente dos princípios éticos pela qual a profissão se rege, e compreender que nem sempre o objetivo primordial se alinha com os desejos da pessoa⁽⁹⁶⁾. No modelo tradicional de cuidado, o foco do Terapeuta da Fala é reduzir os riscos de disfagia que impactam a saúde pulmonar, a desidratação e a desnutrição⁽⁸⁸⁾. No entanto, em CP, a gestão da disfagia deve também respeitar as preferências alimentares, culturais e religiosas da pessoa⁽⁸⁸⁾.

As intervenções terapêuticas do Terapeuta da Fala em CP variam significativamente dependendo de vários fatores, como a idade da pessoa, historial médico, diagnóstico, estado nutricional, anatomia e fisiologia da deglutição^(103,104).

As técnicas orientadas para a reabilitação têm como objetivo melhorar a fisiologia da deglutição, resultando numa melhor capacidade de deglutição a longo prazo^(38,60). Idealmente, essas técnicas de reabilitação devem ser combinadas com as estratégias compensatórias para otimizar os resultados^(77,105-110). As modificações do ambiente⁽¹⁰⁴⁾, da dieta (e.g. consistências e viscosidades alteradas)^(3,11,66,104,111,112) e o uso de manobras posturais ou próteses orofaciais são frequentemente recomendadas para promover a segurança pulmonar⁽¹⁰⁴⁾.

No que diz respeito às técnicas de reabilitação, estudos indicam que programas terapêuticos específicos como o *Lee Silverman Voice Treatment*® têm demonstrado uma melhoria do controlo neuromuscular e na redução das perturbações de deglutição, especialmente em doentes com doença de Parkinson^(64,75). As técnicas de *Biofeedback*, como a manobra de deglutição de esforço, têm apresentado resultados promissores na eliminação do bolo alimentar e na diminuição do risco de aspiração⁽¹¹³⁾. Outras, como o *Biofeedback* combinado com manobras específicas de deglutição (e.g. manobra de

Valsalva e Mendelsohn), têm sido utilizadas com sucesso, ajudando a pessoa e o terapeuta a monitorizar e melhorar a função de deglutição⁽¹¹⁴⁾.

Por outro lado, as estratégias compensatórias integram adaptações que podem incluir modificações posturais⁽⁶⁰⁾, estratégias comportamentais (ajustando o volume e o ritmo da alimentação), estratégias terapêuticas como aumento do *input* sensorial (tátil, térmico ou gustativo)^(60,115-118), alterações na consistência ou viscosidade dos alimentos^(57,60,105,119-123) e, por vezes, a introdução de próteses intraorais^(75,88). Estas estratégias procuram maximizar a segurança e conforto da pessoa durante a alimentação, sem necessariamente ter impacto a longo prazo na fisiologia da deglutição⁽¹⁰⁴⁾.

As estratégias de estimulação da cavidade oral podem ser utilizadas com pessoas que estejam muito debilitados ou pouco colaborantes, como forma de preparar para a alimentação por via oral. Estas estratégias visam normalizar o tónus da cavidade oral, evitar o desenvolvimento de hipersensibilidade ou reflexos patológicos, e estimular reflexos protetores, como a tosse, para prevenir a aspiração de saliva⁽⁷⁵⁾.

As estratégias convencionais de compensação, como o uso de líquidos espessados para evitar aspiração, continuam a ser amplamente recomendadas. No entanto, há preocupações significativas sobre a adesão das pessoas a essas recomendações, uma vez que muitos relatam insatisfação com as dietas de líquidos espessados e alimentos de consistência modificada. Esta falta de adesão pode levar a complicações médicas, como desidratação e desnutrição, o que deve ser considerado ao planear o tratamento^(3,11,60,124). Especificamente em crianças com dificuldades de deglutição de etiologia neurológica ou síndromes genéticas, o Terapeuta da Fala recorre também a estratégias de adaptação e compensação⁽¹⁰⁶⁾.

À medida que o fim da vida se aproxima, a perda de apetite é comum, e o foco da intervenção passa a ser o bem-estar, respeitando os desejos da pessoa e das suas famílias, com vista a garantir uma alimentação de conforto^(59,125). A vontade que a pessoa tem de se alimentar deve ser tida em consideração, assim como o que o alimento representa no quotidiano da pessoa^(88,125). Os objetivos priorizam o bem-estar durante

as refeições, utilizando a alimentação de conforto^(88,125). Deste modo, a intervenção terapêutica em CP requer uma abordagem flexível e adaptada às necessidades individuais de cada pessoa, equilibrando a segurança clínica com o conforto e os desejos do próprio e da sua família. A família deve ser envolvida no processo e deve ser capacitada e apoiada para as questões da deglutição^(10,19,30,40,105).

A presente revisão sistemática pretendeu detalhar as intervenções do Terapeuta da Fala em pessoas com perturbação da deglutição, em CP, e desta forma compreender em que medida estas intervenções se relacionam com a qualidade de vida da pessoa e a segurança da sua deglutição.

A pertinência deste trabalho reside no seu potencial contributo para incentivar a realização de novos estudos primários que possam fundamentar práticas baseadas em evidências na intervenção do Terapeuta da Fala em Cuidados Paliativos, visando melhorar a qualidade de vida de pessoas com perturbações da deglutição.

2. Metodologia

2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo é de natureza metodológica, do tipo secundário, mais especificamente uma revisão sistemática. A escolha por este tipo de abordagem decorreu da necessidade de sintetizar de forma abrangente as evidências disponíveis na literatura sobre este tema específico, visando responder à questão de pesquisa formulada⁽¹²⁶⁾. Neste contexto, a escolha por uma abordagem qualitativa baseou-se no carácter exploratório da temática em estudo, que envolve questões complexas e pouco investigadas⁽¹²⁷⁾.

2.2. Questão de Investigação, Objetivos e *Outcomes*

O objectivo primário desta revisão sistemática foi analisar a relação entre as intervenções do Terapeuta da Fala em pessoas com perturbação da deglutição em CP

relativamente à segurança e eficácia da deglutição, assim como, à qualidade de vida. Como objectivo secundário pretendeu-se identificar lacunas no conhecimento existente, visando fornecer orientações para práticas clínicas e futuras investigações.

A formulação da questão de investigação permitiu analisar as evidências existentes para responder a novas questões⁽¹²⁸⁾. Neste âmbito, estão disponíveis estruturas padronizadas que organizam a formulação da questão, que organizam os elementos-chave e facilitam uma boa estratégia de pesquisa⁽¹²⁸⁾.

Atualmente, a estrutura PICO é a mais utilizada na construção de questões de pesquisa⁽¹²⁸⁾, que representa um acrónimo para “População, Intervenção, Comparação e *Outcome*”. Esta estratégia permite uma abordagem clara e bem definida, essencial para orientar a revisão sistemática proposta⁽¹²⁹⁾. Uma questão de investigação bem formulada possibilita a correta definição das informações necessárias para a resolução da questão clínica em estudo, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, delimita o âmbito da investigação e previne a realização de pesquisas desnecessárias⁽¹²⁹⁾. No entanto, em certos contextos, é necessário adaptar essa estrutura para melhor se adequar à natureza específica da investigação⁽¹³⁰⁾. Por este motivo, foram surgindo variações ao modelo PICO⁽¹³⁰⁾.

Desta forma, elaborou-se a questão de investigação: “Qual é a relação entre as intervenções de terapia da fala (I) em pessoas com perturbações de deglutição em cuidados paliativos (P), em relação à segurança e eficácia da deglutição e à qualidade de vida (O)?”.

Na pergunta de investigação apresentada foi utilizada a estrutura PIO já que não existe uma intervenção específica de comparação mencionada, tornando o componente de Comparação irrelevante neste caso. A população alvo foi definida sendo as pessoas com perturbação da deglutição em CP, enquanto a intervenção de interesse são as intervenções do Terapeuta da Fala destinadas a melhorar a deglutição. Quanto aos *outcomes*, o foco será na qualidade de vida da pessoa e as medidas objetivas de segurança e eficácia da deglutição.

Os *outcomes* escolhidos para esta revisão sistemática foram cuidadosamente selecionados para deter uma visão abrangente do impacto das intervenções do

Terapeuta da Fala nas pessoas com perturbação da deglutição em CP. Considerando a natureza multifacetada dos CP e a complexidade das intervenções terapêuticas em questão, os *outcomes* foram escolhidos com o objetivo de discutir o equilíbrio entre os aspetos objetivos da segurança da deglutição e os aspetos subjetivos relacionados com a qualidade de vida. Nesse sentido, procurou-se avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, considerando medidas subjetivas de bem-estar físico, emocional, espiritual, social e psicológico relatadas pelos próprios ou pelos seus cuidadores. Além disso, foi analisada a segurança da deglutição, com foco em medidas objetivas como a ocorrência de aspiração, existência de pneumonia por aspiração, engasgos e outros sinais e sintomas relacionados com a perturbação da deglutição. Paralelamente, pretendeu-se descrever o tipo de intervenções do Terapeuta da Fala na deglutição das pessoas em CP, utilizando medidas objetivas através de questionários, escalas e outros métodos de avaliação quantitativa e qualitativa.

Essa escolha criteriosa de *outcomes* refletiu a importância de avaliar os resultados objetivos relacionados à segurança e eficácia na deglutição das intervenções terapêuticas, assim como os resultados subjetivos percebidos pelas pessoas, como a qualidade de vida.

2.3. Critérios de Inclusão

Para o presente trabalho foram delineados critérios de inclusão para garantir a seleção de estudos primários pertinentes que explorassem as intervenções do Terapeuta da Fala nas perturbações da deglutição, especificamente em contextos de CP. Os critérios de inclusão e exclusão foram resumidos na tabela 1.

Foram admitidos estudos que incluíssem pessoas de todas as faixas etárias a ser acompanhadas por CP. A inclusão de todas as idades visou garantir uma análise abrangente das intervenções do Terapeuta da Fala na deglutição em diferentes grupos etários. Os estudos primários considerados para inclusão deviam abordar intervenções do Terapeuta da Fala, proporcionando uma visão abrangente das práticas terapêuticas nesse contexto específico.

A presente revisão incluiu trabalhos publicados em inglês, espanhol e português, sem limitação quanto à data de publicação. Essa abordagem visou abarcar toda a extensão

da literatura disponível sobre o tema, considerando a escassez de estudos específicos e a natureza pouco explorada do assunto em questão. Além disso, foi necessário assegurar o acesso ao formato integral dos estudos como critério de inclusão, garantindo uma análise completa e detalhada dos resultados.

Por outro lado, foram excluídos estudos secundários, como revisões sistemáticas e meta-análises, bem como editoriais e cartas aos editores. Essa decisão foi tomada devido à ausência de dados originais relevantes para a investigação das intervenções do Terapeuta da Fala em CP nesses tipos de publicações.

Tabela 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos integrados

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Estudos que incluíssem (1) pessoas em CP e (2) com perturbação da deglutição.	Estudos que incluíssem (1) pessoas noutros contextos de cuidado e (2) sem perturbação da deglutição.
Intervenção	Estudos que abordassem a intervenção do Terapeuta da Fala.	-
Outcomes	Estudos em que os resultados referem (1) a qualidade de vida da pessoa e/ou (2) referem a segurança e eficácia da deglutição.	-
Tipos de estudo	Estudos primários, estudos empíricos, ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos de caso-controlo, estudos quasi-experimentais e estudos descritivos.	Estudos secundários, resumos, ensaios clínicos em progresso, estudos de opinião, comentários e publicações referentes a cartas de autor.
Língua de publicação	Estudos publicados em português, espanhol e inglês.	Estudos publicados noutra língua.
Data de publicação	Sem limite.	-

2.4. Estratégia de Pesquisa

Para esta revisão foi adotada uma abordagem abrangente na pesquisa bibliográfica, empregando os termos *Medical Subject Headings* (MeSH), amplamente utilizados na literatura médica, e os termos livres (*entry terms*) associados aos *MeSH terms* encontrados. A combinação desses dois sistemas de indexação permitiu realizar uma pesquisa mais completa de estudos relevantes, garantindo, assim, uma maior abrangência de resultados na revisão sistemática.

Foram utilizados operadores booleanos para combinar os termos-chave relevantes, incluindo o operador booleano "OR" para ampliar a pesquisa e abranger uma variedade de termos relacionados ao nosso tema de interesse e o operador "AND" para refinar a pesquisa e garantir que os resultados incluam estudos que atendam aos critérios de inclusão.

Foram consultadas as seguintes bases de dados, entre as datas de criação da base de dados da literatura até maio de 2024: SCOPUS, MEDLINE, CINAHL (via EBSCOHost), SciELO (via ELSEVIER) e LILACS.

Dada a escassez de estudos primários disponíveis, foi incluída a literatura cinzenta. Esta é também uma recomendação padrão pois a literatura cinzenta é considerada uma fonte que agrega valor ao processo de síntese e análise e que permite enriquecer as evidências, reduz o viés de publicação e oferece uma visão mais abrangente do estado atual da prática⁽¹³¹⁾. A pesquisa da literatura cinzenta foi realizada nas bases de dados Open Grey e WorldCat.

