



B1

ISSN: 2595-1661

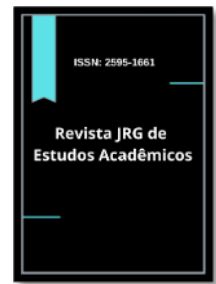
ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Propositura de uma escala de evolução de dieta por via oral para pacientes pediátricos

Proposal of an oral diet evolution scale for pediatric patients

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1895

ARK: 57118/JRG.v8i18.1895

Recebido: 15/01/2025 | Aceito: 07/02/2025 | Publicado *on-line*: 13/02/2025

Jéssica Mello de Oliveira¹

<https://orcid.org/0000-0001-8369-4498>

<http://lattes.cnpq.br/4877481970631579>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), DF, Brasil

E-mail: fgajessicamello@gmail.com

Lucieny Silva Martins Serra²

<https://orcid.org/0000-0002-8113-7222>

<http://lattes.cnpq.br/2086630535041472>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), DF, Brasil

E-mail: lucienymserra@gmail.com

Juliana Cristina Socha de Souza³

<https://orcid.org/0009-0008-4131-351X>

<http://lattes.cnpq.br/3134383138498404>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), DF, Brasil

E-mail: julianacristinasochadesouza@gmail.com

Resumo

Introdução: A atuação fonoaudiológica à beira leito está ligada à avaliação clínica, que é soberana para o diagnóstico clínico e definição de condutas. Como auxílio na avaliação, existem escalas com o propósito de mensurar a funcionalidade da via oral, validando a evolução da alimentação dos pacientes. Para o público pediátrico, é necessário existir uma escala que considere as especificidades da idade e do desenvolvimento neuropsicomotor frente à alimentação. **Objetivo:** Propor uma escala de evolução de via oral para pacientes pediátricos. **Metodologia:** O desenvolvimento da escala aconteceu em três estágios: revisão da literatura acerca dos protocolos e escalas existentes; revisão do perfil de pacientes atendidos pela equipe de fonoaudiologia em um Hospital Terciário do Distrito Federal; e discussão com a equipe para definição dos termos de classificação e diferenciação dos pacientes, necessários no serviço, para elaboração da escala. **Resultados:** A escala proposta possui 5 níveis de classificação: via alternativa exclusiva; via alternativa e estímulo gustativo por via

¹ Fonoaudióloga Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança, pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Distrito Federal, Brasil.

² Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília; Fonoaudióloga da Universidade de Brasília - UnB, onde exerce o cargo no Laboratório de Ensino e Pesquisa em Otorrinolaringologia na Faculdade de Medicina. Servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atuando no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB); Preceptora do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Distrito Federal, Brasil

³ Especialista em Fonoaudiologia Neonatal e Pediátrica pela CEAFI. Servidora da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atuando no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB); Preceptora do Programa Multiprofissional em Saúde da Criança pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Distrito Federal, Brasil

oral; via oral iniciada e via alternativa com redução de volume; via oral total para idade com restrição de consistências; e, via oral total para idade sem restrições. **Conclusão:** A escala apresentada é relevante para a atuação fonoaudiológica à beira leito, pois leva em consideração as diferenciações alimentares na pediatria.

Palavras-chave: Protocolos Clínicos, Fonoaudiologia, Criança, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

Abstract

Introduction: *Bedside speech therapy is linked to clinical assessment, which is essential for clinical diagnosis and definition of conduct. As an aid in assessment, there are scales that measure oral route functionality, validating the evolution of patients' feeding. For pediatric patients, a scale that considers the specificities of age and neuropsychomotor development regarding feeding is necessary.* **Objective:** *To propose an oral route evolution scale for pediatric patients.* **Methodology:** *The development of the scale occurred in three stages: literature review on existing protocols and scales; review of the profile of patients treated by the speech therapy team at a Tertiary Hospital in the Federal District; and discussion with the team to define the terms for classification and differentiation of patients, necessary in the service, for the development of the scale.* **Results:** *The proposed scale has 5 levels of classification: exclusive alternative route; alternative route and gustatory stimulation by oral route; initiated oral route and alternative route with volume reduction; total oral route for age with consistency restriction; and, total oral route for age without restrictions.* **Conclusion:** *The scale presented is relevant for speech therapy work at the bedside, as it takes into account dietary differences in pediatrics.*

Keywords: *Clinical Protocols, Speech Therapy, Child, Pediatric Intensive Care Units.*

1. Introdução

A necessidade de fonoaudiólogos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foi percebida com o início da atuação desses profissionais nas UTIs, devido a demanda de pacientes com distúrbio de deglutição após acometimentos neurológicos (QUEIROZ; TEIXEIRA; BRAGA, 2015).

