

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE ODONTOLOGIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

ISADORA ANNES BITENCOURT

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA  
INFANTIL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2015

ISADORA ANNES BITENCOURT

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA  
INFANTIL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Deborah Salle Levy

Porto Alegre

2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Annes Bitencourt, Isadora

Perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de disfagia infantil de um hospital de referência de Porto Alegre / Isadora Annes Bitencourt. -- 2015.  
42 f.

Orientadora: Deborah Salle Levy.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Fonoaudiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Transtornos de deglutição. 2. Alimentação. 3. Criança. 4. Fonoaudiologia. 5. Assistência ambulatorial. I. Salle Levy, Deborah, orient. II. Título.

ISADORA ANNES BITENCOURT

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA  
INFANTIL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 04 de dezembro de 2015.

Prof. Dr. Deborah Salle Levy

Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

---

Deborah Salle Levy, Fonoaudióloga

Orientador - UFRGS

---

Silvia Dornelles, Fonoaudióloga

Examinador - UFRGS

---

Lisiane da Rosa Barbosa, Fonoaudióloga

Examinador - UFCSPA

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais pelo incansável apoio que me deram. Minha mãe, por ser um exemplo de força e determinação, por me mostrar que nada que nos atinge é tão forte que não possa nos fortalecer no futuro. Por ser um exemplo de mãe, de mulher, de guerreira. Agradeço por me ensinar a enxergar o mundo com compaixão e amor. Ao meu pai, por sempre estar ao meu lado e demonstrar imenso orgulho em pequenas conquistas ao longo desta jornada. Por ser sempre um pai amoroso e sensível, que me ensinou que fracassos não são sinais de fraqueza e que “Tudo sempre vai melhorar”. À minha irmã, pelas risadas de sempre e pela compreensão da minha ausência nestes últimos tempos. A estes três, dedico este trabalho, pois sem o amor e o carinho deles eu não chegaria até aqui.

À minha avó, meu avô, meus primos e meus tios pelo carinho e compreensão dos almoços de domingo que eu precisei faltar. Vocês moram no meu coração.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Deborah Levy, por todos os ensinamentos ao longo dos anos em que trabalhamos juntas, por todo o conhecimento e dedicação que ela teve comigo. Pela compreensão e atenção, e principalmente, pela ternura e sensibilidade em muitos momentos difíceis. Agradeço à mestre que ela é e por ter compartilhado comigo saberes que levarei para minha vida e não apenas para a formação profissional. Muito obrigada!

À banca examinadora, composta pela Prof<sup>a</sup> Silvia Dornelles e pela Prof<sup>a</sup> Lisiane de Rosa Barbosa, pelas contribuições a este trabalho e pela honra de ser avaliada por elas. Agradeço também ao meu grupo de pesquisa, que há tanto tempo está junto a mim. Brenda Haack, Bruna Brandt e Karine Pereira, vocês foram essenciais na minha trajetória e eu aprendi muito ao lado de cada uma.

Aos meus colegas de início, amigos na metade e irmãos ao final do curso. Carolina Kalil, Danielle Azevedo, Helena Jacques, Lisiany Prestes, Marcela Martins e William Manara. Sem vocês este percurso, que não foi nada fácil, não teria tido a mesma leveza. Marcela, com certeza mereces um agradecimento especial pela grande ajuda neste trabalho e por não me deixar fraquejar nem por um segundo nos

momentos difíceis. Não sei como mensurar o carinho que sinto por cada um de vocês. Juntos somos melhores. Muito obrigada!

À minha grande amiga e irmã de infância, Khamire Batista, pelo apoio incondicional, pela amizade e por se fazer presente sempre. Agradeço pela compreensão de todas as vezes em que eu não pude ir para alguma festa com ela e pelas incontáveis vezes em que ela disse “Eu acredito em ti, vai dar tudo certo”. Agradeço pelo companheirismo de todos os meus amigos, Victória, Luiza, Milena, George, Mauricio e todos que acompanharam o desenvolvimento deste trabalho e a conclusão desta etapa da minha vida.

Aos grandes mestres que passaram por mim e deixaram alguma mensagem ao longo destes anos: Jefferson Cardoso, Ana Paula Rigatti, Deborah Levy, Silvia Dornelles, Carlos Eduardo Baraldi, Erissandra Gomes e Bárbara Goulart. Sigam ensinando com amor.

Muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1 ARTIGO</b>	
<b>2 RESUMO</b>	
<b>3 ABSTRACT</b>	
<b>4 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>5 MÉTODOS .....</b>	<b>14</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>36</b>
Anexo 1 – Instruções aos autores - Revista CoDAS	
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>41</b>
Apêndice 1 – Formulário de coleta de dados	

Folha de identificação  
**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA INFANTIL DE UM  
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Perfil ambulatório de disfagia infantil

Autores

Isadora Annes Bitencourt - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Claudia Schweiger - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Gabriel Kuhl - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Deborah Salle Levy - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Trabalho realizado no serviço de Otorrinolaringologia (zona 19) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para correspondência:

Isadora Annes Bitencourt

Rua Fábio de Barros, 200.

Nonoai, Porto Alegre (RS).

Brasil, CEP 90830-040

E-mail: isaannes@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Contribuição de cada autor

Isadora Annes Bitencourt: responsável pelo desenvolvimento do projeto de pesquisa, coleta de dados e análise dos mesmos. Desenvolvimento e elaboração do artigo.

Claudia Schweiger: Co-orientação e contribuições ao projeto de pesquisa. Responsável pelo encaminhamento dos pacientes do ambulatório para a avaliação instrumental.

Gabriel Kuhl: Chefe do serviço de otorrinolaringologia. Responsável pela autorização da pesquisa e processos burocráticos.

Deborah Salle Levy: Orientação quanto à elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados e desenvolvimento do artigo científico.