Para a pesquisa nas bases de dados SCOPUS, MEDLINE, SciELO (via ELSEVIER) e LILACS foram empregues entre os seguintes termos MeSH: "*speech therapy*", "*speech-language pathology*", "*deglutition*", "*deglutition disorder*", "*palliative care*", "*palliative medicine*" e "*terminal care*" e os seguintes termos livres: "*speech language therapy*", "*speech pathology*", "*rehabilitation*", "*dysphagia*", "*swallowing disorder*", "*oropharyngeal dysphagia*", "*swallowing*", "*end of life*", "*hospice care*", "*palliative supportive care*", "*palliative therapy*", "*palliative treatment*" e "*palliative care medicine*".

Na base de dados CINAHL foram utilizados os termos específicos desta base de dados: "*Speech Therapy*", "*Speech-Language Pathology*", "*Deglutition disorder*", "*Palliative Care*", "*Hospice Care*".

As palavras-chave pesquisadas, organizadas por base de dados, estão disponíveis na tabela 2.

Tabela 2 – Chaves de pesquisa

Base de dados	Chave de pesquisa
Scopus (via EBSCOhost)	((ALL ("speech language therapy ") OR ALL ("speech pathology") OR ALL (rehabilitation) OR ALL ("speech therapy") OR ALL ("speech language pathology"))) AND ((ALL (dysphagia) OR ALL ("swallowing disorder") OR ALL ("oropharyngeal dysphagia") OR ALL (swallowing) OR ALL (deglutition) OR ALL ("deglutition disorder"))) AND ((ALL ("end of life") OR ALL ("hospice care") OR ALL ("palliative supportive care") OR ALL ("palliative therapy") OR ALL ("palliative treatment") OR ALL ("palliative care medicine ") OR ALL ("palliative care") OR ALL ("palliative medicine") OR ALL ("terminal care"))))
MEDLINE (Via EBSCOhost)	(TX ("speech and language therapy") OR TX "speech pathology" OR TX rehabilitation OR MH speech therapy OR MH speech-language pathology) AND (TX dysphagia OR TX "swallowing disorder" OR TX "Oropharyngeal Dysphagia" OR TX swallowing OR MH deglutition disorders OR MH deglutition) AND (TX "end of life care" OR TX "hospice care" OR TX "Palliative Supportive Care" OR TX "Palliative Therapy" OR TX "Palliative Treatment" OR TX "palliative care medicine" OR MH palliative care OR MH palliative medicine OR MH terminal care)
CINAHL (Via EBSCOhost)	(TX "speech therapy" OR TX "speech-language pathology") AND TX "deglutition disorders" AND (TX "Palliative Care" OR TX "Hospice Care")

SciELO (via ELSEVIER)	((speech and language therapy) OR (speech pathology) OR (rehabilitation) OR (speech therapy) OR (speech-language pathology)) AND ((dysphagia) OR (swallowing disorder) OR (swallowing) OR (Oropharyngeal Dysphagia) OR (deglutition) OR (deglutition disorder)) AND ((end of life) OR (hospice care) OR (Palliative Supportive Care) OR (Palliative Therapy) OR (Palliative Treatment) OR (Palliative Care Medicine) OR (palliative care) OR (palliative medicine) OR (terminal care))
WorldCat	kw:speech therapy AND kw:deglutition disorder AND kw:palliative care
Lilacs	dysphagia AND "palliative care"
OpenGrey	"Speech therapy" OR dysphagia OR "palliative care"

2.5. Instrumento de colheita de dados

Esta revisão foi conduzida de forma independente por dois investigadores, com o propósito de evitar possíveis vieses e assegurar que não ocorresse a exclusão de trabalhos de relevância. Nas situações de discrepâncias ou desacordos entre os investigadores, recorreu-se a um terceiro investigador para solucionar divergências.

Com o propósito de organizar e facilitar a seleção dos estudos a serem incorporados na revisão sistemática, assim como para conduzir a análise de concordância entre os investigadores utilizou-se o software Rayyan®. Os estudos foram introduzidos no *software* de forma independente pelos investigadores para a gestão do processo de triagem, seleção e duplicação de resultados.

Os dados referentes à colheita de dados foram organizados em três tabelas em apêndice. Em todas as etapas descritas nas tabelas, foram incluídos os resultados obtidos por todos os investigadores envolvidos no processo. No Apêndice 1, apresenta-se a estratégia de pesquisa utilizada em cada base de dados, o número de estudos extraídos dessa pesquisa, e a quantidade de estudos selecionados após a análise do título e do resumo. No Apêndice 2, registou-se a quantidade de estudos com acesso disponível para leitura integral. Em seguida, foi registado o número de estudos que cumpriram os critérios de inclusão e o número de estudos que responderam à questão de investigação após a leitura na íntegra. No Apêndice 3, foram analisados os títulos e resumos das referências bibliográficas dos estudos previamente selecionados, registando-se os estudos que cumpriam os critérios de inclusão, os estudos com acesso integral disponível, e, por fim, aqueles que responderam à questão de investigação.

O protocolo e os resultados foram reportados de acordo com os padrões descritos no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocols* (PRISMA-P). O PRISMA é um conjunto de diretrizes concebidas para ajudar os autores a reportar de forma transparente o propósito, os métodos e os resultados das suas revisões sistemáticas⁽¹³²⁾. As diretrizes PRISMA são amplamente reconhecidas e utilizadas na comunidade científica para garantir a clareza e a integridade das revisões sistemáticas⁽¹³²⁾. A principal diretriz, a declaração PRISMA 2020, oferece uma orientação específica para a redação de revisões sistemáticas⁽¹³²⁾.

A lista de verificação PRISMA-P aplicada ao presente protocolo é apresentada na figura 1 no capítulo 4 – Resultados, e o apêndice 4 com a *checklist* PRISMA-P geral e para resumos com a indicação da página em que se encontra a informação para cada item.

2.6. Procedimentos de colheita de dados

A colheita de dados realizou-se entre 14 e 28 de abril de 2024 e a análise dos resultados concretizou-se durante o mês de maio e junho de 2024.

2.7. Avaliação da Qualidade Metodológica

Para assegurar a qualidade e a credibilidade do processo de revisão, a transparência na apresentação dos resultados obtidos e a análise das características dos estudos integrados, a presente revisão sistemática foi conduzida em conformidade com as diretrizes do JBI para a revisão sistemática.

A avaliação metodológica dos estudos segundo a *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM) e as *checklists* JBI envolve uma abordagem rigorosa para avaliar a qualidade dos estudos incluídos na revisão sistemática.

A produção de evidência científica é realizada através de várias abordagens experimentais e pela implementação de diversos tipos de estudos⁽¹³³⁾. O nível de

evidência em saúde é determinado pela robustez e qualidade das evidências disponíveis. Uma das formas de representar esta avaliação é a classificação dos níveis de evidência proposta pelo OCEBM⁽¹³³⁾. Esta classificação é uma ferramenta para avaliar a evidência científica com base na qualidade metodológica dos estudos. Na versão de 2011, a classificação é estruturada em cinco níveis distintos⁽¹³³⁾. Os estudos de nível 1, que são os mais rigorosos, até os de nível 5, que são considerados menos robustos. Esta hierarquia ajuda a priorizar os estudos com maior qualidade metodológica e a interpretar os resultados de forma crítica. Esta avaliação metodológica é complementada pela análise do risco de viés⁽¹³³⁾.

O JBI fornece ferramentas específicas para diferentes tipos de estudos⁽¹³⁴⁾. As ferramentas proporcionam um método padronizado para a avaliação de estudos, permitindo que diferentes revisores avaliem os estudos de forma consistente. Cada *checklist* da JBI contém uma série de perguntas específicas projetadas para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, que avaliam a validade interna, a confiabilidade e a validade externa. As respostas para cada item da *checklist* geralmente são "sim", "não", "não é claro" ou "não aplicável". Com base nessas respostas, os estudos podem ser classificados quanto à sua qualidade metodológica. Algumas ferramentas da JBI também permitem a atribuição de uma pontuação geral para ajudar na avaliação comparativa dos estudos.

O propósito desta avaliação é determinar em que medida um estudo abordou a possibilidade de viés na sua concepção, condução ou análise⁽¹³⁴⁾. A literatura incluída foi assim avaliada criticamente pelas ferramentas de análise de viés JBI. O risco de viés foi classificado como baixo quando o estudo alcançou mais de 70% de respostas "sim", como moderado quando alcançou de 50 a 69% de respostas "sim" e alto quando o estudo alcançou até 49% de respostas "sim"^(135,136).

Dois revisores avaliaram de forma independente a qualidade metodológica dos estudos selecionados para a revisão sistemática. Os desacordos resolveram-se através da discussão com um terceiro investigador. Na tabela 4 no capítulo 4 encontram-se sintetizados os resultados das *checklists* JBI.

2.8. Considerações éticas

Para garantir transparência e rigor metodológico, o protocolo desta revisão sistemática foi registado na *International Prospective Register of Systematic Reviews - PROSPERO*, sob o número de registo CRD42024499579. Por se tratar de um estudo secundário, baseia-se em dados pré-existentes e anonimizados e não envolve uma nova recolha de dados ou interação com participantes, o que exime a necessidade de aprovação por uma comissão de ética⁽¹³⁷⁾.

3. Resultados da Colheita de Dados

Nesta revisão sistemática, identificaram-se inicialmente 3794 estudos. Após a remoção de duplicados no software Rayyan®, obtiveram-se 3408 estudos. Após a leitura do título e do resumo, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, selecionaram-se 17 estudos para análise detalhada.

Para proceder à leitura de todos os estudos, foi realizado o acesso ao texto integral. Das publicações retiradas (n=4), metade (n=2) foi retirada por se apresentar em alemão, língua que não estava contemplada nos critérios de inclusão e não dominada pelos investigadores. Os outros estudos (n=2) foram excluídos da presente revisão por não terem sido acessíveis na íntegra, impedindo assim uma análise completa do seu conteúdo e a verificação do cumprimento dos critérios de inclusão estabelecidos. Os investigadores destes estudos foram contactados, contudo não foi obtida resposta.

Após análise final foi possível o acesso à leitura integral de 13 estudos. Alguns desses estudos foram excluídos por não cumprirem totalmente os critérios estabelecidos (n=8),

nomeadamente a menção explícita de que os participantes estavam a ser acompanhados por CP e não detalharem as intervenções do Terapeuta da Fala, critérios que são essenciais para a inclusão. O estudo de Felix et al.⁽¹¹³⁾ investigou a disfagia em doentes de Parkinson, mas foi excluído por não mencionar que os participantes estavam a receber cuidados paliativos, um critério fundamental para a inclusão. De forma semelhante, o estudo de Hardin et al.⁽¹³⁸⁾, focou nas práticas atuais de intervenção em traumatismos crânio-encefálicos, mas não incluiu doentes em CP, referindo-se apenas a casos com alterações ligeiras decorrentes do diagnóstico. O estudo de Chen et al.⁽¹³⁹⁾, analisou os efeitos de um programa de exercícios de deglutição na qualidade de vida de doentes com cancro da cavidade oral após tratamento, mas foi excluído por não fazer referência ao acompanhamento em CP. Da mesma forma, o estudo de Kraaijenga et al.⁽¹⁴⁰⁾, avaliou a eficácia de um programa de exercícios de deglutição em sobreviventes de longo prazo de cancro de cabeça e pescoço, mas não incluiu doentes sob cuidados paliativos. Além disso, o estudo de Balbinot et al.⁽¹⁴¹⁾ analisou a qualidade de vida de doentes com cancro da língua antes e depois da terapia da fala, mas não mencionou o acompanhamento paliativo. O estudo de John et al.⁽¹⁴²⁾ examinou os resultados da fala e deglutição em pessoas com carcinoma da mucosa bucal, sendo excluído por não incluir participantes em CP. O estudo de Krikheli et al.⁽¹⁴³⁾ que tinha como objetivo desenvolver recomendações para Terapeutas da Fala em Equipas de Cuidados Paliativos, não detalhou as intervenções realizadas, não respondendo, assim, à questão de pesquisa da revisão. Por fim, o estudo de Kooi-Van Es et al.⁽¹⁰³⁾ descreveu a prevalência de disfagia e disartria em doenças neuromusculares periféricas, mas não incluiu intervenções do Terapeuta da Fala, levando à sua exclusão da análise.

Após reunião de consenso, não existiram diferenças no número de registos encontrados em cada base de dados, entre os dois investigadores. Após esta triagem, apenas 5 estudos foram incluídos na revisão, pois cumpriram os critérios estabelecidos. Adicionalmente, não foram encontrados outros estudos relevantes nas referências bibliográficas analisadas.

Na Figura 1, apresenta-se o fluxograma do processo de seleção dos estudos, elaborado com base nas diretrizes PRISMA 2020⁽¹⁴⁴⁾. No Apêndice 1, foram registadas as primeiras etapas do processo de seleção dos estudos.

