



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM ÁREA DA SAÚDE  
ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA**

**DUANNE NASCIMENTO SILVA**

---

---

**INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO PÓS  
OPERATÓRIO DE FARINGOCOLOPLASTIA POR  
ESTENOSE CÁUSTICA: RELATO DE CASO.**

---

---

**GOIÂNIA  
MARÇO, 2018**

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR O ARTIGO NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital, sem ressarcimento dos direitos autorais, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

### 1. Identificação do Artigo

Autor (a) principal:	Duanne Nascimento Silva		
Co-autores	Maria Luiza Faria de Paiva e Lúcia Inês de Araújo		
E-mail:	duannens@hotmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Título:	Intervenção fonoaudiológica pós faringocoloplastia por estenose cáustica: relato de caso.		
Palavras-chave:	Disfagia; reabilitação; faringocoloplastia; Fonoterapia; queimadura química.		
Título em outra língua:	Speech and language intervention after colopharyngoplasty due to caustic lesion: case report		
Palavras-chave em outra língua:	Deglutition disorders; rehabilitation; colopharyngoplasty; Speech Therapy; Burns, Chemical.		
Área de concentração:	Disfagia		
Data defesa:(dd/mm/aaaa)	21/02/2018		
Programa de Pós-Graduação:	Residência Multiprofissional em Saúde		
Orientador (a):	Maria Luiza de Faria Paiva		
E-mail:	<a href="mailto:paivamlf@hotmail.com">paivamlf@hotmail.com</a>		
Co-orientador (a):	Lúcia Inês de Araújo		
E-mail:	<a href="mailto:liaufg@gmail.com">liaufg@gmail.com</a>		
Enviado para a Revista: Revista brasileira em promoção da saúde			

### 2. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?  total             resumo/abstract

Outras restrições:

\_\_\_\_\_  
Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC do ARTIGO.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do (s) autor (es):

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

**DUANNE NASCIMENTO SILVA**

---

**INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO PÓS  
OPERATÓRIO DE FARINGOCOLOPLASTIA POR  
ESTENOSE CÁUSTICA: RELATO DE CASO.**

---

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás, como requisito parcial para obtenção do Título de Residente Multiprofissional em Saúde.

Orientador: Maria Luiza Faria de Paiva

Co-orientador: Lúcia Inês de Araújo

**Goiânia, 2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

NASCIMENTO SILVA, DUANNE  
INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO PÓS OPERATÓRIO DE  
FARINGOCOLOPLASTIA POR ESTENOSE CÁUSTICA: RELATO DE  
CASO [manuscrito] : FONOTERAPIA PÓS FARINGOCOLOPLASTIA/  
DUANNE NASCIMENTO SILVA, MARIA LUIZA FARIA DE PAIVA,  
LÚCIA INÊS DE ARAÚJO. - 2018.  
XXXIX, 39 f.: il.

Orientador: Profa. MARIA LUIZA FARIA DE PAIVA; co  
orientadora LÚCIA INÊS DE ARAÚJO.

Trabalho Final de Curso (Especialização) - Universidade Federal de  
Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação  
em Ciências da Saúde, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras.

1. DISFAGIA. 2. REABILITAÇÃO. 3. FARINGOCOLOPLASTIA. 4.  
FONOTERAPIA. 5. QUEIMADURA QUÍMICA. I. FARIA DE PAIVA,  
MARIA LUIZA. II. DE ARAÚJO, LÚCIA INÊS. III. FARIA DE PAIVA,  
MARIA LUIZA, orient. IV. DE ARAÚJO, LÚCIA INÊS, co-orient. V. Título.

CDU 616.89-008.434

**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, do Hospital das Clínicas, da  
Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA**

**Residente: Duanne Nascimento Silva**

---

**Orientador(a): Maria Luiza de Faria Paiva**

---

**Co-Orientador(a): Lúcia Inês de Araújo**

**Membros:**

**1. MARIA LUIZA DE FARIA PAIVA**

**2. INÊS JANAÍNA DE LIMA AMARAL**

**3. FERNANDO CORREA AMORIM**

**Data: 21.02.2018**

---

## AGRADECIMENTOS

---

*Toda minha gratidão a Deus por ser a minha fonte, minha rocha, meu escudo e por me permitir viver os sonhos Dele na minha vida, sou resultado da Sua graça e amor. Agradeço a oportunidade de ter sido residente e por essa experiência me permitir crescer e aprender não só como profissional, mas também como ser humano.*

*Agradeço à minha família por me apoiaram e torcerem por minhas conquistas e expresso minha imensa gratidão à minha mãe, Euricia Nascimento, por me incentivar e se fazer presente mesmo tão longe, por fazer dos meus sonhos, os seus. Seu auxílio, cuidado e companheirismosão essenciais pra minha vida.*

*Sou grata a meus amigos, Layse Cabral, Cissa Coelho e Guilherme Messias e tantos outros que me acolheram em Goiânia e se tornaram parte da minha família, por entenderem minha ausência em tantos momentos e por me incentivarem em todos os meus objetivos até aqui. Ter amizade de vocês é uma dádiva.*

*Vou levar para a vida, tudo o que tive a oportunidade de aprender e compartilhar com minhas amigas fonoaudiólogas residentes, Scherley Tavares e Marisa Menezes nesses dois anos. Grata pelo incentivo, amizade, companheirismo e tantos momentos compartilhados. A presença de vocês nessa trajetória com certeza tornou a caminhada mais leve.*

*Às minhas colegas da equipe multiprofissional Rogiane Oliveira (Fisioterapeuta), Ludmila Macedo (Psicóloga), Tatyane Nogueira (Nutricionista) e Georlúcy Katia (Enfermeira), que se tornaram amigas e com as quais convivi e pude aprender muito. Ser residente ao lado de vocês me permitiu uma visão mais integral dos nossos pacientes, isso é valioso.*

*Gratidão as minhas preceptoras, Fga Lúcia Inês e Fga Maria Luiza por terem nos acolhido e nos ensinado desde o primeiro dia muito mais que prática e teoria. Aqui cabe dizer que “se vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes”. Com certeza, por onde for, levarei muito do que aprendi com vocês na minha atuação profissional.*

*Imensamente agradecida à minha banca do TCC, Dr Fernando Amorim e a Fga Inês Janaína por se disponibilizarem a contribuir com meu trabalho por meio de seus conhecimentos e experiências.*

*Por último e não menos importante, deixo meu agradecimento a todos os pacientes que pude conhecer e fazer parte de suas histórias por meio da fonoaudiologia. Conhecê-los e me deparar com suas dificuldades me fez buscar maneiras de ajudá-los e assim pude aprimorar meu conhecimento e alargar minhas experiências, além de ressignificar muito dos meus conceitos.*