## Resumo

**Objetivo:** caracterizar a população atendida por um ambulatório de disfagia infantil em um hospital geral de alta complexidade. **Método:** estudo transversal retrospectivo, realizado através da coleta de dados em 89 prontuários de pacientes que foram atendidos pelo ambulatório de disfagia infantil. Foram identificados os dados referentes à patologia de base, complicações pulmonares, via alternativa de alimentação, tipo de alimentação, recusa alimentar, avaliação clínica e instrumental.

**Resultados:** Observou-se ausência de dados completos nos prontuários de 11 pacientes, os quais foram excluídos da amostra. Houve predomínio do sexo masculino (60,3%); 41% dos pacientes apresentaram diagnóstico de alguma patologia sindrômica e a via de alimentação mais utilizada foi a sonda nasoenteral (25,6%), sendo que 60,3% dos pacientes não fazia uso de via alternativa de alimentação. Complicações pulmonares foram apresentadas por 31 pacientes (39,7%). Houve associação entre as variáveis tosse e/ou engasgos durante a deglutição na avaliação clínica com episódios de penetração na avaliação instrumental ( $p=0,006$ ), porém não houve associação significativa entre aspiração e episódios de tosse e/ou engasgos durante a deglutição ( $p=0,725$ ). Dos 78 pacientes incluídos neste estudo, 67,9% realizaram exame de videofluoroscopia da deglutição.

**Conclusão:** a população estudada apresenta fatores de risco para desenvolvimento de distúrbios da deglutição, como doenças de base com alta ocorrência de disfagia e uma alta porcentagem de pacientes que apresentam complicações pulmonares.

**Descritores:** Transtornos de deglutição; Alimentação; Criança; Fonoaudiologia; Assistência ambulatorial

## **Abstract**

**Purpose:** To characterize the population served by a children's dysphagia clinic at a general hospital of high complexity. **Method:** A retrospective cross-sectional study, data from the medical records of 89 patients who were treated at children's dysphagia clinic. **Results:** There was a lack of complete data from the medical records of 11 patients, who were excluded from the sample. There was a predominance of male participants (60.3%); from the total sample, 41% of patients were diagnosed with some syndromic pathology and the alternative route most used was the enteric tube (25.6%). Most patients (60.3%) do not make use of alternative feeding methods and 39.7% had pulmonary complications. There was an association between variables coughing and/or gagging during swallowing in clinical evaluation with episodes of penetration instrumental evaluation ( $p= 0.006$  ), but there was no significant association between aspiration and episodes of coughing and/or gagging during swallowing ( $p= 0.725$  ). Of the 78 patients included, 67.9% underwent a videofluoroscopic examination of swallowing. **Conclusion:** The study population presented risk factors for development of swallowing disorders such as underlying diseases with high incidence of dysphagia and a high percentage that presented pulmonary complications.

**Keywords:** Deglutition disorders; Feeding; Child; Speech, Language and Hearing Sciences; Outpatient

## INTRODUÇÃO

O ato de deglutir é um processo complexo que requer a utilização de um mecanismo neuromotor para que o transporte do bolo alimentar da boca até o estômago seja realizado de forma segura e efetiva. A deglutição é fundamental para a nutrição e hidratação do indivíduo e pode ser dividida em quatro fases: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica<sup>(1,2)</sup>. A alteração neste mecanismo é denominada disfagia, esse sintoma pode incidir em diferentes faixas etárias, desde os recém-nascidos até os idosos, podendo ser causada por diversas condições médicas e psíquicas.

Em recém-nascidos e lactentes, as fases da deglutição são reflexas e involuntárias, porém, mais tarde, na infância, a fase oral vem sob controle voluntário, que é essencial para permitir que as crianças comecem a mastigar comida sólida. Na população pediátrica, as causas da disfagia são, muitas vezes, diferentes das observadas nos pacientes adultos, podendo ser resultantes de múltiplas doenças sistêmicas que originam comprometimentos à nível funcional, estrutural e neuromuscular<sup>(3)</sup>.

Entre os fatores de risco para a disfagia infantil estão os quadros de hipóxia perinatal, prematuridade, paralisia cerebral e outras alterações do desenvolvimento, malformações craniofaciais e de cavidade oral, alterações anatômicas do trato aerodigestivo (atresia de coanas, fissura labiopalatina, fístula traqueoesofágica, laringomalácia, traqueomalácia), síndromes genéticas e dismórficas, doenças neuromusculares, traumatismo cranioencefálico (TCE), patologias cardíacas congênitas ou adquiridas, histórico de pneumonias e broncoespasmo recorrentes, displasia broncopulmonar, tosse e estridor crônico, e também patologias agudas que afetam a coordenação entre sucção, deglutição e respiração<sup>(4,5)</sup>.

Além da deglutição, a respiração também é uma das principais funções básicas que devem estar plenamente constituídas no momento do nascimento. Cada função tem uma finalidade diferente, contudo, deglutição e respiração estão fortemente relacionadas devido ao espaço que dividem. Dessa forma, as alterações de deglutição e de alimentação podem apresentar sintomas respiratórios, bem como os problemas respiratórios podem ser agravados pela alimentação, principalmente em crianças<sup>(6)</sup>.

A avaliação clínica fonoaudiológica completa busca identificar o processo de deglutição através de informações como a queixa do paciente, a história médica e a avaliação das estruturas orofaciais, da voz e da fala. Também avalia a ingestão de diferentes consistências de alimentos, concomitante à observação estado clínico do paciente e seu desempenho<sup>(3)</sup>. Esta avaliação é uma forma segura, não invasiva e que utiliza poucos recursos, sendo assim um método de fácil execução para detectar distúrbios da deglutição.

