

Fonoaudiologia Hospitalar

Phonoaudiology in Hospital

Isabel Cristina Gonçalves Leite*
Allana Graziela Simões**
Maria Carolina Kingma Clemente**
Lísia Salomão Martins***
Swami Almeida Bittar**
Cinthia Lucas Bittar**
Jorgiane Aparecida de Souza Homem**
Valquiria Silva Mattos**

Leite ICG, Simões AG, Clemente MCKC, Martins LS, Bittar AS, Bittar CL, Homem JA de S, Mattos VS. Fonoaudiologia hospitalar. J Bras Fonoaudiol 2003; 4(17):xxx-x.

Este artigo tem como objetivo informar e esclarecer aspectos referentes à Fonoaudiologia hospitalar como área de atuação, sua forma de atuação e sua importância. A Fonoaudiologia hospitalar é a área da Fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica.

Apresentam-se, como modelos da diversidade dessa atuação em recém-natos e crianças, as disfagias, o programa de triagem auditiva e as fissuras lábio-palatinas.

Existem inúmeras desordens que podem ocasionar desarranjos no que se refere a cabeça e pescoço, sendo citados, nesse momento, as queimaduras e o câncer. As queimaduras podem acontecer em profundidade das lesões, apontando, a partir dessa, a gravidade da queimadura, enquanto tumores ocorrem comumente na boca, faringe e laringe, recebendo tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico. Outra patologia da qual a Fonoaudiologia se encarrega são as doenças neuromusculares, que são causas de distúrbios motores, respiratórios e de deglutição.

Por isso, a atuação fonoaudiológica se torna indispensável em conjunto a outros profissionais, para o pronto restabelecimento do paciente, evidenciando qualidade no atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia hospitalar; Hospital; Atuação; Patologia.

* Cirurgiã-dentista; Mestre e Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ-MS; Professora da disciplina

INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia hospitalar é a área da fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as seqüelas nas formas de comunicação que a patologia-base possa deixar.

A intervenção fonoaudiológica inicia-se tão logo os sinais vitais do paciente estejam restabelecidos pela equipe médica que o assiste, sendo realizada sem horário estipulado e com maior a maior frequência possível.

Tão necessária quanto a atuação dos diversos profissionais é a vontade de melhora vinda por parte dos pacientes, a qual deve ser reafirmada a cada instante, para êxito por parte de quem trata e de quem é tratado (Luz, 1999).

O presente artigo pretende apresentar alguns quadros nos quais a Fonoaudiologia hospitalar atua, abrangendo variações com relação a faixa etária e anatomopatologia, dentre outras.

1) Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos

Considera-se que a disfagia ocorre quando há descontrole na coordenação das funções de respiração e alimentação, do qual decorrem danos neurológicos congênitos ou adquiridos, estruturais ou funcionais ou consequência dos estados mórbidos. Os distúrbios da deglutição nesse período podem ser resultantes diretos de injúria ou ocorrer como problema associado, secundário a injúria ou fazer parte

de Saúde Pública e

Epidemiologia e Odontologia Aplicada à Fonoaudiologia I e II da Faculdade de Fonoaudiologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – Juiz de Fora, MG; Corresponsal Médico Experto da Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC); Av. Barão do Rio Branco, 1519/201, Centro – CEP 36035-000, Juiz de Fora, MG; e-mail: icgleite@bol.com.br

** Acadêmica do 4º período de Fonoaudiologia da Universidade Presidente Antônio Carlos, UNIPAC – JF

*** Acadêmica do 5º período de Fonoaudiologia da Universidade Presidente Antônio Carlos, UNIPAC – JF

de um quadro de doença sistêmica. Prevenir e intervir precocemente nas disfagias infantis é de extrema importância a curto, médio e a longo prazos. A curto prazo porque tem-se recuperação na alimentação funcional e segura, possibilitando alta hospitalar; a médio e longo prazos em função do risco que o distúrbio alimentar representa para a saúde física, mental (a importância da alimentação adequada para desenvolvimento global) e psicossocial da criança.

Além disso, quando se permite um bom desenvolvimento das estruturas neuromotoras necessárias à função alimentar, proporcionam-se melhores condições à aquisição de uma boa articulação. A coordenação neonatal da alimentação e a produção da fala têm muitos fatores em comum, como o ritmo, controle da respiração, do tônus e mobilidade de lábios e língua, velocidade dos movimentos musculares e sistema íntegro de feed-back e feed-forward sensoriais (Hernandez, Marchesan, 2001).

