

ARTIGO ORIGINAL

Análise da pertinência dos encaminhamentos para fonoaudiologia de pacientes adultos e idosos em condições ameaçadoras da vida no contexto hospitalar

Luciana Leonicio Pereira Sales¹, Glenda Martins Santos¹, Deborah Santos Sales¹, Fernanda Viana de Albuquerque¹, Fernanda Botinhão Marques^{1,2}, Ana Clara Constantino Pedroso de Sousa¹

¹Hospital Universitário Gaffree e Guinle (HUGG-UNIRIO/EBSERH), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Recebido em: 2 de Março de 2026; Aceito em: 5 de Maio de 2026.

Correspondência: Luciana Leonicio Pereira Sales, lul.fono@gmail.com

Como citar

Sales LLP, Santos GM, Sales DS, Albuquerque FV, Marques FB, Sousa ACCP. Análise da pertinência dos encaminhamentos para fonoaudiologia de pacientes adultos e idosos em condições ameaçadoras da vida no contexto hospitalar. Geronto Bras. 2026;2(3):146-164. doi:[10.62827/gb.v2i3.0014](https://doi.org/10.62827/gb.v2i3.0014).

Resumo

Introdução: A atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos hospitalares requer análise criteriosa da elegibilidade das intervenções, considerando sintomas-alvo, proporcionalidade terapêutica e objetivos de cuidado. Na prática assistencial, observa-se que parte das solicitações de parecer não estão alinhadas às possibilidades reais de intervenção, o que reforça a necessidade de analisar o perfil e a pertinência desses encaminhamentos. **Objetivo:** Avaliou-se a coerência dos encaminhamentos fonoaudiológicos realizados para pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos hospitalares, classificando sua elegibilidade segundo critérios clínicos e éticos definidos pelo Serviço de Fonoaudiologia. **Métodos:** Estudo documental retrospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa (CEP), conduzido por meio da análise de prontuários de pacientes acompanhados entre 2023 e 2024 em um hospital universitário. Foram avaliadas as seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervalo entre admissão e solicitação do parecer, coerência do encaminhamento e motivos da não elegibilidade. **Resultados:** A amostra final incluiu 104 pacientes. O diagnóstico principal mais prevalente foi “outros cânceres”, seguido por tumores de cabeça e pescoço e doenças degenerativas/demências. Quanto ao intervalo

admissão—parecer, 60,6% das solicitações ocorreram nos primeiros cinco dias. Em relação à elegibilidade, 61 encaminhamentos (58,7%) foram classificados como coerentes e 43 (41,3%) como não coerentes. Entre os não elegíveis, predominou a ausência de demanda fonoaudiológica específica (53,5%), seguida por responsividade reduzida (20,9%), prognóstico funcional desfavorável (18,6%) e instabilidade clínica (7%). *Conclusão:* Embora parte expressiva dos encaminhamentos seja adequada, há proporção relevante de solicitações não compatíveis com o escopo fonoaudiológico em cuidados paliativos. Os achados reforçam a necessidade de alinhar critérios de elegibilidade, aprimorar fluxos de encaminhamento e qualificar a tomada de decisão interprofissional.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Hospitalar; Bioética.

Analysis of the relevance of referrals to Speech- language Pathology for adult and elderly patients in life-threatening conditions in the hospital context

Abstract

Introduction: Speech-language pathology intervention in hospital palliative care requires careful analysis of the eligibility of interventions, considering target symptoms, therapeutic proportionality, and care objectives. In clinical practice, it is observed that some of the disadvantages of referrals are not aligned with the real possibilities of intervention, which reinforces the need to analyze the profile and relevance of these referrals. *Objective:* The coherence of speech-language pathology referrals made for adult and elderly patients in hospital palliative care was standardized, classifying their eligibility according to clinical and ethical criteria defined by the Speech-Language Pathology Service. *Methods:* A retrospective documentary study, approved by the Ethics and Research Committee (EPC), was conducted through the analysis of medical records of patients followed between 2023 and 2024 in a university hospital. The following variables were evaluated: main diagnosis, interval between admission and request for a referral, coherence of the referral, and reasons for ineligibility. *Results:* The final sample included 104 patients. The most prevalent primary diagnosis was “other cancers,” followed by head and neck tumors and degenerative diseases/dementias. Regarding the time between referral and consultation, 60.6% of the disadvantages occurred within the first five days. Concerning eligibility, 61 referrals (58.7%) were classified as consistent and 43 (41.3%) as inconsistent. Among the ineligible referrals, the predominant reason was the absence of a specific speech-language pathology demand, therefore due to very poor responsiveness, unfavorable functional impairment, and clinical instability. *Conclusion:* Although a significant portion of the referrals are appropriate, there is a relevant proportion of interventions incompatible with the scope of speech-language pathology in palliative care. The findings reinforce the need to align eligibility criteria, improving referral flows and enhancing interprofessional decision-making.

Keywords: Speech-Language Pathology; Palliative Care; Patient Care Team; Hospital Care; Bioethics.

Resumen

Introducción: La intervención de logopedia en cuidados paliativos hospitalarios requiere un análisis cuidadoso de la elegibilidad de las intervenciones, considerando los síntomas objetivo, la proporcionalidad terapéutica y los objetivos de la atención. En la práctica clínica, se observa que algunas de las desventajas de las derivaciones no se alinean con las posibilidades reales de intervención, lo que refuerza la necesidad de analizar el perfil y la relevancia de estas derivaciones. **Objetivo:** Se estandarizó la coherencia de las derivaciones de logopedia realizadas para pacientes adultos y ancianos en cuidados paliativos hospitalarios, clasificando su elegibilidad según criterios clínicos y éticos definidos por el Servicio de Logopedia. **Métodos:** Se realizó un estudio documental retrospectivo, aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEI), a través del análisis de historias clínicas de pacientes seguidos entre 2023 y 2024 en un hospital universitario. Se evaluaron las siguientes variables: diagnóstico principal, intervalo entre ingreso y solicitud de derivación, coherencia de la derivación y razones de inelegibilidad. **Resultados:** La muestra final incluyó 104 pacientes. El diagnóstico primario más frecuente fue “otros cánceres”, seguido de tumores de cabeza y cuello y enfermedades degenerativas/demencias. En cuanto al tiempo transcurrido entre la derivación y la consulta, el 60,6% de las desventajas se produjeron en los primeros cinco días. Respecto a la elegibilidad, 61 derivaciones (58,7%) se clasificaron como consistentes y 43 (41,3%) como inconsistentes. Entre las derivaciones no elegibles, la razón predominante fue la ausencia de una demanda específica de logopedia, debido a una muy baja capacidad de respuesta, un deterioro funcional desfavorable y la inestabilidad clínica. **Conclusión:** Si bien una parte significativa de las derivaciones son apropiadas, existe una proporción relevante de intervenciones incompatibles con el ámbito de la logopedia en cuidados paliativos. Los hallazgos refuerzan la necesidad de armonizar los criterios de elegibilidad, mejorando los flujos de derivación y potenciando la toma de decisiones interprofesional.