Este tipo de avaliação é importante para determinar estratégias e orientações acerca da alimentação, sendo considerado eficaz para examinar crianças e essencial para os terapeutas, especialmente para aqueles que não têm acesso à avaliações instrumentais. Porém, nem sempre é capaz de avaliar com precisão a fase faríngea e esofágica da deglutição, assim como detectar a presença de penetração e/ou aspiração traqueal. A videofluoroscopia, portanto, é o exame considerado padrão ouro por permitir a visualização do trajeto do bolo alimentar, identificando a fase oral, faríngea e esofágica da deglutição com maior precisão<sup>(7,8)</sup>. Este exame é bastante utilizado em crianças e tem como objetivo principal identificar a biomecânica da deglutição, concluindo se esta ocorre de forma segura. Dessa

forma, torna-se possível orientar o manejo alimentar de forma a reduzir os riscos de aspiração<sup>(9,10,11)</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo traçar o perfil dos pacientes atendidos por um ambulatório de disfagia infantil de um hospital de referência. O conhecimento das características desta população poderá auxiliar na escolha dos procedimentos a serem utilizados, no diagnóstico precoce, assim como no manejo terapêutico destas crianças.

## MÉTODOS

Estudo descritivo transversal retrospectivo, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Disfagia Infantil (ADI) de um hospital geral de referência e alta complexidade de Porto Alegre (RS).

Foram incluídos todos os pacientes do ambulatório com idades entre 0 meses e 18 anos incompletos, que tiveram encaminhamento para avaliação fonoaudiológica, de março de 2013 a julho de 2015 (período de criação do ambulatório até a elaboração do estudo). Foram excluídos aqueles cujos prontuários estavam incompletos quanto às variáveis adotadas pelo estudo.

Foi realizado um levantamento de dados referentes às seguintes variáveis: sexo, idade, cidade de origem, patologia de base, tipo e via de alimentação, complicações pulmonares e recusa alimentar. Também foram analisados os dados da avaliação do sistema sensorio motor oral, avaliação clínica da deglutição, avaliação instrumental e conduta indicada durante o atendimento. As informações coletadas foram registradas em um protocolo criado com base na literatura acerca da disfagia pediátrica<sup>(7, 21, 22)</sup>. (Apêndice 1) e posteriormente correlacionadas entre si.

O encaminhamento dos pacientes que realizaram a avaliação instrumental seguiu os seguintes critérios, de acordo com a American Speech-Language Hearing Association (ASHA)<sup>(8)</sup>: sinais e sintomas inconsistentes em relação aos achados do exame clínico; necessidade de confirmar uma suspeita de diagnóstico médico e/ou ajudar na determinação de um diagnóstico diferencial; realização do diagnóstico de confirmação da disfagia; preocupação quanto à eficácia e segurança do processo de deglutição; paciente candidato à reabilitação da deglutição, sendo necessário obter informações específicas para orientar o manejo e tratamento adequados. O fato deste exame expor as crianças à radiação<sup>(11)</sup> é um dos fatores a ser considerado

diante de um possível encaminhamento, fazendo com que a avaliação clínica prévia detalhada seja indispensável.

Além destes critérios pré-estabelecidos, foi levado em consideração o histórico do paciente, tanto de complicações pulmonares como nutricionais, observando se o ganho ponderal estaria sendo satisfatório e os sinais clínicos sugestivos de distúrbios de deglutição. Deste modo, os pacientes que não fizeram a avaliação instrumental não foram excluídos da amostra, pois realizaram a avaliação clínica da deglutição e não apresentaram sinais que resultassem em indicação do exame.

Os dados coletados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados de forma descritiva e analítica. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados. Para as variáveis politômicas, em caso de significância estatística, o teste dos resíduos ajustados foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

Os critérios éticos foram contemplados pelo TCUD (Termo de Consentimento de Utilização de Dados), elaborado de acordo com as determinações das normas da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde/GPPG/HCPA, através da Resolução Normativa 01/97 sobre Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Bases de Dados em Projetos de Pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, com o número de parecer: 1.283.734.



## RESULTADOS

A amostra foi composta por 89 prontuários sendo que, destes, 11 foram excluídos por não estarem completos, ficando com um total de 78. As patologias de base foram classificadas em seis categorias: neurológica, cardiovascular, respiratória, metabólica, sindrômica e “outra” (quando não se encaixava nas categorias anteriores), englobando as doenças que mais apareceram na população de estudo. O perfil de caracterização da amostra está descrito na Tabela 1.

Considerando os dados referentes à alimentação, a Tabela 2 apresenta os resultados de prevalência da via de alimentação, tipo de alimentação, episódios de recusa alimentar e dificuldades de transição da alimentação de sonda para via oral.

Os achados clínicos da avaliação do sistema sensório motor oral (SSMO) e da avaliação clínica da deglutição são apresentados nas Figuras 1 e 2, respectivamente. Quando realizada associação entre SSMO e patologias de base, obteve-se resultados conforme constam na Tabela 3. Na avaliação clínica da deglutição, 50% dos pacientes apresentaram ausculta cervical sem particularidades, este achado teve associação com aqueles que não apresentaram episódios de aspiração traqueal no exame de videofluoroscopia ( $p=0,046$ )

Do total da amostra, 53 pacientes (67,9%) realizaram a videofluoroscopia, sendo que o achado mais encontrado foi escape posterior, presente em 61,5% dos laudos analisados. Os outros resultados dos exames foram: episódios de penetração (32,1%), episódios de aspiração traqueal (24,5%), atraso em iniciar a fase faríngea (22,6%), deficiência de fase oral (18,9%), não se observou anormalidades no exame (15,1%), refluxo para nasofaringe (13,5%) e estase em valéculas e/ou recessos piriformes (5,7%). É importante salientar que alguns laudos continham mais de um destes achados concomitantes.