## **SUMÁRIO**

---

RESUMO	2
ABSTRACT	3
INTRODUÇÃO	4
SÍNTESE DOS DADOS	7
a) AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	9
b) FONOTERAPIA	9
c) DISCUSSÃO	13
CONCLUSÃO	16
REFERERÊNCIAS	19
ANEXO 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	21
ANEXO 2 ESCALA DE INGESTA POR VIA ORAL- FOIS	23
ANEXO 3 NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO	24
FIGURA 1 VIDEOFLUOROSCOPIA PRÉ OPERATÓRIO	27
FIGURA 2 VIDEOFLUOROSCOPIA PÓS OPERATÓRIO	28

---

---

## **TABELAS, FIGURAS E ANEXOS**



Anexo 2 Escala Funcional de Ingesta Via Oral – FOIS	27
Figura 1 Videofluoroscopia da deglutição pré operatória	27
Figura 2 Videofluoroscopia da deglutição pós faringocoloplastia	28

## TÍTULO

### INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PÓS FARINGOCOLOPLASTIA POR ESTENOSE CÁUSTICA: RELATO DE CASO.

*Speech and language intervention after colopharyngoplasty due to caustic lesion: case  
report*

Título resumido: Fonoterapia pós faringocoloplastia (descrição de experiência).

#### **Duane Nascimento Silva**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás.

Primeira Avenida, s/nº, Bairro: Setor Leste Universitário. CEP: 74605-020 Goiânia  
Goiás, Brasil.

Telefone do autor: (62) 982788653

E-mail: [duannens@hotmail.com](mailto:duannens@hotmail.com)

#### **Maria Luiza de Faria Paiva**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás.

#### **Lúcia Inês de Araújo**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-Goiás.

Não há fonte financiadora.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a contribuição da fonoaudiologia na reabilitação da disfagia de um paciente submetido à faringocoloplastia por ingesta cáustica. **Síntese dos dados:** Relato de caso retrospectivo, realizado num hospital universitário, em Goiânia – Goiás, Brasil. Sobre uma paciente que necessitou de reconstrução do trânsito alimentar pós ocorrência de estenose esofágica associada a comprometimento faríngeo por ingesta de substância cáustica; descreveu-se o histórico médico, avaliação fonoaudiológica clínica e instrumental, por meio da videofluoroscopia da deglutição, as estratégias fonoterapêuticas e a descrição da evolução da terapia por meio de uma escala de ingesta via oral. A ocorrência de disfagia pós faringocoloplastia é considerável e por não haver descrição da atuação fonoaudiológica, permitia ocorrência de tratamentos empíricos. **Conclusão:** O procedimento de faringocoloplastia exige tratamento integral e multidisciplinar para o sucesso funcional pós operatório e a reabilitação fonoaudiológica da disfagia é fundamental para potencializar o sucesso funcional. O manejo fonoterapêutico em nosso relato demonstrou eficácia reestabelecendo a via oral segura e prazerosa para a paciente e devolvendo-lhe qualidade devida.

**Descritores:** Disfagia; reabilitação; faringocoloplastia; fonoterapia; queimadura química.

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the speech - language intervention after colopharyngoplasty due to caustic lesion of one patient. **Data synthesis:** retrospective case report performed at the university hospital, in Goiânia - Goiás, Brazil. For the description of a patient in need of reconstruction of the digestive tract after the occurrence of esophageal stenosis associated with pharyngeal involvement due to caustic ingestion; the clinical history, clinical and instrumental evaluation of swallowing by videofluoroscopy of swallowing, the speech therapy of swallow and the description of the evolution by means of an oral intake scale. The occurrence of dysphagia after colopharyngoplasty is considerable and there is no description of the speech-language pathology therapy, allowing the occurrence of empirical treatments. **Conclusion:** The colopharyngoplasty procedure requires comprehensive and multidisciplinary treatment for postoperative functional success and a speech-language pathology rehabilitation of dysphagia is very important for functional success. The therapeutic management in our report was effective in restoring the safe and pleasurable oral route to the patient and restoring the quality of life.

**Key words:** Deglutition disorders; rehabilitation; Colopharyngoplasty; Speech therapy; Chemical burns.

## INTRODUÇÃO

A ingestão de substâncias cáusticas causa grande preocupação devido à severidade dos casos, fato que é agravado pelo seu fácil acesso, pois estão presentes em diversos produtos de uso doméstico<sup>(1,2)</sup>.

Elementos cáusticos são aqueles que em contato com componentes celulares como água, proteína e lipídios, reagem provocando destruição dos tecidos em decorrência da alta temperatura das reações químicas<sup>(3)</sup>.

Existem variadas soluções com propriedades corrosivas, sendo mais conhecidas, aquelas encontradas em produtos de limpeza como branqueadores, detergentes etc, dentre estes, podemos diferenciá-los em dois grupos: os ácidos (ácido clorídrico, sulfúrico, acético entre outros) e os álcalis (soda cáustica, hidróxido de lítio etc)<sup>(3,4)</sup>.

A lesão decorrente da ingestão cáustica é categorizada como queimadura química, que pode ser provocada tanto por ácido quanto por álcali, sendo este último um dos agentes mais comuns da queimadura e tem a soda cáustica (hidróxido de sódio) como seu agente mais conhecido<sup>(5)</sup>.

A ingestão cáustica acidental é mais comum entre as crianças, enquanto que entre os adultos, a causa mais frequente é a tentativa de autoextermínio<sup>(6-8)</sup>. A gravidade das lesões causadas por queimadura decorrentes de agentes químicos depende de fatores como: tipo (ácido ou alcalino), quantidade ingerida, a concentração, nível de acidez (potencial hidrogeniônico – pH), duração de exposição sobre a mucosa, bem como a intenção do indivíduo<sup>(5-8)</sup>. As lesões podem acometer a cavidade oral, laringe, faringe, esôfago e estômago; causar sintomas como náuseas, vômitos, febre, taquicardia, dor retroesternal, odinofagia, sialorreia, dispneia, disfonia, disfagia, sendo este último o sintoma mais comum e persistente, em

casos mais severos pode ocorrer estenose esofágica, perfurações e fístula traqueo-esofágica (2,9-11).

As lesões cáusticas podem causar alterações anatômicas no trato aerodigestivo, interferindo nas funções de mastigação, deglutição e fonação, principalmente quando estas são mais significativas em boca e orofaringe<sup>(10,12)</sup>. Tal ocorrência pode levar a alterações na ejeção posterior do bolo alimentar, diminuição da pressão intra-oral, alterações no fechamento velofaríngeo, diminuição do peristaltismo e alterações vocais<sup>(10,13)</sup>. A complicação mais importante em longo prazo é a formação de estenose de esôfago que, por sua vez, pode causar disfagia e obstrução da saída gástrica, requerendo dilatações repetidas<sup>(2,14)</sup>.