Palabras-clave: Patología del Habla y Lenguaje; Cuidados Paliativos; Grupo de Atención al Paciente; Atención Hospitalaria; Bioética

Introdução

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem centrada na qualidade de vida, no alívio do sofrimento e na preservação da dignidade de pessoas com doenças ameaçadoras da vida. Nesse contexto, a Fonoaudiologia assume papel relevante, especialmente no manejo de funções relacionadas à deglutição, à comunicação, à voz, ao conforto respiratório e ao suporte às famílias. As intervenções em cuidados paliativos devem

ser guiadas pelos princípios da proporcionalidade terapêutica, do foco no conforto e do respeito aos limites impostos pela progressão da doença — fundamentos igualmente aplicáveis à atuação fonoaudiológica. A literatura especializada indica que, diante do declínio funcional característico dessas condições, a prática tende a priorizar estratégias de alívio, manejo conservador, orientação e suporte interprofissional [1–4].

Ainda que existam diretrizes teóricas que orientem a prática fonoaudiológica em cuidados paliativos, não há estudos nacionais que examinem sistematicamente se os encaminhamentos feitos à Fonoaudiologia são coerentes com o estado funcional do paciente, com o momento da internação ou com as possibilidades reais de intervenção. A literatura concentra-se na descrição de condutas, percepções profissionais e manifestações clínicas, mas não investiga se os pedidos de avaliação refletem uma demanda clínica pertinente. Essa lacuna dificulta a organização da assistência, contribui para a sobrecarga de solicitações pouco específicas e pode gerar intervenções desnecessárias ou desalinhadas aos objetivos de cuidado [5–7].

Diante disso, torna-se essencial analisar a pertinência clínica dos pareceres fonoaudiológicos solicitados para pacientes adultos e idosos com doenças ameaçadoras da vida. Tal análise permite identificar padrões de encaminhamento, compreender se há solicitações automáticas ou baseadas

apenas na gravidade do quadro e contribuir para o alinhamento entre prática assistencial, critérios clínicos e princípios fundamentais dos cuidados paliativos [8,9].

Assim, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Em que medida os encaminhamentos fonoaudiológicos realizados para pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos refletem uma demanda clínica coerente — considerando o momento do encaminhamento, o estado funcional e os critérios de elegibilidade para atuação fonoaudiológica — e em que medida representam solicitações genéricas ou não alinhadas aos princípios do cuidado paliativo e às possibilidades reais de intervenção?

O presente estudo buscou avaliar a coerência dos encaminhamentos de pacientes adultos e idosos com doenças ameaçadoras da vida para a equipe de fonoaudiologia, em um hospital universitário, à luz dos critérios clínicos e éticos estabelecidos na pesquisa.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem quantitativa e qualitativa, com delineamento descritivo e retrospectivo. O estudo fundamenta-se na análise de prontuários de pacientes atendidos pela Fonoaudiologia em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024. A escolha desse delineamento permite identificar padrões, características e coerência dos encaminhamentos realizados à Fonoaudiologia no contexto dos cuidados paliativos hospitalares. O estudo foi conduzido no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), instituição pública federal de ensino vinculada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO),

reconhecida por sua atuação integrada em assistência, pesquisa e formação profissional. O hospital dispõe de uma Comissão de Cuidados Paliativos e conta com equipe multiprofissional atuando em diferentes setores assistenciais, favorecendo práticas alinhadas às diretrizes da atenção paliativa e à integração entre categorias profissionais.

O Serviço de Fonoaudiologia atua de forma transversal nas unidades clínicas e cirúrgicas, recebendo encaminhamentos provenientes de diversos setores e prestando assistência especializada conforme as demandas funcionais dos pacientes.

Foram considerados para análise todos os prontuários de pacientes adultos e idosos, em contexto de

doença ameaçadora da vida, que receberam solicitação de parecer fonoaudiológico no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024. A elegibilidade baseou-se na presença de condições clínicas compatíveis com o espectro dos cuidados paliativos, ainda que o paciente não estivesse formalmente acompanhado pelo Comitê de Cuidados Paliativos institucional.

Os critérios de inclusão adotados contemplam pacientes adultos e idosos, com idade igual ou superior a 18 anos, que possuam registro de solicitação de parecer fonoaudiológico, além de diagnóstico médico caracterizado como doença ameaçadora da vida. Também foram considerados apenas prontuários que apresentassem as informações obrigatórias para análise, incluindo diagnóstico principal, data de admissão hospitalar, data do parecer fonoaudiológico e motivo do encaminhamento.

Por outro lado, foram excluídos do estudo pacientes pediátricos, bem como prontuários que não continham registro do parecer fonoaudiológico. Também foram desconsiderados casos com ausência de diagnóstico principal definido e aqueles cujos dados clínicos se mostraram insuficientes ou inconsistentes, impossibilitando a análise adequada das variáveis propostas.

No período estudado, foram identificados 142 pacientes em contexto de cuidados paliativos que receberam solicitação de parecer fonoaudiológico. Desse total, 38 foram excluídos com base nos critérios de exclusão previamente estabelecidos. Por fim, a amostra final analisada foi composta por 104 pacientes.

Os dados foram obtidos por meio de consulta ao sistema eletrônico institucional e aos prontuários físicos dos pacientes incluídos no estudo. Foram analisados exclusivamente registros produzidos pela equipe assistencial durante o período de internação, incluindo evoluções médicas, registros multiprofissionais, solicitações de parecer e registros de atendimentos

da Fonoaudiologia. Não foram realizadas entrevistas, intervenções ou contato direto com os pacientes ou familiares, uma vez que se trata de um estudo documental retrospectivo. Todas as informações extraídas foram registradas em planilha estruturada, elaborada especificamente para este estudo, contemplando as variáveis definidas previamente.