Considerando os resultados das avaliações, os encaminhamentos e orientações estão descritos na Tabela 4, sendo que a orientação de retorno para avaliação e acompanhamento foi indicada nos casos em que não foi possível realizar a avaliação clínica da deglutição e esta foi reagendada. Alguns pacientes receberam mais de um dos encaminhamentos referidos.

Embora as complicações pulmonares tenham sido referidas pelo médico nos dados de prontuários de 31 pacientes (39,7%), esta variável não teve associação significativa com outros achados.

Em relação à análise das variáveis estudadas, observou-se associação entre episódios de tosse e/ou engasgos durante a deglutição na avaliação clínica com episódios de penetração na avaliação instrumental ( $p=0,006$ ), não ocorrendo o mesmo entre episódios de aspiração traqueal ( $p=0,725$ ). Entretanto, os pacientes que apresentaram comprometimento das funções de sucção ou mastigação na avaliação clínica tiveram associação com episódios de aspiração traqueal no exame de videofluoroscopia da deglutição ( $p=0,016$ ).

## DISCUSSÃO

Estima-se que a prevalência de problemas de alimentação na população pediátrica seja de 33 a 80%. Distúrbios de alimentação e deglutição durante a infância estão aumentando e normalmente aparecem associados ao desenvolvimento de múltiplas e complexas condições médicas<sup>(10)</sup>.

No presente estudo, a maioria das crianças atendidas no ambulatório era do sexo masculino (60,3%) e mais da metade eram oriundas da região metropolitana de Porto Alegre ou do interior do estado do RS (73,1%). Este dado diverge de outros estudos que mostram os dados epidemiológicos de pacientes atendidos em hospitais de referência e evidenciam que a maioria deles reside na capital a qual o hospital está localizado<sup>(12,13)</sup>. A falta de fonoaudiólogos especializados em disfagia que atendem no interior do estado pode estar relacionada com este achado, por este motivo os pacientes são encaminhados para atendimento fonoaudiológico nos hospitais de referência da capital.

As patologias de origem sindrômica corresponderam a 41% da amostra deste estudo, sendo a mais prevalente, o que pode ser explicado pelo fato de que as crianças com síndromes genéticas apresentam com frequência algum tipo de distúrbio de alimentação e deglutição, e que isto provém de fatores anatômicos, fisiológicos e comportamentais. Estas questões tornam o processo alimentar difícil e lentificado, gerando maior fadiga e maiores riscos de aspiração<sup>(14,15)</sup>.

Patologias neurológicas também tiveram prevalência elevada nesta pesquisa, sendo a segunda de maior ocorrência. Existe uma associação entre a gravidade neurológica e prevalência da disfagia, ou seja, nas crianças mais severamente comprometidas cada vez mais observa-se o diagnóstico de disfagia. Este distúrbio alimentar na infância associado a comprometimento neurológico é complexo, com

muitos fatores inter-relacionados, contribuindo para a gravidade e natureza da apresentação deste sintoma<sup>(1)</sup>.

Foi constatada uma prevalência de 39,7% dos pacientes utilizando alguma via alternativa de alimentação, divididas entre sondas nasoenterais (SNE), nasogástricas (SNG) e gastrostomia. A escassez de estudos que descrevam o perfil de crianças em uso de via alternativa de alimentação dificulta a discussão deste achado, porém, o estudo de Nogueira, et al. (2011) que traçou o perfil de 229 pacientes em uso de via alternativa internados em um hospital geral<sup>(16)</sup> evidenciou que SNG e SNE foram as mais prevalentes, concordando com o presente estudo. Entretanto, foi realizado com pacientes adultos e internados.

Não houve associação significativa entre via de alimentação e patologias de base. A falta de estudos nesta área e com enfoque na população pediátrica impede uma conclusão acerca deste achado. Contudo, acredita-se que uma amostra maior possa mostrar com maior acurácia a relação entre estas duas variáveis, levando em consideração as limitações implicadas por algumas patologias, o que pode resultar na necessidade de uma via de alimentação complementar.

Episódios de recusa alimentar foram apresentados por 19 (24,4%) pacientes. Este comportamento é definido como a recusa da criança em comer todos ou a maioria dos alimentos ofertados a ela, o que pode resultar em um déficit nutricional e até indicação para algum tipo de via alternativa de alimentação. Este é um importante achado, que exemplifica que, na infância, a disfagia pode apresentar-se de forma diferente do que se encontra na população adulta<sup>(17)</sup> e pode aparecer como um dos motivos de encaminhamento para ambulatórios específicos de distúrbios de alimentação infantil.

Nos achados da avaliação do SSMO, foi constatada uma associação positiva entre hipotonia da musculatura orofacial e patologia neurológica, ou seja, quanto mais pacientes neurológicos apareceram na análise, mais este achado apareceu de uma forma diretamente proporcional. Os resultados corroboram o que está descrito na literatura, onde estudos mostram que a hipotonia da musculatura em geral é uma característica comum em pacientes com comprometimentos neurológicos ou acometidos por alguma síndrome genética<sup>(1, 14, 15)</sup>.

A avaliação clínica da deglutição deve ser realizada dentro do contexto esperado para a idade e para as habilidades de acordo com o seu desenvolvimento<sup>(1)</sup>. Desta forma, é importante ter conhecimento acerca do desenvolvimento normal da criança, e assim poder entender as limitações do desenvolvimento daquelas que apresentam algum tipo de patologia neurológica.

Crianças com distúrbios relacionados à deglutição ou à alimentação podem desenvolver inúmeras complicações, sendo a aspiração traqueal uma das mais comprometedoras<sup>(6)</sup>. Quando esta aspiração é crônica e recorrente, os efeitos causados no pulmão que está em desenvolvimento podem ser devastadores.