2) Efeitos do envelhecimento sadio da deglutição

O objetivo é identificar as características do desenvolvimento sadio, bem como apontar suas implicações na deglutição (Robbins, 1999).

Para atender as necessidades do idoso é indispensável a participação de uma equipe multidisciplinar, que pode ser composta por geriatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, etc.

O conceito de presbifagia, introduzido por Robbins (1999), tem implicação fundamental no diagnóstico diferencial dos distúrbios da deglutição, pois se refere à degeneração fisiológica do mecanismo da deglutição pelo envelhecimento sadio das fibras nervosas e neuromusculares, ao passo que a aspiração do bolo alimentar em nível orofaríngeo é o indicador fundamental da presença da disfagia como mecanismo alterado, que pode aparecer como consequência de acidentes vasculares cerebrais (AVC), traumatismos crânio-cefálicos, doenças neuromusculares (parkinsonismo) e tumores de cabeça e pescoço.

Os indivíduos assintomáticos acima de 65 anos apresentam alterações em todas as fases da deglutição. A incidência das alterações pode ser confirmada no estudo de Jaradeh (1994), no qual dois terços dos idosos apresentam alterações na fase oral; um quarto na fase faríngea e um terço na fase esofágica. Dessa forma, o envelhecimento passa a ser abordado com um fator associado a mudanças anatômicas e fisiológicas que repercurtem diretamente no mecanismo da deglutição. De acordo com o mesmo autor, as alterações primárias na fase oral da deglutição do indivíduo idoso consistem no aumento da quantidade de tecido conjuntivo da língua, perda da audição, redução da função mastigatória e prolongamento da fase orofaríngea. As alterações mais frequentes relacionadas à fase faríngea dizem respeito à redução do grau de elevação anterior da laringe, ao atraso no início da excursão hiolaríngea, a um discreto aumento no trânsito faríngeo (no sexo feminino) e ao aumento da duração da onda de pressão faríngea (no sexo masculino). As alterações primárias características da

fase esofágica são descritas como aumento na sua duração, devido ao maior tempo de relação do esfíncter esofágico superior (EES), e redução da pressão do EES com preservação da resposta à distensão esofágica, além de assimetria axial maior do EES no sexo masculino e pressão do EES maior após a deglutição de alimento no sexo feminino.

Considerando indivíduos com o mesmo perfil, Robbins (1996) identifica várias mudanças estruturais da fase oral da deglutição, ou seja, são destacados em seu estudo a alteração da mucosa oral, a decomposição alveolar, o declínio do número de unidades motoras funcionais após a quinta década, contribuindo para a fraqueza e o desperdício, a atrofia da massa muscular aos 6 anos, o aumento dos tecidos conectivos e adiposos na língua, a diminuição do olfato aos 60 anos e possibilidade de aumento do limiar da gustação para um sabor específico.

3) Tratamento fonoaudiológico em hospital oncológico – disfagias em câncer de cabeça e pescoço

Segundo pacientes com câncer de cabeça e pescoço, as desordens de deglutição são as mais devastadoras. A fonoaudiologia dificilmente trará ao paciente a sua recuperação total, mas maximizará a deglutição para que a alimentação do paciente seja por via oral o mais precocemente possível.

Os tumores mais comuns de cabeça e pescoço ocorrem na boca, faringe e laringe. O tratamento desses tumores são cirúrgicos e/ou de quimioterapia ou radioterapia, sendo que estes métodos podem causar disfagias (Angelis, Fúria, 2001).

- Radioterapia: neste caso, o Fonoaudiólogo tenta minimizar o efeito desta e melhorar a deglutição por meio de terapias.

- Cirurgia: pode causar disfagia temporária devido a edemas e/ou dificuldades no reflexo de deglutição e incontinência dos alimentos na cavidade oral pelos lábios. Nestes casos é feita a terapia quinze dias após a cirurgia. O tratamento fonoaudiológico é feito para a causa, e não para os sintomas. A terapia é feita através de exercícios que visam a melhorar a sensibilidade e o controle motor, aumentar a adução de tecidos laríngeos e faríngeos e estimular o reflexo de deglutição.

O tratamento é encerrado quando médico e paciente estão de acordo com os objetivos alcançados.

4) Atuação fonoaudiológica em doenças neuromusculares

As doenças neuromusculares são causas bem conhecidas de distúrbios motores, respiratórios e de deglutição. Enquanto os efeitos dessas doenças foram extremamente estudados nas funções motoras e respiratórias, os efeitos da disfagia e das dificuldades de alimentação causados por esta foram subestimados e, muitas vezes, pobremente avaliados.

