

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

ANDRÉA DOS S. CALHEIROS
CHRISTIANE L. DE ALBUQUERQUE

RESUMO

Este artigo tem intenção de mostrar a importância do trabalho da Fonoaudiologia na equipe de Cuidados Paliativos, proporcionando ao paciente possibilidade de maior interação com a família através da comunicação, e preservar de forma segura o prazer da alimentação por via oral. O Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto tem uma equipe multiprofissional que recebe um grande número de pacientes oncológicos com doença avançada em região de cabeça e pescoço; com isso, as funções de respiração, deglutição, voz e fala podem estar comprometidas. A reabilitação se torna individualizada, pois requer atenção ao tratamento anteriormente proposto para a cura, assim como a região afetada. Os limites impostos pela reabilitação levam o profissional a utilizar estratégias e adaptações para promover melhor conforto, segurança e satisfação para a alimentação e comunicação do paciente oncológico em sua fase final da vida. Profissionais de uma equipe de Cuidados Paliativos precisam saber que podem contar com a contribuição da Fonoaudiologia, e os fonoaudiólogos precisam se conscientizar do seu importante papel neste campo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados Paliativos; Fonoaudiologia; Deglutição; Comunicação.*

INTRODUÇÃO

A presença do fonoaudiólogo na equipe de cuidados paliativos é ainda timidamente encarada pela fonoaudiologia e pelos demais profissionais, porém seu papel torna-se importantíssimo, uma vez que colocamos em prática os objetivos de uma equipe humanizada que promove o bem estar físico, mental e social do paciente.

Poucos são os fonoaudiólogos que fazem parte, de fato, de uma equipe de cuidados paliativos. A participação da Fonoaudiologia no Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto ocorreu através da necessidade de atender as dificuldades de deglutição, voz e fala de alguns pacientes encaminhados, e estes já haviam sido acompanhados pela fonoaudiologia no ambulatório de tratamento de radioterapia e de cirurgia de cabeça e pescoço. Com o avanço da doença ou recidiva, se fizeram necessárias novas avaliações, condutas e orientações.

É fato que o trabalho da fonoaudiologia em equipes de cirurgia de cabeça e pescoço vem se ampliando de maneira considerável ao longo dos últimos anos, com a possibilidade de preservação de órgãos por protocolos randomizados. Além da modalidade tradicional, conservadora de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, aumentou o número e prolongamento

das desordens de deglutição.^{1,2}

No tratamento de tumores de cabeça e pescoço, sistema nervoso central e trato aéreo digestivo aumentam a prevalência de sintomas da disfagia.²

A equipe do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto recebe um número alto de pacientes com estes tumores em fase avançada e é claro para a equipe que as queixas de deglutição e comunicação são as mais presentes nesse grupo de pacientes.

Cabe ao fonoaudiólogo contribuir com seus conhecimentos específicos para maximizar a deglutição, adaptá-la e ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, bem como ajudar o paciente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, visando a uma maior integração social e familiar. Depois de tomada a decisão junto aos demais profissionais da equipe, o fonoaudiólogo orienta o paciente e seus familiares a fim de desenvolver suas potencialidades, de uma maneira humanizada, respeitando suas expectativas e os limites da doença avançada.³

METODOLOGIA

Para este trabalho, foi realizada a captação de publicações relacionadas aos temas Cuidados Paliativos, Fonoaudiologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço através de bancos de dados científicos eletrônicos. O foco principal da presente pesquisa foi a abordagem fonoaudiológica na disfagia. Os textos foram analisados e sintetizados de forma reflexiva a fim de obter informações consistentes.

A DISFAGIA NO CÂNCER

A alimentação não é só uma função biológica, também tem caráter social, religioso e de simbolismo cultural importante na sociedade. Por isso, há preocupação quando a pessoa perde a capacidade de se alimentar, uma característica que acompanha o processo da morte.³

Desde que nascemos buscamos o alimento e temos sempre alguém que possa nos oferecê-lo e que se preocupa em estarmos alimentados. É assim ao fim da vida também; notamos isso ao

atender os pacientes no Núcleo de Cuidados Paliativos, o cuidador tem angústia por manter o doente alimentado por via oral, quando sugerimos uma via alternativa de nutrição. São vários os questionamentos por parte do cuidador e há resistência em aceitá-la por parte do paciente.

FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO:

A deglutição envolve um complexo grupo de estruturas interdependentes conectadas ao mecanismo neuronal - os nervos cranianos e os sistemas sensoriomotor e límbico. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico e de curta duração, que pode ser dividido didaticamente em quatro fases: fase preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica.²

O mecanismo fisiológico do processo da deglutição é iniciado pela fase preparatória que representa o processo de trituração e transformação do alimento em bolo semicoeso. As fases mastigatória e oral são voluntárias e conscientes.²

A ação da ejeção oral da língua depende da sincronicidade das estruturas da laringe, hióide e língua e difere de acordo com o volume e viscosidade do alimento.²

