

# TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

---

ODILEA RANGEL

CARLOS TELLES

---

## RESUMO

A dor acomete 60 a 80 % dos pacientes com câncer, sendo 25 a 30% na ocasião do diagnóstico e 70 a 90% com doença avançada. Estes dados levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar, em 1986, a dor associada ao câncer uma Emergência Médica Mundial. Além disso, publicou protocolo que serve até os dias atuais como guia para controle da dor oncológica.

O controle efetivo da dor oncológica em cuidados paliativos exige uma equipe multidisciplinar, onde a utilização de medicação oral de acordo com a Escada Analgésica proposta pela OMS pode proporcionar alívio da dor em 90% dos pacientes, reservando a utilização de tratamentos intervencionistas para situações especiais.

Dentre os métodos intervencionistas, destacamos a cordotomia (a céu aberto ou percutânea), a solitariotomia combinada e o implante de bombas de infusão.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Dor oncológica; Cuidados paliativos; Escada analgésica; Tratamento intervencionista.*

## INTRODUÇÃO

De todos os sintomas que um paciente com diagnóstico de câncer apresenta, a dor é o mais temido, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado a doença mesmo quando comparado à expectativa da morte. Apesar disso pouca atenção tem sido dada ao tratamento da dor oncológica quando comparada aos avanços tecnológicos no controle do câncer.

A dor acomete 60 a 80 % dos pacientes com câncer sendo 25 a 30% na ocasião do diagnóstico e 70 a 90% dos pacientes com doença avançada classificam a dor como moderada a grave. Diante desses fatos a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a dor associada ao câncer uma Emergência Médica Mundial publicando em 1986 um guia de tratamento que pode proporcionar alívio da dor em 90% dos pacientes.

A OMS estima que o número de pacientes com câncer irá dobrar até o ano de 2030.

A alta prevalência de dor oncológica e a falha de tratamento é resultado de barreiras que são classificadas em:

#### BARREIRAS RELACIONADAS AO PACIENTE:

Crença que a dor indique doença progressiva ou tire a atenção do médico para o tratamento da doença.

Medo dos efeitos colaterais e dependência física.

#### BARREIRAS RELACIONADAS AOS PROFISSIONAIS:

Falta de conhecimento na avaliação da dor e dos princípios de tratamento da dor.

Falta de conhecimento no manejo dos efeitos colaterais e dosagem a serem prescritas.

Conceitos como vício e tolerância no uso de opioides.

#### BARREIRAS RELACIONADAS AO SISTEMA DE SAÚDE:

Falta de distribuição gratuita de medicação a pacientes ambulatoriais.

Falta de Serviços de Tratamento de Dor.

Programas educativos têm sido desenvolvidos para romper as barreiras descritas acima e o tratamento da dor oncológica tem avançado nas últimas décadas com vasta opção de terapias farmacológicas e não farmacológicas.

## PRINCÍPIOS PARA O TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA

Em 75% dos pacientes com câncer e dor, o tumor é por si só a causa.

A invasão tumoral óssea é a causa mais comum principalmente nas neoplasias de pulmão, mama, próstata e no mieloma. É habitualmente uma dor nociceptiva somática, a não ser quando ocorre invasão de estruturas nervosas em que a dor passa a ter também um componente

neuropática. O tumor ativa os nociceptores por pressão, isquemia e secreção de substâncias algênicas como prostaglandinas e fator de ativação de osteoclastos.

A invasão tumoral visceral é a segunda causa mais comum de dor e ocorre por estiramento de cápsula, obstrução de vísceras ocas, carcinomatose peritoneal e neoplasia de pâncreas.

A invasão tumoral de estruturas nervosas é responsável por um quadro de dor neuropática sendo mais comum no tumor de Pancoast.

A dor pós-operatória ocorre principalmente nas cirurgias abdominais, torácicas, mastectomias com esvaziamento axilar.

Em alguns pacientes o próprio tratamento (radioterapia, quimioterapia e cirurgias) pode ser causador de dor neuropática crônica. A dor tem sempre componente neuropático e se manifesta principalmente por plexopatia, radiculopatia e neuropatias periféricas. As síndromes pós-cirúrgicas crônicas podem ocorrer pós-mastectomia, toracotomia, esvaziamento cervical e amputação.

Além disso, os pacientes podem apresentar patologias que cursam com dor como doenças degenerativas da coluna, úlceras perfuradas, emergências vasculares, obstruções intestinais nem sempre resultado da doença oncológica.