A intervenção da Fonoaudiologia em pacientes com doenças neuromusculares, no Brasil, tem-se tornado pre-

sente nos últimos dez anos devido ao interesse em realizar melhor atendimento aos pacientes disfágicos.

O atendimento fonoaudiológico teve início no setor de doenças neuromusculares da UNLFESP–EPM, em 1987. Dentre os objetivos, destacam-se: melhora da qualidade de vida dos pacientes; apoio aos cuidados e aos familiares; a promoção do bem-estar físico e mental e a atenuação do sofrimento e isolamento surgidos com a progressão da doença (Chiapetta, Oda, 2001).

Após compreender o diagnóstico do paciente e desenvolver um raciocínio clínico para cada caso é que podemos definir condutas terapêuticas, dentre elas: reabilitação da deglutição e adaptação da consistência dos alimentos, o uso de próteses ortodônticas, o uso de vias alternativas de alimentação e o suporte nutricional.

Devido ao caráter progressivo destas doenças, muitos pacientes não se conscientizaram das alterações, ou pelo menos não as consideram importantes, informando ao clínico ter mudado sua dieta por conta própria e ter realizado manobras que talvez nem sempre auxiliam ou efetivam a deglutição.

Durante a avaliação dinâmica do sistema estomatognático, relacionando estes com a progressão da doença, o profissional pode desenvolver um raciocínio clínico e diagnóstico condizente com a realidade do paciente, evitando casos de desnutrição, desidratação e complicações pulmonares e promovendo a redução do risco de engasgos, inspiração e perda excessiva de peso.

5) Abordagem fonoaudiológica em seqüela de queimadura de face e pescoço

Cabe ao Fonoaudiólogo desenvolver conhecimento, por meio de pesquisa e prática num trabalho voltado para a reabilitação de seqüelas da região de cabeça e de pescoço que apresentam desequilíbrio das funções do sistema estomatognático e alterações das estruturas do sistema motor bucal.

O trabalho fonoaudiológico hospitalar oferece a possibilidade de atendimento precoce a pacientes procedentes de vários clínicos com prejuízo desses sistemas.

Como o entendimento fonoaudiológico fica restrito à região de cabeça e pescoço, devemos estar mais atentos à etiologia e à profundidade das lesões.

O trabalho pode ser iniciado tanto na fase aguda quanto na fase tardia, sendo que, quando na fase aguda, inicia-se após os cuidados preliminares e estabilização do quadro clínico.

5.1) Avaliação fonoaudiológica

Na avaliação fonoaudiológica do paciente queimado de face e pescoço é fundamental observar o funcionamento do sistema estomatognático, partindo da respiração. O queimado mantém um estado de retração corpórea que pode dificultar sua respiração, também observamos as funções de sucção, mastigação e deglutição, pois raramente este paciente encontra-se sondado.

Quanto à fonação, observamos com maior cuidado os

casos de queimadura inalatória. De uma forma geral, pacientes queimados (de pescoço e face) podem apresentar:

- ineficiência de funções do sistema estomatognático;
- insuficiência de movimento das estruturas do sistema motor bucal;
- retração tecidual, causando uma limitação das expressões faciais.

5.2) Tratamento fonoaudiológico

Para realizar as fonoterapias é necessário um conhecimento da fisiopatologia da queimadura e das características dos processos de cicatrização, respeitar o tempo pós-cirúrgico, estar atento ao limiar de dor do paciente e não atuar em áreas cruentas.

O trabalho fonoaudiológico inicia-se pelos músculos, para que isso colabore nas seqüelas das queimaduras.

A terapia fonoaudiológica mostra ao paciente, ainda no leito, que ele pode movimentar sua língua na cavidade interna bucal (vestíbulo), pois, apesar da dificuldade de movimentos faciais externos devida à retração tecidual, a língua continua hábil e deve proceder movimentos internos para facilitar as funções estomatognáticas.

O paciente, assim, percebe que pode proporcionar uma retomada de pequenos, mas importantes, movimentos.

Na atuação clínica, desenvolvem-se manobras específicas para o trabalho fonoaudiológico com pacientes queimados de face e pescoço, que promovem o equilíbrio das funções do sistema estomatognático e da mobilidade das estruturas do sistema motor bucal, além de colaborar com o processo de cicatrização (Toledo, 2001).