Na avaliação clínica da deglutição metade da amostra apresentou ausculta cervical sem particularidades, tendo associação significativa com os pacientes que não apresentaram aspiração traqueal na avaliação instrumental ( $p=0,046$ ). A ausculta é uma ferramenta complementar para a detecção de disfagia orofaríngea, Frakking e colaboradores (2013) afirmam que há bastante divergência entre autores sobre esta técnica, e que uma melhor compreensão do valor diagnóstico da mesma é necessário antes que possa ser utilizada rotineiramente no contexto clínico<sup>(18)</sup>. Nesta amostra, complicações pulmonares foram referidas nos dados de prontuários de 31 pacientes (39,7%). Considerando a gravidade que problemas pulmonares

podem trazer à crianças que já são acometidas por outras comorbidades, este é um dado muito relevante na caracterização da população atendida pelo ADI.

Outro modo de avaliação complementar é a avaliação instrumental, que pode ser feita a partir dos exames de videofluoroscopia ou videonasolaringoscopia. Neste estudo, os pacientes realizaram a videofluoroscopia da deglutição, seguindo os critérios de encaminhamento já citados e a rotina do hospital. Nos laudos avaliados, o achado mais encontrado foi escape posterior em 61,5% dos pacientes que realizaram o exame. Episódios de penetração laríngea e episódios de aspiração traqueal também apareceram entre os resultados, nesta ordem de prevalência. Estes resultados também foram encontrados em outros estudos que analisaram o exame de videofluoroscopia da deglutição, demonstrando que episódios de penetração foram mais prevalentes que aspiração, assim como no presente estudo<sup>(10,11)</sup>. Uma pesquisa realizada por Gurberg, et al. (2015) aborda a questão da associação entre a penetração laríngea no exame de videofluoroscopia e episódios de pneumonia em crianças. Esta foi a primeira vez que a penetração laríngea foi estudada isoladamente em associação com complicações pulmonares. Assim como nesta amostra, episódios de penetração laríngea foram bastante significantes. Contudo, outros estudos com este enfoque são necessários para que os resultados obtidos sejam fidedignos a este achado<sup>(19)</sup>.

Quando correlacionados os sinais clínicos com os achados do exame de videofluoroscopia, observou-se associação entre episódios de tosse e/ou engasgos durante a deglutição com episódios de penetração na avaliação instrumental, não ocorrendo o mesmo entre episódios de aspiração traqueal. A alta prevalência de episódios de aspiração silenciosa na população pediátrica, que se caracteriza pela ausência de reflexos de proteção da via aérea, como tosses,

engasgos e outras respostas clínicas sugestivas de aspiração traqueal, vai ao encontro dos resultados do exame videofluoroscópico neste estudo<sup>(20)</sup>.

Os pacientes que apresentaram comprometimento das funções de sucção ou mastigação na avaliação clínica tiveram associação com episódios de aspiração traqueal no exame de videofluoroscopia da deglutição, mostrando a importância dessas funções serem eficientes e coordenadas. Isto corrobora os achados em estudos que relacionam a deficiência de alguma das fases da deglutição, incluindo a fase oral, com riscos de aspiração traqueal<sup>(2,3)</sup>.

O presente estudo apresentou dificuldades em relação à coleta de dados de alguns prontuários devido à falta de padronização das informações e consenso entre as nomenclaturas inseridas nestes registros, principalmente nos registros das consultas de especialidades médicas. É relevante mencionar que há uma limitada quantidade de pesquisas entre a população pediátrica e sua relação com dificuldades de alimentação na literatura.

Distúrbios alimentares e nutricionais na infância apresentam, frequentemente, a disfagia como principal complicação e sintoma. As condições consideradas como de risco para o desenvolvimento do sintoma disfagia são variadas. Os achados desta pesquisa ressaltam a necessidade de ambulatórios específicos para esta população, e desta forma, a realização de avaliações detalhadas que permitam uma interface com outros profissionais, visando o melhor manejo para cada caso.

## CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que a população pediátrica apresenta grandes riscos de desenvolver distúrbios de deglutição e que podem ser agravados caso o diagnóstico precoce não seja realizado. As crianças encaminhadas para o ADI demonstraram comprometimentos relacionados à graves patologias de base. Grande parte da amostra se alimentava por via oral exclusiva e todos apresentaram comprometimento em alguma das fases da deglutição.

A escassez e a limitação de estudos sobre a população pediátrica e sua relação com distúrbios de alimentação e deglutição é um fator limitador para o desenvolvimento de pesquisas como esta por existirem, ainda, poucas publicações na área de disfagia infantil. Um ambulatório específico de disfagia infantil torna possível a coleta de informações através da inclusão da rotina assistencial vinculada a projetos, possibilitando a realização de prospecções futuras nesta linha de pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento de estudos em disfagia infantil. Cada vez torna-se mais evidente a necessidade de se investir em estudos que visem desenvolver perfis assistenciais voltados para as crianças que apresentam algum tipo de comprometimento.

Acredita-se que pacientes acompanhados e monitorados em um ambulatório de disfagia infantil, têm menor risco de apresentar complicações pulmonares decorrentes de aspiração e outros acometimentos devido ao manejo e acompanhamento fonoaudiológico destes, objetivando minimizar as consequências da disfagia. Os benefícios do presente estudo são amplos para a população pediátrica com queixa de disfagia, pois já será de conhecimento dos profissionais o perfil esperado para atendimento.

O conhecimento do perfil de pacientes atendidos em determinados serviços de saúde resulta em desenvolvimento de importantes políticas de saúde e ações preventivas.