Disfagia é um sintoma que pode referir-se tanto à dificuldade de iniciar a deglutição, chamada disfagia orofaríngea, bem como à sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos retêm-se de algum modo na passagem até o estômago, chamada disfagia esofágica. Pode ainda ocasionar alterações do estado de hidratação e nutrição do indivíduo, além de comprometer o aparelho respiratório elevando o risco de pneumonia broncoaspirativa<sup>(15,16)</sup>.

Para diagnosticar a disfagia realiza-se uma minuciosa avaliação clínica e por vezes, a avaliação instrumental é necessária<sup>(17)</sup>. O diagnóstico por meio da avaliação clínica aborda aspectos estruturais e funcionais envolvidos no processo deglutitório, favorecendo a conduta do fonoaudiólogo quanto à alimentação segura e norteia estratégias de reabilitação, entretanto, a avaliação é subjetiva<sup>(17)</sup>.

Quando necessário realizar uma avaliação complementar e objetiva, destaca-se a Videofluoroscopia da deglutição ou Videodeglutograma (VFD). É considerado padrão ouro no diagnóstico de distúrbios de deglutição e pacientes de todas as idades e com as mais variadas doenças podem beneficiar-se de sua realização, pois pode detectar alterações neste processo e orientar o tratamento<sup>(17-19)</sup>. Trata-se de um exame radiológico dinâmico, caracterizado pela ingestão de alimentos em diferentes consistências e volumes, misturados ao sulfato de bário que permite visualização das fases da deglutição e de disfunções anatômicas e funcionais das estruturas envolvidas nesse processo<sup>(18,19)</sup>.

Além da avaliação instrumental por meio da VFD, utilizou-se uma escala funcional para demonstrar a eficácia da fonoterapia, a FOIS (Functional Oral Intake Scale) validada no ano de 2015, que tem por objetivo graduar a quantidade de ingesta via oral. Os níveis da escala vão de 1 a 7, onde o nível 1 equivale a nada por via oral e o nível 7 equivale a via oral total sem restrições<sup>(20)</sup>. (Anexo 3)

É desafiador o manejo do envolvimento faringoesofágico por ingesta cáustica, pois, apesar de haver opções terapêuticas, ainda não há um consenso e cada paciente deve ser avaliado de maneira individualizada<sup>(21,22)</sup>. Quando a dilatação não é suficiente para reverter o quadro de obstrução esofágica e/ou o comprometimento envolve a faringe e a região cérvico-torácica do esôfago, a interposição cólica deve ser considerada para o reestabelecimento do trato digestivo superior<sup>(21,23)</sup>.

Em relação à reconstrução do trânsito alimentar em portadores de estenose cáustica do esôfago associado a comprometimento faríngeo, existem técnicas cirúrgicas que utilizam o estômago ou o cólon, a utilização do cólon como víscera transposta já está bem estabelecida na literatura<sup>(6,21,24-26)</sup>, tal fato justifica-se pela faringocoloplastia necessitar de um segmento anatômico longo, para que seja possível alcançar a região cervical e realizar a anastomose, também por apresentar um suprimento sanguíneo mais

constante e uma maior capacidade de propulsão, facilitando assim o peristaltismo do bolo alimentar sólido<sup>(21,27)</sup>. Entretanto, resultados insatisfatórios são comuns após a faringocoloplastia, entre as principais complicações do pós-operatório precoce está a aspiração, a pneumonia e a disfagia, sendo essa última uma morbidade de ocorrência significativa<sup>(21)</sup>.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) estabelece que o fonoaudiólogo é o profissional legalmente capacitado para o exercício de habilitação da deglutição e reabilitação da disfagia entre outras competências no atendimento à população em todos os ciclos de vida<sup>(28)</sup>.

Diversos autores relatam a necessidade de atuação multidisciplinar de longo prazo para a reabilitação da deglutição desses pacientes<sup>(21,27,29)</sup>, contudo, não há relato na literatura com intuito de expor a contribuição do profissional fonoaudiólogo na reabilitação desses casos.

Considerando as possíveis complicações orofaríngeas decorrentes da ingestão cáustica e a ocorrência de modificações e adaptações anatomofisiológicas pós-faringocoloplastia, este estudo objetivou em descrever a contribuição da fonoaudiologia, na reabilitação da disfagia, de um paciente submetido ao procedimento cirúrgico relatando sua evolução, de maneira eficaz e eficiente, de forma a potencializar os resultados funcionais.

## **1. SÍNTESE DOS DADOS**

Estudo qualitativo retrospectivo em forma de relato de caso clínico, de um 1 paciente, submetido à faringocoloplastia com histórico de ingestão cáustica. Os dados foram coletados por meio de revisão do prontuário. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica e Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás



(CEP) por meio do parecer de número 1.964.953.

Paciente do gênero feminino, 41 anos de idade, residente em Goiânia – Goiás, foi encaminhada ao serviço de emergência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) no ano de 2010, depois de 60 dias de ter ingerido soda cáustica (hidróxido de sódio/soda cáustica) por intenção de autoextermínio, no momento, apresentava disfagia, tosse frequente, engasgos, regurgitação e falta de ar. Estado geral regular, ex-tabagista, desnutrida, dispneica, sialorreica, febril e desidratada.

Logo após foi submetida a exames entre eles: endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou estenose de orofaringe, radiografia de tórax o qual evidenciou pneumotórax à esquerda e infiltrados bilaterais, e a radiografia de esôfago demonstrou estenose esofágica e fístula traqueo- esofágica. Paciente foi submetida à traqueostomia, drenagem torácica e gastrostomia, respectivamente, ainda no ano de 2010.

Posteriormente, em 2012 ao exame de videonasofibrolaringoscopia diagnosticou-se estenose supraglótica com diâmetro compatível com a respiração e aspectos cicatriciais de acidente cáustico. Em orofaringe havia processo cicatricial com retração fibrótica e fixação da epiglote, laringe com mobilidade de pregas vocais com comissura anterior fibrótica e a traqueia com retração cicatricial e diminuição da luz em 4 centímetros abaixo da glote.

No período entre 2012 e 2014, a paciente manteve seguimento ambulatorial com equipe médica, nutrição e psicologia. Foi submetida a dilatações esofágicas nesse período. Em janeiro de 2016, realizou-se VDF, utilizando o protocolo usado na instituição (HC/UFG), evidenciando que o conteúdo ingerido (líquido) acumulava no terço superior do esôfago com passagem de apenas um filamento do volume, diagnosticando estenose em terço superior do esôfago. (Figura 1 – videofluoroscopia da deglutição préoperatória)

Deu-se seguimento médico ambulatorial até a realização da cirurgia de

esofagectomia e faringocoloplastia com interposição retroesternal do cólon transverso e anastomose faringo-cólica posterior no ano de 2016.

