



Faculdade Sete Lagoas

Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE**

Fernanda de Castro Rocha

Gabrielle Caldas André

Larissa Lages Guimarães

**POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÔNICA: Um Relato  
de Caso Clínico**

BELO HORIZONTE/MG

2023

Fernanda de Castro Rocha  
Gabrielle Caldas André  
Larissa Lages Guimarães

**POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÔNICA: Um Relato  
de Caso Clínico**

Artigo apresentado ao curso de Especialização  
Lato Sensu em Disfagia da Faculdade Sete  
Lagoas – FACSETE, como requisito para  
obtenção do certificado de conclusão de curso.  
Área de Concentração: Fonoaudiologia  
Orientador: Professor Roger Florentino  
Área de Concentração: Fonoaudiologia

BELO HORIZONTE

2023

Fernanda de Castro Rocha  
Gabrielle Caldas André  
Larissa Lages Guimarães

**POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÔNICA: Um Relato  
de Caso Clínico**

Artigo apresentado ao curso de Especialização  
Lato Sensu em Disfagia da Faculdade Sete  
Lagoas – FACSETE, como requisito para  
obtenção do certificado de conclusão de curso.  
Área de Concentração: Fonoaudiologia  
Orientador: Professor Roger Florentino Silva  
Área de Concentração: Fonoaudiologia

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_ pela banca constituída pelos seguintes professores:

---

---

---

Belo Horizonte, novembro de 2023.

## RESUMO

A polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica é uma doença sensório motora simétrica, que tem como característica a diminuição da força muscular de forma progressiva, comprometendo os reflexos e diversas funções motoras, podendo acometer tanto adultos como crianças, sendo o sexo masculino o mais acometido, tendo como faixa etária prevalente entre 30 e 50 anos. Foi realizado um estudo de caso de um paciente que tem 28 anos, do sexo masculino que apresentou Síndrome de Guillain Barré aos sete anos de idade. O tratamento fonoaudiológico dentro desse caso tem como intuito minimizar os efeitos da doença de base, melhorando as funções de fala, deglutição, articulação, voz e respiração. Os resultados diante ao tratamento fonoaudiológico vêm se mostrando eficácia e o paciente demonstra êxito ao se alimentar por via oral total e líquidos com controle de volume de acordo com a escala FOIS 6<sup>o</sup>. A fonoaudiologia tem papel fundamental junto com a equipe multiprofissional no processo de reabilitação buscando uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

**Palavras-chave:** polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica; fonoaudiologia; deglutição.

## ABSTRACT

*Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy is a symmetrical sensorimotor disease, characterized by a progressive decrease in muscle strength, compromising reflexes and various motor functions, and can affect both adults and children, with males being the most affected, with the prevalent age group between 30 and 50 years old. A case study was carried out on a 28-year-old male patient who presented with Guillain Barré Syndrome at the age of seven. Speech therapy treatment in this case aims to minimize the effects of the underlying disease, improving speech, swallowing, articulation, voice and breathing functions. The results of speech therapy treatment have been shown to be effective and the patient has demonstrated success when eating completely orally and liquids with volume control according to*

*the FOIS 6<sup>e</sup> scale. Speech therapy plays a fundamental role together with the multidisciplinary team in the rehabilitation process seeking a better quality of life for these patients.*

**Keywords:** *Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy; speech therapy; swallowing.*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2. DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO.....</b>	<b>8</b>
<b>3. TRATAMENTO .....</b>	<b>10</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>18</b>

## 1.INTRODUÇÃO

A Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória crônica (PDIC) é uma doença sensório motora simétrica, que tem como característica a diminuição da força muscular de forma progressiva, comprometendo os reflexos e diversas funções motoras<sup>1</sup>.

A PDIC pode acometer tanto adultos como crianças, sendo o sexo masculino o mais acometido, tendo como faixa etária prevalente entre 30 e 50 anos. É uma doença ainda subdiagnosticada, apesar de comum. com prevalência de cerca de 0,5 por 100.000 crianças e 1 a 2 por 100.000 adultos, possui grande potencial de tratamento<sup>1,2</sup>.