O fonoaudiólogo hospitalar é responsável por ações de avaliação, diagnóstico, terapia e gerenciamento das dificuldades de deglutição, de acordo com a doença-base do paciente. Essa incumbência abrange a resposta de parecer em assuntos fonoaudiológicos e prescrição da consistência alimentar adequada e individualizada (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2021). No contexto de internação em UTI, o foco é a atuação para prevenção e redução de complicações (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2022), com atenção à segurança e eficiência na alimentação por via oral, e quando necessário, indicação de via alternativa de alimentação (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2023).

As complicações mais comuns são aquelas ligadas a desfechos pulmonares, questões nutricionais de cada paciente, além do impacto da alimentação no contexto de vida e atividades de vida diária de cada indivíduo (ETGES; BARBOSA; CARDOSO, 2020; BASTOS et al., 2018; TEIXEIRA; PASSOS; ROCKENBACH, 2022).

O funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva é balizado pela Resolução nº 7 do Ministério da Saúde (RDC nº 7, 2010), que obriga o fornecimento de assistência fonoaudiológica à beira leito, seja por meios próprios ou terceirizados. Isso significa que o fonoaudiólogo pode ser parte integrante da equipe

da UTI, onde é possível um acompanhamento próximo ao paciente; ou, prestar assistência sob o formato de resposta de parecer, em que a avaliação e tomada de decisões e condutas carecem de precisão e diligência.

Na rotina do atendimento hospitalar existem protocolos e escalas com a finalidade de oferecer tópicos objetivos para avaliação clínica e auxiliar na tomada de decisões com classificações de gravidade para cada paciente. Por exemplo, o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação de Risco para Disfagia - PARD (PADOVANI et al., 2007), que norteia a avaliação dos sinais clínicos sugestivos de aspiração pulmonar e auxilia na classificação da disfagia e, a escala FOIS - Functional Oral Intake Scale (CRARY; MANN; GROHER, 2005), que classifica o paciente quanto à funcionalidade da alimentação por via oral. Ambos, protocolo e escala, foram criados e validados para o uso em pacientes adultos.

No âmbito da disfagia infantil, o fonoaudiólogo pode contar com protocolos para rastreio e avaliação, como o Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (ETGES; BARBOSA; CARDOSO, 2020); que tem por objetivo rastrear o risco de disfagia em crianças por meio da aplicação de um questionário aos pais ou responsáveis (ETGES; BARBOSA; CARDOSO, 2020;). No que se refere à avaliação clínica existe o Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica - PAD-PED (ALMEIDA; BÜHLER; LIMONGI, 2014), que objetiva avaliar a integridade das estruturas orofaciais, bem como o desempenho nas funções estomatognáticas, como sucção, mastigação e deglutição. Ao fim da avaliação, o PAD-PED possibilita a classificação da deglutição e o grau de disfagia.

Apesar dos protocolos de rastreio e avaliação serem úteis na prática clínica, não existe, até o momento, uma escala que quantifique a funcionalidade da ingestão por via oral e sua progressão, adaptada e validada para o público pediátrico, levando em consideração as particularidades desse público. A alimentação infantil tem especificidades, pois o processo alimentar é, também, um processo de aprendizado, em que os primeiros anos são essenciais para a formação de hábitos alimentares. A recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), é que o bebê seja amamentado exclusivamente por leite materno até os 6 meses de idade. Em casos onde a amamentação exclusiva não é possível, recomenda-se tentativa de amamentação mista (seio materno e fórmula) ou, em último caso, aleitamento por fórmula infantil até os 6 meses. Assim, uma criança de 5 meses de vida que alimenta-se de seio materno exclusivo está dentro do esperado no que se refere à consistência alimentar para a idade. Com base nisso, as escalas de progressão de dieta disponíveis atualmente consideram a ingestão de mais de uma consistência, o que não atende às necessidades de crianças que somente ingerem leite.

Tendo em consideração esses detalhes da alimentação infantil, um bebê em aleitamento materno exclusivo, ou seja, apenas se alimenta na consistência líquida, está no desenvolvimento correto do seu padrão alimentar, mas geralmente é classificado como nível 4 de funcionalidade pela escala FOIS (via oral total, mas limitada a uma consistência), o que é válido apenas para o público adulto.

Assim, o objetivo deste trabalho foi propor uma escala de evolução de via oral a fim de oferecer um instrumento adaptado para a população pediátrica, visando auxiliar a assistência fonoaudiológica.