Algumas medidas devem ser introduzidas para um bom controle da dor oncológica:

- **Antecipação à piora da dor;**
- **Prevenção e tratamento dos efeitos colaterais.**

## TRATAMENTO DA DOR

O sucesso da terapia da dor no paciente com câncer baseia-se principalmente no diagnóstico do mecanismo da dor (inflamatório, neuropático, isquêmico, compressivo) e consequentemente do diagnóstico da síndrome dolorosa preponderante.

O sofrimento pode desempenhar papel importante na qualidade de vida do paciente. Ignorar o sofrimento é tão desastroso como ignorar a dor não fazendo sentido tratar uma

sem a outra.

Cirurgia, Radioterapia, Quimioterapia, Bifosfanatos são largamente utilizados no tratamento do câncer. A combinação desses tratamentos, com tratamento farmacológico e métodos não farmacológicos, pode otimizar o alívio da dor mas limitações deve ser reconhecidas. Os opioides são o principal tratamento para controle da dor, mas as consequências de tolerância, dependência, hiperalgesia e constipação devem ser reconhecidas.

Para um eficiente controle da dor oncológica é necessário que uma equipe multidisciplinar de Saúde com oncologistas, clínicos da dor, cirurgiões, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros tenham familiaridade com uma gama de opções terapêuticas tais como terapias antineoplásicas, medicamentos, técnicas anestésicas, procedimentos cirúrgicos, procedimentos intervencionistas, técnicas psicológicas e técnicas de reabilitação.

O sucesso do controle da dor é alcançado quando avaliações repetidas permitem a escolha da terapêutica mais apropriada para cada paciente, alcançando um efeito favorável entre o alívio da dor e efeitos adversos.

Para maioria dos pacientes o controle da dor envolve a administração de analgésicos específicos.

É conceito universal que a farmacoterapia analgésica é o principal tratamento para o

controle da dor oncológica. Os procedimentos intervencionistas devem ser considerados para pacientes que não obtiveram alívio satisfatório da dor.

Em 1986, a OMS publicou guia para tratamento da dor oncológica desenvolvendo a Escada Analgésica da OMS. Estudos de validação dessa escada sugerem que mais de 80% dos pacientes com dor oncológica têm sua dor controlada por esse método, porém, ela tem sido criticada por especialistas por sua pobre evidência, devido a poucos estudos randomizados. Apesar disso, a escada é utilizada como padrão no mundo inteiro. É opinião universal que a analgesia farmacológica é o principal pilar no tratamento da dor oncológica.

Os cinco princípios básicos da escada analgésica são: 1) pela boca, a medicação deve ser preferencialmente dada pela boca. 2) pelo relógio, é fundamental respeitar os intervalos da administração da medicação de acordo com a meia vida de cada droga. 3) individualizado para cada paciente, uma avaliação contínua deve ser empregada durante todo tratamento antecipando os efeitos colaterais e ajustando doses sempre que necessário. A troca de opioides deve ser feita em caso de falha de analgesia. 4) pela escada. 5) reavaliações frequentes, permitem reajuste de doses de maneira mais eficiente assim como diagnósticos mais precisos em relação ao quadro algico.

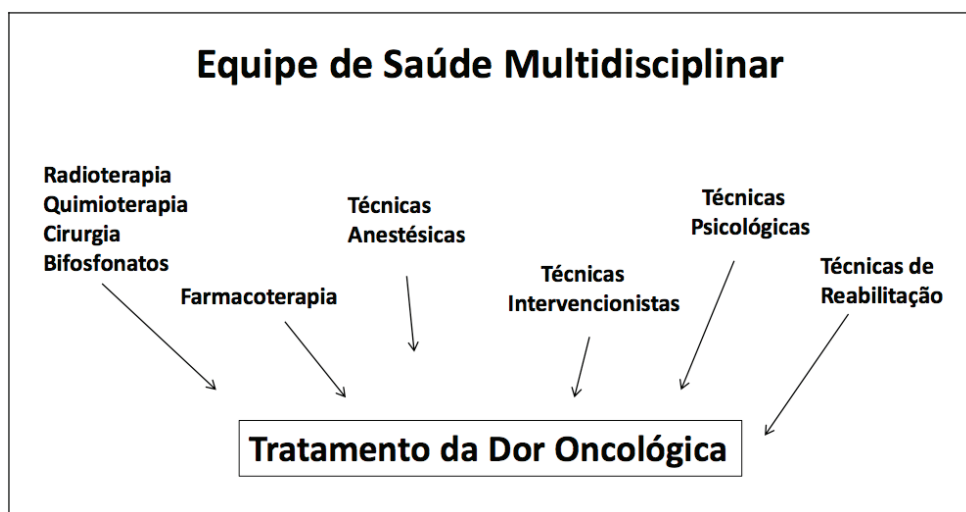


FIGURA 1: PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA.