### **a) AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA**

A paciente foi avaliada pela equipe de fonoaudiologia, no 4º dia após operatório da faringocoloplastia, à beira leito, com sinais vitais dentro dos padrões de normalidade, respiração espontânea em ar ambiente, presença de estoma cervical em processo de cicatrização, dieta exclusiva por gastrostomia. Apresentava ainda, paresia em hemiface esquerda, dificuldade articulatória, qualidade vocal hipernasal, língua e palato mole com retração cicatricial, diminuição da mobilidade lingual, vedamento labial insuficiente e assimétrico, sialorreia, reflexos de vômito e tosse presentes.

Na avaliação fonoaudiológica, verificou-se que a paciente não apresentava reação motora da deglutição e exibia sinal de toalha molhada “cuspi num paninho ou em sacos plásticos”, pois era frequente a ocorrência de engasgos e tosse. Ao solicitar a deglutição da saliva, verificou-se sialoestase, deglutições múltiplas, tosse intensa, voz molhada, ausculta cervical positiva. Foram necessárias manobras fonoaudiológicas protetivas para ocorrer *clearance* laríngeo.

Constatou-se ainda que, a paciente utilizava o recurso empírico de chupar pirulito, orientada pela equipe médica como forma de reabilitar a deglutição. Por meio do protocolo de avaliação clínica da deglutição utilizado no HC-UFG, concluiu-se o diagnóstico fonoaudiológico de disfagia mecânica grave, FOIS nível 1 – nada por via oral.

### **b) FONOTERAPIA**

Com o objetivo terapêutico de regressão do quadro de hemiparesia facial e reabilitação da deglutição de maneira eficaz e eficiente, a paciente foi submetida à

estimulação de pontos motores da face, exercícios para aumento de força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios (OFAS) e treino deglutição. Recebeu orientações para realizar exercícios 3 vezes ao dia, sendo que a fonoterapia com a presença da fonoaudióloga ocorria diariamente no período de internação. Após a alta, o acompanhamento passou a ser ambulatorial, ocorrendo 1 vez por semana com sessões de 40 minutos.

As estratégias de reabilitação utilizadas inicialmente basearam-se em:

- Estimulação de pontos motores da face;
- Manobras posturais: cabeça fletida, cabeça para trás;
- Manobras de deglutição: deglutição de esforço, massako, deglutições múltiplas e elevação digital da laringe;
- Exercícios de mobilidade laríngea: grave/agudo a-i, protrusão exagerada da língua.
- Treino direto da deglutição com oferta via oral;
- Consistência alimentar: iniciou-se o processo de introdução alimentar com a consistência líquida, líquida pastosa, pastosa e sólida respectivamente.

A introdução de volume de dieta iniciou-se no primeiro mês pós-operatório com líquido em 2 ml medido em seringa e ofertado em copo, a deglutição foi associada a manobras facilitadoras. Posteriormente, quando a paciente já não apresentava tosse, engasgos e diminuição da saturação de oxigênio como volume, houve progressão para 3mls e 5 mls respectivamente, ocorrendo episódios assistemáticos de tosse e engasgo, FOIS 2 - dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido.

Ressalta-se que a paciente recebia orientações para reproduzir os treinos em casa utilizando as manobras facilitadoras e protetivas necessárias, em volume previamente acordado.

No 2º mês de acompanhamento fonoaudiológico, a paciente já realizava ingestão segura e confortável da consistência líquida, cerca de 400 ml/dia, fracionados, com diminuição da sialostase em cavidade oral e sem sinais clínicos sugestivos de aspiração laringo-traqueal, evoluindo para o FOIS nível 3 - dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido.

Ao 3º mês a paciente realizava ingestão oral segura de consistência líquida e iniciou treino de consistência líquida pastosa, a progressão ocorreu associada aos exercícios e manobras, principalmente as manobras de deglutição que facilitavam a propulsão como a deglutição com esforço e deglutições múltiplas, com evolução do FOIS ao Nível 4 - via oral total de uma única consistência. Em casa, ingeria líquidos em volume livre e realiza treino de deglutição com cerca de 500 ml (fracionados ao longo do dia) de iogurtes, vitaminas, mingais finos, etc.

No 4º mês de terapia foi submetida à intervenção cirúrgica para fechamento do estoma da traqueostomia, que estava em processo cicatricial e à VFD, evidenciando deglutição funcional nas fases oral e orofaríngea nas consistências testadas (líquida, líquida pastosa) e disfagia esofágica leve para a consistência pastosa, sendo possível a evolução para FOIS nível 5 - via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações. (Figura 2- videofluoroscopia da deglutição após 4 meses de fonoterapia)

No 5º mês, deu-se início ao treino de dieta pastosa (pão sovado, macarrão, legumes cozidos, frutas macias, etc). A paciente realizava adequado gerenciamento salivar, não apresentando sinal da toalha molhada, melhora significativa da simetria facial com regressão da hemiparesia e melhora da mobilidade lingual. Relatava ainda episódios de regurgitação e vômitos esporádicos. Recebeu orientações quanto aos cuidados à ingesta: postura, volume, velocidade e manobras necessárias. Permanecendo em FOIS

nível 5.

Ao final do 6º mês a paciente já utilizava a via oral para ingestão de líquido, líquido pastoso e pastoso em volume livre, apenas um suplemento alimentar prescrito por nutricionista era administrado via gastrostomia. Permanecendo FOIS nível 5, com a inclusão de diversos alimentos, os quais eram ingeridos em treino no ambulatório e posteriormente, liberados para ingestão em casa.

Já no início do 7º mês de acompanhamento, iniciou-se a introdução de dieta sólida, nesse período foi necessário treino específico para mastigação, pois a paciente apresentava dificuldade em realizar incisão e trituração eficiente dos alimentos, dificultando a formação do bolo alimentar e conseqüentemente dificultando a deglutição segura. Entretanto, com treino e orientações, foi possível evoluir a consistência alimentar e o FOIS para o nível 6 - via oral total com múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares.

No 8º mês, a paciente seguia em fonoterapia, com ingesta via oral com múltiplas consistências em todas as refeições e volume livre, sem necessidade de associação de suplementação via gastrostomia e foi submetida novamente a VFD para reavaliação instrumental da eficácia e segurança da deglutição pós fonoterapia. Infelizmente, por problemas técnicos, não foi possível gravar o exame, sendo disponibilizado somente o laudo que concluiu deglutição funcional para todas as consistências, trânsito esofágico adaptado, porém beneficiando-se com alteração de consistência. Permanecendo em FOIS nível 6.

Após 9 meses, a paciente apresentava condições funcionais para ingestão de dieta livre por via oral sem restrições, com adequado gerenciamento salivar, ausência de sinais clínicos de aspiração laringo-traqueal, regressão total da hemiparesia facial, mastigação eficiente e deglutição segura com escala de ingestão por via oral FOIS nível 7 – Via oral

total sem restrições. Caracterizando a deglutição como funcional e apta a altafonaudiológica.