## REFERÊNCIAS

1. Morgan AT, Dodrill P, Ward EC. Interventions for oropharyngeal dysphagia in children with neurological impairment (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2012.
2. Molfenter SM; Leigh C; Steele CM. Event Sequence Variability in Healthy Swallowing: Building on Previous Findings. *Dysphagia*. 2014 April; 29(2): 234–242.
3. Dodrill, P; Gosa, M. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. *Ann Nutr Metab*. 2015; 66 (suppl 5):24–31.
4. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *DevDisabil Res Rev*. 2008;14(2):118-27.
5. Lefton-Greif MA. Pediatric Dysphagia. *Phys Med RehabilClin N Am*. 2008 Nov;19 (4):837-51.
6. Tutor JD, Srinivasan S, Gosa MM, Spentzas T, Stokes DC. Pulmonary Function in Infants with Swallowing Dysfunction. *PLoS ONE* 2015; 10(5):e0123125.
7. DeMatteo C; Matovich D; Hjartarson A. Comparison of clinical and videofluoroscopic evaluation of children with feeding and swallowing difficulties. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2005, 47: 149–157.
8. American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Guidelines for speech-language pathologists performing videofluoroscopic swallowing studies [Guidelines]. Disponível em: [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).

9. Alnassar M, Oudjhane K, Davila J. Nasogastric tubes and videofluoroscopic swallowing studies in children. *Pediatr Radiol* (2011) 41:317–321.
10. Bae SO; Lee GP; Seo HG; Oh B; Han TR. Clinical Characteristics Associated With Aspiration or Penetration in Children With Swallowing Problem. *Ann Rehabil Med* 2014;38(6):734-741
11. Silva-Munhoz LF, Bühler KEB, Limongi SCO. Comparação entre as avaliações clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com suspeita de disfagia. *CoDAS* 2015;27(2):186-92.
12. Rosa TP; Magnago TS; Tavares JP; Lima SB; Schimdt MD; Silva RM. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. *R. Enferm. UFSM* 2011 Jan/Abr;1(1):51-60.
13. Veras TN; Sakae TM. Perfil epidemiológico dos pacientes acompanhados em um ambulatório de pneumologia pediátrica de hospital terciário. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 40, no. 4, de 2011.
14. Fraga DF; Pereira KR; Dornelles S; Olchick MR; Levy DS. Avaliação da deglutição em lactentes com cardiopatia congênita e síndrome de down: estudo de casos. *Rev. CEFAC*. 2015 Jan-Fev; 17(1):277-285.
15. Cooper-Brown L; Copeland S; Dailey S; Downey D; Petersen MC; Stimsom C; Dyke DC. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 14: 147 – 157 (2008).

16. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Rev. CEFAC, São Paulo. 2011.
17. Williams KE, Field DG, Seiverling L. Food refusal in children: A review of the literature. Research in Developmental Disabilities 31 (2010) 625–633.
18. Frakking TT, Chang AB, O’Gradys KF, Walker-Smith K, Weir KA. Cervical auscultation in the diagnosis of oropharyngeal aspiration in children: a study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2013, 14:377.
19. Gurberg J, Birnbaum R, Daniel SJ. Laryngeal penetration on videofluoroscopic swallowing study is associated with increased pneumonia in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 79 (2015) 1827–1830.
20. Weir KA, McMahon S, Taylor S, Chang AB. Oropharyngeal Aspiration and Silent Aspiration in Children. Pediatrics, CHEST / 140 / 3 / SEPTEMBER, 2011.
21. Skuse D, Stevenson J, Reilly S, Mathisen B. Schedule for Oral-Motor Assessment (SOMA): Methods of Validation. Dysphagia 10:192-202 (1995).
22. FUJINAGA, C. I.; ZAMBERLAN, N. E.; RODARTE, M. D. O.; SCOCHI C. G. S. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 19, n. 2, p. 143-150, abr.-jun. 2007.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	n=78
Idade (meses) – md (P25 – P75)	27 (10 – 95)
Sexo – n(%)	
Masculino	47 (60,3)
Feminino	31 (39,7)
Cidade de origem – n(%)	
Porto Alegre	21 (26,9)
Outra	57 (73,1)
Patologia de base – n(%)	
Neurológica	23 (29,5)
Cardiovascular	2 (2,6)
Respiratória	1 (1,3)
Metabólica	1 (1,3)
Sindrômica	32 (41,0)
Outra	19 (24,4)

Tabela 2 – Dados referentes à alimentação

Variáveis	n=78
Via de alimentação – n(%)	
Não faz uso	47 (60,3)
SNG	2 (2,6)
SNE	20 (25,6)
Gastrostomia	9 (11,5)
Tipo de alimentação – n(%)	
Líquido	10 (12,8)
Líquido engrossado	5 (6,4)
Pastoso	17 (21,8)
Pastoso com grumos	1 (1,3)
Exclusiva por sonda	23 (29,5)
Todas as consistências	27 (34,6)
Recusa alimentar – n(%)	19 (24,4)
Dificuldade de transição sonda para VO – n(%)	24 (30,8)

Tabela 3 – Associação entre patologia de base e avaliação clínica SSMO

Avaliação clínica SSMO	Neurológica	Sindrômica	Outra
Reflexos orais presentes e adequados	2 (8,7)	1 (3,1)	1 (5,3)
Vedamento labial e controle oral ineficientes	3 (13,0)	5 (15,6)	0 (0,0)
Alteração nas estruturas envolvidas no processo de deglutição	1 (4,3)	5 (15,6)	2 (10,5)
Tônus e mobilidade adequados	0 (0,0) <sup>#</sup>	3 (9,4)	8 (42,1) <sup>*</sup>
Pouca mobilidade de OFAs	4 (17,4)	5 (15,6)	3 (15,8)
Hipotonia da musculatura orofacial	18 (78,3) <sup>*</sup>	20 (62,5)	6 (31,6) <sup>#</sup>

\* associação positiva estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância; # associação negativa estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Tabela 4 – Dados referentes aos encaminhamentos

Conduta	n	%
Estimulação motora-oral e proprioceptiva	22	28,2
Controlar volume de oferta do alimento	7	9,0
Estímulo sensorial associado ao gustativo	10	12,8
Uso de espessantes	8	10,3
Adequar consistência/fluxo e/ou utensílio	27	34,6
Manter dieta pela sonda e iniciar estimulação VO	14	17,9
Suspender VO e iniciar tratamento fonoaudiológico	4	5,1
Retorno para reavaliação	12	15,4

\*Retorno para avaliação: foi orientado quando não foi possível realizar a avaliação clínica da deglutição no primeiro atendimento.