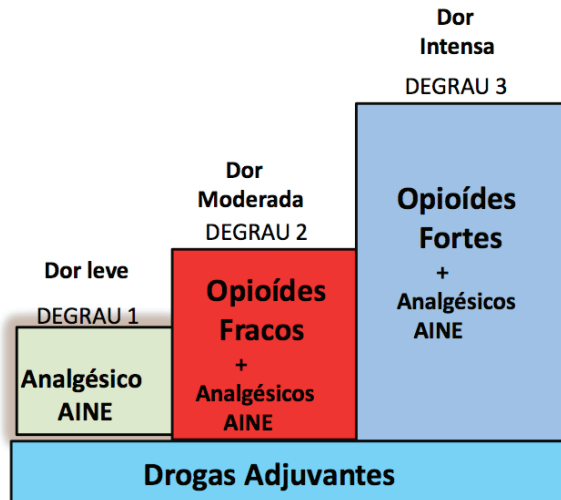


FIGURA 2: ESCADA ANALGÉSICA DA OMS.

### DEGRAU 1

Para pacientes que não estão sob tratamento analgésico e com dor leve a moderada. Inicia-se com drogas analgésicas e anti-inflamatórias. A baixa potência associada a efeitos colaterais limitam sua eficácia.

### DEGRAU 2

Para pacientes com dor moderada a despeito do uso de AINE deve ser adicionado ao tratamento, opioides fracos como tramadol e codeína. Alguns autores preconizam o uso precoce do degrau 2 para pacientes com dor moderada e sem tratamento prévio.

### DEGRAU 3

Deve ser reservado para os pacientes que não obtiveram controle da dor com opioides fracos e AINE. Nesse degrau substituímos os opioides fracos por opioides fortes, como morfina, metadona, oxicodona e fentanil. É importante lembrar que não existe limite de dosagem para os opioides fortes, e a dose considerada máxima é aquela que consegue o melhor equilíbrio entre analgesia e efeitos colaterais.

Publicações recentes têm chamado a atenção para a necessidade de um manejo mais eficiente da dor oncológica. Embora a escada analgésica, quando bem utilizada, pode aliviar a dor em até 90% dos pacientes, estudos recentes

mostram uma realidade de falha de controle da dor em 30% ou mais dos pacientes no Reino Unido. Isso adicionado aos problemas referentes aos efeitos colaterais das medicações torna a situação pior.

Apesar dos percentuais entre 70 a 90% dos pacientes com controle da dor utilizando a escala, algumas questões desafiam esse algoritmo:

- 10 a 30 % dos pacientes não têm sua dor controlada quando são utilizados os três degraus da escada, isso significa que uma quantidade significativa de pacientes não obtêm alívio satisfatório da dor e necessita de outras estratégias como outras vias de administração de drogas, bloqueios de nervos e plexos e procedimentos intervencionistas.
- A escada não informa o tempo para alcançar uma boa analgesia.
- Algumas evidências sugerem que a aplicação de métodos intervencionistas podem propiciar melhor analgesia e diminuir os efeitos colaterais.

Enquanto o uso dos degraus 1 e 3 é largamente aceito, o uso clínico de opioides fracos (degrau 2) tem sido desafiado. Alguns autores, após publicação de metanálise, onde a combinação de AINES e opioides fracos produziram significativamente mais efeitos colaterais sem melhora de considerável de analgesia, levantaram a

questão se o degrau 2 deve ser abolido passando do degrau 1 para o 3 em face de dor persistente. A utilidade clínica dos opioides fracos no controle da dor oncológica tem sido questionada e alguns especialistas especulam que o degrau 2 deve ser omitido. Esse opioides são caros e pacientes que iniciam o tratamento da dor com opioides fortes como primeira linha parecem ter melhor alívio da dor.