Com a penetração do alimento na faringe, ocorre a contração da parede faríngea - peristaltismo faríngeo: essa é a fase faríngea. O fechamento laríngeo ocorre ao nível das três válvulas de proteção de via aérea: epiglote e prega ariepiglótica, pregas vestibulares e pregas vocais, a elevação e anteriorização da laringe contra o osso hióide e a base da língua.²

A fase esofágica da deglutição inicia-se quando o bolo atinge o esfíncter esofágico superior e esta região se abre para uma série complexa de eventos e movimentos peristálticos esofágicos: esta fase é involuntária.²

DISFAGIA APÓS O TRATAMENTO DE RADIO/QUIMIOTERAPIA E/OU CIRÚRGICO:

A disfagia, qualquer alteração do processo de deglutição, pode envolver desde o comprometimento do vedamento labial, da propulsão do alimento pela ação da língua, do atraso do

reflexo da deglutição, até dificuldades no trânsito traqueoesofágico e na anatomofisiologia do esôfago.^{1,2}

O tratamento do câncer, cirúrgico e/ou radioquimioterápico pode acarretar disfagia. O grau de dificuldade será determinado pelo tipo de tratamento realizado e dosagem aplicada, pela natureza e extensão da ressecção necessária.^{1,2,4}

E nos casos de pacientes fora das possibilidades de cura, com o nível de avanço da doença, as estruturas que ela já acometeu devem ser levadas em conta. Há que se considerar que recebemos pacientes que já passaram por cirurgias, quimioterapia e radioterapia.^{6,7}

As disfagias decorrentes do tratamento radioterápico fazem parte das possíveis reações agudas de pacientes portadores de tumores de cabeça e pescoço, e podem ocorrer até 17 dias após a irradiação. As reações tardias pós-radioterapia abrangem a osteorradiocrose da mandíbula e dentes, otite média ou externa, trismo, fibrose, disfunção endócrina, edema de laringe e até paralisia de prega vocal, uma diminuição do reflexo da deglutição e do peristaltismo faríngeo, que podem permanecer por dois anos. Em alguns pacientes são observadas, durante e até dez anos após o tratamento radioterápico, alterações da fase faríngea da deglutição caracterizada pela redução do contato da base da língua com a parede posterior da faringe, da elevação laríngea e estase de alimentos na faringe.^{2,6}

Por vezes, se faz necessário o uso de sonda nasogástrica ou a modificação da consistência dos alimentos. Geralmente, as complicações agudas do tecido irradiado impedem a aceitação de dieta via oral adequada.^{6,7}

As disfagias pós-cirúrgicas podem ser temporárias ou, dependendo das estruturas remanescentes, resultarem em adaptação ou restrição de algumas consistências.^{1,2,4,7}

REABILITAÇÃO E GERENCIAMENTO DA DISFAGIA:

O tratamento da disfagia em Cuidados Paliativos, embora possa apresentar caráter curativo, é predominantemente readaptativo

e paliativo, exigindo a atuação de uma equipe multidisciplinar.³

O fonoaudiólogo sugere posturas de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura; modifica, quando necessário, a consistência dos alimentos; e pode, por exemplo, espessar os líquidos ou amolecer os sólidos, dependendo dos achados da avaliação. Realiza estimulações passivas e exercícios ativos com o intuito de melhorar os aspectos da deglutição.^{3,8}

Assim, quando a alimentação via oral não é mais possível, cabe aos profissionais exporem as alternativas razoáveis à alimentação, explicando as vantagens e as desvantagens de cada método, tentando, desta forma, minimizar a angústia e o sofrimento do doente e da família.^{3,8}

Porém, quando um doente se aproxima da morte, a ingestão de comida e fluidos diminui sensivelmente.³

VOZ E FALA: “ME COMUNICAR É AINDA MAIS IMPORTANTE NESTA FASE DA MINHA VIDA!”.

Começo este capítulo citando no título uma frase dita por um dos pacientes atendidos no Núcleo de Cuidados Paliativos. Isto é preocupante quando sabemos que grande parte do número de pacientes atendidos apresenta tumores de cabeça e pescoço, os quais provocam sequelas na voz e na fala.

Desta forma, as alterações vocais passam a ser consideradas como possíveis sequelas dos tratamentos cirúrgicos e irradiantes, sendo necessárias abordagens específicas de avaliação e reabilitação por parte dos fonoaudiólogos.^{9,10}

Os distúrbios vocais podem estar relacionados a comprometimentos de natureza diversa, basicamente decorrentes das sequelas dos tratamentos e, principalmente, das adaptações desenvolvidas na tentativa de superar as limitações impostas pelos mesmos. É importante referir-se também à variabilidade de mecanismos compensatórios desenvolvidos por estes pacientes.^{8,9,10}

Citamos alguns exemplos de tumores que causam alterações na comunicação dos pa-

cientes atendidos no ambulatório do núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE:

- Tumores, como de parótida submandibular e do conduto auditivo externo que podem causar paralisia facial e trismo, que levam a alteração na fala;¹¹
- Tumores de lábios e língua que comprometem a articulação;¹¹
- Tumores em seio maxilar, que comprometem os pontos articulatorios da fala e também a ressonância na voz.¹¹
- Câncer de pulmão e esôfago, que podem causar paralisia de pregas vocais quando acometem o nervo laríngeo recorrente.^{2,9}