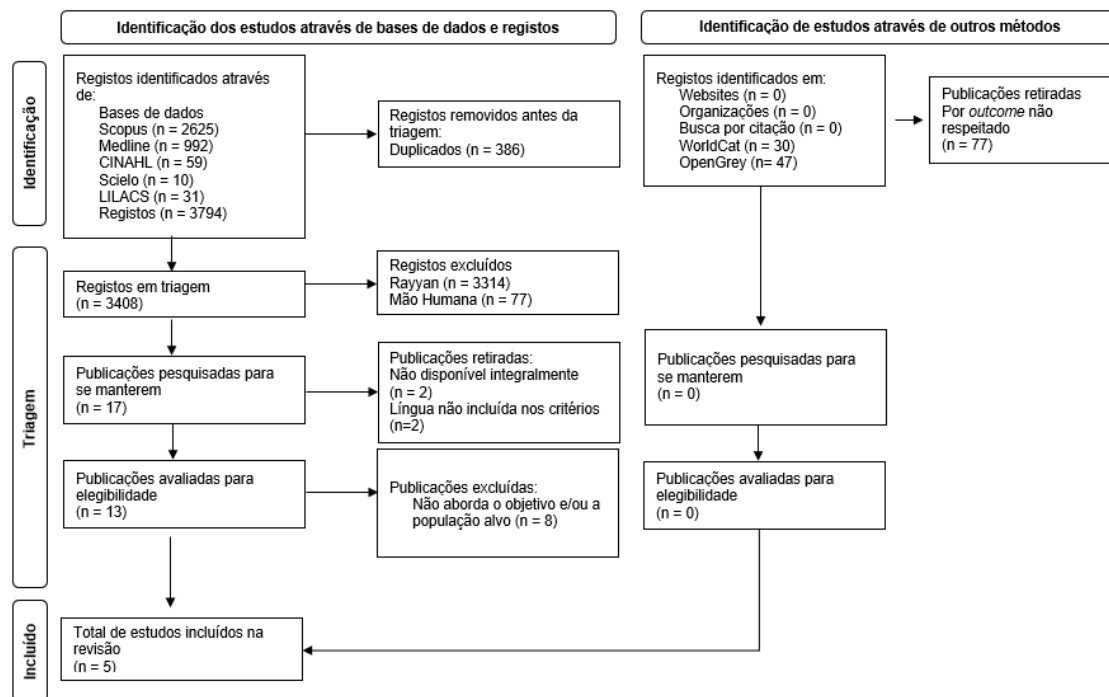


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos baseado nas diretrizes PRISMA 2020⁽¹⁴⁴⁾

Os cinco estudos analisados, cujas datas de publicação variam entre 2018 e 2023, apresentam diferentes desenhos metodológicos, refletindo a diversidade das abordagens e intervenções utilizadas nesta área. Na tabela 3 encontram-se os resumos dos estudos selecionados.

Tabela 3 – Resumo dos estudos incluídos na presente revisão

Autor(es)/Ano/Referência	Tipo de Estudo	Objetivos	População	Intervenções	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência segundo o OCEBM: ¹
Santos et al. (2020) ⁽³⁴⁾	Transversal	Caracterizar as alterações da deglutição e as principais intervenções do TF em doentes com disfagia orofaríngea em CP.	n=20 (13 ♂/7 ♀)	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação formal e informal – Modificação de consistência e volume dos alimentos e líquidos – Manobras posturais para proteção das vias aéreas – Manobras de limpeza de resíduos após a deglutição – Exercícios oromiofuncionais – Exercícios vocais – Estimulação sensorial 	Efeitos positivos imediatos, como diminuição de resíduos e dos sinais clínicos de penetração laringea e/ou aspiração e redução do tempo para início da fase faríngea da deglutição.	As intervenções centraram-se no ajuste das consistências alimentares e no uso de estratégias compensatórias para garantir uma alimentação prazerosa e o mais segura possível. O estudo reforça a importância de um acompanhamento individualizado e respeitoso dos desejos das pessoas, sublinhando o papel crucial da TF nos CP.	Nível IV
Jacinto-Scudeiro et al. (2019) ⁽¹⁴⁵⁾	Estudo de Caso	Correlacionar os resultados clínicos da disartria, disfagia e cognição com o processo de tomada de decisão de um doente com Ataxia Telangiectasia (AT) em CP.	n=1 (♂)	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação Formal e Informal – Modificação de consistências dos alimentos e líquidos 	Após serem informados dos riscos, o doente e a família decidiram manter a alimentação oral em todas as consistências. O doente faleceu 15 dias após a última consulta. Foram respeitadas as preferências, e foi promovida qualidade de vida.	O TF deve adotar uma abordagem centrada na pessoa e família, envolvendo-os desde o diagnóstico até as decisões de fim de vida, minimizando o sofrimento e promovendo uma tomada de decisão compartilhada.	Nível IV

¹ Os níveis OCEBM estão disponíveis para consulta no Anexo 1

Fong et al. (2020) ⁽¹⁴⁶⁾	Transversal baseado num inquérito por questionário	Recolher a opinião dos TF sobre o seu papel, prática clínica, e desenvolvimento futuro, para o desenvolvimento de recomendações preliminares na gestão da disfagia e da alimentação de conforto em doentes em CP.	n=38	– Alimentação de conforto	89% dos respondentes atendem pessoas com demência, sendo a gestão da alimentação e deglutição o serviço mais comum (100%), seguido da educação sobre dificuldades de comunicação e deglutição (88,2%). Houve opiniões variadas sobre a prática de alimentação de conforto, e 92,1% dos participantes concordaram com a necessidade de desenvolver diretrizes para cuidados paliativos.	Embora a maioria dos TF concorde com a importância de seu papel na gestão da comunicação e deglutição, há uma falta de clareza na definição de papéis específicos, especialmente em relação à higiene oral e gestão da saliva. Existe necessidade de terminologia clara e consistente para descrever a alimentação de conforto.	Nível IV
Zengin et al. (2023) ⁽¹⁴⁷⁾	Prevalência	Investigar como uma avaliação da deglutição pode orientar a possibilidade da transição para alimentação oral entre indivíduos que já estão a ser alimentados por sonda em CP, com o objetivo de avaliar a proporção de doentes capazes de retornar à alimentação oral após a avaliação da deglutição.	n=63 54% ♂	– Avaliação formal e informal – Modificação de consistência e volume dos alimentos e líquidos – Manobras posturais – Exercícios oromiofuncionais – Estimulação sensorial	57,1% das admissões (36 pessoas) apresentaram disfagia, enquanto 42,9% (27 pessoas) não tinham disfagia. Durante o internamento em cuidados paliativos, 50,8% das pessoas tiveram alimentação por via alternativa. A proporção de pessoas que retornaram à alimentação oral foi de 30,2% (19 pessoas), enquanto a 6,3% (4 pessoas) foi colocada SNG e a 12,7% (8 pessoas) colocaram PEG. Das 32 pessoas que estavam em alimentação por sonda na admissão, 37,5% (12 pessoas) retornaram à alimentação oral durante o internamento. Dentre os que recuperaram a alimentação oral, 58,4% estavam em alimentação por	Elevada taxa de disfagia na admissão. Por outro lado, a alimentação oral segura e adequada pôde ser reiniciada em quase um terço das pessoas com disfagia na admissão.	Nível IV

					SNG e 41,6% estavam em PEG na admissão.		
Luchesi et al. (2018) ⁽¹⁴⁸⁾	Série de Estudos de Caso	Discutir aspetos da atuação do TF na disfagia, focada nos CP e a qualidade de vida em deglutição.	n=4 (3 ♂/1 ♀)	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação formal e informal – Modificação da consistência dos alimentos, da temperatura e do tipo de alimentos 	A percepção da qualidade de vida relacionada com a deglutição não foi sempre diretamente proporcional à funcionalidade da deglutição. Apesar da pessoa poder apresentar uma disfagia leve, pode ter o pior índice de qualidade de vida relativamente à deglutição. Contudo é importante considerar que uma resposta unânime foi a preferência por manter a alimentação oral, mesmo que mínima.	Os participantes relataram que se sentiriam desconfortáveis com a alimentação exclusiva por via alternativa e que a ingestão de alimentos por via oral, mesmo que mínima, apenas pelo prazer da alimentação, refletiria positivamente na sua qualidade de vida.	Nível IV
<p>Legenda: População: n = - número de participantes; ♀ – feminino; ♂ – masculino; TF – Terapeuta(s) da Fala; SNG – sonda nasogástrica; PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea</p>							

O estudo de Santos et al.⁽³⁴⁾ analisou participantes com condições de saúde em fase avançada, com uma média de idades de 75 anos e um tempo médio de internamento de 15 dias, durante o qual 55% faleceram. As consistências alimentares mais utilizadas na avaliação da deglutição foram líquida e mel, com a voz "molhada" sendo o sinal mais comum de penetração e/ou aspiração. Na avaliação pela *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), metade dos participantes estava no nível 5, alimentando-se por via oral com múltiplas consistências, mas com preparação especial. Após as intervenções do Terapeuta da Fala, nenhum doente teve pneumonia de aspiração, 95% estavam satisfeitos com a dieta, 70% referiram fome, e 60% relataram sede. Entre os que se alimentavam por via oral, 15% sentiram desconforto na ausência de alimentação, e 10% relataram desconforto respiratório durante a refeição.

O estudo de Jacinto-Scudeiro et al.⁽¹⁴⁵⁾ examina o papel do Terapeuta da Fala na tomada de decisão partilhada entre a pessoa, os seus familiares e a equipa de saúde. Esta abordagem visa alinhar a comunicação, considerando as preferências, valores e objetivos da pessoa. O estudo relata um caso de uma pessoa com disfagia orofaríngea de grau moderado a grave que desejava continuar a alimentação por via oral, apesar do elevado risco de aspiração. Após uma discussão multidisciplinar, a equipa de saúde e os familiares decidiram priorizar a vontade da pessoa, optando por respeitar a sua preferência pela alimentação oral, mesmo cientes dos riscos potenciais de complicações respiratórias.

No estudo de Fong et al.⁽¹⁴⁶⁾ foi realizado um inquérito online para Terapeutas da Fala residentes em Hong Kong. Os resultados indicaram que 97,4% dos participantes reconhecem que o papel do Terapeuta da Fala em CP inclui a gestão das dificuldades de alimentação e deglutição para melhorar o conforto da pessoa e a satisfação ao comer. A alimentação de conforto foi amplamente utilizada, sendo o método mais comum no tratamento de doentes com demência (89,5%) e doenças terminais (89,5%). Entretanto, a prática de alimentação de conforto varia significativamente entre os profissionais, especialmente em termos de frequência de acompanhamento e recomendações sobre consistência de líquidos e dietas.

O estudo de Zengin et al.⁽¹⁴⁷⁾ revelou que cerca de um terço das pessoas com disfagia, inicialmente alimentadas por via alternativa de alimentação, conseguiram retomar a alimentação oral. As intervenções do Terapeuta da Fala desempenharam um papel crucial nesse processo. O tratamento incluiu estratégias compensatórias e técnicas de reabilitação. A intervenção foi realizada em 20 sessões, com uma duração média de 45 a 60 minutos, cinco dias por semana. O estudo conclui que as intervenções de Terapia da Fala melhoraram significativamente a qualidade de vida das pessoas, facilitando a transição para a alimentação oral e proporcionando maior conforto.

O estudo de Luchesi et al.⁽¹⁴⁸⁾ discute a intervenção do Terapeuta da Fala em casos de disfagia em pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), com foco especial nos CP e na qualidade de vida. Para a avaliação, foram aplicados o questionário SWAL-QOL, uma entrevista estruturada e uma videofluoroscopia da deglutição. Os participantes foram classificados pela *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), pela escala de gravidade da ELA (EGELA) e pela *Dysphagia Outcome Severity Scale* (DOSS). Os resultados mostraram que as pessoas desejavam manter a alimentação por via oral, mesmo que de forma mínima, para preservar o prazer de comer, apesar da necessidade de alimentação por via alternativa. A gravidade da disfagia variou de deglutição funcional a leve a moderada. O estudo conclui que a manutenção da alimentação oral, mesmo que limitada, é crucial para a qualidade de vida das pessoas com ELA em CP, destacando a importância do Terapeuta da Fala no apoio a esses indivíduos.

Os métodos de avaliação utilizados diferem entre os cinco estudos escolhidos, contudo em quatro estudos^(34,145,147,148) o estudo foi iniciado com uma avaliação detalhada da população, com escalas válidas e apropriadas, seguido da intervenção realizada pelo Terapeuta da Fala. Para a avaliação da deglutição quatro estudos^(34,145,147,148) recorreram à recolha de dados demográficos e historial clínico das pessoas incluídas, num recorreram à avaliação de cabeceira⁽¹⁴⁷⁾, nos estudos de Luchesi et al. ⁽¹⁴⁸⁾ e Jacinto Scudeiro et al. ⁽¹⁴⁵⁾ recorreram à avaliação clínica e funcional da deglutição e nos estudos de Zengin et al. ⁽¹⁴⁷⁾ e Luchesi et al. ⁽¹⁴⁸⁾ recorreram à videoendoscopia da deglutição. Também foram utilizadas as escalas FOIS em dois estudos^(34,148), *Eating Assessment Tool* (EAT-10) num estudo⁽¹⁴⁵⁾, *Radboud Oral Motor*

Inventory for Parkinson's Disease (ROMP) num estudo⁽¹⁴⁵⁾, DOSS num estudo⁽¹⁴⁸⁾ e SWAL-QOL num estudo⁽¹⁴⁸⁾.