## TERAPIAS INTERVENCIONISTAS

Cerca de 10% dos pacientes podem se beneficiar com tratamentos intervencionistas que incluem: analgesia espinhal, vertebroplastias, bloqueio de nervos e plexos e procedimentos neurocirúrgicos como parte de um tratamento multimodal para controle da dor. É recomendado quando o paciente não tem sua dor controlada com medicação oral, opioide epidural ou subdural acompanhado de pequenas doses de anestésico pode promover alívio da dor com relativamente poucos efeitos colaterais.

Estudos recentes têm indicado que procedimentos invasivos como bloqueio neurolítico do plexo celíaco e hipogástrico pode ser considerado como adjuvante, não devendo ser considerado como última opção.

Os bloqueios de nervos periféricos são limitados no controle da dor oncológica. Não existe estudo controlado comprovando sua eficácia, mas ele é útil na dor pós-operatória, fratura de costela. Infusão de anestésicos por meio de cateteres no plexo braquial e outros nervos podem aliviar a dor.

Ainda no capítulo dos métodos invasivos, a neurocirurgia pode contribuir eficazmente em várias situações.

O exemplo mais comum é o das dores por invasão de plexos nervosos como a invasão do plexo braquial nas metástases de neoplasias do pulmão e de mama. É o que também ocorre na invasão dos plexos lombar e sacro por neoplasias de reto, bexiga e próstata. Nesses casos pode-se lançar mão da cirurgia chamada de Cordotomia que consiste na coagulação com rádio-frequência do feixe espino-talâmico lateral da

medula cervical. O método pode ser realizado por via percutânea, sob anestesia local e a céu aberto, sob anestesia geral. O método percutâneo é mais seguro, pois tem a informação do paciente a cada passo da cirurgia, porém, exige o total controle físico e psíquico do paciente. A cirurgia costuma trazer alívio a cerca de 80% dos pacientes submetidos a esse método.

Para os casos de neoplasia de cabeça e pescoço e com dores generalizadas acometendo a face, pescoço e às vezes irradiando-se para o alto da cabeça, pode-se utilizar o método da solitariotomia combinada que consiste na coagulação com rádio-frequência do núcleo caudal do trigêmeo, do trato solitário e secção das primeiras raízes sacras. Este método, idealizado e introduzido internacionalmente por nós, destina-se somente a pacientes em bom estado geral e que podem ser submetidos a anestesia geral de longa duração.

Quando a dor acomete somente o território do nervo trigêmeo, pode-se utilizar a chamada termocoagulação percutânea do gânglio de Gasser com rádio-frequência. Através de uma agulha é feita a punção na face do gânglio de Gasser e, após, verificação do território do trigêmeo a ser lesado, faz-se lesões com radio-frequência com conseqüente desaparecimento da dor naquele local.

Medo, depressão e alteração do sono têm sido relatados como fatores que aumentam a dor e o sofrimento do paciente com câncer. Pacientes que apresentam sinais de angústia deve ser dada a oportunidade de expressar suas emoções, pensamentos medos e expectativa em relação sua dor. Em algumas situações o suporte deve ser estendido aos familiares. O sofrimento pode desempenhar um papel importante na qualidade de vida de paciente. Ignorar esse sofrimento pode ser tão desastroso como ignorar a dor somática, não fazendo sentido tratar uma sem a outra.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os médicos devem estar familiarizados com o uso de analgésicos. A prescrição de

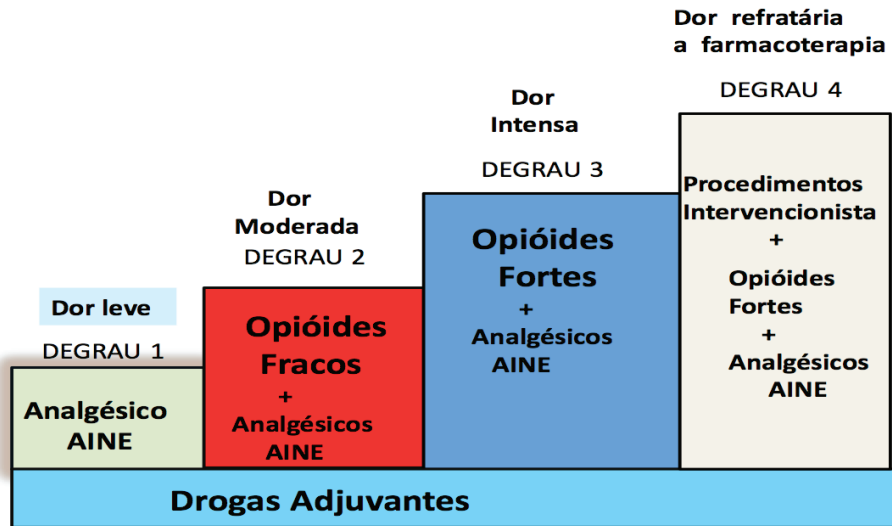


FIGURA 3: ESCADA ANALGÉSICA OMS ADICIONADA DO DEGRAU 4.

opioides não deve ser feita porque o paciente está com doença fatal, mas de acordo com a intensidade da dor. O médico nem sempre pode curar, mas tem a responsabilidade de cuidar de seus pacientes até o fim.