As variáveis selecionadas foram definidas de acordo com os objetivos da pesquisa e operacionalizadas a partir das informações disponíveis nos prontuários eletrônicos dos pacientes. São quatro as variáveis centrais deste estudo compreendem, a saber:

- I. Diagnóstico principal;
- II. Intervalo entre admissão e parecer fonoaudiológico;
- III. Elegibilidade do parecer: coerente / não coerente;
- IV. Motivo da não coerência (A1–A4).

A seguir, descrevem-se cada uma das variáveis incluídas na análise.

a) Diagnóstico principal

Refere-se à elaboração de um conjunto de possíveis doenças que podem estar relacionadas ao quadro do paciente. Ele é essencial porque direciona a investigação clínica, auxiliando na identificação dessas condições ao longo do processo diagnóstico [10]. Essa variável permitiu identificar a distribuição das condições clínicas associadas aos encaminhamentos para a Fonoaudiologia nessa pesquisa [11–14].

b) Intervalo entre admissão e parecer fonoaudiológico

Essa variável quantitativa, expressa em dias, foi calculada pela diferença entre a data de admissão hospitalar do paciente na Unidade Hospitalar e o primeiro registro de parecer fonoaudiológico. A verificação dessa variável é detectada a partir da

solicitação de interconsulta da equipe médica no sistema do prontuário eletrônico da Unidade [13–16].

c) *Elegibilidade do parecer fonoaudiológico*

Essa variável é definida como a necessidade de avaliação fonoaudiológica mais aprofundada nas habilidades de comunicação ou alimentação e deglutição de uma pessoa para determinar a necessidade de tratamento [11,14–19].

Nesse estudo, essa variável foi classificada em duas categorias:

- **Coerente:** quando o motivo do encaminhamento apresentou pertinência clínica e possibilidade real de atuação fonoaudiológica no contexto dos cuidados paliativos [20].
- **Não coerente:** quando o encaminhamento não apresentou justificativa clínica suficiente, ou encontra-se desalinhado aos princípios de proporcionalidade terapêutica, conforto e dignidade [20].

d) *Motivo da não elegibilidade*

Variável qualitativa aplicada apenas aos pareceres classificados como não coerentes. Registra o motivo pelo qual a solicitação não apresentava pertinência clínica ou não se alinhava às possibilidades reais de atuação fonoaudiológica no contexto dos cuidados paliativos [20].

No Quadro 1, consta a descrição das variáveis analisadas no presente trabalho. Elas foram definidas em conformidade com a Associação Americana de Fonoaudiologia (*American Speech-Language Hearing Association – ASHA*) e autores. Desse modo os registros disponíveis nos prontuários eletrônicos e das diretrizes assistenciais empregados pelo Serviço de Fonoaudiologia no hospital em questão, estando alinhadas aos objetivos específicos da pesquisa [13–16,21].

Quadro 1 – Descrição das variáveis adotadas na pesquisa

Variável	Diagnóstico principal	Tempo entre internação e atendimento da Fonoaudiologia	Elegibilidade do parecer fonoaudiológico.	Motivo de não elegibilidade.
Nº	1	2	3	4
Objeto relacionado	Identificar a condição clínica principal responsável pela internação (ex.: câncer, AVC, DPOC, demência, entre outros).	Determinar o tempo, em dias, entre a data de admissão hospitalar e o primeiro registro do parecer fonoaudiológico, analisando o momento do encaminhamento na trajetória de cuidado.	Avaliar se o motivo do encaminhamento apresenta pertinência clínica e possibilidade real de atuação fonoaudiológica no contexto dos cuidados paliativos, classificando-o como coerente ou não coerente	Identificar a razão predominante para a não indicação da intervenção fonoaudiológica, conforme critérios padronizados (A1-A4).

Fonte: American Speech-Language Hearing Association (ASHA), 1997, 2004, 2008, 2026.

Assim, considerou-se coerente o encaminhamento que apresentava pertinência clínica e possibilidade real de atuação fonoaudiológica, de acordo com pelo menos um dos seguintes critérios

conceituais fundamentados pela ASHA. [13–17,22] A saber:

Alteração de deglutição observada ou suspeita:

Situações que envolvem risco potencial de broncoaspiração, sinais clínicos de disfagia ou necessidade de ajustes de consistência e manejo seguro da via oral. A demanda envolve função sob risco e há possibilidade real de intervenção visando segurança ou conforto alimentar.

Alterações de comunicação, fala, linguagem ou voz:

Condições que impactam a interação com equipe e familiares, a expressão de necessidades ou a comunicação funcional, especialmente relevantes em contexto de tomada de decisões. A intervenção pode favorecer a expressão de necessidades, alívio de sofrimento ou facilitação da interação com o cuidado.

Potencial de resposta clínica voltado ao conforto:

Demandas em que a intervenção pode proporcionar alívio de sintomas, manejo de secreções, orientações sobre via oral de conforto, ou facilitação de ingresso mínimo de prazer alimentar. Mesmo em contexto paliativo, há benefício direto e imediato para conforto e bem-estar.

Necessidade de orientações educativas à equipe ou familiares:

Situações em que o papel fonoaudiológico se dá por meio de orientações sobre manejo oral, posicionamento, estratégias de comunicação, segurança alimentar ou cuidados de conforto. O parecer favorece a continuidade do cuidado e melhoria do conforto, mesmo quando não há intervenção direta.

Esses critérios não foram objeto de análise estatística, mas serviram de base conceitual para interpretação da variável “elegibilidade do parecer”, permitindo identificar quando a solicitação apresentava pertinência clínica dentro do escopo da Fonoaudiologia em cuidados paliativos.

Os pareceres classificados como não coerentes foram aqueles em que a solicitação não apresentava pertinência clínica para atuação fonoaudiológica, considerando o contexto dos cuidados paliativos, o estado funcional do paciente e as possibilidades reais de intervenção. Para garantir uniformidade e rigor na classificação, foram definidos critérios institucionais que refletem a prática assistencial do Serviço de Fonoaudiologia do hospital. Esses critérios, definidos pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia 6ª região (CREFONO 6) em consonância com a ASHA descritos a seguir, orientaram a categorização dos encaminhamentos considerados não elegíveis [13–16,23].