Esta doença tem caráter autoimune, gerado por respostas imunes celulares e humorais, que irão agir contra antígenos dos nervos periféricos, gerando uma desmielinização e degeneração axonal<sup>2</sup>. São polirradiculoneuropatias generalizadas, geralmente com citoalbuminologia e dissociação do líquido cefalorraquidiano; exhibe anormalidades de condução características de uma neuropatia desmielinizante (redução da velocidade de condução e bloqueio de condução em nervos motores), mostrando inflamação perivenosa multifocal<sup>2</sup>.

O tratamento da PDIC visa minimizar os efeitos da doença e conta com a atuação de equipe multiprofissional: fonoaudiologia, fisioterapia, terapeuta ocupacional, enfermagem, psicologia e equipe médica, além de tratamentos medicamentosos, sendo os corticóides e imunoglobulina os mais utilizados<sup>3</sup>.

As imunoglobulinas são proteínas vitais que circulam na corrente sanguínea, influenciando diretamente o sistema imunológico. Pacientes portadores da PDIC podem se beneficiar dessa medicação advinda do plasma sanguíneo. O paciente desse estudo, faz uso dessa medicação uma vez ao mês e esse procedimento é realizado em ambiente hospitalar. Sua aplicação se dá por meio de um cateter alojado próximo à musculatura peitoral, do lado direito do corpo<sup>3</sup>.

Outro ponto importante é o cognitivo, que, em sua maioria, se mantém preservado. O que se observa em alguns casos é a lentidão para dar respostas solicitadas e estímulos<sup>2</sup>.

Pode acontecer também um prejuízo no processo de deglutição do paciente portador da PDIC, denominado disfagia, que é a e a incapacidade de transferir de forma segura alimentos ou líquidos da boca até o estômago. Essa dificuldade pode

estar associada à fatores neurológicos e/ou musculares. Ela vem associada a uma série de queixas como tosse, voz molhada, engasgos, estase em cavidade oral, entre outros. O fonoaudiólogo é o profissional capacitado para realizar esse tratamento e criar estratégias para uma via oral segura ou indicar uma via alternativa de alimentação. A avaliação clínica tem um papel muito importante para norteamento do tratamento e diagnóstico precoce visando restabelecer uma via oral de forma segura<sup>8</sup>.

Esses pacientes também podem sofrer de depressão, que são bem frequentes nessa doença, sendo necessário tratamento e acompanhamento clínico constante<sup>5</sup>.

A PDIC e a Polirradiculoneuropatia Desmielinizante Inflamatória Aguda (Síndrome de Guillian-Barré - SGB), apresentam várias semelhanças clínicas, assim como eletrofisiológicas e histopatológicas. A diferença está no início do aparecimento, no seu pico, no curso de suas sintomatologias. Além disso, a apresentação clínica de ambas é distinta<sup>5</sup>. A SGB é uma doença monofásica, muitas vezes associada a um acontecimento anterior, como vacinação, infecção, diarreia, e que tem seu início agudo e tem seu efeito máximo em menos de quatro semanas. Já os sintomas da PDIC apresentam, usualmente, uma progressão superior a oito semanas. Normalmente, os pacientes com PDIC podem enfrentar um curso recidivante dos sintomas, e raramente está associado a um evento prévio com vacinação ou doença, ao contrário da SGB. Além disso, raros são os acometimentos da musculatura respiratória, do sistema nervoso autônomo e dos nervos periféricos. Quando surgem, se associam com estágios avançados da doença<sup>4</sup>.

## 2.DESCRICÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente M.T.M., 28 anos, sexo masculino, apresentou Síndrome de Guillain Barré aos sete anos de idade, ou seja, bem antes do diagnóstico da PDIC, sendo necessária internação em ambiente hospitalar por três meses e sete dias, permanecendo por três meses no CTI e o restante na enfermaria. Ainda nessa internação, paciente apresentou uma piora progressiva do quadro clínico, evoluindo com elevação da temperatura corporal, trombose de membro inferior direito e septicemia.

Devido à piora do quadro clínico houve a necessidade de intubação e, posteriormente, uso de traqueostomia e de sonda naso-entérica.