6) Programa de triagem auditiva neonatal

A triagem auditiva neonatal deve ser feita para que se possa detectar quando uma criança tiver perda auditiva, tanto bilateral quanto unilateral. Este diagnóstico é fundamental para diminuir os efeitos que a surdez pode trazer para o desenvolvimento da fala, da linguagem, a sociabilidade, a escolaridade e a participação no mercado de trabalho.

As crianças com perda auditiva bilateral tratadas até seis meses de idade apresentam um desempenho maior, se comparadas às que são detectadas após essa idade.

No Brasil, a média de idade para detecção é por volta do terceiro ano de vida, e fora deste por volta dos 14 meses, o que é tardio, sendo o ideal por volta dos seis meses de idade.

O PTAN (programa de triagem auditiva neonatal) restringe-se ao grupo considerado de risco e deve ser realizado com a autorização dos pais. Se por caso não for aceito, deve-se respeitar e orientar os pais para que tenham um conhecimento maior em relação ao programa.

No desenvolvimento deste processo, o Fonoaudiólogo tem um papel importante, já que se tratar o mais precocemente possível terá melhores resultados.

“O Brasil, com toda a sua diversidade socioeconômica e cultural deve adequar-se às propostas existentes a sua realidade, contando com o apoio de todos os setores

para viabilizar a implantação de PTAN com um alto custo/benefício aceitável, em parceria com a saúde pública e/ou planos de saúde privados” (Ribeiro, 2001).

7) Fissuras labiopalatinas

7.1) Atuação hospitalar

Há várias décadas os Fonoaudiólogos trabalham junto às equipes de cirurgias plásticas, cirurgias bucomaxilares, ortodontistas, psicólogos e outros profissionais no tratamento dos pacientes portadores de alterações nas estruturas faciais.

O atendimento prestado na área da Fonoaudiologia engloba atendimento ao neonato, orientações aos familiares e tratamento pré e pós-cirúrgico.

Atualmente, os especialistas concordam que a utilização das novas técnicas cirúrgicas, realizadas por cirurgias competentes e no período adequado ao crescimento, com acompanhamento de bucomaxilares, Fonoaudiólogos e outros profissionais proporciona resultados extremamente satisfatórios, tanto do ponto de vista estético como do funcional.

7.2) Etiologia

As fissuras constituem uma malformação congênita de elevada incidência na espécie humana e têm como fatores etiológicos a hereditariedade, fatores tóxicos infecciosos, stress emocional, radiação ionizante e algumas drogas. Para tentar explicá-los, dois fatores são imputados: fatores genéticos e fatores ambientais. Existem evidências de que os dois fatores são parte dessas anomalias, podendo atuar sós ou em associação (herança multifatorial) (Leite, 2001).

7.2) Classificação

As fissuras labiopalatais são agrupadas em quatro categorias, tomando como ponto de reparo o forame incisivo, limite entre o palato primário e o secundário (Spina et al., 1972):

1. Fissura pré-forame incisivo: exclusivas labiais (unilateral, direita ou esquerda), bilateral ou mediana. Embriologicamente originária do palato primário ou anterior.

2. Fissura pós-forame incisivo: fendas palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato mole ou envolver o palato duro (palato posterior ou secundário)

3. Transforame incisivo: de maior gravidade, podem ser unilaterais, direita ou esquerda, e bilabiais, atingindo o lábio, a arcada alveolar e todo o palato.

4. Raras da face: fissuras oblíquas do lábio, nariz, enfim, de toda a face. A presença de tais malformações causa uma série de distúrbios estéticos, funcionais e psíquicos no paciente.

7.3) Sintomas

As fissuras labiopalatinas apresentam uma gama bastante variada de sintomas. Dentre eles estão a consequência na fala, alimentação difícil e distúrbio de articulação. Os problemas associados mais comuns são: alteração na

morfogênese das arcadas dentárias, alimentação, respiração e audição (Lofiego, 1992).

Alguns defeitos são típicos desses pacientes, como:

- nasalização ou emissão fraca de fonemas consonantais, explosivos, fricativos e africados;
- escape de ar nasal ruidoso;
- alteração dos pontos de articulação;
- contração das asas do nariz, com intuito de diminuir o escape de ar.

7.4) Fase Neonatal

O atendimento nessa fase refere-se às orientações dadas às famílias sobre o tratamento a ser seguido, orientações sobre alimentação, postura e ajuda na compreensão do problema.

Muitas vezes o profissional que mais mantém contato com familiares durante essa fase é o Fonoaudiólogo. O Fonoaudiólogo costuma estar presente durante os horários de alimentação do bebê.