A1 – Prognóstico clínico e funcional incompatível:

Pacientes em fase avançada ou terminal de doença, sob manejo exclusivamente de conforto, sem indicação de reabilitação ativa das funções relacionadas à Fonoaudiologia.

Justificativa: a intervenção representaria esforço desproporcional, sem benefício clínico plausível, contrariando o princípio da proporcionalidade terapêutica.

A2 – Instabilidade clínica:

Instabilidade cardiorrespiratória ou hemodinâmica que inviabiliza avaliação segura à beira leito, como hipoxemia importante, uso de altas doses de vasopressores, taquipneia intensa ou oscilações hemodinâmicas.

Justificativa: o risco clínico supera o benefício potencial da intervenção.

A3 – Nível de consciência e responsividade insuficientes:

Rebaixamento significativo do nível de consciência, ausência de vigília sustentada ou

impossibilidade de engajamento mínimo em uma avaliação funcional.

Justificativa: impossibilidade de estabelecer metas terapêuticas funcionais e de avaliar adequadamente as funções orofaciais e comunicativas.

A4 – Ausência de demanda fonoaudiológica específica:

Encaminhamentos sem descrição clara de demanda funcional ou relacionados a condições fora do escopo da Fonoaudiologia (ex.: disfagia predominantemente esofágica, pedidos administrativos, solicitações genéricas como “avaliar via oral”).

Justificativa: inexistência de função-alvo sob risco ou de possibilidade de ganho terapêutico mensurável [1,11].

A seguir temos o quadro 2 com os critérios de não elegibilidade (não coerência) para o parecer fonoaudiológico. Contendo, o código, o critério propriamente dito, descrição e justificativa. Tais critérios foram definidos a partir da prática clínica consolidada pelo Serviço de Fonoaudiologia do hospital e refletem parâmetros utilizados rotineiramente na avaliação de elegibilidade para intervenção em pacientes com doenças ameaçadoras à vida e fundados no protocolo clínico dos Serviços de Fonoaudiologia Hospitalar orientados pelo CREFONO 6ª região em congruência à ASHA. É importante salientar que não se trata de categorias derivadas de instrumentos padronizados da literatura, todavia de critérios operacionais formalizados para fins de sistematização metodológica nesta pesquisa [1,11,13–16,23–26].

Quadro 2 – Critérios A1–A4

Código	Critério	Descrição	Justificativa
A1	Prognóstico clínico e funcional.	Refere-se a pacientes em fase avançada, progressiva ou terminal de doença, conduzidos sob diretriz de manejo exclusivamente de conforto, sem indicação de reabilitação ativa das funções relacionadas à Fonoaudiologia.	A intervenção fonoaudiológica configuraria esforço desproporcional e não alinhando ao princípio da proporcionalidade terapêutica, além de não oferecer benefício clínico plausível.
A2	Instabilidade clínica	Engloba situações de instabilidade cardiorrespiratória ou hemodinâmica que inviabilizam avaliação segura à beira-leito, como hipoxemia, taquipneia acentuada, dependência de altas doses de vasopressores ou deterioração clínica aguda.	O risco clínico supera qualquer potencial benefício do manejo fonoaudiológico, impossibilitando a realização ética e segura da avaliação.
A3	Nível de consciência e responsividade insuficientes.	Abrange pacientes com rebaixamento significativo do nível de consciência, ausência de vigília sustentada ou incapacidade de engajamento mínimo necessário à avaliação funcional da deglutição, da comunicação ou das funções orofaciais.	A ausência de responsividade impede o estabelecimento de objetos terapêuticos funcionais e inviabiliza tanto a avaliação quanto qualquer intervenção ativa.
A4	Ausência de demanda fonoaudiológica específica.	Refere-se a encaminhamentos sem queixa funcional claramente descrita, relacionados a condições fora do escopo da Fonoaudiologia, como disfagia predominantemente esofágica, ou solicitações genéricas não fundamentadas em achados clínicos (ex.: “avaliar via oral”, “avaliar dieta”)	Não há função-alvo sob risco ou possibilidade de ganho terapêutico mensurável, impossibilitando a indicação fonoaudiológica.

Fonte: CREFONO 6ª, ASHA (1997, 2004, 2008, 2026)

O critério ‘condição anatômica inviável para intervenção’ foi considerado na matriz conceitual inicial devido à sua relevância teórica e à recorrência potencial em contextos hospitalares. Entretanto, não foi identificado nos prontuários analisados no período de 2023–2024. Por esse motivo, não integrou a análise quantitativa, permanecendo apenas como referência conceitual.

Nos casos em que um mesmo parecer atendia simultaneamente a mais de um critério de não elegibilidade, aplicou-se um princípio de hierarquização clínica, de modo a evitar duplicidade de registros e garantir consistência analítica. Nesses cenários, foi selecionado como categoria final o critério de maior gravidade ou impacto funcional — aquele que, isoladamente, inviabilizaria a intervenção fonoaudiológica.

A ordem de prioridade estabelecida foi:

A1 – Prognóstico clínico e funcional;

A2 – Instabilidade clínica;

A3 – Nível de consciência e responsividade;

A4 – Ausência de demanda fonoaudiológica específica.

Assim, quando um paciente apresentava, por exemplo, instabilidade clínica associada a rebaixamento de consciência, classificou-se o parecer como A2. Essa padronização assegurou uniformidade na classificação e maior fidedignidade à análise dos dados. A análise dos dados foi conduzida por meio de abordagem quantitativa descritiva, utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 22.0. Todas as informações extraídas dos prontuários foram inseridas em planilha estruturada e revisadas para garantir consistência e completude das variáveis.

As variáveis foram codificadas no SPSS de acordo com sua natureza:

- Variáveis categóricas:
- Elegibilidade do parecer (coerente / não coerente);
- Motivo da não elegibilidade (A1–A4);
- Categorias do diagnóstico principal.
- Variável numérica contínua:
- Intervalo, em dias, entre admissão hospitalar e parecer fonoaudiológico.