Com base na hierarquia do OCEBM, os estudos selecionados para a revisão foram classificados quanto aos níveis de evidência, sendo todos posicionados no nível 4, que inclui estudos considerados de menor robustez científica devido à falta de randomização e comparações diretas, mas que ainda assim fornecem informações valiosas para identificar tendências e orientar pesquisas futuras. O estudo de Luchesi et al.⁽¹⁴⁸⁾ descreve a condição de um pequeno grupo de doentes sem realizar comparações com um grupo de controlo. O estudo de Fong et al.⁽¹⁴⁶⁾ fornece informações sobre as práticas dos profissionais, mas não testa hipóteses nem compara intervenções. O estudo de Zengin et al.⁽¹⁴⁷⁾ analisa dados já existentes sem a aplicação de intervenções controladas. O estudo de Jacinto-Scudeiro et al.⁽¹⁴⁵⁾ descreve a condição de um única pessoa sem grupos de comparação ou controlo experimental. O estudo de Santos et al.⁽³⁴⁾ descreveu intervenções e resultados observados em doentes, mas sem comparações controladas ou aleatorização. Os níveis OCEBM para cada um dos estudos estão disponíveis para consulta no Anexo 1.

Relativamente à avaliação do risco de viés de cada estudo, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos revelou variações significativas.

Para o estudo de Santos et. al.⁽³⁴⁾ a avaliação foi conduzida com base na *JBIC Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. Os resultados mostraram que os critérios de inclusão da amostra estavam claramente definidos e que os sujeitos e o ambiente do estudo foram descritos detalhadamente. A exposição e os resultados foram medidos de forma válida e fiável, com critérios objetivos e padronizados. A análise estatística foi considerada adequada. No entanto, o estudo não identificou fatores de confusão nem estabeleceu estratégias para os abordar, o que pode comprometer a robustez dos resultados. Apesar dessas limitações, a avaliação geral indicou que o estudo era apropriado para inclusão, evidenciando a validade e fiabilidade dos métodos utilizados.

Para o estudo de Jacinto-Scudeiro et al.⁽¹⁴⁵⁾, a avaliação foi realizada com base na *JBIC Critical Appraisal Checklist for Case Reports*. Os resultados indicaram que as

características da pessoa e os métodos de avaliação foram detalhados minuciosamente. Além disso, houve clareza na apresentação dos métodos e resultados pós-intervenção, assim como na discussão sobre a tomada de decisão partilhada e questões éticas.

Para o estudo de Fong et al.⁽¹⁴⁶⁾ a avaliação foi conduzida com base na *JB Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. A avaliação indicou que a amostra foi selecionada por conveniência, o que pode não refletir adequadamente a população-alvo, introduzindo um potencial viés de seleção. A falta de discussão detalhada sobre a validade e confiabilidade das medições e a taxa de resposta contribuem para limitações na robustez dos dados.

Para o estudo de Zengin et al.⁽¹⁴⁷⁾ a avaliação foi conduzida com base na *JB Critical Appraisal Checklist for studies reporting prevalence data*. A avaliação indicou que o tamanho da amostra foi calculado com base em observações clínicas anteriores e a análise de dados foi conduzida utilizando métodos válidos e ferramentas apropriadas. Apesar da robustez da análise e do uso de métodos padronizados para avaliar a disfagia, a falta de detalhes sobre os métodos estatísticos específicos e a ausência de informações sobre a taxa de resposta dos participantes podem limitar a interpretação dos resultados.

Finalmente, para o estudo de Luchesi et al.⁽¹⁴⁸⁾ a avaliação foi conduzida com base na *JB Critical Appraisal Checklist For Case Reports*. A avaliação indicou que o estudo descreve de forma detalhada as características demográficas dos participantes, a linha temporal da história clínica, a condição clínica atual, os métodos de diagnóstico e os resultados das intervenções, proporcionando uma visão abrangente do caso. Identificam-se aspetos importantes, como a realização de exames clínicos e a descrição dos procedimentos de tratamento, que são apresentados de forma bastante sólida. Além disso, a condição das pessoas após as intervenções está corretamente documentada, permitindo avaliar adequadamente a eficácia das mesmas. No entanto, uma limitação importante no estudo é a ausência de informações sobre possíveis eventos adversos ou inesperados. A falta desses dados impede uma compreensão completa dos efeitos negativos das intervenções, o que poderia aumentar o risco de viés caso esses eventos não sejam adequadamente relatados.

A Tabela 4 ilustra a avaliação do risco de viés, de cada um dos estudos incluídos, através das *checklists* de avaliação JBI^(134,149), que se encontram disponíveis integralmente para consulta no Anexo 2.

Tabela 4 - Avaliação do risco de viés segundo as *checklists* JBI^(134,149)

Avaliação do risco de viés - JBI Checklist											
Estudos de Caso	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8		% Sim	Risco de Viés
“Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study” (Luchesi et al.)	S	S	S	S	S	S	NA	S		88%	Baixo
“Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos” (Jacinto-Scudeiro et al.)	S	S	S	S	S	S	S	S		100%	Baixo
Estudos Transversais	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8			
“Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea” (Santos et al.)	S	S	S	S	N	N	S	S		75%	Baixo
“Speech therapy in palliative care and comfort feeding: Current practice and way ahead” (Fong et al.)	S	S	NC	S	N	N	NC	S		50%	Moderado
Estudos de prevalência	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9		
“Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit” (Zengin et al.)	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	89%	Baixo

Legenda	
Q	Questão
S	Sim
N	Não
NC	Não é claro
NA	Não aplicável

Risco de Viés	
Alto	≤49%
Moderado	entre 50% e 69%
Baixo	≥70%

4. Discussão dos Resultados

A presente revisão centrou-se nas intervenções do Terapeuta da Fala em pessoas acompanhadas em CP com perturbação da deglutição.

Apesar da heterogeneidade dos resultados (i.e. tipo de estudo, etiologia da população estudada, forma de avaliação da disfagia e intervenções utilizadas), foi possível identificar traços comuns que serão seguidamente discutidos.

Todos os estudos enfatizam a importância da manutenção da alimentação oral, quando possível, seja através da modificação da dieta, adaptação de manobras posturais, ou decisões compartilhadas. A modificação da consistência dos alimentos e o uso de estratégias compensatórias são intervenções comuns nos estudos selecionados. Nos estudos analisados a intervenção do Terapeuta da Fala mencionada mais vezes foi a modificação da consistência e volume dos alimentos, relatado em quatro estudos^(34,145,147,148). No estudo de Luchesi et al.⁽¹⁴⁸⁾ as intervenções detalhadas incluem as modificações de consistências, deglutições múltiplas, deglutição de esforço, estimulação sensorial, exercícios oromiofuncionais e/ou técnicas vocais. No estudo de Jacinto-Scudeiro et al.⁽¹⁴⁵⁾ a intervenção utilizada foi a modificação de consistências. O estudo de Fong et al.⁽¹⁴⁶⁾ aborda diretamente a alimentação de conforto, uma prática adaptada às necessidades e desejos das pessoas em CP. Por fim, o estudo de Zengin et al.⁽¹⁴⁷⁾ abordou as modificações de consistências, exercícios oromiofuncionais, estimulação sensorial e manobras posturais. Embora todos os estudos reconheçam a importância da qualidade de vida, este estudo explora especificamente as práticas e os desafios associados a essa abordagem. O conceito de decisão compartilhada é mencionado em dois estudos^(145,148), que destacam a importância de adaptar as intervenções às preferências das pessoas. Este aspeto da personalização do cuidado é menos destacado nos outros estudos, que salientam mais as intervenções clínicas. No entanto, a personalização dos cuidados é fundamental para atender às necessidades individuais das pessoas, especialmente em contextos de CP. A abordagem personalizada permite que os terapeutas da fala considerem não apenas as condições clínicas das pessoas, mas também as suas preferências, valores e contextos de vida, promovendo uma experiência de cuidado mais humanizada e eficaz⁽³⁾. Ao envolver as pessoas nas

decisões sobre o seu tratamento, os profissionais conseguem melhorar a adesão às intervenções e, conseqüentemente, a qualidade de vida⁽¹⁵⁰⁾. A integração de estratégias personalizadas pode, portanto, representar um avanço significativo na prática clínica, contribuindo para uma abordagem mais centrada na pessoa⁽¹⁵⁰⁾.

Vários estudos na literatura indicam que o Terapeuta da Fala pode indicar estratégias para minimizar potenciais complicações da alimentação como a modificação e adaptações de volume e consistências alimentares^(3,11,30,87), acrescentar pausas na ingestão e incentivar deglutições múltiplas de forma natural^(3,87), manobras posturais⁽¹¹⁾, dar pistas à pessoa com disfagia para mastigar, continuar a alimentação ou aguardar que a deglutição do alimento presente na cavidade oral ocorra antes de adicionar mais alimento⁽¹¹⁾. As técnicas sensoriais orais e táteis, como por exemplo, a utilização de alimentos que possam ser manipulados com as mãos, também podem melhorar a eficácia da alimentação em alguns casos, por exemplo nas pessoas com demência, que poderão beneficiar de um maior *feedback* sensorial⁽⁹⁴⁾. Este ponto é corroborado pela literatura que refere o benefício da utilização de *finger food* no prazer, autonomia alimentar e aporte nutricional em adultos institucionalizados^(151,152).

Adicionalmente, o Terapeuta da Fala pode contribuir para a educação e capacitação contínua dos familiares, da rede de apoio existente e da equipa que trabalha com a pessoa^(11,40,87,94). Contudo, nos cinco estudos selecionados, esta intervenção direcionada aos familiares e cuidadores não é abordada em detalhe. A capacitação da família pode aumentar a percepção da segurança dos cuidados prestados⁽¹⁵³⁾ e a qualidade de vida⁽¹⁵⁴⁾ da pessoa cuidada.

O modelo de CP apresenta desafios específicos na gestão da alimentação, exigindo o equilíbrio entre múltiplos objetivos, como a segurança na deglutição, a satisfação e autonomia da pessoa, e a manutenção de um estado nutricional adequado com a dieta menos restritiva possível^(3,40,87,94). As intervenções da Terapia da Fala, tais como a modificação da consistência dos alimentos, manobras posturais e exercícios oromiofuncionais, têm demonstrado eficácia na redução dos riscos de aspiração e na promoção de uma deglutição mais segura^(3,11,30,87).

O estudo de Zengin et al.⁽¹⁴⁷⁾ apresenta resultados promissores, com quase um terço das pessoas que inicialmente se alimentavam por via alternativa a conseguirem retomar a alimentação oral após a implementação de estratégias terapêuticas específicas. Este resultado sublinha não apenas a eficiência das intervenções, mas também o impacto positivo destas na qualidade de vida das pessoas, um fator central nos CP. Por outro lado, o estudo de Fong et al.⁽¹⁴⁶⁾ identifica a existência de barreiras à implementação de práticas de alimentação de conforto, embora realce a eficácia das estratégias compensatórias não invasivas na melhoria da função de deglutição e na redução do risco de aspiração. Neste sentido, apesar dos benefícios evidenciados, é crucial discutir as limitações inerentes a estas intervenções. A variabilidade da resposta das pessoas às terapias, a progressão da doença e as preferências individuais podem influenciar os resultados, exigindo uma abordagem altamente personalizada. Os resultados sugerem a eficácia das intervenções da Terapia da Fala, mas também destacam a necessidade de uma abordagem flexível e individualizada, refletindo a complexidade dos cuidados prestados a doentes com disfagia em fase terminal.

A gestão da disfagia deve priorizar a análise dos riscos e benefícios na ingestão de alimentos e bebidas, respeitando as preferências alimentares, cultura, identidade social e religião da pessoa^(87,88,94). Sendo assim, é fundamental promover o princípio da autonomia do indivíduo ou ainda a utilização de mecanismos para ajudar na tomada de decisão compartilhada entre a pessoa e/ou a família, a equipa de cuidados e rede de apoio, se necessário⁽⁸⁸⁾. Em CP, deve existir flexibilidade do clínico ao modificar as consistências da dieta da pessoa ou suspender a via oral tendo em conta que estas sugestões podem ser recusadas pela pessoa^(3,30,155). Historicamente, as adaptações realizadas às consistências dos alimentos (e.g. a utilização de espessantes alimentares nos líquidos) com base apenas na avaliação clínica da deglutição, diminuía a satisfação das pessoas assim como a ingestão e água⁽⁹⁴⁾. A evidência atual sobre a modificação da consistência dos líquidos e alimentos é limitada, o que impede conclusões firmes sobre os efeitos a longo prazo⁽¹⁵⁶⁾. Por isso, é necessário que os profissionais considerem os prós e contras de recomendar essas adaptações⁽¹⁵⁶⁾.