Após a diminuição do processo inflamatório, paciente conseguiu ser extubado sem sequelas, sendo realizados testes para avaliar a função de sua via oral, ficando evidenciada a possibilidade de uma via oral segura FOIS 6 - via oral total com múltiplas consistências<sup>6</sup>, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares.

O paciente, após essa internação, passou por um período de reabilitação com fisioterapia motora e, em um ano e oito meses, conseguiu ter uma vida normal, ser reinserido no ambiente escolar, sem nenhum comprometimento físico ou neurológico.

Aos treze anos observou-se uma fraqueza generalizada, demonstrando dificuldade em realizar tarefas simples do dia a dia e diminuição da força motora. Paciente novamente encaminhado para o hospital de referência, para investigação da possível causa do quadro atual e realização de exames complementares.

Portanto, após a discussão com a equipe multidisciplinar e a avaliação dos exames clínicos o paciente foi diagnosticado como portador da PDIC.

Foi iniciado o uso de corticoide, que auxiliou na melhora do quadro clínico e novamente o paciente foi reinserido no ambiente escolar, sem nenhuma sequela física ou motora.

Aos dezessete anos o paciente apresentou uma crise, que deixou seu corpo totalmente paralisado, comprometendo todas as suas funções motoras. Retornou ao ambiente hospitalar, onde permaneceu por oito meses, sendo seis meses no CTI e dois em enfermaria. Apresentou novamente trombose, dessa vez no membro inferior esquerdo, com necessidade de intubação e colocação de sonda naso-

entérica. Posteriormente, realizou-se uma gastrostomia, devido ao quadro de disfagia motora e o período prolongado para reabilitação. Apresentou variações do seu estado de alerta e rebaixamento do cognitivo, como consequência do uso de medicações.

A reabilitação da via oral aconteceu dentro do hospital, após sua saída do CTI, onde eram realizados atendimentos fonoaudiológicos diários, a beira leito. Foram trabalhados exercícios para elevação da laringe, para proteção da via aérea superior, treino de mastigação e manobras de deglutição.

Paciente recebeu alta sem conseguir movimentar os membros inferiores, com força diminuída dos membros superiores, sendo encaminhado para reabilitação na fisioterapia motora em ambiente domiciliar. Desde essa internação, o paciente não voltou mais a andar.

Dois anos depois, aos dezenove anos de idade, outra crise foi desencadeada, apresentando novamente sintomas de fraqueza generalizada e septicemia.

Permaneceu no CTI do hospital de referência por pouco mais de um ano, sendo novamente intubado, traqueostomizado e gastrostomizado. Apresentou também paralisia de prega vocal direita e paralisia facial periférica, o que desencadeou uma úlcera de córnea. Alterações no decorrer do nervo facial ocasionam a paralisia facial, que nos dá como resultado a alteração dos músculos da mímica facial, sendo reversível, na maioria dos casos, porém trazendo algum tipo de sequela.

No CTI, permaneceu a maior parte do tempo em estado de alerta e consciente, sem nenhum comprometimento da parte neurológica. Nesse período, iniciou uso da imunoglobulina<sup>2,5</sup>, que retardou o surgimento de novas crises e melhora da qualidade de vida. Esse tratamento é feito uma vez ao mês em ambiente hospitalar, onde é administrada a medicação e, se necessário, realizados exames complementares.

Após o início do uso da imunoglobulina<sup>2,5</sup>, não apresentou mais nenhuma internação prolongada e, devido à estabilidade do caso clínico e necessidade de reabilitação, foi encaminhado para o programa de internação domiciliar. Nesse programa ele recebe visita mensal das equipes de enfermagem, médica e nutrição, fisioterapia cinco vezes por semana, fonoaudiologia duas vezes por semana e psicologia semanal.

### 3. TRATAMENTO

O plano terapêutico do paciente em estudo tem como intuito minimizar os efeitos da doença de base, melhorando as funções de fala, deglutição, articulação, voz e respiração.