Foi realizada revisão manual das categorias atribuídas aos motivos de não elegibilidade, assegurando a correta aplicação dos critérios A1–A4 e do critério de hierarquização previamente estabelecido.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, incluindo:

- Frequências absolutas e relativas (%) para as variáveis categóricas;
- Média, valores mínimo e máximo para o intervalo admissão–parecer.

Essa abordagem permitiu identificar a distribuição dos diagnósticos principais, o tempo transcorrido até o parecer fonoaudiológico e a proporção de encaminhamentos considerados coerentes ou não coerentes.

Foram adotados procedimentos adicionais de controle de qualidade dos dados, incluindo:

- Conferência individual dos prontuários com classificação “não coerente”, garantindo que a categorização A1–A4 fosse aplicada com base no critério predominante;
- Verificação da correta aplicação do critério de hierarquização em casos com múltiplas condições de não elegibilidade;
- Revisão dos cálculos do intervalo admissão–parecer.

As análises foram conduzidas considerando exclusivamente os 104 casos que compõem a amostra final após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Esse estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 e da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil, sob

parecer 7.739.535. Por tratar-se de estudo documental retrospectivo, sem intervenção ou contato direto com participantes, os riscos são mínimos, sendo garantidos anonimato, sigilo e utilização exclusiva dos dados para fins científicos.

Resultados

A caracterização da amostra abrange o diagnóstico principal, o intervalo entre admissão e solicitação do parecer, a coerência dos encaminhamentos e os motivos de não elegibilidade. Esses elementos permitem compreender o perfil clínico-assistencial dos pacientes avaliados e fornecem o contexto necessário para interpretar os resultados relacionados à pertinência dos pareceres fonoaudiológicos.

Conforme observado na tabela 1, intitulada de Distribuição dos diagnósticos principais identificados, a amostra foi composta por 104 pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos que

receberam solicitação de parecer fonoaudiológico no período estudado. Vale ressaltar que os dados da referida tabela foram extraídos a partir das informações contidas nos prontuários eletrônicos dos pacientes internados no HUGG-UNIRIO/EBSERH, pelas autoras da pesquisa, após apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da mesma instituição. O diagnóstico principal mais frequente foi a categoria “outros cânceres”, presente em 61,5% (64) dos casos, seguida pelos tumores de cabeça e pescoço – 14,4% (15). As doenças cerebrovasculares tiveram menor frequência contabilizando 1,9% (2) dos casos, Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos principais identificados.

Diagnóstico Principal	Frequência (n)	Porcentagem (%)
CA de cabeça e pescoço	15	14,4
Outros cânceres	64	61,5
Doenças cerebrovasculares	2	1,9
Doenças Degenerativas/demências	13	12,5
Outras (neurológicas/raras)	10	9,6
Total	104	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

O intervalo entre a admissão hospitalar e a solicitação do parecer fonoaudiológico variou entre 0 e ≥11 dias. Diante disso, observou-se que a

maioria das solicitações foi realizada de forma precoce: 60,6% ocorreram entre 0 e 5 dias de internação. Um total de 9,6% dos pareceres foi solicitado

entre 6 e 10 dias, enquanto 29,8% ocorreram após 11 dias de internação. Esses resultados evidenciam predomínio de encaminhamentos realizados na primeira semana de internação, com menor proporção de solicitações tardias. Veja a Tabela 2,

intitulada de intervalo entre admissão hospitalar e o início do atendimento Fonoaudiológico, elaborada pelas autoras do estudo a partir dos dados dos prontuários eletrônicos do HUGG-UNIRIO/EBSERH:

Tabela 2 – Intervalo entre admissão hospitalar e o início do atendimento Fonoaudiológico (em dias).

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
0 - 5 dias	63	60,6
6 - 10 dias	10	9,6
> ou = 11 dias	31	29,8
Total	104	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 3, cujo título é Coerência na solicitação do parecer fonoaudiológico, foi elaborada pelas autoras com dados dos prontuários eletrônicos do referido Hospital mostra a partir de quantos dias, desde o início da internação, o paciente começou a receber o atendimento fonoaudiológico.

Dos 104 pareceres analisados, 61 (58,7%) foram classificados como coerentes com a atuação fonoaudiológica no contexto dos cuidados paliativos, enquanto 43 (41,3%) foram considerados não coerentes.

Tabela 3 – Coerência na solicitação do parecer fonoaudiológico

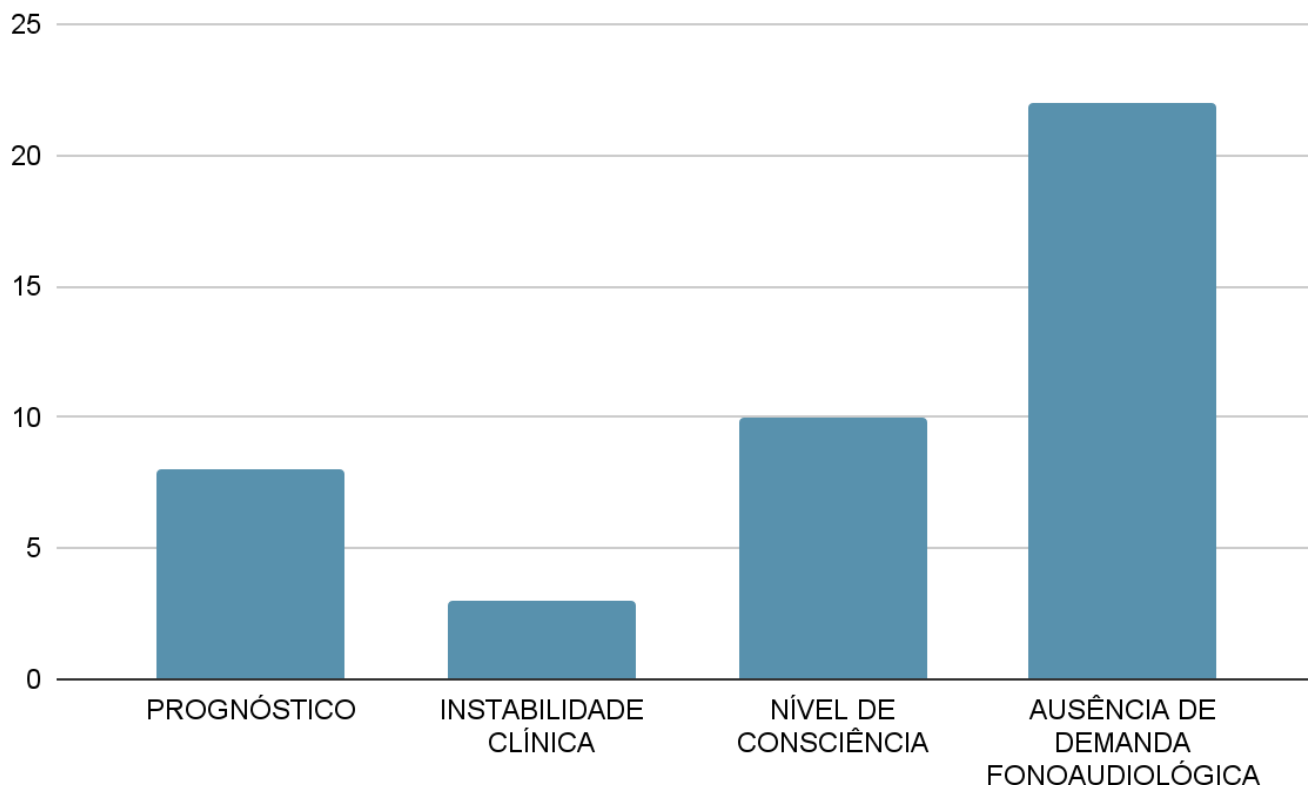
	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	43	41,3
Sim	61	58,7
Total	104	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 1 ilustra os motivos pelos quais as solicitações de pareceres fonoaudiológicos foram considerados inadequados. Dentre os 43 pareceres classificados como não coerentes, a maioria correspondeu à categoria “ausência de demanda