7.5) Fase pré-cirúrgica (lábio e palato)

A cronologia cirúrgica para a operação de lábios e palato depende da conduta da equipe de cirurgia plástica. Antes da cirurgia de lábios o bebê deve ter retornado ao ambulatório fonoaudiológico mensalmente.

7.6) Fase pós-cirúrgica

As orientações sobre a higiene bucal devem enfatizar a necessidade de que a área operada se mantenha limpa e seca. Durante o pós-operatório, realizamos exercícios para a mobilidade do véu palatino, massagens intra-orais e estimulação de fala e linguagem.

7.7) Fase pré e pós-cirúrgica ortognática

Durante a fase de crescimento facial, algumas alterações são mais frequentes nos adolescentes e adultos com seqüelas de fissura. Podem apresentar predisposição a alterações do crescimento facial nos sentidos transversais, favorecendo o aparecimento de mordidas cruzadas. Em todos os casos, o tratamento ortopédico maxilar deve ser indicado o mais precocemente possível. O tratamento fonoaudiológico quase sempre é pós-cirúrgico, com exceção dos casos de cirurgia para redução mandibular, quando a interfixação maxilar se fará por amarrilhas. São realizados exercícios para o correto posicionamento lingual, para correção da articulação de alguns fonemas e para a abertura mandibular.

7.8) Fase pós-faringoplastia

Quando a faringoplastia é necessária para a correção da nasalidade vocal, a terapia pós-operatória objetivará:

- normalização dos padrões respiratórios;
- adequação da nasalidade;
- adequação de pontos articulatorios (em alguns casos).

A indicação da faringoplastia se faz após a reabilitação articulatória.

A avaliação clínica e anamnese detalhada são de grande importância para a conclusão do diagnóstico do distúrbio de voz. Após a avaliação clínica e instrumental, a conclusão em equipe (Fonoaudiólogos, cirurgiões plásticos e otorrinolaringologistas, etc) determinará o tratamento a ser seguido:

- cirúrgico (implantes, faringoplastias, etc.)
- terapêutico (terapia articulatória, mioterapia, etc.)
- protético (placas obturadas de fístulas ou do gap, placas elevaturas do véu, etc.)

O tratamento fonoaudiológico na fase adulta, em geral, concentra-se no atendimento de pós-faringoplastia, pós-cirurgias ortognáticas, além dos casos de alterações dos padrões de deglutição que refletiam em problemas ortodônticos.

7.9) Tratamentos

O tratamento de um paciente fissurado labiopalatal envolve equipe multidisciplinar, reunindo procedimentos cirúrgicos, ortodônticos, fonoaudiológico e psicológico. No que diz respeito ao tratamento fonoaudiológico, todos os cirurgiões estão de acordo que a reeducação fonoaudiológica dos pacientes fissurados labiopalatais é essencial, estejam ou não operados, usem ou não próteses palatais.

O principal do tratamento é facilitar a recuperação da fala normal. A fala depende de três fatores: respiração correta, funcionamento normal dos músculos fonadores e uma audição suficiente, sendo que o fissurado apresenta alteração nesses três fatores, sendo, portanto, o aspecto mais difícil para o tratamento das qualidades vocais.

O tratamento fonoaudiológico depende de uma série de fatos que influenciarão o resultado terapêutico, como:

- presença de outros comprometimentos associados à fissura;
- idade do paciente;
- déficit auditivo;
- nível (grau) de inteligência;
- características do meio em que se vive ;
- desenvolvimento afetivo;
- resultado anatomofuncional da cirurgia;
- grau de desenvolvimento neuromuscular.

O tratamento fonoaudiológico está sedimentado em:

- atendimento a todos os componentes da comunicação que estiverem altamente comprometidos, mediante uma avaliação diagnóstica pormenorizada;

Due to its variety of aspects, we are going to mention here some aspects concerning newborns and children, like dysfagy, program of audition tests and cleft lip and/or palate.

There is a great number of disorders that can cause dysfunctions in head and neck. We are mentioning here two of them: burnts and cancer. The dysfunctions due to burnts depend on the level of the injury, and the other ones happen because of tumors, normally in the mouth, larynx and pharynx, with treatments like: surgery or chemical therapy. Other patologies which phonoaudiology treats are the diseases of brain-muscles, which are the reason of motor dysfunctions, breathing dysfunction and swallowing dysfunction.