Cabe ao profissional da fonoaudiologia desenvolver estratégias na área da comunicação, seja através da (re)adaptação da linguagem oral como também no estabelecimento de uma comunicação efetiva não-verbal, garantindo ao doente uma melhor qualidade de vida e melhora na interrelação deste com seus familiares e equipe.^{3,8,9}

A comunicação é uma troca de sentimentos, conhecimentos e necessidades entre duas ou mais pessoas.^{3,9}

CONCLUSÃO

Os Cuidados Paliativos adotam uma abordagem humanista e integrada para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida. Para isto necessita-se de uma equipe multiprofissional apta a compreender todas as necessidades físicas, psicológicas e espirituais presentes nestes casos.¹²⁻¹⁴

Conclui-se que a Fonoaudiologia possui métodos úteis no tratamento paliativo de pacientes com câncer.

As principais intervenções fonoaudiológicas analisadas para esses pacientes são a readaptação para uma alimentação segura e desenvolver métodos ou estratégias para melhor comunicação do paciente.^{8,12}

O Núcleo de Cuidados Paliativos do Hos-

pital Universitário Pedro Ernesto teve início em 2009, objetivando suprir as necessidades específicas de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas, uma demanda crescente nesta Instituição. A convite da coordenação do Núcleo, a Fonoaudiologia veio a fazer parte da equipe depois de ser solicitada por vezes a responder pareceres. À primeira vista, parecia difícil visualizar o campo de atuação. Ao contrário, com o conhecimento prévio do tratamento na tentativa de cura de alguns pacientes, a atuação da Fonoaudiologia tem contribuído significativamente para a equipe multiprofissional no atendimento paliativo de pacientes com câncer.

Devido ao benefício da inserção da Fonoaudiologia nos Cuidados Paliativos, é necessário difundir junto aos fonoaudiólogos a necessidade da discussão de temas relacionados e da realização de maiores investigações para aperfeiçoar a atuação deste profissional.

REFERÊNCIAS

1. Carrara-Angelis E, Fúria CLB, Morão, LF; Kowalski, LP. A atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise, 2000.
2. Carrara-Angelis E, Fúria CLB. Tratamento Fonoaudiológico em Hospital oncológico – Disfagias em Câncer de Cabeça e Pescoço. In Hernandez e Marchesan. A atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
3. Taquemori LY. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade – Fonoaudiologia; In: Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. P.64-66;
4. Carrara de-Angelis E; Fúria CLB; Morão LF. Disfagias associadas ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Acta Oncol Bras. 1997; 17(2): 77-82.
5. Shah JP; Kowalski LP. Cirurgia de cabeça e pescoço. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.p..
6. Jonckere PH, Hordijk GJ. Prognostic factors for swallowing after treatment of head and neck cancer. Clin Otolaryngol. 1998; 23:218-223.
7. Denk D, Swoboda H, Schima W, Eisenberger K. Prognostic factors for swallowing rehabilitation following head and neck cancer surgery. Acta Otolaryngol (Stock). 1997; 117:769-74.

8. Bordin AL, Steenhagen C. Manual de Cuidados Paliativos em pacientes com câncer. Rio de Janeiro: UNIC/UnATI; 2009
9. Camargo Z. Reabilitação fonoaudiológica em câncer de laringe. In Pinho SMR. Fundamentos em Fonoaudiologia – tratando distúrbio da voz. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998. p.99-114.
10. Stern Y, Marshak G et al. Vocal cord palsy: Possible late complication of radiotherapy for head neck cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1995; 104: 294-6.
11. Vicente LCC. Desafios e perspectivas no tratamento do câncer da boca e orofaringe: Reabilitação fonoaudiológica das disfagias. In Barros APB, Arakawa L, Tonini MD, Carvalho VA. Fonoaudiologia em Cancerologia. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2000.
12. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo Saúde*. 2003; 27(1): 15-34.
13. Mccoughlan MA. Necessidade de cuidados paliativos. *Mundo Saúde*. 2003; 27(1): 6-14.
14. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. *Mundo Saúde*. 2003; 27(1): 58-63.

ABSTRACT

This article intends to show the importance of the work of speech therapists in palliative care team, providing the patient the opportunity for greater interaction with the family through communication and safely preserve the enjoyment of oral feeding. The Center for Palliative Care, University Hospital Pedro Ernesto, has a multidisciplinary team that receives a large number of cancer patients with advanced disease in the head and neck; so, the functions of breathing, swallowing, voice and speech may be compromised.

Rehabilitation becomes individualized, as it requires attention to the treatment previously proposed for the cure as well as the affected region. The limits imposed by rehabilitation leading professionals to use strategies and adaptations to promote comfort, safety and satisfaction for power and communication of cancer patients in their life final phase. Professionals of palliative care team need to know they can count on the contribution of speech therapy, and speech therapists need to be aware the your important role in this field..

KEY WORDS: *Palliative Care, Speech Therapy, Swallow, Communication.*

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.