fonoaudiológica específica”, totalizando 53,5%(23) dos casos. Esses encaminhamentos incluíam solicitações genéricas ou queixas sem relação direta com funções sob responsabilidade da Fonoaudiologia, indicando falta de pertinência clínica.

Gráfico 1 – Motivo para considerar o parecer não coerente (Eixo 'y', na vertical a quantidade de pareceres e no eixo 'x' o motivo).



Fonte: Dados da pesquisa

Discussão

A distribuição dos diagnósticos principais observada na amostra reflete o perfil amplamente descrito na literatura como característico dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos especializados, especialmente em contextos hospitalares. Condições oncológicas avançadas, doenças crônicas progressivas e quadros neurológicos degenerativos tendem a cursar com declínio funcional, repercussões na deglutição e alterações de comunicação, variando conforme o estágio da doença e a trajetória individual de adoecimento. Entretanto, o diagnóstico de base, isoladamente, não determina a pertinência da avaliação fonoaudiológica, sendo a elegibilidade dependente de fatores como funcionalidade, responsividade, estabilidade clínica e

objetivos terapêuticos pactuados com a equipe e a família [1,6–8].

A literatura em cuidados paliativos descreve que a trajetória das doenças ameaçadoras da vida é marcada por transições entre fases de estabilidade, declínio funcional e proximidade da morte, exigindo reavaliação contínua dos objetivos terapêuticos. À medida que a doença progride, diminuem-se a responsividade, o potencial de engajamento e a reserva funcional, reduzindo também as possibilidades de intervenções reabilitadoras intensivas e favorecendo condutas focadas em conforto e comunicação possível. A compreensão dessa trajetória é fundamental para determinar quando a intervenção fonoaudiológica ativa é

pertinente e quando ela deixa de ser clinicamente indicada [1,4,9].

O intervalo entre a admissão hospitalar e a solicitação do parecer fonoaudiológico mostrou que boa parte dos encaminhamentos ocorreu nos primeiros dias de internação, o que pode indicar atenção precoce da equipe às possíveis repercussões funcionais desses pacientes. A literatura aponta que a identificação inicial de alterações da deglutição ou da comunicação pode favorecer o manejo de sintomas e a adoção de estratégias de conforto, desde que exista uma demanda funcional clara que justifique a intervenção. Por outro lado, estudos apontam que, em serviços públicos, a interconsulta para a Fonoaudiologia pode ser acionada de maneira ampliada diante de quadros clínicos complexos, especialmente quando não há consenso entre os profissionais sobre o que constitui uma demanda fonoaudiológica específica. Assim, a pertinência da avaliação precoce depende menos do tempo decorrido desde a admissão e mais da existência de um sintoma ou risco que possa ser modificado ou orientado pela intervenção. Ou seja, a antecipação do parecer não pode ser interpretada isoladamente como evidência de benefício, devendo sempre estar vinculada à proporcionalidade terapêutica [4,9–11].

A proporção entre pareceres classificados como coerentes e não coerentes sugere heterogeneidade no entendimento do papel da Fonoaudiologia em cuidados paliativos. Embora parcela significativa das solicitações estivesse alinhada às possibilidades de atuação, uma quantidade expressiva apresentou inconsistências em relação aos critérios que orientam a elegibilidade para intervenção. Em cuidados paliativos, a pertinência da avaliação fonoaudiológica está diretamente relacionada ao potencial de benefício real para o paciente,

especialmente no que se refere ao manejo da deglutição, promoção de conforto e manutenção da comunicação possível. A literatura destaca que intervenções em cuidados paliativos devem ser guiadas pelos princípios da proporcionalidade terapêutica, do equilíbrio entre riscos e benefícios e do respeito aos objetivos de cuidado — fundamentos que também norteiam a tomada de decisão sobre interconsultas fonoaudiológicas. Isso não implica inadequação da equipe, mas evidencia a complexidade inerente ao processo decisório em cuidados paliativos, no qual diferentes profissões manejam níveis distintos de familiaridade com critérios de proporcionalidade e elegibilidade. De forma geral, os achados reforçam a necessidade de alinhamento interprofissional contínuo para que a Fonoaudiologia seja acionada de maneira precisa e eticamente embasada [1,2,7,8,12].

A análise dos motivos que resultaram na classificação dos pareceres como não coerentes mostrou que fatores como prognóstico funcional limitado, instabilidade clínica e rebaixamento importante do nível de consciência (A1–A3) interferiram na possibilidade de intervenção, conforme amplamente descrito pela literatura como determinantes éticos e clínicos para a elegibilidade em cuidados paliativos. Declínio funcional acentuado, fadiga, incapacidade de participação ativa e vulnerabilidade extrema reduzem substancialmente o potencial terapêutico de intervenções fonoaudiológicas e orientam a priorização do conforto [1–3,7,10,13].