## REFERÊNCIAS

1. Paul L, DeSandre TE. Quest Management of Cancer-Related Pain. *Emerg Med Clin N Am.* 2009;27:179-194.
2. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J, Paladini A, Varrassi G. Time to Modify the WHO Analgesic Ladder? *Pain.* 2009; 7(5):(ClinicalUpdates).
3. I Consenso Nacional de Dor Oncológica da Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2003. Disponível em: [www.saerj.org.br](http://www.saerj.org.br).
4. II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.; 2011. Disponível em: [www.moreirajr.com.br](http://www.moreirajr.com.br).
5. Jaime HV, Roen JA. Paice MEP. Current Diagnosis & Treatment. *PAIN Lange Medical Book.* McGraw-Hill; 2006.
6. Ballantyne JC. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. 3ª edição. Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

## ABSTRACT

The pain affects 60-80% of cancer patients, 25-30% at diagnosis and 70- 90% with advanced disease. These data led the World Health Organization (WHO) to declare, in 1986, the pain associated with cancer a World Medical Emergency. Besides that, they published a protocol that serves to this day as a guide for control of cancer pain.

Effective control of cancer pain in palliative care requires a multidisciplinary team, where the use of oral medication according to the proposed WHO Analgesic Ladder can provide pain relief in 90% of patients, allowing the use of interventional treatments for special situations.

Among the interventional methods, we highlight the cordotomy (open or percutaneous), the combined solariotomy and the infusion pumps implant.

KEY WORDS: *Cancer pain, Palliative care, Analgesic ladder, Interventional treatment.*

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

## EDITORIAL

### **LILIAN HENNEMANN-KRAUSE**

Médica Anestesiologista e do HUCFF-UFRJ;

Responsável pelo Núcleo dos Cuidados Paliativos do HUPE-UERJ;

Mestranda FCM-UERJ;

Pós-graduação-Geriatria e Gerontologia-UnATI-UERJ;

Endereço para correspondência:  
Rua Itacuruçá, 60 apto. 501, Tijuca  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20510-150

### **LUCIANA MOTTA**

Médica Geriatra;

Doutora em Saúde Coletiva;

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso/  
UnATI/HUPE/UERJ.

## ARTIGO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

### **RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES**

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Mestre e Doutor em Cirurgia Geral –  
Setor Torácico da UFRJ.  
Livre-Docente em Cirurgia Torácica - UNI-Rio.

Endereço para correspondência:  
Rua Santa Luíza 259 apto. 104, Maracanã  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-030

### **LILIAN HENNEMANN-KRAUSE**

(Vide Editorial)

## ARTIGO 2: AINDA QUE NÃO SE POSSA CURAR, SEMPRE É POSSÍVEL CUIDAR.

### **LILIAN HENNEMANN-KRAUSE**

(Vide Editorial)

### ARTIGO 3: DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR.

**LILIAN HENNEMANN-KRAUSE**

(Vide Editorial)

### ARTIGO 4: TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

**ODILEA RANGEL**

Anestesiista da Clínica de Dor do Hospital  
Universitário Pedro Ernesto da UERJ;

Responsável pelo setor de dor neoplásica da Clínica  
de Dor da UERJ.

**CARLOS TELLES**

Professor Associado, chefe do Serviço de  
Neurocirurgia e Clínica de Dor da UERJ.

### ARTIGO 5: ASPECTOS PRÁTICOS DA PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS NA DOR DO CÂNCER.

**LILIAN HENNEMANN-KRAUSE**

(Vide Editorial)

### ARTIGO 6: A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

**DANIELLE DE M. FLORENTINO**

Fisioterapeuta;  
Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA;

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro  
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

Endereço para correspondência:  
Rua XV de novembro no 226 /201, Centro  
Niterói - RJ. CEP 24020-125  
E-mail: danimeflo@yahoo.com.br

**FLAVIA R. A. DE SOUSA**

Especialização em Geriatria e Gerontologia /  
UnATI-UERJ.