São realizados atendimentos duas vezes por semana, com uma única profissional, sendo realizados estímulos táteis e alongamentos na musculatura da face, orbicular dos olhos, zigomático maior, zigomático menor, bucinador, masseter, levantador do ângulo da boca, mentoniano, depressor do lábio inferior, orbicular dos lábios, temporal, frontal, prócero, corrugados e levantador da pálpebra superior; treino de fluxo aéreo com sopros contínuos e intermitentes; treino para elevação laríngea e coaptação glótica sem esforço com vogais prolongadas “iiii..” “uuu..”; treino ativo para mobilidade e força de lábios língua e bochechas, lateralização de língua, varredura de palato, treino de insuflação das bochechas, exercícios de contra resistência com uso de espátulas internamente nas bochechas; gerenciamento e treino de mastigação e deglutição, sendo que uma vez por semana o paciente é monitorado durante as refeições e são feitas as correções necessárias, como quantidade ofertada por deglutição, necessidade de aumentar o número de mastigações. Paciente vem mantendo via oral segura e com ausência de engasgos ou tosse. Além disso, são utilizados incentivadores respiratórios com o ambu: técnica de empilhamento e insuflação máxima para aumentar a capacidade pulmonar e, dessa forma, ampliar seu volume e potência vocal, além de propiciar uma tosse mais efetiva. O shaker classic melhora a capacidade de expectoração das secreções brônquicas. São também utilizadas bandagens elásticas a 50% de tensão para melhora da propriocepção, promovendo um vedamento labial total e, como consequência, viabilizando a respiração nasal. Quanto à eletroestimulação, utiliza-se o FES, que é uma corrente de baixo nível para estimular ou reeducar os músculos. Sua intensidade é feita de acordo com o limiar do paciente, sendo os músculos-alvos o milo-hioideo, digástrico e supra-hióideos. Além disso, utiliza-se a laserterapia com luzes vermelha e infravermelha, para melhora da hipotonia e movimentação.

Paciente consegue se alimentar com auxílio, alimento sendo ofertado na boca, devido à restrição de mobilidade das mãos. Com via oral livre, alimentos sólidos, macios e pequenos, além de líquidos com controle de volume dois goles a

cada minuto, baseado em treino feito durante o gerenciamento da via oral, sem engasgo. Há dificuldade na alimentação com alimentos mais duros, com paciente apresentando estase alimentar em cavidade oral e queixa de fadiga pelo número excessivo de mastigações necessárias.

Paciente foi submetido a terapia fonoaudiológica em todas as suas internações hospitalares, após ter alta do CTI, dando continuidade posteriormente em domicílio. Devido ao seu quadro clínico, paciente é candidato a terapia a longo prazo e seus ganhos acontecem de maneira mais lenta.

## 5.DISCUSSÃO

A disfagia pós extubação, denominada disfagia orofaríngea mecânica, afeta grande parte dos pacientes com período prolongado de ventilação mecânica invasiva<sup>7</sup>. Para que a extubação aconteça é necessário que o paciente consiga realizar a respiração de forma espontânea, mantendo todos os parâmetros respiratórios e clínicos dentro da normalidade.

O tubo traqueal pode causar a diminuição da elevação laríngea e da sensibilidade da região, conseqüentemente, diminuindo a proteção da via aérea superior. Além disso, pode causar alterações vocais, como disfonias e paralisas de pregas vocais<sup>6</sup>.

O paciente do nosso estudo foi, por algumas vezes, submetido a esse procedimento invasivo. Para se obter êxito na retirada da traqueostomia, realizou-se o blue dye test (cuff desinsuflado)<sup>10</sup> e, posteriormente, uma videofluoroscopia da deglutição (VFS)<sup>8</sup>.

O blue dye test é considerado um teste de fácil aplicação, sendo necessário seguir o protocolo de aplicação de forma criteriosa. Ele tem como intuito observar se existe ou não a presença de aspiração de alimento ou saliva. Quando negativo é observado ausência do corante alimentício da cor azul<sup>10</sup>.

A VFS é considerada um bom exame para avaliação dos distúrbios da deglutição e seus resultados podem ser analisados posteriormente por um fonoaudiólogo, no qual se pode evidenciar em quais fases da deglutição existem alterações. Fica a critério do fonoaudiólogo escolher as consistências ofertadas e o volume no ato do exame e realizar manobras de deglutição e limpeza glótica, caso necessárias<sup>8</sup>. Para a realização desses dois testes faz-se necessária a avaliação prévia do fonoaudiólogo especialista em disfagia. Devem ser levados em conta critérios como o estado de alerta do paciente, capacidade de responder aos comandos, força da musculatura envolvida no processo de deglutição, capacidade e força de tosse, necessidade ou não de realização de manobra para deglutição e proteção da via aérea.