Figura 1 – Avaliação SSMO

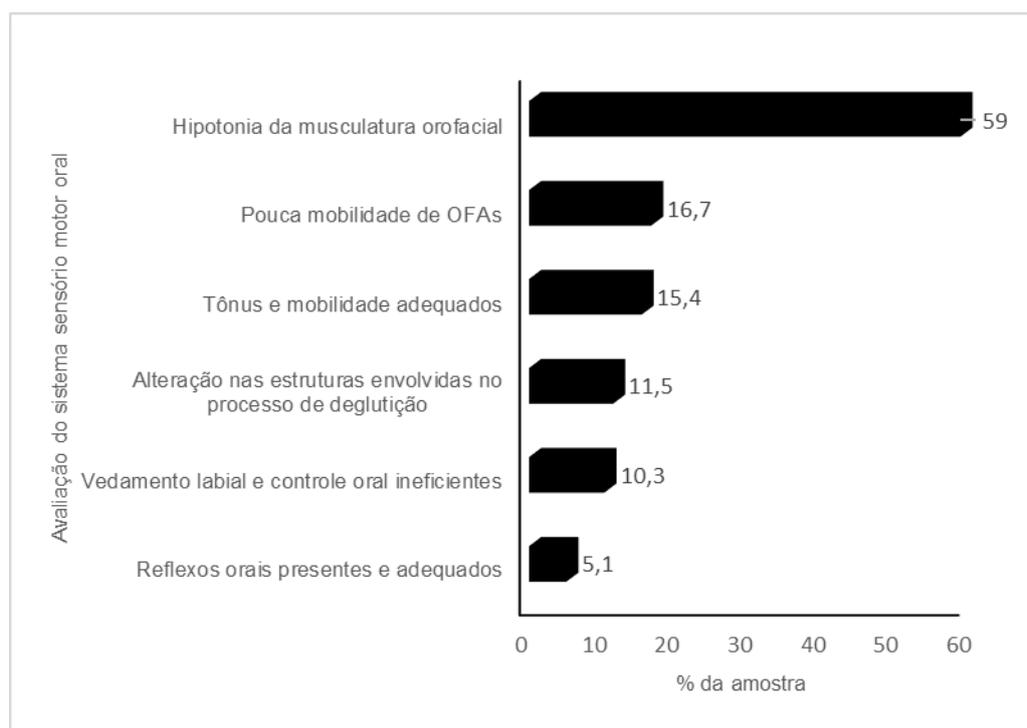
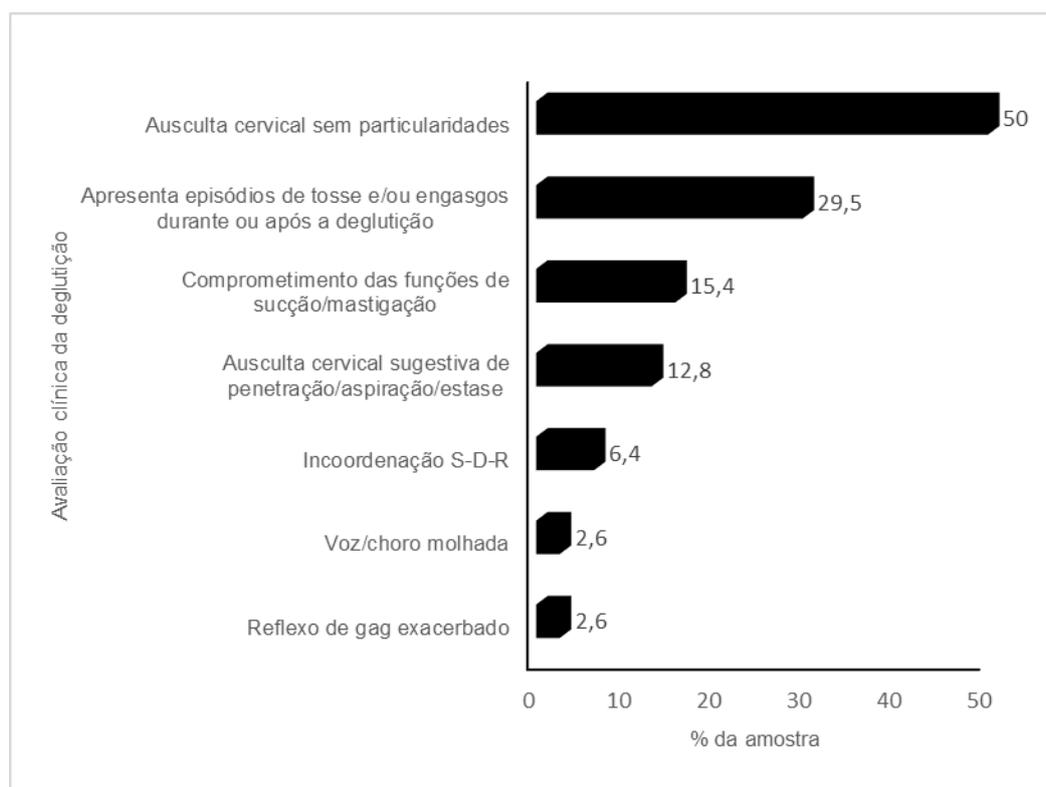


Figura 2 – Avaliação clínica da deglutição



## Anexo 1 – Instruções aos autores - Revista CoDAS

**Artigos originais:** são trabalhos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. O resumo deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A introdução deve apresentar uma breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. Os métodos devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os resultados devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos. A discussão não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira preferencialmente nos últimos cinco anos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo "*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

### REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

1. carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor;
2. aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;
3. cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de imagem, quando for o caso;
4. declaração de conflitos de interesse, quando pertinente.