Sobre a relação entre as intervenções do Terapeuta da Fala e a qualidade de vida, os estudos analisados mostram consistentemente que as intervenções de Terapeuta da Fala têm um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas em CP com perturbações de deglutição. No estudo que integrou pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica⁽¹⁴⁸⁾, a manutenção da alimentação oral, mesmo em quantidades mínimas, foi considerada essencial para preservar o prazer da alimentação e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida. Este dado é indicador de que as intervenções que respeitam as preferências das pessoas e que são adaptadas para manter algum nível de alimentação oral são fundamentais para o bem-estar emocional e psicológico das pessoas e das suas famílias^(3,93). Outro estudo que evidenciava a tomada de decisão em pessoas com Ataxia Telangiectasia⁽¹⁴⁵⁾ reforça esse ponto, mostrando que a qualidade de vida foi privilegiada ao optar pela manutenção da dieta via oral, apesar dos riscos significativos de aspiração. A tomada de decisão compartilhada e informada, que teve em conta os desejos da pessoa, resultou numa escolha que priorizou o conforto e a satisfação da alimentação, sublinhando a importância de intervenções que respeitem a autonomia e os valores individuais. A tomada de decisão compartilhada e informada é um componente essencial na prática clínica, especialmente em contextos de CP, onde as preferências e desejos da pessoa devem ser respeitados^(125,145). Quando as decisões são tomadas em conjunto, com o envolvimento da pessoa e da equipa multidisciplinar, é possível priorizar o conforto e a satisfação na alimentação, promovendo uma experiência mais humanizada⁽¹⁵⁰⁾. Ao respeitar a autonomia da pessoa e integrar os seus desejos nas intervenções, conseguimos aumentar a adesão e a satisfação, contribuindo para uma vivência mais significativa durante a fase final da vida⁽³⁾. Assim, é crucial implementar práticas que incentivem a comunicação aberta e a partilha de decisões, garantindo que as intervenções não apenas atendam a objetivos clínicos, mas também reflitam as preferências individuais, enriquecendo o cuidado prestado⁽¹⁵⁰⁾.

Nos cinco estudos analisados são citadas várias intervenções utilizadas por terapeutas da fala para gerir a disfagia em doentes em CP e fazem ênfase à adaptação das práticas às necessidades e preferências das pessoas. A personalização do cuidado e a manutenção da qualidade de vida são temas recorrentes nestes estudos, mas com

diferentes abordagens. Enquanto em alguns estudos^(34,147) é enfatizada a segurança e eficácia das intervenções para prevenir complicações, outros^(145,146,148) colocam maior peso no conforto e na tomada de decisões compartilhadas. Essa diversidade de abordagens reflete a complexidade da gestão da disfagia em contextos paliativos e a necessidade de uma prática clínica flexível e centrada na pessoa^(3,91-93).

A manutenção da alimentação oral, sempre que possível, e a adaptação das intervenções às preferências individuais das pessoas são práticas essenciais que contribuem significativamente para o bem-estar psicológico e emocional.

4.1. Limitações

No que diz respeito às limitações da revisão sistemática apresentada, as maiores limitações foram inerentes aos estudos primários. Devido a fragilidades metodológicas, como a utilização de amostras reduzidas e a heterogeneidade dos estudos e das amostras em relação à doença de base, não foi possível considerar ou generalizar os resultados obtidos, tornando-se mais difícil retirar conclusões abrangentes sobre o tema.

A análise dos estudos incluídos na revisão de literatura revela uma variabilidade considerável tanto nos níveis de evidência classificados segundo a escala estabelecida pelo OCEBM como nas avaliações metodológicas realizadas com base nas *checklists* da JBI. Esta discrepância obriga a uma visão crítica sobre a robustez e a aplicabilidade dos resultados apresentados.

Os estudos incluídos nesta revisão apontam para a necessidade de serem criadas diretrizes padronizadas para a prática da alimentação de conforto e outras intervenções relacionadas à disfagia em CP. A implementação de protocolos claros ajudará a garantir práticas clínicas mais robustas e consistentes entre os profissionais. Contudo, são necessários estudos primários metodologicamente bem estruturados que explorem a eficácia de diferentes intervenções e protocolos em diversas populações clínicas para estabelecer melhores práticas baseadas em evidência.

Embora a maioria dos estudos analisados apresente um baixo risco de viés, a predominância no nível 4 de evidência sugere que os dados são predominantemente descritivos e não experimentais. Este cenário indica que, apesar da qualidade

metodológica, o nível de evidência existente não é suficientemente robusto para fundamentar a elaboração de diretrizes ou protocolos clínicos abrangentes. A falta de comparações rigorosas e a natureza observacional dos estudos limita a capacidade de produzir recomendações amplamente aplicáveis ou diretrizes práticas. Para estabelecer diretrizes ou protocolos serão necessários estudos com maior rigor metodológico e evidências experimentais.

Nesta revisão, o número de publicações encontradas que respondesse à questão de investigação foi reduzido. Destaca-se a exclusão de alguns estudos por estarem escritos em alemão, língua não dominada pelos investigadores, não considerada nos critérios de inclusão, o que contribuiu para diminuir o número de estudos incluídos. Adicionalmente, houve sete estudos aos quais não foi possível ter acesso completo, o que pode aumentar o risco de viés de disponibilidade.

Por fim, o facto de ter sido utilizado como critério o acompanhamento por CP, limitou a seleção de estudos, que apesar de abordarem doenças crónicas e incuráveis, em que a intervenção do Terapeuta da Fala é sobretudo paliativa, não descrevem concretamente que a população estudada esteja a ser acompanhada por uma equipa de CP.

5. Conclusões

A presente revisão sistemática da literatura revela a importância das intervenções do Terapeuta da Fala no contexto paliativo com pessoas com perturbação da deglutição. Apesar da heterogeneidade entre os estudos, a maioria dos estudos integrados refere resultados positivos neste contexto, tanto na segurança da deglutição quanto na qualidade de vida das pessoas acompanhadas. Em particular são descritas abordagens terapêuticas, como a modificação da consistência alimentar, manobras posturais, exercícios oromiofuncionais, exercícios vocais e estimulação sensorial, com efeitos positivos na segurança da deglutição e na qualidade de vida das pessoas.

Além disso, a literatura destaca a necessidade de avaliações cuidadosas para conduzir intervenções mais precisas, adaptadas e seguras. É recomendada a tomada de decisão compartilhada, tendo em conta os desejos e valores das pessoas, para garantir que as intervenções atendam às necessidades individuais.

Estudos futuros são essenciais para padronizar práticas baseadas em evidência e fomentar a colaboração interprofissional.

Referências Bibliográficas

1. O Papel do Terapeuta da Fala numa Unidade de Cuidados Paliativos em Portugal. Em: Reabilitação em Cuidados Paliativos. Loures: Lusodidacta; 2014.
2. Pollens RD. Integrating Speech-Language Pathology Services in Palliative End-of-Life Care. *Top Lang Disord.* abril de 2012;32(2):137–48.
3. Pollens R. Role of the Speech-Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *J Palliat Med.* outubro de 2004;7(5):694–702.
4. Pereira SM. Cuidados paliativos: confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2010.
5. Appleton M. Hospice medicine: A different perspective. *Am J Hosp Palliat Med.* janeiro de 1996;13(1):7–9.
6. Martins S, Castro Alves S. Speech Therapy in Palliative Care—Portuguese Perspective. *J Palliat Med.* janeiro de 2017;20(1):7–7.
7. Diário da República. Decreto-lei 261/93, de 24 de Julho. jul 24, 1993.
8. O'Reilly AC, Walshe M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. *Palliat Med.* setembro de 2015;29(8):756–61.
9. Calheiros A, Albuquerque C. A vivência da Fonoaudiologia na Equipe de Cuidados Paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. junho de 2012;
10. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer.* 15 de agosto de 2001;92(S4):1049–52.
11. Frost M. The role of physical, occupational, and speech therapy in hospice: Patient empowerment. *Am J Hosp Palliat Med.* novembro de 2001;18(6):397–402.
12. Lin YL, Lin IC, Liou JC. Symptom Patterns of Patients with Head and Neck Cancer in a Palliative Care Unit. *J Palliat Med.* maio de 2011;14(5):556–9.
13. Shedd DP, Carl A, Shedd C. Problems of terminal head and neck cancer patients. *Head Neck Surg.* julho de 1980;2(6):476–82.
14. Aird DW, Bihari J, Smith C. Clinical problems in the continuing care of head and neck cancer patients. *Ear Nose Throat J.* maio de 1983;62(5):230–43.
15. Hofmeyr GJ, Cochrane Collaboration, editores. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Chichester, England ; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons/Cochrane Collaboration; 2008. 418 p. (Cochrane Book Series).

16. Buchalla CM, Waldman EA, Laurenti R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* dezembro de 2003;6(4):335–44.
17. Lutz S. The History of Hospice and Palliative Care. *Curr Probl Cancer.* novembro de 2011;35(6):304–9.
18. Capelas MLV. Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. *Cad Saúde.* 1 de janeiro de 2009;51-57 Páginas.
19. Neto IG. Cuidados Paliativos - conheça-os melhor. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020. 104 p. (Ensaio da FFMS).
20. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *J Pain Symptom Manage.* maio de 2007;33(5):494–9.
21. Capelas ML, Neto IG, Coelho SP. Organização de Serviços. Em: *Manual de Cuidados Paliativos.* 3ª. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa; 2016. p. 485–511.
22. Capelas MLV. O direito à dignidade: serviços de cuidados paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2017.
23. Hinds PS. Key descriptors of paediatric palliative care. *Int J Palliat Nurs.* março de 2012;18(3):107–107.
24. Biagioli V. Paediatric palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2 de dezembro de 2020;26(8):389–389.
25. Kreicbergs U. Paediatric palliative care: A personal perspective. *Acta Paediatr.* outubro de 2021;110(10):2678–9.
26. Baum D. A guide to the development of children’s palliative care services: report of a joint working party of the Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families and the Royal College of Paediatrics and Child Health. Bristol: Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families; 1997.
27. Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG. *Manual de Cuidados Paliativos.* 3ª. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa; 2016.
28. Krikheli L, Erickson S, Carey LB, Carey-Sargeant CL, Mathisen BA. Perspectives of speech and language therapists in paediatric palliative care: an international exploratory study. *Int J Lang Commun Disord.* julho de 2020;55(4):558–72.
29. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Dev Disabil Res Rev.* janeiro de 2008;14(2):118–27.

30. Smith BJ, Chong L, Nam S, Seto R. Dysphagia in a Palliative Care Setting — A Coordinated Overview of Caregivers' Responses to Dietary Changes: The DysCORD Qualitative Study. *J Palliat Care*. dezembro de 2015;31(4):221–7.
31. Santos BP, Andrade MJC, Silva RO, Menezes EDC. Dysphagia in the elderly in long-stay institutions - a systematic literature review. *Rev CEFAC*. fevereiro de 2018;20(1):123–30.
32. Morin E. *A Cabeça Bem Feita*. 8ª edição. Brasil: Bertrand Brasil; 1999. 121 p.
33. Matos E, Pires DEPD, Sousa GWD. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. outubro de 2010;63(5):775–81.
34. Santos LBD, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiol - Commun Res*. 2020;25:e2262.
35. Maciel MGS. Definições e Princípios. Em: *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Cremesp; 2008. p. 18–21.
36. Ibáñez C, Ávila R, Gómez MD, Díaz R. El Equipo Interdisciplinar como Instrumento Básico en Cuidados Paliativos: a propósito de un caso. Em: *Psicooncología*. Madrid: Association de Psicooncologia de Madrid; 2008. p. 439–57.
37. Cruz NAOD, Nóbrega MR, Gaudêncio MRB, Farias TZTTD, Pimenta TS, Fonseca RC. O Papel da Equipe Multidisciplinar nos Cuidados Paliativos em Idosos: Uma Revisão Integrativa. *Braz J Dev*. 2021;7(1):414–34.
38. Huckabee ML, Cannito MP. Outcomes of Swallowing Rehabilitation in Chronic Brainstem Dysphagia: A Retrospective Evaluation. *Dysphagia*. fevereiro de 1999;14(2):93–109.
39. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G, et al. European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. outubro de 2016;Volume 11:1403–28.
40. Cheville AL. Cancer rehabilitation. *Semin Oncol*. abril de 2005;32(2):219–24.
41. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. *J Palliat Med*. maio de 2011;14(5):638–48.
42. Vieira CA, Monteiro E. A intervenção dos terapeutas da fala na área oncológica. *Rev Fac Ciênc Saúde*. 2008;(5).
43. Roe JWG, Leslie P. Beginning of the end? Ending the therapeutic relationship in palliative care. *Int J Speech Lang Pathol*. agosto de 2010;12(4):304–8.

44. Roe J. Towards the end of life - the development of a hospice based speech & language therapy service. *RCSLT Bull.* 2004;12-3.
45. Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala. *Dicionário Terminológico de Terapia da Fala.* Lisboa: Papa-Letras; 2020.
46. Shaw SM, Martino R. The Normal Swallow. *Otolaryngol Clin North Am.* dezembro de 2013;46(6):937-56.
47. Jean A. Brain Stem Control of Swallowing: Neuronal Network and Cellular Mechanisms. *Physiol Rev.* 1 de abril de 2001;81(2):929-69.
48. Lang IM. Brain Stem Control of the Phases of Swallowing. *Dysphagia.* setembro de 2009;24(3):333-48.
49. Dodds WJ, Stewart ET, Logemann JA. Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *Am J Roentgenol.* maio de 1990;154(5):953-63.
50. Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* novembro de 2008;19(4):691-707.
51. Ekberg O, Feinberg MJ. Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *Am J Roentgenol.* junho de 1991;156(6):1181-4.
52. Almeida RDCDA, Haguette RCB, Andrade ISND. Deglutição com e sem comando verbal: achados videofluoroscópicos. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* setembro de 2011;16(3):291-7.
53. Marchesan IQ. *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
54. Cinocco D. The Difficulties of Swallowing at the End of Life. *J Palliat Med.* abril de 2007;10(2):506-8.
55. Marques A, Leal AP, Nascimento D, Joana M, Marta S. Avaliação em Deglutição. Em: 1ª. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala; 2023. p. 359-430.
56. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* maio de 2015;12(5):259-70.
57. Kahrilas PJ, Logemann JA, Lin S, Ergun GA. Pharyngeal clearance during swallowing: A combined manometric and videofluoroscopic study. *Gastroenterology.* julho de 1992;103(1):128-36.