O tratamento da paralisia facial é baseado na severidade do acometimento do nervo facial e do tempo e local em que a lesão ocorreu. Em paralisias recentes pode-se levar em conta técnicas mais abrangentes e em paralisias tardias outras técnicas são ressaltadas. Alteração de tônus e da força da musculatura, produção

inadequada de fonemas bilabiais e labiodentais, dificuldade para mastigar e deglutir são mudanças orofaciais vistas na paralisia facial. Há uma incapacidade de contrair voluntariamente os músculos da mímica facial<sup>9</sup>.

As consequências de lesões nos músculos da mímica facial em decorrência de paralisia, trazem prejuízos para a mastigação, deglutição e fala, assim como das expressões faciais e um forte impacto nas relações sociais, pois envolve também dificuldade na comunicação interpessoal e na estética, podendo desencadear alterações na qualidade de vida do paciente e transtornos psicológicos, como a ansiedade e depressão<sup>9</sup>.

O conhecimento mais profundo e um diagnóstico diferencial da PDIC é de crucial importância para o direcionamento das melhores opções de tratamento e, conseqüentemente, para a melhoria do bem-estar físico do paciente. Ainda se fazem necessários vastos estudos para o entendimento da fisiopatologia dessa doença, assim como para se aperfeiçoar os critérios para diagnóstico<sup>2,5</sup>. Faz-se necessário também estudos que observem os reais benefícios das intervenções fonoaudiológicas na saúde do paciente.

Tendo em vista a escassez de artigos nacionais e internacionais sobre essa patologia, o objetivo desse estudo foi apresentar o caso clínico do paciente e sua evolução nos aspectos fonoaudiológicos.

#### 4.RESULTADOS

Paciente vem respondendo bem ao tratamento, sendo submetido a três atendimentos fonoaudiológicos semanais, com duração de quarenta minutos cada. Está se alimentando por via oral total e líquidos com controle de volume FOIS 6<sup>o</sup>. Consegue se manter assentado no leito ou na cadeira de rodas, pois está mantendo de maneira efetiva o controle de tronco. Apresenta mastigação bilateral alternada, com tempo de trânsito oral um pouco aumentado. Devido ao quadro de mobilidade reduzida nas mãos, o alimento é ofertado por terceiros sem nenhum utensílio especial.

Consegue, atualmente, realizar vedamento total de lábios e olhos, e movimentos de lateralização do pescoço. Apresentou melhora da qualidade vocal apresentando loudness médio, assim como da articulação da fala, mantendo quadro de disartria leve. Comunica-se de forma efetiva e faz uso da tecnologia de acessibilidade denominada Headmouse, que é um mouse virtual desenvolvido para pessoas com problemas de mobilidade com o objetivo de facilitar o uso das mídias virtuais.

Faz uso de CPAP para controle da saturação e melhora do padrão do sono.

## 6.CONCLUSÃO

O resultado do blue dye test realizado no paciente deste estudo foi negativo, ou seja, observou-se a ausência de coloração via traqueostomia, possibilitando, dessa forma, o sucesso no processo de decanulação<sup>10</sup>.

O VFS evidenciou tempo de trânsito oral aumentado, necessidade de deglutições múltiplas e necessidade de manobra de limpeza glótica. Além disso, ausência de tosse ou aspiração para a consistência sólida. Para consistência branda observou-se melhora do preparo do bolo alimentar, diminuição do tempo de trânsito oral, melhora da elevação laríngea e proteção da via aérea superior. Não foi observada nenhuma alteração clínica durante o processo de deglutição de líquidos com controle de volume.

Diante dos resultados, paciente foi liberado para alimentação branda e líquido com controle de volume, mas com necessidade de continuidade no tratamento fonoaudiológico com o objetivo de melhora da fase oral e da elevação laríngea.

A PDIC, assim como a SGB, é uma doença que impacta diretamente na qualidade de vida de seus portadores e a intervenção e tratamento fonoaudiológico precoce fazem com que seus efeitos sejam minimizados<sup>2,3</sup>.