### PREPARO DO MANUSCRITO

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitad. em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos

arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, n. seguinte sequência: página de identificação, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), agradecimentos, referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas. A extensão do manuscrito (incluindo página de rosto, resumo e *abstract*, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações mencionadas na descrição: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas ou meta-análises, 20 páginas para Relatos de casos, 4500 caracteres para Comunicações breves, e 3000 caracteres para Cartas aos editores.

### **Página de identificação**

Deve conter:

1. título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
2. título do artigo resumido com até 40 caracteres;
3. nome completo de cada autor, seguido do departamento e/ou instituição;
4. departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
5. nome, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
6. fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
7. declaração de inexistência de conflitos de interesse;
8. texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado.

### **Resumo e descritores**

A segunda página deve conter o resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, métodos, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, methods, results, conclusion*. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion*. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medica. Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

### **Texto**

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos árabicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

"... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13)..."

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso.

No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostas ao final do artigo, após as referências.

### **Agradecimentos**

Inclui reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso.

### **Referências**

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

### **ARTIGOS DE PERIÓDICOS**

Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

### **LIVROS**

Northern J, Downs M. *Hearing in children.* 3r. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

## CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Iwin J. Pragmatics: the role in language development. La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

## CAPÍTULOS DE LIVROS (mesma autoria)

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. Distúrbios da audição: a presbiacusia; p. 51-82.

## TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10; Toronto. Proceedings. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

## DISSERTAÇÕES E TESES

Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações do desenvolvimento da linguagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2002.

## DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available from: [http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis\\_media.htm](http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm)

## **Tabelas**

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

## **Quadros**

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros.

## **Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)**

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. As figuras poderão ser anexadas como documentos suplementares em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer os seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/*bitmap* para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/RGB ou *grayscale*. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

### **Legendas**

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

### **Abreviaturas e siglas**

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

### **Tradução**

A versão em Inglês será de responsabilidade dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em Português os autores serão instruídos a realizarem a tradução do documento para a língua inglesa, garantindo pelo menos a correção por empresa especializada com experiência internacional.

## Apêndice 1 – Formulário de coleta de dados

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA  
INFANTIL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE  
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**Dados de identificação****Nome:****Prontuário:****Idade:****Sexo:** 1 - M ( ) 2 - F ( )**Cidade de Origem:** 1 – Porto Alegre ( ) 2 – Outra cidade: \_\_\_\_\_**Dados Clínicos****Patologia de Base:**

1 – Neurológica ( )

2 – Cardiovascular ( )

3 – Respiratória ( )

4 – Metabólica ( )

5 – Acidente/Trauma ( )

6 – Síndrômica ( )

7 – Outra ( )

**Via Alternativa de Alimentação:**

1 – Não faz uso ( )

2 – SNG ( )

3 – SNE ( )

4 – Gastrostomia ( )

5 – Jejunostomia ( )

6 – Parenteral ( )

**Tipo de Alimentação/Consistência:**

1 – Líquido ( )

2 – Líquido Engrossado ( )

3 – Pastoso ( )

4 – Pastoso com grumos ( )

5 – Sólido ( )

6 – Exclusiva por sonda ( )

7 – Todas as consistências ( )

**Complicações Pulmonares:**

1 – Sim ( ) 2 – Não ( )

**Recusa Alimentar:**

1 – Sim ( ) 2 – Não ( ) 3 – Não se aplica ( )

**Dificuldades de transição da sonda pra VO (quando for o caso):**

1 – Sim ( ) 2 – Não ( ) 3 – Não se aplica ( )

**Nº de Atendimentos:** \_\_\_\_\_

**Avaliação Clínica**

**SSMO:**

1 – Hipotonia da musculatura orofacial ( )

2 – Pouca mobilidade de OFAs ( )

3 – Vedamento labial e controle oral ineficientes ( )

4 – Alteração nas estruturas envolvidas no processo de deglutição ( )

5 – Reflexos orais presentes e adequados ( )

6 - Tônus e mobilidade adequados ( )

**Av. Clínica da Deglutição:**

1 – Apresenta episódios de tosse e/ou engasgos durante a deglutição ( )

2 – Reflexo de gag exacerbado ( )

3 – Comprometimento das funções de sucção/deglutição ( )

4 – Ausculta cervical sugestiva de penetração/aspiração ( )

5 – Ausculta cervical sem particularidades ( )

6 – Incoordenação S-D-R ( )

7 – Voz/choro molhada ( )

**Realizou exame de videofluoroscopia da deglutição?** 1 – Sim ( ) 2 – Não ( )

3 – Sem acesso ao exame ( )

**Se sim, resultado:**

1 – Deficiência de fase oral ( )

2 – Escape posterior ( )

3 – Atraso em iniciar fase faríngea ( )

4 – Refluxo para nasofaringe ( )

5 – Episódios de penetração e/ou aspiração traqueal ( )

6 – Estase em valéculas e/ou recessos piriformes ( )

7 – Não se observa anormalidades no exame ( )

**Encaminhamento/orientações:**

1 – Estimulação motora-oral e proprioceptiva ( )

2 – Controlar volume de oferta do alimento ( )

3 – Estímulo sensorial associado ao gustativo ( )

4 – Uso de espessantes ( )

5 – Adequar consistência/fluxo e/ou utensílio ( )

6 – Manter dieta pela sonda e iniciar estimulação VO ( )

7 – Controlar postura adequada durante a alimentação ( )

8 – Retorno para avaliação da deglutição ( )