58. Humbert IA, Robbins J. Normal Swallowing and Functional Magnetic Resonance Imaging: A Systematic Review. *Dysphagia*. 20 de junho de 2007;22(3):266–75.
59. 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. *Int J Speech Lang Pathol*. 4 de maio de 2018;20(3):371–9.
60. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosenbek JC. Strength-Training Exercise in Dysphagia Rehabilitation: Principles, Procedures, and Directions for Future Research. *Dysphagia*. 20 de junho de 2007;22(3):251–65.
61. Santoro PP, Furia CLB, Forte AP, Lemos EM, Garcia RI, Tavares RA, et al. Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol*. abril de 2011;77(2):201–13.
62. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia*. 1 de abril de 2002;17(2):139–46.
63. Crary MA, Carnaby GD, Shabbir Y, Miller L, Silliman S. Clinical Variables Associated with Hydration Status in Acute Ischemic Stroke Patients with Dysphagia. *Dysphagia*. fevereiro de 2016;31(1):60–5.
64. Suttrup I, Warnecke T. Dysphagia in Parkinson’s Disease. *Dysphagia*. fevereiro de 2016;31(1):24–32.
65. Brady GC, Roe JWG, O’ Brien M, Boaz A, Shaw C. An investigation of the prevalence of swallowing difficulties and impact on quality of life in patients with advanced lung cancer. *Support Care Cancer*. fevereiro de 2018;26(2):515–9.
66. Hu X, Ma Y nan, Karako K, Tang W, Song P, Xia Y. Comprehensive assessment and treatment strategies for dysphagia in the elderly population: Current status and prospects. 2024;
67. García-Peris P, Parón L, Velasco C, De La Cuerda C, Cambolor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr*. dezembro de 2007;26(6):710–7.
68. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke*. dezembro de 2005;36(12):2756–63.
69. Camargo-Mendoza M, Castillo-Triana N, Fandiño Cardona JM, Mateus-Moreno A, Moreno-Martínez M. Características del habla, el lenguaje y la deglución en la enfermedad de Huntington. *Rev Fac Med*. 1 de abril de 2017;65(2):343–8.

70. Gantasala S, Sullivan PB, Thomas AG. Gastrostomy feeding versus oral feeding alone for children with cerebral palsy. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 31 de julho de 2013 [citado 7 de setembro de 2024]; Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003943.pub3>
71. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*. junho de 2016;31(3):434–41.
72. Iruthayarajah J, McIntyre A, Mirkowski M, Welch-West P, Loh E, Teasell R. Risk factors for dysphagia after a spinal cord injury: a systematic review and meta-analysis. *Spinal Cord*. dezembro de 2018;56(12):1116–23.
73. Wall LR, Ward EC, Cartmill B, Hill AJ. Physiological Changes to the Swallowing Mechanism Following (Chemo)radiotherapy for Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Dysphagia*. dezembro de 2013;28(4):481–93.
74. Ghannouchi I, Speyer R, Doma K, Cordier R, Verin E. Swallowing function and chronic respiratory diseases: Systematic review. *Respir Med*. agosto de 2016;117:54–64.
75. Antune EB, Ramalho L. *Deglutição no adulto: a perspetiva do Terapeuta da Fala*. Em Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa; 2009. p. 255–94.
76. Cho SY, Choung RS, Saito YA, Schleck CD, Zinsmeister AR, Locke GR, et al. Prevalence and risk factors for dysphagia: a USA community study. *Neurogastroenterol Motil*. fevereiro de 2015;27(2):212–9.
77. Feio M. Disfagia. Em: *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa; 2016. p. 121–30.
78. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, De Haes HCJM, Voest EE, De Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. julho de 2007;34(1):94–104.
79. Oliver D, Borasio GD, Walsh D. *Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis* [Internet]. Oxford University Press; 2006 [citado 31 de julho de 2024]. Disponível em: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199212934.001.0001/acprof-9780199212934>
80. Altman KW, Richards A, Goldberg L, Frucht S, McCabe DJ. Dysphagia in Stroke, Neurodegenerative Disease, and Advanced Dementia. *Otolaryngol Clin North Am*. dezembro de 2013;46(6):1137–49.

81. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* janeiro de 2013;56(1):1–9.
82. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *Eur Geriatr Med.* dezembro de 2011;2(6):356–62.
83. Branco C. *Disfagia no adulto: da teoria à prática.* 1a. edição. Lisboa: Papa-Letras; 2017.
84. American Speech-Language-Hearing Association. *Scope of Practice in Speech-Language Pathology* [Internet]. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association; 2016. Disponível em: <https://www.asha.org/policy/>
85. Diário da República. Decreto-Lei n.º 564/99. 564 dez 21, 1999.
86. Barriguinha C, Mourão MT, Martins JC. The Speech Therapist in Palliative Care: perspective of patients, families and/or informal caregivers and professional team involved. *Rev Port Ter Fala.* 1 de dezembro de 2015;04:15–20.
87. Eckman S, Roe J. Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? *Int J Palliat Nurs.* abril de 2005;11(4):179–81.
88. Moreira MJDS, Guimarães MF, Lopes L, Moreti F. Contribuições da Fonoaudiologia nos cuidados paliativos e no fim da vida. *CoDAS.* 2020;32(4):e20190202.
89. Toner MA, Shadden BB. End of Life: An Overview. *Top Lang Disord.* abril de 2012;32(2):111–8.
90. Roe CM, Xiong C, Miller JP, Morris JC. Education and Alzheimer disease without dementia: Support for the cognitive reserve hypothesis. *Neurology.* 16 de janeiro de 2007;68(3):223–8.
91. Tan LLC, 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 Med.* outubro de 2021;38(10):1172–6.
92. Kelly K, Cumming S, Corry A, Gilsenan K, Tamone C, Vella K, et al. The role of speech-language pathologists in palliative care: Where are we now? A review of the literature. *Prog Palliat Care.* novembro de 2016;24(6):315–23.
93. Groher ME, Groher TP. When Safe Oral Feeding Is Threatened: End-of-Life Options and Decisions. *Top Lang Disord.* abril de 2012;32(2):149–67.
94. Davies R, Bradley E. The use of modified foods and fluids in the management of dysphagia. *Br J Neurosci Nurs.* 1 de outubro de 2017;13(Sup5):S4–14.

95. Colodny N. Validation of the Caregiver Mealtime and Dysphagia Questionnaire (CMDQ). *Dysphagia*. março de 2008;23(1):47–58.
96. Chahda L, Mathisen BA, Carey LB. The role of speech-language pathologists in adult palliative care. *Int J Speech Lang Pathol*. 2 de janeiro de 2017;19(1):58–68.
97. Aguirre Bravo AN, Sampallo Pedroza RM. Fonoaudiología en los Cuidados Paliativos. *Rev Fac Med*. 12 de junho de 2015;63(2):289–300.
98. Foreword: End-of-Life Care for Adults What Speech–Language Pathologists Should Know. *Top Lang Disord*. abril de 2012;32(2):107–10.
99. Regnard C, Leslie P, Crawford H, Matthews D, Gibson L. Gastrostomies in dementia: bad practice or bad evidence? *Age Ageing*. 1 de maio de 2010;39(3):282–4.
100. Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE Open Med*. janeiro de 2021;9:205031212110009.
101. Kinlaw K. Ethical issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs*. fevereiro de 2005;21(1):63–8.
102. Mohanti B. Ethics in Palliative Care. *Indian J Palliat Care*. 2009;15(2):89.
103. Kooi-van Es M, Erasmus CE, Voet NBM, Van Den Engel-Hoek L, Van Der Wees PJ. Best practice recommendations for speech-language pathology in children with neuromuscular disorders: A Delphi-based consensus study. *Int J Speech Lang Pathol*. 2 de janeiro de 2024;26(1):45–58.
104. Granell J, Garrido L, Millas T, Gutierrez-Fonseca R. Management of Oropharyngeal Dysphagia in Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer. *Int J Otolaryngol*. 2012;2012:1–9.
105. R.N. LM, M.A. TC, B.P.T. MS. Effects of a multidisciplinary management program on neurologically impaired patients with dysphagia. *Dysphagia*. setembro de 1990;5(3):147–51.
106. Marques A, Leal AP, Nascimento D, Joana M, Marta S. Intervenção em Deglutição. Em: 1ª. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala; 2023. p. 1025–161.
107. Hwang CH, Choi KH, Ko YS, Leem CM. Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patients. *Clin Rehabil*. janeiro de 2007;21(1):41–6.
108. Robbins J. Comparison of 2 Interventions for Liquid Aspiration on Pneumonia Incidence: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 1 de abril de 2008;148(7):509.

109. Lin L, Wang S, Chen SH, Wang T, Chen M, Wu S. Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *J Adv Nurs*. dezembro de 2003;44(5):469–78.
110. Kasprisin AT, Clumeck H, Nino-Murcia M. The efficacy of rehabilitative management of dysphagia. *Dysphagia*. março de 1989;4(1):48–52.
111. Kenny B. Food Culture, Preferences and Ethics in Dysphagia Management. *Bioethics*. novembro de 2015;29(9):646–52.
112. Leslie P. Investigation and management of chronic dysphagia. *BMJ*. 22 de fevereiro de 2003;326(7386):433–6.
113. Felix VN, Corrêa SMA, Soares RJ. A Therapeutic Maneuver for Oropharyngeal Dysphagia in Patients with Parkinson’s Disease. *Clinics*. outubro de 2008;63(5):661–6.
114. Bryant M. Biofeedback in the treatment of a selected dysphagic patient. *Dysphagia*. setembro de 1991;6(3):140–4.
115. Rosenbek JC, Robbins J, Fishback B, Levine RL. Effects of Thermal Application on Dysphagia After Stroke. *J Speech Lang Hear Res*. dezembro de 1991;34(6):1257–68.
116. Rosenbek JC, Roecker EB, Wood JL, Robbins J. Thermal application reduces the duration of stage transition in dysphagia after stroke. *Dysphagia*. 1996;11(4):225–33.
117. De Lama Lazzara G, Lazarus C, Logemann JA. Impact of thermal stimulation on the triggering of the swallowing reflex. *Dysphagia*. junho de 1986;1(2):73–7.
118. Logemann JA, Pauloski BR, Colangelo L, Lazarus C, Fujii M, Kahrilas PJ. Effects of a Sour Bolus on Oropharyngeal Swallowing Measures in Patients With Neurogenic Dysphagia. *J Speech Lang Hear Res*. junho de 1995;38(3):556–63.
119. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijnenberg I. Effects of Therapy in Oropharyngeal Dysphagia by Speech and Language Therapists: A Systematic Review. *Dysphagia*. março de 2010;25(1):40–65.
120. Groher ME, McKaig TN. Dysphagia and Dietary Levels in Skilled Nursing Facilities. *J Am Geriatr Soc*. maio de 1995;43(5):528–32.
121. Bhattacharyya N, Kotz T, Shapiro J. The Effect of Bolus Consistency on Dysphagia in Unilateral Vocal Cord Paralysis. *Otolaryngol Neck Surg*. dezembro de 2003;129(6):632–6.
122. Clavé P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther*. novembro de 2006;24(9):1385–94.

123. Bisch EM, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ, Lazarus CL. Pharyngeal Effects of Bolus Volume, Viscosity, and Temperature in Patients With Dysphagia Resulting From Neurologic Impairment and in Normal Subjects. *J Speech Lang Hear Res.* outubro de 1994;37(5):1041–9.
124. Karagiannis MJ, Chivers L, Karagiannis TC. Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. *BMC Geriatr.* dezembro de 2011;11(1):9.
125. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia: (See Editorial Comments by Dr. Daniel J. Brauner, pp 599–601). *J Am Geriatr Soc.* março de 2010;58(3):580–4.
126. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol E Serviços Saúde.* março de 2014;23(1):183–4.
127. Lovatto PA, Lehnen CR, Andretta I, Carvalho AD, Hauschild L. Meta-análise em pesquisas científicas: enfoque em metodologias. *Rev Bras Zootec.* julho de 2007;36(suppl):285–94.
128. Davies KS. Formulating the Evidence Based Practice Question: A Review of the Frameworks. *Evid Based Libr Inf Pract.* 24 de junho de 2011;6(2):75–80.
129. Santos CMD, Pimenta CADM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem.* junho de 2007;15(3):508–11.
130. Robinson KA, Saldanha IJ, Mckoy NA. Development of a framework to identify research gaps from systematic reviews. *J Clin Epidemiol.* dezembro de 2011;64(12):1325–30.
131. Paez A. Gray literature: An important resource in systematic reviews. *J Evid-Based Med.* agosto de 2017;10(3):233–40.
132. PRISMA Group. PRISMA Statement [Internet]. 2024. Disponível em: <https://www.prisma-statement.org/>
133. Montagna E, Zaia V, Laporta GZ. Adoption of protocols to improve quality of medical research. *Einstein São Paulo.* 10 de dezembro de 2019;18:eED5316.
134. Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evid Synth.* março de 2023;21(3):494–506.
135. Azmiardi A, Murti B, Febrinasari RP, Tamtomo DG. Low Social Support and Risk for Depression in People With Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Prev Med Pub Health.* 31 de janeiro de 2022;55(1):37–48.