### c) DISCUSSÃO

A ingestão de substâncias corrosivas e seus malefícios ao sistema gastrointestinal é considerado um problema de saúde pública grave<sup>(30)</sup>. Um estudo brasileiro aponta que, a ingestão desses elementos leva à estenose esofágica em até 33% dos casos registrados no país e a soda cáustica como elemento mais comumente ingerido<sup>(31)</sup>.

O padrão de ingesta é variável de acordo com a localização geográfica, na maioria das vezes é associada aos costumes locais e a facilidade ao acesso a uma substância particular, por exemplo, na Índia e na Turquia os ácidos tiveram maior incidência de ingestão, nos EUA o branqueador era mais frequentemente ingerido, já na Sérvia, França e Brasil o álcalis<sup>(24)</sup>. Tal fato pode ser justificado no Brasil por diversos produtos de limpeza, que são facilmente adquiridos, terem em seus compostos elementos cáusticos à base de álcalis como desinfetantes, água sanitária, detergentes, etc.

A idade média de ocorrência de ingesta é variável, sendo apontada a 4ª década de vida como a mais frequente nos casos de tentativa suicida<sup>(2)</sup>. Um estudo de Dray e Cattani, com 315 pacientes adultos que foram internados por ingestão cáustica demonstrou que, 138 deles (43,8%) eram homens e 177 (56,2%) mulheres e a idade média era de 15 a 40 anos. A ingestão ocorreu com intenção de autoextermínio em 239 pacientes (76%) e acidental em 73 pacientes (23%). 90 pacientes utilizaram a soda cáustica (29%), 107 deles, a lixívia (34%) e 24 utilizaram ácidos fortes (8,6%)<sup>(25)</sup>. Os achados descritos corroboram com o perfil do paciente descrito nesse relato.

A ocorrência de estenose esofágica pós ingesta é significativa<sup>(6,7,15,22)</sup>, incidindo em até 80% dos casos dependendo do grau da queimadura e explica-se pela deposição de colágeno e fibrose que ocorre após a recuperação da lesão inicial causando retração

cicatricial resultando em encurtamento e estenose esofágica<sup>(6,11)</sup>.

Quando não há resultados eficazes com a dilatação, sendo este o tratamento conservador mais comum, a presença da estenose pode causar disfagia a ponto de incapacitar o indivíduo a deglutir saliva<sup>(7)</sup> e comprometer seu aporte nutricional<sup>(6)</sup>, nesses casos a cirurgia é inevitável<sup>(6)</sup>. Após a constituição da neofaringe, é esperado falta de sensibilidade e baixa capacidade propulsora, afetando assim o impulso mecânico necessário para realizar o adequado trânsito do bolo alimentar no primeiro estágio voluntário da deglutição, por meio da anastomose, levando a episódios recorrentes de estase no nível da entrada da laringe potencializando o risco de aspiração e pneumonia, podendo resultar em gravidade do quadro clínico do indivíduo<sup>(26)</sup>.

Nesta experiência, foi possível observar a necessidade de intervenção fonológica para melhorar a mobilidade e capacidade propulsora da neofaringe por meio da adequada preparação do bolo alimentar na fase oral da deglutição, associada a manobras facilitadoras, diminuindo significativamente as queixas de disfagia.

Quanto à reabilitação, a literatura pesquisada relata a necessidade de uma abordagem multidisciplinar<sup>(25,27,32-34)</sup>, inclusive afirmam que o sucesso pós-operatório depende do sucesso funcional<sup>(21)</sup>.

Lobeck *et al.*, realizaram um estudo de abordagem multidisciplinar que, relatou a atuação fonológica em todos os pacientes submetidos a faringocoloplastia com o objetivo de aperfeiçoar a deglutição<sup>(34)</sup>. Entretanto não foi encontrada nas bases pesquisadas, literatura que descrevesse as estratégias e/ou planejamento terapêutico utilizados no processo de reabilitação desses pacientes.

É comum que os pacientes necessitem de uma via alternativa de alimentação por gastrostomia ou jejunostomia para correção da desnutrição enquanto a via oral não pode

ser estabelecida<sup>(23,32)</sup>. Neste relato, a paciente utilizou a gastrostomia como única via alimentar por 6 anos, até ser submetida a cirurgia e poder iniciar treinos de deglutição. Por alguns meses, a paciente necessitou de associação de nutrição via gastrostomia e via oral para auxiliar no ganho de peso enquanto se restabelecia a via oral o suficiente para manter seu aporte calórico, somente após, a gastrostomia foi removida.

A nutrição oral pôde ser iniciada entre 5<sup>(21)</sup> a 10 dias<sup>(35)</sup> após a reconstrução. No presente estudo a introdução de dieta oral ocorreu cerca de 15 dias após o procedimento cirúrgico, assim que iniciou-se o atendimento ambulatorial, contudo a paciente já realizava exercícios para minimizar alterações do complexo orofaríngeo e manejo de saliva, orientados pela fonoaudióloga.

A reabilitação da deglutição funcional, é relatada como aparentemente difícil e demorada, levando a necessidade de um programa a longo prazo formado por uma equipe multidisciplinar para alcançar esse objetivo<sup>(21)</sup>. Durante o processo entre o pré e pós cirúrgico, a paciente recebeu atendimento médico, nutricional, fisioterapêutico e psicológico, entretanto em momentos diferentes durante as diversas internações hospitalares, e o atendimento fonoaudiológico ocorreu somente no momento pós cirúrgico.

Vale ressaltar que o objetivo da reabilitação da disfagia foi propiciar uma deglutição com eficácia e eficiência, tais termos são conceituados respectivamente por Furkim<sup>(20)</sup> como: a) o retorno de nutrição adequada por via oral e segurança de deglutição e, b) o impacto positivo causado pelos exercícios como, por exemplo, o aumento da força e precisão de determinados grupos musculares.

A média de tempo para reestabelecimento total da via oral foi escassamente descrito. Um estudo realizado Chiricaet al<sup>(26)</sup> realizado na França com 58 pacientes, relatou os resultados funcionais após um período maior que 6 meses pós



faringocoloplastia. Entre o total, 3 pacientes não tiveram seguimento, 32 pacientes (70%) obtiveram via oral exclusiva, 10 pacientes (21%) utilizaram via oral associada a jejunostomia para manter um peso estável e ao final desse período para 4 (9%) pacientes a via oral ainda não era possível<sup>(26)</sup>. Outro estudo, relata que a média de acompanhamento pós operatório foi de 10 meses e ao final desse período 84% dos paciente submetidos a faringocoloplastia podiam alimentar-se exclusivamente por via oral<sup>(24)</sup>. Neste relato, a deglutição funcional foi totalmente restabelecida, alcançando o nível 7 da escala FOIS em 9 meses de fonoterapia.