For these reasons and others, the performance of a Phonoaudiologist has become essential among other professionals of this area, because of the fact that it turns the patient's recovering better and of high quality.

- atendimento precoce;
- devem-se estimular as forças básicas que interferem no processo da linguagem;
- os pais são importantes fatores no processo de terapia;
- o resultado da terapia fonoaudiológica encontra-se depende diretamente das condições gerais da criança;
- somente com trabalho de equipe se pode chegar a obter bons resultados na reabilitação.

Tratamento articulatório

Estes pacientes têm alterações da forma, posição, tamanho e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e nas funcionalidades destes órgãos, como: mastigação irregular, sucção prejudicada, deglutição atípica, produção oral prejudicada devido a alterações do modo articulatório por oclusão (golpe de glote) e por constrição (fricção faríngea), devido à substituição das zonas articulatórias, ao prejuízo do sistema da ressonância pelo escape de ar nasal e à sensibilidade prejudicada.

A reeducação destes pacientes tem início com técnica passiva, através de instrumentos específicos (halteres labial e lingual, canudos, chupetas ortodônticas, guias de língua, abaixadores linguais, hóstia, dedeiras, botões, material de sopro, rolhas, etc).

CONCLUSÃO

A Fonoaudiologia hospitalar está cada dia mais se expandindo, não só nas grandes capitais, mas por todo Brasil, e está se tornando inegável a necessidade que os Fonoaudiólogos estão sentindo de buscar formação científica para o embasamento de suas atividades práticas.

Cabe aos Fonoaudiólogos continuar a luta quanto ao esclarecimento das formas de ação, de atuação, lembrando sempre que a Fonoaudiologia hospitalar difere da ambulatorial, caracterizando-se pela intervenção em pacientes com sintomas ainda não instalados.

Leite ICG, Simões AG, Clemente MCKC, Martins LS, Bittar AS, Bittar CL, Homem JA de S, Mattos VS. Phonoaudiology in hospital. J Bras Fonoaudiol 2003; 4(17):xxx-x.

The purpose of this article is to inform and clarify about aspects concerning Phonoaudiology in hospital, like áreas in which it acts, methods and ways of working and its importance. Phonoaudiology in hospital is an area in Phonoaudiology that acts with patients in bed, in a precocious, preventive way, before and after surgery.

KEYWORDS: Phonoaudiology in hospital; Hospital; Performance; Pathology.

REFERÊNCIAS

- Angelis EC, Fúria CLB. Tratamento fonoaudiológico em hospital oncológico – disfagias em câncer de cabeça e pescoço. In: Hernandes AM, Marchesan I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Rewinter; 2001. 215p.
- Chiapetta ALM, Oda AL. Atuação fonoaudiológica em doenças neuromusculares In: Hernandes AM, Marchesan I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Rewinter; 2001. 215p.
- Hernandes AM, Marchesan I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Rewinter; 2001. 215p.
- Jaradeh S. Neurophysiology of swallowing in the aged. *Dysphagia* 1994; 9(4):218-20.
- Leite ICG, Magina CM, Maciel CTV, Shettino CS, Condé EM, Soares CF. Fissuras lábio palatinas: considerações relevantes para o fonoaudiólogo. *J Bras Fonoaud* 2001; 2(6).
- Lofieigo JL. Fissura lábio -palatina, avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. Rio de Janeiro: Rewinter; 1992.
- Luz E. A inimaginável complexidade entre o cérebro e a consciência da intervenção fonoaudiológica em pacientes comatosos. Disponível em: URL: <http://www.fonoaudiologia.com.br> [1999 set 13].
Estudo dos danos causados à criança hospitalizada na visão fonoaudiológica. Aceito para publicação em: 19/06/02
Disponível em: URL: <http://www.fonoaudiologia.com.br> [2001 maio 15]
- Ribeiro FM. Programa de triagem auditiva neonatal. In: Hernandes AM, Marchesan I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Rewinter; 2001. 215p.
- Robbins J. Normal swallowing and aging. *Semin Neurol* 1996; 16(4):309-17.
- Robbins J. Tube or not tube: physiological, medical and ethical issues. *Asha Short_Course*. Asha Convention; 1999.
- Spina V *et al*. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Fac São Paulo* 1972; 27(1):5-6.
- Toledo PN. Abordagem fonoaudiológica em seqüelas de queimadura de face e pescoço. In: Hernandes AM, Marchesan I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Rewinter; 2001. 215p.

Recebido para publicação em: 18/01/02

Enviado para análise em: 14/05/02