Entretanto, o achado mais expressivo foi a predominância da categoria A4 — ausência de demanda fonoaudiológica específica. Essa classificação não se refere à forma como a solicitação foi redigida, mas à falta de correspondência entre o encaminhamento e uma função-alvo passível de intervenção técnica naquele momento. Diversos estudos apontam que, em cenários de

alta complexidade, a interconsulta pode ser acionada de maneira ampliada, motivada por dúvidas sobre o papel das profissões, insegurança da equipe assistencial diante da gravidade do quadro ou falta de clareza nos fluxos internos. Isso reforça a necessidade de aprimoramento da comunicação interprofissional e de maior integração conceitual entre as equipes [5,9,14].

A predominância da categoria A4 reforça, portanto, que a gravidade clínica ou o diagnóstico de base, não determina, por si só, a indicação de avaliação fonoaudiológica. A intervenção só é proporcional quando existe sintoma funcional observável, risco identificado ou possibilidade concreta de orientação que contribua para maior conforto, segurança ou manejo adequado do cuidado. Importante destacar que tal fenômeno não deve ser interpretado como um problema individual ou técnico da equipe solicitante, mas sim como expressão de um desafio estrutural do cuidado em saúde: a necessidade de integração conceitual entre diferentes áreas na tomada de decisão.

Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de fortalecer a comunicação interprofissional e a clareza sobre os critérios de elegibilidade para a atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos. Nessas situações, o fonoaudiólogo desempenha papel não apenas técnico, mas também educativo e consultivo, contribuindo para o alinhamento de expectativas, o manejo de dúvidas e o apoio à tomada de decisões coerentes com os valores e prioridades do paciente. Optar por não intervir, quando essa é a decisão eticamente mais adequada, constitui também um cuidado que promove dignidade e evita procedimentos fúteis, conforme enfatizado pelas diretrizes contemporâneas [15,16].

Assim, a análise integrada dos achados sugere que o aprimoramento dos processos de

comunicação entre as equipes, a oferta de espaços de educação permanente e a consolidação de critérios clínicos claros para o acionamento da Fonoaudiologia podem favorecer encaminhamentos mais alinhados ao potencial de benefício, fortalecendo uma prática ética, proporcional e centrada no paciente. Ao mesmo tempo, o conjunto dos resultados reforça a importância de alinhar expectativas assistenciais e consolidar protocolos que orientem encaminhamentos mais precisos, evitando avaliações desnecessárias e garantindo que a intervenção fonoaudiológica seja direcionada ao alívio do sofrimento e à preservação da dignidade — princípios fundamentais dos cuidados paliativos.

Essas reflexões, sustentadas pelos achados empíricos e pela literatura nacional e internacional, evidenciam a relevância de revisitar fluxos de encaminhamento, qualificar a integração interdisciplinar e promover maior clareza sobre o escopo e o potencial terapêutico da Fonoaudiologia no contexto hospitalar paliativista.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento retrospectivo documental, cuja análise depende exclusivamente das informações registradas em prontuário. A ausência de padronização na forma de descrever sintomas, funções-alvo ou justificativas clínicas nos prontuários pode influenciar a interpretação dos encaminhamentos e dos critérios utilizados para classificar a elegibilidade dos pareceres. Assim, a qualidade e a completude dos registros podem ter limitado a identificação de nuances clínicas relevantes para a decisão de solicitar a avaliação fonoaudiológica.

Outro aspecto a ser considerado é que a pesquisa não avaliou diretamente os pacientes, tampouco acompanhou as condutas realizadas pela equipe de Fonoaudiologia após os pareceres. Dessa forma, as análises basearam-se nas

solicitações formais, sem a possibilidade de investigar percepções profissionais, processos decisórios ou justificativas não registradas pela equipe no momento da interconsulta.

Além disso, trata-se de um estudo conduzido em um único hospital universitário, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros contextos assistenciais, especialmente considerando diferenças de estrutura, composição de equipes, protocolos e fluxos internos. A ausência de análises qualitativas complementares — como entrevistas com profissionais ou grupos focais — também restringe a compreensão mais aprofundada sobre os fatores que influenciam a decisão de solicitar avaliação fonoaudiológica em cuidados paliativos.

Por fim, é importante reconhecer que os

critérios de elegibilidade utilizados para esta pesquisa, embora fundamentados na literatura e alinhados às práticas éticas dos cuidados paliativos, foram aplicados exclusivamente com base nas informações documentadas. A interpretação dessas informações pode não refletir integralmente a complexidade das decisões clínicas em situações de doença avançada.

Ainda assim, essas limitações não comprometem a relevância dos achados, mas reforçam a necessidade de estudos futuros que combinem métodos quantitativos e qualitativos para ampliar a compreensão sobre o papel da Fonoaudiologia na trajetória de pacientes em cuidados paliativos.

Conclusão

Viu-se que embora parcela significativa das solicitações estivesse alinhada às possibilidades de atuação fonoaudiológica, uma proporção expressiva de pareceres não apresentava demanda funcional específica relacionada à deglutição, comunicação ou conforto. Esse achado reforça que a indicação para avaliação não deve se basear exclusivamente no diagnóstico de base ou na gravidade da condição clínica, mas na existência de sintomas ou necessidades concretas que possam ser modificadas ou orientadas pela intervenção fonoaudiológica. A predominância de encaminhamentos sem função-alvo compatível destaca a importância de fortalecer a compreensão interprofissional sobre os critérios de elegibilidade e sobre o papel da Fonoaudiologia no cuidado paliativo. Nesse contexto, o fonoaudiólogo atua não apenas na intervenção direta, mas também na orientação da equipe, no apoio à tomada de decisões proporcionais e na preservação do conforto

e da dignidade, especialmente em cenários de declínio funcional avançado.

Os achados ressaltam ainda a necessidade de aprimorar a comunicação entre as equipes e de consolidar fluxos de encaminhamento que considerem o potencial de benefício real da avaliação, evitando intervenções fúteis ou desnecessárias.