Ressalta-se que, a participação e adesão do paciente durante o tratamento e seu interesse em recuperar-se é muito importante para o sucesso terapêutico e consequentemente, seus desfechos funcionais pós faringocoloplastia<sup>(26,35)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A ocorrência de lesões por ingestão cáustica não é incomum e diante da necessidade de reconstrução do trato gastrointestinal por lesões esofágicas e faríngeas, a literatura aponta a faringocoloplastia como procedimento altamente recomendado. Conclui-se que, o procedimento de faringocoloplastia exige tratamento integral e multidisciplinar para o sucesso funcional pós operatório e que, a reabilitação fonoaudiológica da disfagia é fundamental para obtenção de resultados satisfatórios. O manejo fonoterapêutico neste relato demonstrou eficácia reestabelecendo a via oral segura e prazerosa para a paciente e devolvendo-lhe a qualidade devida.

### **Agradecimentos**

Agradeço ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás por permitir a realização do estudo.

### **Conflito de interesse**

Não há conflito de interesses entre os autores

## REFERÊNCIAS

---

1. Corsi PR, Hpyos LBM, Rasslan S, Viana A T, Gagliardi D. Lesão aguda esôfago - gástrica por agente químico. *Rev Ass Med Bras.* 2000;46(2):98–105.
2. Santos S, Pires E, Freitas P, Deus JR. Lesões cáusticas do tracto gastrointestinal superior – Revisão da literatura e proposta de protocolo de actuação. *J Port Gastreterol.* 2008;15(7):63–70.
3. Mamede CMR, Filho VMF, Entschew B. Incidência e diagnóstico da ingestão de cáustico. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2000;66(3):208–14.
4. Omar B, Vargas R, Salgado EM, Teves PM, Salazar S. Caustics injuries in the upper gastrointestinal tract: clinical and endoscopic features. *Soc Gastroenterol del Perú.* 2016;36(2):135–42.
5. Cardoso L, Orgaes FS, Gonella HA. Estudo epidemiológico das queimaduras químicas dos últimos 10 anos do CTQ-Sorocaba/SP. *Rev Bras Queimaduras.* 2012;11(2):74–9.
6. Bonavina L, Chirica M, Skrobic O, Kluger Y, Andreollo NA, Contini S, et al. Foregut caustic injuries: results of the world society of emergency surgery consensus conference. *World J Emerg Surg [Internet]. World Journal of Emergency Surgery;* 2015;10:44. Disponível em:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4583744&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Harlak A, Yigit T, Coskun K, Ozer T, Menten O, Gülec B, et al. Surgical treatment of caustic esophageal strictures in adults. *Int J Surg [Internet]. Elsevier;* 2013;11(2):164–
8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2012.12.010>

8. Li C, Th K, Howell K, Sr O. Alkali Ingestion in Adults : A Case Series. *Austin Surg Case reports*. 2016;1(1):1–5.
9. Crema E, Fatureto MC, Gonzaga MN, Pastore R, Augusto A. Relato de Caso Fístula esôfago-traqueal após ingestão cáustica. 2007;33(1):105–8.
10. Nunes A e Nemr K. Queimaduras e as alterações miofuncionais e laríngeas. *Rev CEFAC*. 2005;7:466–72.
11. Chibishev A, Pereska Z, Chibisheva V, Simonovska N. Ingestion of Caustic Substances in Adults: A Review Article. *Iran J Toxology*. 2013;6(19):723–34.
12. Ferraris VA. Treatment of caustic esophageal injury: The source of knowledge is experience. *J Thorac Cardiovasc Surg [Internet]*. The American Association for Thoracic Surgery; 2016;152(5):1386–7. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jtsu.2012.12.010>
13. Ramos EML, Araujo FTC, Regis RMFL, Silva HJ. Tratamento fonoaudiológico em queimadura orofacial. *Rev Bras de Queimadura* 2009;8(2):70–4.
14. Vezakis AI, Pantiora EV, Kontis EA, Sakellariou V, Theodorou D, Gkiokas G, et al. Clinical spectrum and management of caustic ingestion: a case series presenting three opposing outcomes. *Am J Case Rep [Internet]*. 2016;17:340–6. Disponível em:  
<http://www.amjcaserep.com/abstract/index/idArt/897778>
15. World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades upd. *J Clin Gastroenterol*. 2015;49(5):370–8.
16. Abdulmassih EMS, Filho EDM, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. Evolution of patients with oropharyngeal dysphasia in hospital environment. *Univ Tuiuti do Paraná*. 2009;17:81540–280.
17. Araújo BCL, MottaMEA, Castro AG, Araújo D. Avaliação clínica e videofluoroscopia

- no diagnóstico de disfagia na encefalopatia crônica da infância \*. Colégio Bras Radiol e Diagnóstico por Imagem. 2014;47(2):84–8.
18. Anéas GCG, Dantas RO. A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faringea. GE J Port Gastreterologia [Internet]. 2014;21(1):21–5. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0872817813001379>
  19. Scheeren, Betina ;Barros, Sergio Gabriel Silva e Maciel AC. Videofluoroscopia da Deglutição : alterações esofágicas em pacientes com disfagia. Univ Fed do Rio Gd do Sul Fac Med Programa Pós-Graduação em Med Ciências em Gastroenterol [Internet]. 2013;1–38. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/97239>
  20. Furkim AM. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (fois) como marcador. Rev CEFAC. 2008;10:503–12.
  21. Zangi M, Saghebi SR, Monfared AB, Lajevardi S, Shadmehr MB. Colopharyngoplasty in patients with severe pharyngoesophageal corrosive injury: A complicated but worthwhile procedure to restore GI tract continuity, a case series. Tanaffos. 2017;16(1):68–75.
  22. Lupa M, Magne J, Guarisco JL, Amedee R. Update on the Diagnosis and Treatment of Caustic Ingestion. Ochsner J. 2009;9(2):54–9.
  23. Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: A comprehensive review. World J Gastroenterol. 2013;19(25):3918–30.
  24. Ducoudray R, Mariani A, Corte H, Kraemer A, Munoz-Bongrand N, Sarfati E, et al. The Damage Pattern to the Gastrointestinal Tract Depends on the Nature of the Ingested Caustic Agent. World J Surg. Springer International Publishing; 2016;40(7):1638–44.
  25. Dray X, Cattan P. Foreign bodies and caustic lesions. Best Pract Res Clin Gastroenterol [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;27(5):679–89. Disponível

em:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2013.08.009>

26. Chirica M, De Chaisemartin C, Goasguen N, Munoz-Bongrand N, Zohar S, Cattan P, et al. Colopharyngoplasty for the treatment of severe pharyngoesophageal caustic injuries: An audit of 58 patients. *Ann Surg*. 2007;246(5):721–7.
27. Tettey M, Edwin F, Aniteye E, Tamatey M, Entsua-Mensah K, Ofosu-Appiah E, et al. Colopharyngoplasty for intractable caustic pharyngoesophageal strictures in an indigenous African community – adverse impact of concomitant tracheostomy on outcome. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* [Internet]. 2011;12(2):213–7. Disponível em: <https://academic.oup.com/icvts/article-lookup/doi/10.1510/icvts.2010.241836>
28. Resolução Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 492, de 7 de abril de 2016.
29. Kluger Y, Ishay O Ben, Sartelli M, Katz A, Ansaloni L, Gomez CA, et al. Caustic ingestion management: world society of emergency surgery preliminary survey of expert opinion. *World J Emerg Surg* [Internet]. *World Journal of Emergency Surgery*; 2015;10:48. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4609064/?tool=pmcentrez>
30. Lusong MAA, Timbol ABG, Tuazon DJS. Management of esophageal caustic injury. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* [Internet]. 2017;8(2):90. Available from:  
<http://www.wjgnet.com/2150-5349/full/v8/i2/90.htm>
31. Andreollo NA, Lopes LR, Inogutti R, brandalise NA, Leonardi LS. Tratamento conservador das estenoses benignas do esôfago através de dilatações. Análise de 500 casos. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2001;47(3):236–43. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000300036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000300036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
32. Struck MF, Beilicke A, Hoffmeister A, Gockel I, Gries A, Wrigge H, et al. Acute

- emergency care and airway management of caustic ingestion in adults: Single center observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine; 2016;24(1):1–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-016-0240-5>
33. Rollin M, Jaulim A, Vaz F, Sandhu G, Wood S, Birchall M, et al. Caustic ingestion injury of the upper aerodigestive tract in adults. *Ann R Coll Surg Engl*. 2015;97(4):304–7.
34. Lobeck I, Dupree P, Stoops M, de Alarcon A, Rutter M, von Allmen D. Interdisciplinary approach to esophageal replacement and major airway reconstruction. *J Pediatr Surg* [Internet]. Elsevier Inc.; 2016;51(7):1106–9. Disponível em : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022346816000476>
35. Chirica M, Brette M-D, Faron M, Munoz Bongrand N, Halimi B, Laborde C, et al. Upper Digestive Tract Reconstruction for Caustic Injuries. *Ann Surg* [Internet]. 2015;261(5):894–901. Disponível em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000658-201505000-00014>

## ANEXOS

## Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética

UFG - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.984.953

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos são mínimos pois trata-se de estudo retrospectivo com coleta em prontuário, no entanto, a pesquisadora garante o sigilo e o anonimato da identificação.

Benefícios:

Contribuir para o conhecimento clínico e científico dos profissionais envolvidos no manejo terapêutico de estenose cáustica, visto que não há publicações anteriores com intuito de evidenciar a intervenção e evolução da reabilitação fonoaudiológica nesses casos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem descrito, os pesquisadores apresentam formação e qualificação adequadas para o estudo proposto e os benefícios foram adequadamente descritos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Esta pesquisa está de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcu@yaho.com.br



UFG - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.954.953

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_851001.pdf	25/01/2017 16:45:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADOBROCHURA.pdf	25/01/2017 16:44:34	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Outros	CURRICULO LATTES.pdf	25/01/2017 16:38:53	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAOPERENCIAFONO.pdf	25/01/2017 16:37:48	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAODENSINOEPESQUISA.pdf	25/01/2017 16:37:25	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAOCHEFIADEUNIDADE.pdf	25/01/2017 16:36:51	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOPEQUISADOR.pdf	25/01/2017 16:35:58	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOORIENTADOR.pdf	25/01/2017 16:35:45	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECOORIENTADOR.pdf	25/01/2017 16:35:15	Duanne Nascimento Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	25/01/2017 16:32:39	Duanne Nascimento Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 27 de Março de 2017

Assinado por:

**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

**ANEXO2 - Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – *Functional Oral IntakeScale*– FOIS**

**Nível 1:** Nada por via oral ( )

**Nível 2:** Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido ( )

**Nível 3:** Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido ( )

**Nível 4:** Via oral total de uma única consistência ( )

**Nível 5:** Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações ( )

**Nível 6:** Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares ( )

**Nível 7:** Via oral total sem restrições ( )

### ANEXO 3 – Normas de publicação do periódico.

O manuscrito, incluindo ilustrações e referências bibliográficas, deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas [http://\(www.icmje.org\)](http://www.icmje.org). O manuscrito deve conter as seguintes seções:

- |      |                |           |            |          |              |
|------|----------------|-----------|------------|----------|--------------|
| I.   |                | Página de | rosto;     |          |              |
| II.  | Resumo         | em        | português, | abstract | em inglês;   |
| III. |                | Texto;    |            |          |              |
| IV.  | Agradecimentos | e         | conflitos  | de       | interesse;   |
| I.   |                |           |            |          | Referências. |

Para a redação do manuscrito, deve-se utilizar o Microsoft Word, ser formatado para folha tamanho A4, com todas as margens de 25 mm, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo em todas as seções e páginas numeradas no canto superior direito iniciando na página de rosto.

#### I. **Página de rosto**

A página de rosto deverá conter:

- Título do manuscrito em português, inglês ou espanhol, de acordo com o idioma do manuscrito; em negrito, centralizado e em letras caixa alta para o título principal.
- O título deve ser conciso e explicativo, representativo do conteúdo do trabalho, conter até 14 palavras e sem siglas.
- Tradução do título em inglês/português, em itálico, negrito, centralizado e em letras maiúsculo-minúscula.
- Título resumido do manuscrito com no máximo 40 caracteres, incluindo os espaços.
- O tipo de colaboração enviada (artigo original, artigo de revisão, descrição ou avaliação de experiências).
- Nome completo e filiação institucional de cada autor, permitindo até 8 autores.
- Nome, endereço institucional (Rua/avenida, bairro, CEP, cidade, estado, país), telefone e e-mail do primeiro autor e do autor responsável pela correspondência (que será contatado durante o período de submissão do manuscrito e que constará no artigo para posterior contato sobre a publicação).
- Fonte financiadora (órgão ou instituições de fomento) da pesquisa, se houver.
- Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.

#### II. **Resumo e abstract**

- Descrição ou Avaliação de Experiências: devem conter de forma sintetizada e estruturada: objetivo, síntese dos dados e conclusão.
- O resumo deve conter até 250 palavras, e o abstract deve ser uma versão fiel do resumo em português.
- Descritores e Descriptors: inserir de 3 a 6 descritores, listados nos Descritores em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde ([DeCS.bvs.br](http://DeCS.bvs.br)) ao final do resumo e do abstract, apresentados em português e em inglês.