136. Goplen CM, Verbeek W, Kang SH, Jones CA, Voaklander DC, Churchill TA, et al. Preoperative opioid use is associated with worse patient outcomes after Total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. dezembro de 2019;20(1):234.
137. Donato H, Donato M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Port*. 29 de março de 2019;32(3):227–35.
138. Hardin KY, Black C, Caldbick K, Kelly M, Malhotra A, Tidd C, et al. Current Practices Among Speech-Language Pathologists for Mild Traumatic Brain Injury: A Mixed-Methods Modified Delphi Approach. *Am J Speech Lang Pathol*. 14 de julho de 2021;30(4):1625–55.
139. Chen SC, Huang BS, Chung CY, Lin CY, Fan KH, Chang JTC, et al. Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. agosto de 2018;26(8):2919–28.
140. Kraaijenga SAC, Molen LVD, Stuiver MM, Takes RP, Al-Mamgani A, Brekel MWMVD, et al. Efficacy of a novel swallowing exercise program for chronic dysphagia in long-term head and neck cancer survivors. *Head Neck*. outubro de 2017;39(10):1943–61.
141. Balbinot J, Real CS, Melo CCD, Dornelles S, Costa SSD. Quality of life in tongue cancer treated patients before and after speech therapy: a randomized clinical trial. *Braz J Otorhinolaryngol*. julho de 2022;88(4):491–6.
142. John S, Rajashekhar B, Hassuji R. Speech and swallowing outcomes in buccal mucosa carcinoma. *Indian J Palliat Care*. 2011;17(3):238.
143. Krikheli L, Carey LB, Mathisen BA, Erickson S, Carey-Sargeant CL. Speech-language pathologists in paediatric palliative care: a Delphi study protocol. *BMJ Support Palliat Care*. dezembro de 2020;10(4):e43–e43.
144. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 de março de 2021;n71.
145. Jacinto-Scudeiro LA, Ayres A, Olchik MR. Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. *Distúrb Comun*. 29 de março de 2019;31(1):141–6.
146. Fong R, Tsai CF, Wong WHS, Yiu OY, Luk JKH. Speech therapy in palliative care and comfort feeding: current practice and way ahead. *Asian J Gerontol Geriatr*. 9 de janeiro de 2020;14(2):61–8.

147. Zengin H, Evin N, Ersöz Ünlü C, Arıcı S, Yıldırım V, Taşçı İ. Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit. *Gulhane Med J.* 1 de dezembro de 2023;65(4):152–9.
148. Luchesi KF, Silveira IC. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. *CoDAS [Internet]*. 30 de agosto de 2018 [citado 16 de setembro de 2024];30(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000500401&lng=pt&tlng=pt
149. Porritt K, Gomersall J, Lockwood C. JBI’s Systematic Reviews: Study Selection and Critical Appraisal. *AJN Am J Nurs.* junho de 2014;114(6):47–52.
150. Birgisdóttir D, Duarte A, Dahlman A, Sallerfors B, Rasmussen BH, Fürst CJ. A novel care guide for personalised palliative care – a national initiative for improved quality of care. *BMC Palliat Care.* dezembro de 2021;20(1):176.
151. Heelan M, Prieto J, Roberts H, Gallant N, Barnes C, Green S. The use of finger foods in care settings: an integrative review. *J Hum Nutr Diet.* abril de 2020;33(2):187–97.
152. Carrette J, Chrusciel J, Ecarnot F, Sanchez S. Prospective, observational study of the impact of finger food on the quality of nutrition evaluated by the simple evaluation of food intake (SEFI) in nursing home residents. *Aging Clin Exp Res.* 7 de junho de 2023;35(8):1661–9.
153. Funk LM, Allan DE, Stajduhar KI. Palliative family caregivers’ accounts of health care experiences: The importance of “security”. *Palliat Support Care.* dezembro de 2009;7(4):435–47.
154. Kristanti MS, Setiyarini S, Effendy C. Enhancing the quality of life for palliative care cancer patients in Indonesia through family caregivers: a pilot study of basic skills training. *BMC Palliat Care.* dezembro de 2017;16(1):4.
155. Oral feeding difficulties and dilemmas: a guide to practical care, particularly towards the end of life : report of a working party 2010. London: Royal College of Physicians; 2010.
156. Flynn E, Smith CH, Walsh CD, Walshe M. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 24 de setembro de 2018 [citado 29 de agosto de 2024];2018(9). Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011077.pub2>

Apêndices

Apêndice 1: Estratégia de Pesquisa por base de dados

Data de pesquisa e Base de Dados	Estratégia de busca	Estudos	Estudos após apagar duplicados	Estudos após leitura do título e resumo
20/04/2024 Scopus	((ALL ("speech language therapy ") OR ALL ("speech pathology") OR ALL (rehabilitation) OR ALL ("speech therapy") OR ALL ("speech language pathology"))) AND ((ALL (dysphagia) OR ALL ("swallowing disorder") OR ALL ("oropharyngeal dysphagia") OR ALL (swallowing) OR ALL (deglutition) OR ALL ("deglutition disorder"))) AND ((ALL ("end of life") OR ALL ("hospice care") OR ALL ("palliative supportive care") OR ALL ("palliative therapy") OR ALL ("palliative treatment") OR ALL ("palliative care medicine ") OR ALL ("palliative care") OR ALL ("palliative medicine") OR ALL ("terminal care"))))	2625	3408 (autora e revisora)	17 (autora e revisora)
20/04/2024 MedLine	(TX ("speech and language therapy") OR TX "speech pathology" OR TX rehabilitation OR MH speech therapy OR MH speech-language pathology) AND (TX dysphagia OR TX "swallowing disorder" OR TX "Oropharyngeal Dysphagia" OR TX swallowing OR MH deglutition disorders OR MH deglutition) AND (TX "end of life care" OR TX "hospice care" OR TX "Palliative Supportive Care" OR TX "Palliative Therapy" OR TX "Palliative Treatment" OR TX "palliative care medicine" OR MH palliative care OR MH palliative medicine OR MH terminal care)	992		
20/04/2024 CINAHL	(TX "speech therapy" OR TX "speech-language pathology") AND TX "deglutition disorders" AND (TX "Palliative Care" OR TX "Hospice Care")	59		
20/04/2024 Scielo	((speech and language therapy) OR (speech pathology) OR (rehabilitation) OR (speech therapy) OR (speech-language pathology)) AND ((dysphagia) OR (swallowing disorder) OR (swallowing) OR (Oropharyngeal Dysphagia) OR (deglutition) OR (deglutition disorder)) AND ((end of life) OR (hospice care) OR (Palliative Supportive Care) OR (Palliative Therapy) OR (Palliative Treatment) OR (Palliative Care Medicine) OR (palliative care) OR (palliative medicine) OR (terminal care))	10		
21/04/2024 WorldCat	kw:speech therapy AND kw:deglutition disorder AND kw:palliative care	30		
20/04/2024 LILACS	dysphagia AND "palliative care"	31		
20/04/2024 OpenGrey	"Speech therapy" OR dysphagia OR "palliative care"	47		
Total:		3794		

**Apêndice 2: Análise dos estudos com acesso disponível para a leitura integral
(investigadores em concordância)**

Título	Download	Critérios	Leitura na íntegra	
			Investigador 1	Investigador 2
A therapeutic maneuver for oropharyngeal dysphagia in patients with parkinson's disease	Sim	Sim	Não	Não
Atendimento fonoaudiológico para pacientes em CP com disfagia orofaríngea	Sim	Sim	Sim	Sim
Best practice recommendations for speech-language pathology in children with neuromuscular disorders: A Delphi-based consensus study	Sim	Sim	Não	Não
Current Practices Among Speech-Language Pathologists for Mild Traumatic Brain Injury: A Mixed-Methods Modified Delphi Approach	Sim	Sim	Não	Não
Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: a randomized controlled trial.	Sim	Sim	Não	Não
Efficacy of a novel swallowing exercise program for chronic dysphagia in long-term head and neck cancer survivors	Sim	Sim	Não	Não
Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study.	Sim	Sim	Sim	Sim
Preliminary Study of the Effects of a Dysphagia Support Group on Quality of Life	Não	Não	-	-
Quality of life in tongue cancer treated patients before and after speech therapy: a randomized clinical trial	Sim	Sim	Não	Não
Speech and dysphagia: Therapy in a palliative ward: A case study	Sim	Não	x	x
Speech and language therapy techniques in end-of-life care.	Não	Não	x	x
Speech and swallowing outcomes in buccal mucosa carcinoma	Sim	Sim	Não	Não
Speech therapists in palliative care responsibility and opportunity	Sim	Não	x	x
Speech therapy in palliative care and comfort feeding: Current practice and way ahead	Sim	Sim	Sim	Sim
Speech-language pathologists in paediatric palliative care: a Delphi study protocol	Sim	Sim	Não	Não
Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em CP	Sim	Sim	Sim	Sim
Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit	Sim	Sim	Sim	Sim

Total: 17

13

5

Apêndice 3: Análise dos títulos e resumos das referências bibliográficas dos estudos previamente selecionados (investigadores em concordância)

Proveniente do estudo:	Referência	Download	Critérios	Leitura título e resumo	Leitura na íntegra
Atendimento fonoaudiológico para pacientes em CP com disfagia orofaríngea	Pinto AC. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de CP. São Paulo: Academia Nacional de CP; 2012. p. 358-63.	Sim	Não	x	x
	Calheiros AS, Albuquerque CL. A vivência da fonoaudiologia na equipe de CP de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 2012;11(2):94-8.	Sim	Não	x	x
	Rösler A, Pfeil S, Lessmann H, Höder J, Befahr A, von Renteln-Kruse W. Dysphagia in dementia: influence of dementia severity and food texture on the prevalence of aspiration and latency to swallow in hospitalized geriatric patients. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(8):697-701. http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.020 . PMID:25933727.	Sim	Não	x	x
	Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. Nutr Hosp.2016;33(3):739-48. http://dx.doi.org/10.20960/nh.286 . PMID:27513513.	Não	x	x	x
	Carro CZ, Moreti F, Pereira JMM. Proposta de atuação da Fonoaudiologia nos CP em pacientes oncológicos hospitalizados. Distúrb Comun. 2017;29(1):178-84. http://dx.doi.org/10.23925/21762724.2017v29i1p178-184 .	Sim	Não	x	x
Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study	Nenhuma referência				
Speech therapy in palliative care and comfort feeding: Current practice and way ahead	Pollens RD. Integrating speech-language pathology services in palliative end-of-life care. Top Lang Disord 2012;32:137-48.	Sim	Não	x	x
	Chahda L, Mathisen BA, Carey LB. The role of speech-language pathologists in adult palliative care. Int J Speech Lang Pathol 2017;19:58-68.	Sim	Não	x	x
	O'Reilly AC, Walshe M. Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: na international survey. Palliat Med 2015;29:756-61.	Não	x	x	x
	Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 2010;58:580-4.	Sim	Não	x	x
	Krisciunas GP, Sokoloff W, Stepas K, Langmore SE. Survey of usual practice: dysphagia therapy in	Sim	Sim	Não	x

	head and neck cancer patients. <i>Dysphagia</i> 2012;27:538-49.				
	Flynn E, Smith CH, Walsh CD, Walshe M. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. <i>Cochrane Database Sys Ver</i> 2018;9:CD011077	Sim	Não	x	x
Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em CP	Lefton-Greif MA, Crawford TO, Winkelstein JA, Loughlin GM, Koerner CB, Zahurak M, Lederman HM. Oropharyngeal dysphagia and aspiration in patients with ataxia telangiectasia. <i>J Pediatr</i> . 2000Feb;136(2): 225–31.	Sim	Não	x	x
	Smith BJ, Chong L, Nam S, Seto R. Dysphagia in a Palliative Care Setting--A Coordinated Overview of Caregivers' Responses to Dietary Changes: The DysCORD qualitative study. <i>J Palliat Care</i> . 2015; 31(4): 221-7.	Sim	Não	x	x
	Vinck A, Verhagen MM, Gerven Mv, de Groot IJ, Weemaes CM, Maassen BA, Willemsen MA. Cognitive and speech language performance in children with ataxia telangiectasia. <i>Dev Neurorehabil</i> . 2011;14(5): 315-22.	Sim	Não	x	x
Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit	Naik AD, Abraham NS, Roche VM, Concato J. Predicting which patients can resume oral nutrition after percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> . 2005;21:1155-1161.	Sim	Não	x	x
	Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in Older Adults. <i>Mayo Clin Proc</i> . 2021;96:488-497.	Sim	Não	x	x
	Bogaardt H, Veerbeek L, Kelly K, van der Heide A, van Zuylen L, Speyer R. Swallowing problems at the end of the palliative phase: incidence and severity in 164 unsedated patients. <i>Dysphagia</i> . 2015;30:145-151.	Sim	Não	x	x
	Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. <i>Clin Interv Aging</i> . 2012;7:287-298.	Sim	Não	x	x

Apêndice 4: Checklist PRISMA-P⁽¹⁴⁴⁾ geral e para resumos com a indicação da página em que se encontra a informação para cada item