A fonoaudiologia tem papel fundamental junto com a equipe multiprofissional no processo de reabilitação buscando uma melhor qualidade de vida para esses pacientes melhorando as funções de mastigação, deglutição, fala voz, respiração e mantendo uma via oral segura.

O processo de reabilitação fonoaudiológica deve acontecer de forma contínua desde o ambiente hospitalar até o ambiente domiciliar visando sempre as necessidades de cada paciente.

## REFERÊNCIAS

- 1.HAMAMOTO, Amanda Kaori, Cunha, et al. **Polineuropatia Desmielinizante Inflamatória Crônica: relato de caso.** 2023. Revista de Medicina da USP. Vol. 102. n. 3, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/201779>. Acesso em 24 de set. 2023.
- 2.MEIRELES, André Luís Ferreira. **Polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica – uma revisão narrativa.** 2021. Revista de Medicina da USP. Vol.100 n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/148341>. Acesso em 30 de ago. 2023.
- 3.DOS SANTOS, Sandna Larissa Freitas, et al. **Parâmetros Terapêuticos da Síndrome de Guillain-Barré: Uma revisão sistemática de estudos de casos.** 2017. Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde. Vol.4 n. 1, 2017. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/104>. Acesso em 26 ago. 2023.
- 4.DE FIGUEIREDO, Thiago Vieira Leite, et al. **Estudo de caso: diplegia facial pós Guillain Barré em paciente de hospital terciário do Distrito Federal.** 2022. Brazilian Journal of Health Review. Vol. 5 n. 4, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/50946>. Acesso em 26 de ago. 2023.
- 5.FILHO, José Laércio de Araújo, Gomes, et al. **Revisão de literatura: Síndrome de Guillain-Barré e Polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica.** 2020. Brazilian Journal of Health Review. Vol. 3 n. 2, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8332>. Acesso em: 26 ago. 2023.
- 6.FURKIM, Ana Maria, Sacco, Andréa Baldi de Freitas. **Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador.** 2008. Revista CEFAC. Vol. 10 n. 4, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/q8VNjpNM9cC43vsL853mgzf/#>. Acesso em 10 de outubro de 2023.
7. AZEVEDO Paulo, Saraiva Manuel, Oliveira Margarida, Oliveira Isabel. **Instrumentos de rastreio da disfagia pós-intubação prolongada: revisão sistemática da literatura.** 2023. Revista Portuguesa de Enfermagem e Reabilitação. Vol. 6 n. 1, 2023. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/264>. Acesso em 01 nov. 2023.
- 8.ANÉAS, Geruza Costa Gonzaga, Dantas, Roberto Oliveira. **A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faríngea.** 2014. GE Jornal Português de Gastroenterologia. Vol. 1 n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0872817813001379?via%3Dihub>. Acesso em 01 nov. 2023.

9. DIAS, Marlos Passos, Silva Mabile Francine Ferreira, Barreto, Simone dos Santos. **Reabilitação fonoaudiológica na paralisia facial periférica: revisão integrativa.** 2021. *Audiology Communication Research*. Res. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/5rhWBxnDthTDhFnypRyFpJL/?lang=pt#> Acesso em 01 nov. 2023.
10. MENDONÇA Karoline, Mourão Lúcia F., Lima Daniella P. **Aplicação do blue dye test em pacientes por fonoaudiólogos nos serviços brasileiros públicos e privados.** 2019. *Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP*. N. 27, 2019. Disponível em <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2019P16079A13510O3240.pdf>. Acesso em 01 nov. 2023.

## ANEXOS

### Anexo A:

#### Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral Intake Scale – 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 B:

#### BLUE DYE TEST

O protocolo do teste recomenda aplicar 4 gotas de corante alimentício azul (anilina) na cavidade oral do paciente a cada 4 horas e realizar o monitoramento por 48 horas.

Após a aplicação do corante, o paciente deverá deglutir e a aspiração endotraqueal deverá ser imediata e também ao longo do dia pela equipe multiprofissional. Considera-se que o paciente está broncoaspirando quando houver presença de resíduo azul pela traqueostomia.