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro  
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

**ADALGISA IEDA MAIWORN**

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina  
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação  
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências  
Médicas;

Responsável técnica da Divisão de Fisioterapia da  
Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro;

Conselheira do CREFITO - 2.

**ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO**

Doutora - Ciências Biológicas-UFRJ;

Chefe do Setor de Fisioterapia - HUPE-UERJ.

**KENIA MAYNARD SILVA**

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina  
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação  
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências  
Médicas;

Fisioterapeuta da Disciplina de Pneumologia do  
HUPE.

### ARTIGO 7: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA.

**JANETE A. ARAUJO**

Psicóloga;

Especialista em Psicologia Médica;

Núcleo de Cuidados Paliativos - HUPE.

Endereço para correspondência:  
Rua Albano, 244 apto.101 bl.1, Praça Seca  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22733-010  
Telefone: (21) 9673-6917  
E-mail: netteallves@hotmail.com



### **ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO**

Professora da Disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ;

Chefe da Unidade Docente Assistencial;

UDA de Saúde Mental e Psicologia Médica - HUPE/FCM/UERJ.

## **ARTIGO 8: BUSCANDO NOVOS SENTIDOS À VIDA: MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.**

### **ELISABETH M. PETERSEN**

Musicoterapeuta  
Especialização em Psico-oncologia.

Endereço para correspondência:  
Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 95  
apto.1204, Tijuca  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-230  
Telefone: (21) 9242-9863  
E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

## **ARTIGO 9: O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO.**

### **FABIO DE F. GUIMARÃES**

Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade Gregoriana de Roma

Endereço para correspondência:  
Av. 28 de Setembro, 200, Vila Isabel  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-031  
Telefones: (21) 2568-3821, (21) 9727-9098  
E-mail: fabiusfg@gmail.com

## **ARTIGO 10: O CUIDADOR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRECARGA E DESAFIOS.**

### **JANETE A. ARAUJO**

(Vide Artigo 7).

### **ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO**

(Vide Artigo 7).

## **ARTIGO 11: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA.**

### **RAFAELA MOUTA AGUIAR**

Enfermeira;  
Especialização Enfermagem do Trabalho;  
Núcleo de Cuidados Paliativos – NCP-HUPE.

Endereço para correspondência:  
Rua Saldanha Marinho 4 , Santo Cristo  
Telefones: (21) 9808-6858  
E-mail: rafaaguiar9@hotmail.com

### **GLORIA REGINA CAVALCANTI DA SILVA**

Enfermeira;  
Especialização em Enfermagem Cirúrgica;  
Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos;  
Chefe de enfermagem do Ambulatório Central e Descentralizado - HUPE.

## **ARTIGO 12: HIPODERMÓCLISE OU VIA SUBCUTÂNEA.**

### **MARIA O. D'AQUINO**

Enfermeira do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE;

Especialista em Enfermagem do Trabalho  
Fac. de Enf. Luiza de Marillac;

Especialista em Enfermagem Intensivista - UERJ.

Endereço para correspondência:  
Rua Santa Alexandrina, 70 apto 104 , Rio Comprido  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20261-232  
Telefones: (21) 3027-5194, (21) 2215-6875  
E-mail: modaquino@ig.com.br

### **ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA**

Enfermeiro

Coordenador de Enfermagem Hupe/UERJ

Professor da Universidade Veiga de Almeida

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde UERJ - 1999

ARTIGO 13: A VIVÊNCIA DA  
FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE  
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO  
RIO DE JANEIRO

**ANDRÉA DOS S. CALHEIROS**

Fonoaudióloga;  
Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar;  
Preceptora de Fonoaudiologia da residência em  
Fonoaudiologia do HUPÉ/UERJ.

Endereço para correspondência:  
Rua Alecrim 722  
Rio de Janeiro - RJ. CEP 21221-050  
Telefones: (21) 3391-0905, (21) 7816-2324  
E-mail: andreacalheiros@gmail.com

**CHRISTIANE LOPES DE ALBUQUERQUE**

Doutoranda em Clínica Médica / Terapia Intensiva  
FM-UFRJ;  
Mestre em Ciências Médicas pela FCM - UERJ;  
Pós-graduação em M.O. - Disfagia pelo CEFAC- RJ.