PRISMA-P – checklist com indicação da página em que se encontra a informação para cada item. Retirado de http://www.prisma-statement.org Traduzido por: Verónica Abreu, Sónia Gonçalves-Lopes, José Luís Sousa e Verónica Oliveira / ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal			
Seleção e tópico	Item	Verificação do item	Página
Título			
Título	1	Identifica a publicação como uma revisão sistemática.	1-2
Resumo			
Resumo	2	Ver tabela PRISMA-P para resumos	-
Introdução			
Fundamentação	3	Fundamenta a revisão no contexto do conhecimento existente.	12
Objetivos	4	Apresenta explicitamente o(s) objetivo(s) ou questão(ões) respeitantes à revisão.	13
Métodos			
CrITÉRIOS de elegibilidade	5	Especifica os critérios de inclusão e exclusão para a revisão e forma como os estudos foram agrupados para as sínteses.	32
Fontes de informação	6	Especifica todas as bases de dados, registos, websites, organizações, listas de referências e outras fontes pesquisadas ou consultadas para identificação dos estudos. Especifica a última data em que cada fonte foi pesquisada ou consultada.	33-35
Estratégia de pesquisa	7	Apresenta as estratégias de pesquisa completas para todas as bases de dados, registos e websites, incluindo todos os filtros e limites utilizados.	35
Processo de seleção	8	Especifica os métodos utilizados para decidir se um estudo satisfaz os critérios de inclusão da revisão, incluindo quantos revisores fizeram a triagem de cada registo e publicação selecionada, se trabalharam de uma forma independente e, se aplicável, os detalhes de ferramentas de automatização utilizadas no processo.	35-36
Processo de recolha de dados	9	Especifica os métodos utilizados para recolha de dados das publicações, incluindo quantos revisores recolheram a informação de cada publicação, se trabalharam de uma forma independente, todos os processos de obtenção ou confirmação de dados por parte dos investigadores do estudo e, se aplicável, detalhes de ferramentas de automatização utilizadas.	35-36
Dados dos itens	10a	Lista e define todos os resultados para os quais os dados foram pesquisados. Especifica se foram pesquisados todos os resultados compatíveis com cada domínio em cada estudo (p ex. para todas as medidas, momentos, análises) e, se não, especifica os métodos utilizados para decidir quais resultados a recolher.	40
	10b	Lista e define todas as outras variáveis para as quais os dados foram pesquisados (p. ex. características dos participantes e intervenções,	-

		fontes de financiamento). Descreve os pressupostos utilizados sobre informação em falta ou pouco clara.	
Avaliação do risco de viés nos estudos	11	Especifica os métodos utilizados para avaliar o risco de viés dos estudos incluídos, incluindo detalhes sobre o(s) instrumento(s) utilizado(s), quantos revisores avaliaram cada estudo e se trabalharam de forma independente e ainda, se aplicável, detalhes de ferramentas de automatização utilizadas no processo.	37-38
Medidas de efeito	12	Especifica para cada resultado a(s) medida(s) de efeito (p. ex. risco relativo e diferença de média) utilizada(s) na síntese ou apresentação dos resultados.	-
Método de síntese	13a	escreve os processos utilizados para decidir os estudos elegíveis para cada síntese (p. ex. apresentar as características da intervenção apresentada no estudo e comparar com os grupos planeados para cada síntese (item #5)).	-
	13b	Descreve todos os métodos necessários de preparação de dados para apresentação ou síntese, tais como lidar com os dados em falta no resumo da estatística, ou conversões de dados.	-
	13c	Descreve todos os métodos utilizados para apresentar ou exibir os resultados individuais de estudos e sínteses.	-
	13d	Descreve todos os métodos utilizados para resumir os resultados e fornece uma justificação para a(s) escolha(s). Se foi realizada uma meta-análise, Descreve o(s) modelo(s) e método(s) para identificar a presença e extensão da heterogeneidade estatística, e de software utilizado(s).	-
	13e	Descreve todos os métodos utilizados para explorar possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo (p. ex. análise de subgrupos, meta-regressão).	-
	13f	Descreve todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez a síntese dos resultados.	-
Avaliação do viés reportado	14	Descreve todos os métodos utilizados para avaliar o risco de viés devido à falta de resultados numa síntese (decorrente de viés de informação).	37-38
Avaliação do grau de confiança	15	Descreve todos os métodos utilizados para avaliar a certeza (ou confiança) no corpo de evidência de um resultado.	-
Resultados			
Seleção dos estudos	16a	Descreve os resultados do processo de pesquisa e seleção, desde o número de registos identificados na pesquisa até ao número de estudos incluídos na revisão, idealmente utilizando um fluxograma.	39-40
	16b	Cita estudos que parecem satisfazer os critérios de inclusão, mas que foram excluídos, e explica as razões da exclusão.	39-40
Características dos estudos	17	Cita cada estudo incluído e apresenta as suas características.	42-47
Risco de viés nos estudos	18	Apresenta a avaliação de risco de viés para cada estudo incluído.	47-49

Resultados individuais dos estudos	19	Para todos os resultados de cada estudo, apresenta: (a) resumo da estatística para cada grupo (quando apropriado) e (b) uma estimativa do efeito e a sua precisão (p. ex. intervalo de confiança/credibilidade), utilizando idealmente tabelas ou gráficos estruturados.	-
Resultados das sínteses	20a	Para cada síntese, resumo das características e risco de viés entre os estudos selecionados.	42-49
	20b	Apresenta os resultados de todas as sínteses estatísticas realizadas. Se foi feita uma meta-análise, apresenta para cada resultado o resumo da estimativa e a sua precisão (p. ex. intervalo de confiança/credibilidade) e medidas de heterogeneidade estatística. Se forem comparados grupos, descreve a direção do efeito.	-
	20c	Apresenta os resultados de todas as investigações de possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo.	-
	20d	Apresenta resultados de todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez dos resultados sintetizados.	-
Vieses reportados	21	Apresenta a avaliação do risco de viés devido à falta de resultados (resultantes de viés de informação) para cada síntese avaliada.	-
Nível de significância	22	Apresenta a avaliação de certeza (ou confiança) no corpo de evidência para cada resultado avaliado.	-
Discussão			
Discussão	23a	Fornecer uma interpretação geral dos resultados no contexto de outra evidência.	51-55
	23b	Discute todas as limitações da evidência, incluídas na revisão.	55-56
	23c	Discute todas as limitações dos processos de revisão utilizados.	55-56
	23d	Discute as implicações dos resultados para a prática, política e investigação futura.	55-56
Outras informações			
Registo do protocolo	24a	Fornecer informação sobre o registo da revisão, incluindo o nome e número de registo, ou refere que a revisão não está registada.	38
	24b	Indica local de acesso ao protocolo da revisão, ou refere que o protocolo não foi preparado.	38
	24c	Descreve e explica todas as alterações à informação fornecida no registo ou no protocolo.	-
Apoios	25	Descreve as fontes de financiamento ou apoio sem financiamento que suportam a revisão, e o papel dos financiadores ou patrocinadores da revisão.	-
Conflito de interesses	26	Declara todos os conflitos de interesses dos autores da revisão.	-
Disponibilidade dos dados, códigos e outros materiais	27	Reporta quais dos seguintes materiais estão acessíveis publicamente e onde podem ser encontrados: modelo de formulários de recolha de dados extraídos dos estudos incluídos, dados utilizados para análise; código analítico, qualquer outro material utilizado na revisão.	-

PRISMA 2020 para Resumos – checklist com indicação da página em que se encontra a informação para cada item. Retirado de http://www.prisma-statement.org Traduzido por: Verónica Abreu, Sónia Gonçalves-Lopes, José Luís Sousa e Verónica Oliveira / ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal			
Seleção e tópico	Item	Verificação do item	Página
Título			
Título	1	Identifica o documento como revisão sistemática.	3
Background			
Objetivos	2	Fornecer uma declaração específica do(s) objetivo(s) ou questão(ões) principal(ais) abordada(s) pela revisão.	3
Métodos			
Crítérios de elegibilidade	3	Especifica os critérios de inclusão e exclusão da revisão.	3
Fontes de informação	4	Especifica as fontes de informação (por exemplo, bases de dados, registos) utilizadas para identificar os estudos e a última data em que foram feitas as buscas.	3
Risco de viés	5	Especifica os métodos utilizados para avaliar o risco de viés nos estudos incluídos.	3
Síntese dos resultados	6	Especifica os métodos utilizados para apresentar e sintetizar os resultados.	3
Resultados			
Estudos incluídos	7	Indica o número total de estudos e participantes incluídos e sumariza as características relevantes dos estudos.	3-4
Síntese dos resultados	8	Apresenta resultados para os principais efeitos, indicando preferencialmente o número de estudos e participantes incluídos para cada um. Se efetuada meta-análise menciona a estimativa sumária e o intervalo de confiança/credibilidade. Se compara grupos indica a direção do efeito (ou seja, que grupo é favorecido).	3-4
Discussão			
Limitações da evidência	9	Fornecer um breve sumário das limitações da evidência incluída na revisão (por exemplo, estudo do risco de viés, inconsistência e imprecisão).	4
Interpretação	10	Fornecer uma interpretação geral dos resultados e implicações importantes.	4
Outros			
Financiamento	11	Especifica a principal fonte de financiamento para a revisão.	-
Registo	12	Indica o nome e número de registo.	-

Anexos

Anexo 1: Níveis Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence (OCEBM)

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

Question	Step 1 (Level 1*)	Step 2 (Level 2*)	Step 3 (Level 3*)	Step 4 (Level 4*)	Step 5 (Level 5)
How common is the problem?	Local and current random sample surveys (or censuses)	Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances**	Local non-random sample**	Case-series**	n/a
Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis)	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards**	Case-control studies, or "poor or non-independent reference standard**"	Mechanism-based reasoning
What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis)	Systematic review of inception cohort studies	Inception cohort studies	Cohort study or control arm of randomized trial*	Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study**	n/a
Does this intervention help? (Treatment Benefits)	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trials	Randomized trial or observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the COMMON harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, n-of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)**	Case-series, case-control or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning
What are the RARE harms? (Treatment Harms)	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trial	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect			
Is this (early detection) test worthwhile? (Screening)	Systematic review of randomized trials	Randomized trial	Non-randomized controlled cohort/follow-up study**	Case-series, case-control or historically controlled studies**	Mechanism-based reasoning

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.

Anexo 2: Análise do viés metodológico através das *Checklists* JBI para cada estudo incluído

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Maria Medeiro Date 3/06/2024

Authors: Lauanda Barbosa dos Santos, Cláudia Tiemi Mituuti, Karen Fontes Luchesi

Year 2020 Record Number _____

“Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR CASE REPORTS

Reviewer Maria Medeiro Date 3/06/2024

Author: Karen Fontes Luchesi e Isabela Costa Silveira Year 2018 Record Number _____

“Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient’s demographic characteristics clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient’s history clearly described and presented as a timeline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Maria Medeiro Date 3/06/2024

Author: Raymond Fong, BSc, MPhil, Chun-Fung Tsai, BSc, MMedSc, Wilfred Hing-Sang

Wong, PhD, Oi-Yan Yiu, BSc, MMedSc, James Ka Hay Luk ... Year 2019 Record Number _____

“Speech therapy in palliative care and comfort feeding Current practice and way ahead”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR CASE REPORTS

Reviewer Maria Medeiro Date 3/06/2024

Author: Lais Alves Jacinto-Scudeiro, Annelise Ayres e Maira Rozenfeld Olchik Year 2018

Record Number _____

“Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient’s demographic characteristics clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient’s history clearly described and presented as a timeline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer: Maria Medeiro Date 3/06/2024

Author Hilal Zengin, Nimet Evin, Ceren Ersöz Ünlü, Sena Arıcı, Vedat Yildirim, Ilker Taşcı

Year 2023 Record Number _____

"Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit"	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Rita Pires Date 3/06/2024

Authors: Lauanda Barbosa dos Santos, Cláudia Tiemi Mituuti, Karen Fontes Luchesi

Year 2020 Record Number _____

“Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR CASE REPORTS

Reviewer Rita Pires Date 3/06/2024

Author: Karen Fontes Luchesi e Isabela Costa Silveira Year 2018 Record Number _____

“Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient’s demographic characteristics clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient’s history clearly described and presented as a timeline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Rita Pires Date 3/06/2024

Author: Raymond Fong, BSc, MPhil, Chun-Fung Tsai, BSc, MMedSc, Wilfred Hing-Sang

Wong, PhD, Oi-Yan Yiu, BSc, MMedSc, James Ka Hay Luk Year 2019 Record Number _____

"Speech therapy in palliative care and comfort feeding Current practice and way ahead"	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR CASE REPORTS

Reviewer Rita Pires Date 3/06/2024

Author: Lais Alves Jacinto-Scudeiro, Annelise Ayres e Maira Rozenfeld Olchik Year 2018

Record Number _____

“Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos”	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient’s demographic characteristics clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient’s history clearly described and presented as a timeline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer: Rita Pires Date 3/06/2024

Author Hilal Zengin, Nimet Evin, Ceren Ersöz Ünlü, Sena Arici, Vedat Yildirim, Ilker Tasci

Year 2023 Record Number _____

"Transitioning to oral feeding from other routes in the palliative care unit"	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)