### **III. Texto**

A estruturação do texto deve se adequar à norma Vancouver de texto, referencial teórico e aotipo deartigo, conforme abaixo:

#### **Descrição ou avaliação deexperiências:**

As descrições devem conter uma introdução, com fundamentação teórica sobre o assunto para situar o leitor quanto à importância do tema para promoção da saúde/saúde coletiva, a justificativa da experiência e os seus objetivos; Síntese dos dados, que pode ser subdividida em seções/tópicos, descrevendo a experiência e a prática à luz de teoria ou conceito que a fundamentem; e a conclusão, baseada nos dados analisados e nos objetivos propostos. No caso de avaliação, devem-se seguir a mesma padronização recomendada para os artigos originais (introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão). A avaliação deve compreender aspectos positivos e negativos e dificuldades para sua realização. Sem resultadosde pacientes. Limite permitido de 4.000 palavras e 3 ilustrações. A contagem de palavras inclui o texto, agradecimentos e conflitosde interesse e referências.

#### **Agradecimentos e conflito de interesse.**

Nesta seção incluir, de forma sucinta, colaborações que não justificam autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios institucionais, governamentais ou privados, sendo colocados antes das referências e quando absolutamente necessário. Autores devem informar se o manuscrito apresenta relações que possam implicar em potencialconflitodeinteresse,sendocolocadoantesdasreferências.

### **IV Referências**

As referências bibliográficas devem estar após a seção conclusão ou agradecimentos com a mesma formatação recomendada para o restante do manuscrito,

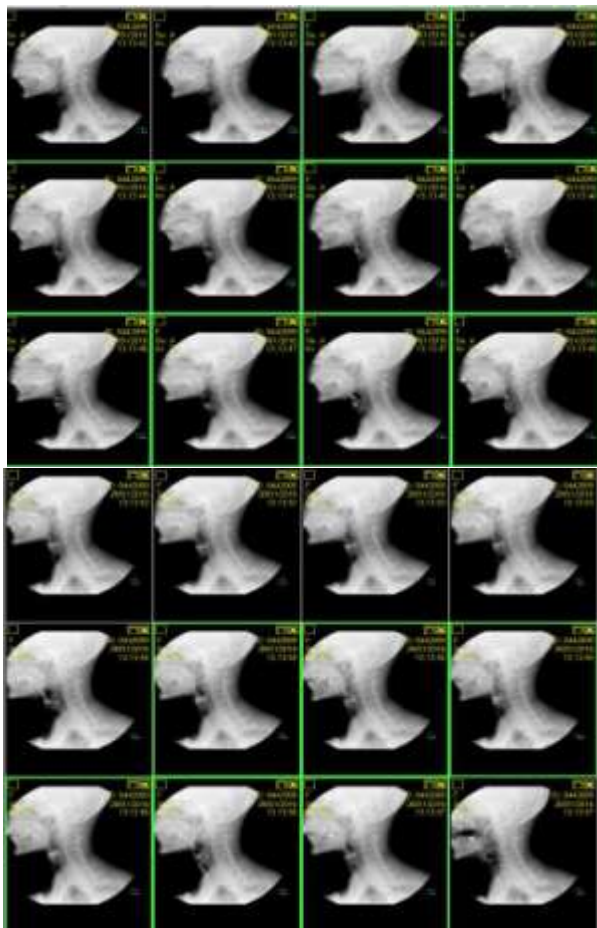
sendo dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória a sua citação. No texto, devem ser citadas por ordem de aparecimento, utilizando-se algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses. A exatidão das referências constantes e a sua correta citação no texto são de responsabilidade do autor. Aceitar-se-á um máximo de 20% de referencial advindo de livros, teses e dissertações. E no mínimo 60% de referencial dos últimos cinco anos (75% desejável), incluindo-se artigos de língua estrangeira.

Usualmente, o número de referências deve totalizar não mais que 60 para Artigos de Revisão e 40 citações para Artigos Originais e Descrição ou Avaliação de Experiências; sendo um mínimo aceitável de 20 referências.

Devem ser formatadas no estilo [Vancouver](#), conforme os exemplos a seguir. Incluir todos os autores de cada artigo ou livro; em trabalhos com um grande número de autores, deverão ser listados os primeiros seis (6) seguidos de “et al.”. Referências já aceitas, mas ainda não publicadas podem ser incluídas, acrescentando a expressão no prelo, conforme exemplo a seguir.

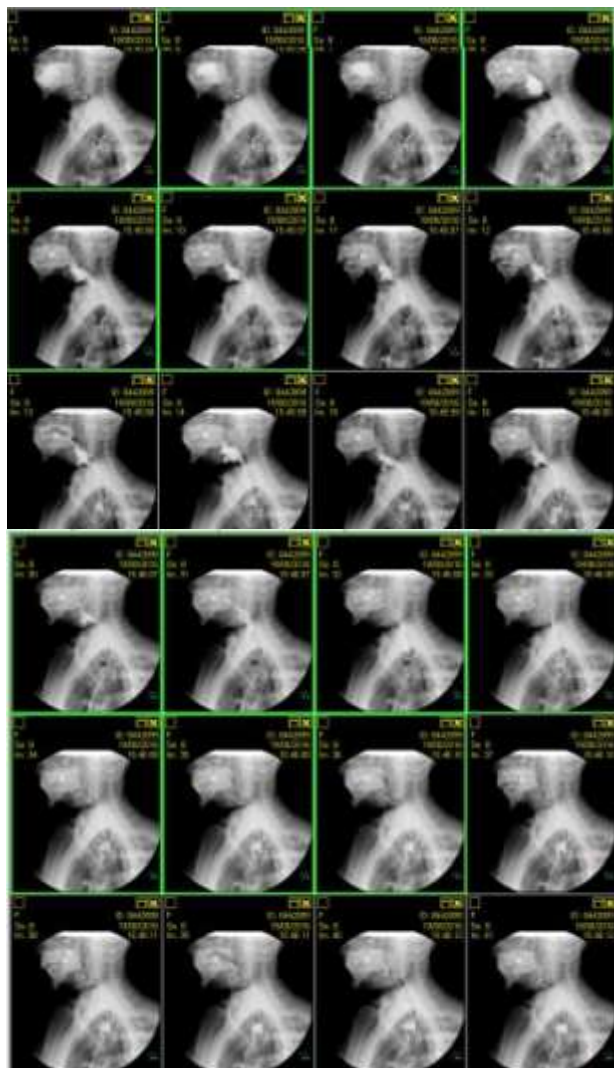
Para maiores detalhes consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, disponível no site: <http://www.icmje.org/#print-IV.A.9.b.ReferenceStyleandFormat> e acesso direto pela National Library of Medicine no site [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**FIGURA 1–Videofluoroscopia da deglutição préoperatório**



Seriógrafo telecomandado da marca Siemens modelo AxiomIocono MD

**FIGURA 2 - Videofluoroscopia da deglutição após 4 meses de fonoterapia.**



Seriógrafo telecomandado da marca Siemens modelo AxiomIocono MD