Assim, este estudo contribui para o entendimento das dinâmicas que permeiam a solicitação de pareceres fonoaudiológicos em cuidados paliativos e aponta para a importância de processos educativos contínuos, protocolos claros e abordagens centradas na pessoa. Tais medidas podem favorecer a qualificação da assistência, o uso mais consciente dos recursos profissionais e a integração efetiva da Fonoaudiologia nas decisões compartilhadas, alinhadas aos princípios fundamentais dos cuidados paliativos.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Desenho da pesquisa: Sales LLP; *Obtenção de dados:* Sousa ACCP, Santos GM, Albuquerque FV; *Análise e interpretação dos dados:* Sales DS; *Redação do manuscrito:* Santos GM, Sales LLP; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Marques FB.

Referências

1. Rodrigues M, Santos L. Cuidados paliativos: comunicação, bioética e os últimos momentos. Série: cuidados paliativos, v. 1. vol. 1. 1st ed. Rio de Janeiro, RJ: 2021. ISBN: 978-65-88340-11-0
2. Roque F, Ferreira M. Quality of life of persons with non oncological diseases and dysphagia that need palliative care. *Distúrbios da Comunicação* 2023;35:1–12. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i4e64971>
3. Barbosa LC, de Araújo Pernambuco L, Magalhães H. Quality of life in dysphagia and functional performance of cancer patients in palliative care. *Codas* 2024;36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20242023266PT>.
4. Brasil, Ministério da Saúde, CONASS, Hospital Sirio-Libanês. Manual de Cuidados Paliativos 2020:1–176. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/10/manual-paliativos_HSL-Digital_Set23-1.pdf
5. Santana PPC, Silva JR da, Matias TF, Silva GCA, Ribeiro WA, Andrade M. Speech therapy practice to patients in palliative care: an integrative review. *Research, Society and Development* 2020;9:e108985464. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5464>.
6. Gabriel LB, Rossetto E de M, Martins VB, Berbert MCB. Speech therapy aspects in patients' palliative care. *Revista CEFAC* 2021;23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202123610421>.
7. World Health Organization (WHO). Palliative care. 2023:1–3. Disponível em: <https://doi.org/https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. Acesso em: 20/01/2026.
8. Santos M de FP dos, Martins CM da R. Speech therapy activity in oncological palliative care: an integrative review. *Revista Foco*. 2025;18:e9182. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n7-052>.
9. Kristensen MB, Isenring E, Brown B. Nutrition and swallowing therapy strategies for patients with head and neck cancer. *Nutrition* 2020;69. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.06.028>.
10. Jain B. The key role of differential diagnosis in diagnosis. *Diagnosis* 2017;4:239–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/dx-2017-0005>.
11. Peirano G, Bertolino M, Rodriguez M, Bunge S, Armesto A, Dran G. Interconsultas de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en un hospital general. Características y oportunidad 2019;79:337–44. *Revista Medicina*. Disponível em: <https://doi.org/https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31671382.pdf>.
12. Garcia-Queiruga M, Margusino-Framinan L, Gutierrez Estoa M, Güeto Rial X, Capitán Guarnizo J, Martín-Herranz I. E-Interconsultations between a hospital pharmacy service and primary care

pharmacy units in Spain. *Europ J of Hosp Pharm* 2021;28:202–6. Disponível: <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2019-001978>.

13. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). When to End Services Admission and Discharge Criteria in Speech-Language Pathology [internet]. Acesso em 22/04/2026. Disponível em: <https://www.asha.org/slp/when-to-end-services/>.
14. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Admission and Discharge in Speech-Language Pathology. 1997:01–2.[internet] Acesso em 15/04/2026. Disponível em: https://www.asha.org/slp/admission-and-discharge-in-speech-language-pathology/?srsItid=AfmBOopxhXN6e-QSrosk10jHPihPNh3Bn8tgKC_5Gw.
15. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Adult Dysphagia 2026:01–35 [internet]. Acessado em 10/04/2026. Disponível em: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse_9.
16. Ulrich SR. Ethical Considerations in Patient Discharge. *The ASHA Leader*. 2004;9:21–2. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/leader.miw.09202004.21>.
17. Robbins JA, Butler SG, Daniels SK, Gross RD, Langmore S, Lazarus CL, et al. Swallowing and dysphagia rehabilitation: Translating principles of neural plasticity into clinically oriented evidence. *J Speech Lang Hear Res*. 2008;51. Disponível em: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008\)021](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008)021).
18. Steele CM. Taking the Temperature of the Dysphagia Research Literature: A Search for Peer-reviewed Publications About Compensatory and Rehabilitative Interventions for Dysphagia. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)* 2007;16:18–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/sasd16.2.18>.
19. Miller AJ. Neuroscience of Swallowing: Strategies in Rehabilitation. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)* 2008;17:121–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1044/sasd17.4.121>.
20. Moreira MJ da S, Guimarães MF, Lopes L, Moreti F. Contributions of speech-language pathology in palliative and end-of-life care. *Codas* 2020;32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019202>.
21. Silveira MH, Trench Ciampone MH, Aparecida B, Gutierrez O. Perception of multiprofessional staff of palliative care. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(1):7–16. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>.
22. Schwarz M, Ward EC, Cornwell P, Coccetti A, D’netto P, Smith A, et al. Exploring the validity and operational impact of using allied health assistants to conduct dysphagia screening for low-risk patients within the acute hospital setting. *Am J Speech Lang Pathol* 2020;29:1944–55. Disponível em: https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00060.
23. Conselho Regional de Fonoaudiologia - 6ª Região, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Cuidados paliativos: o olhar fonoaudiológico. Belo Horizonte: CREFONO6; 2025. Acessado em: 02/02/2026. Disponível em: <https://crefono6.org.br/wp-content/uploads/2025/03/cuidados-paliativos-o-olhar-da-fonoaudiologia-2-1.pdf>
24. Lopes MV, França AJC. Bioethics and speech-language therapy in palliative care: an integrative review. *Rev Bioét* 2024;32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420243730pt>.

25. Molin A, Lanferdini IIZ, Vanini S, Ebel A, Picinin D. Palliative Care in hospital care: The multiprofessional team's perception. *Braz. J. Health Ver.* 2021;4:1962–76. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-159>.
26. Santos LB dos, Mituuti CT, Luchesi KF. Speech therapy for patients with oropharyngeal dysphagia in palliative care. *Audiol., Commun. Res.* 2020;25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.