2. Metodologia

O desenvolvimento da escala de evolução de via oral para pacientes pediátricos (EVO-PED), aconteceu em três estágios: (1) revisão da literatura com busca de protocolos e escalas disponíveis em serviços de fonoaudiologia, que

descrevessem a evolução de alimentação por via oral, especialmente com o público pediátrico; (2) revisão do perfil de pacientes atendidos em uma UTI Pediátrica de referência, com foco nas particularidades de idade e prontidão alimentar esperado para o desenvolvimento adequado da faixa etária, além das complicações e intervenções comuns na rotina da internação; e (3) discussão com a equipe de fonoaudiologia do setor para definir os aspectos necessários no serviço em termos de classificação e diferenciação dos pacientes atendidos, para elaboração da escala.

A escala foi elaborada considerando as particularidades do perfil de pacientes atendidos, como idade e tipo de alimentação por via oral esperado para a faixa etária, além das propriedades que as motivações da internação acrescem ao modo de alimentação do paciente, de forma momentânea ou permanente.

3. Resultados

A presente escala não teve como objetivo classificar disfagia, e, sim, classificar de forma objetiva a evolução da dieta por via oral de crianças.

Tabela 1 - Proposta da escala de evolução de via oral para pacientes pediátricos, EVO-PED

| | | |
|-------|---|---|
| EVO 1 | Via alternativa exclusiva | Pacientes com disfagia grave ou, em uso de NPT (somente) ou que apresente qualquer restrição clínica que o impeça de realizar dieta por via oral. |
| EVO 2 | Via alternativa + estímulo gustativo com sabor ou alimento | Paciente recebe estímulo gustativo na consistência permitida para idade em volume reduzido ou mínimo, sem descontar aporte pela via alternativa. |
| EVO 3 | Via oral iniciada + via alternativa com redução de volume | Paciente capaz de comer uma parte da refeição por via oral, mas não o suficiente para garantir o aporte calórico e hídrico de que necessita. A consistência ofertada é de acordo com a idade. Com ou sem restrição de consistência. |
| EVO 4 | Via oral total de acordo com a idade com restrição de consistências | Necessidade de preparo especial para adequação de textura ou consistência. |
| EVO 5 | Via oral total para idade | Não há restrições de consistências ou volume e não há necessidade de preparo especial. |

Fonte: Criação própria das autoras.

O nível 1 da escala corresponde aos pacientes que apresentam disfagia grave onde é contraindicado qualquer volume por via oral. Também se enquadra nesse mesmo nível, pacientes que apresentam deglutição normal, porém, em virtude de alguma condição clínica esteja sem indicação de dieta por via oral.

O nível 2 representa os pacientes que recebem alimentação exclusivamente pela via alternativa de alimentação, mas já têm condições para início de treino de via oral ou estímulo gustativo com mínimo volume, sem descontar do volume da dieta enteral.

O nível 3 abarca os pacientes que já são capazes de receber uma parte da alimentação por via oral, mas ainda não conseguem contemplar uma refeição completa, levando em consideração a funcionalidade ou gasto energético, sendo

necessário complementação por via alternativa. Nesse nível pode ou não haver restrição de consistência para alimentação por via oral.

O nível 4 contempla os pacientes que se alimentam exclusivamente por via oral, sem necessidade de via alternativa, mas ainda têm restrições quanto à consistência alimentar, necessitando de preparo especial.

Por fim, o nível 5 refere-se à alimentação exclusiva por via oral, sem restrição de consistência ou necessidade de preparo especial. A alimentação é adequada para a idade.

4. Discussão

A escala FOIS tem nível 1 classificado como nada por via oral, em geral, esses pacientes apresentam disfagia grave. O nível 1 da escala proposta neste estudo refere-se a alimentação sem possibilidade por via oral, em sua maioria por questões de disfagia grave, e, em menores casos, pacientes em jejum para procedimentos ou pacientes com nutrição parenteral exclusiva, seja de forma momentânea ou permanente, ou seja, pacientes com contraindicação para dieta por via oral mesmo sem diagnóstico de disfagia. Esse nível equipara-se ao nível 1 da escala FOIS (CRARY; MANN; GROHER, 2005), que descreve-se como nada por via oral.

O nível 2 da escala, diz respeito à alimentação exclusiva por via alternativa, mas com estímulo sensorial e gustativo por via oral, como estratégia de terapia fonoaudiológica. Nesse caso, não desconta-se o volume da dieta enteral por razão do estímulo oral. Tal nível relaciona-se com o nível 2 da escala FOIS (CRARY; MANN; GROHER, 2005) que determina, similarmente, classificação para dependência de via alternativa e via oral mínima.

A proposta do nível 3 da escala deste trabalho, relaciona-se com a alimentação mista: via alternativa e via oral. Em questão de volume, será contabilizada a ingestão por via oral e enteral para cálculo da dieta plena. Sendo assim, é descontado do volume da dieta enteral, quando o paciente apresenta um consumo consistente do alimento por via oral. A respeito da consistência, foi pensado na textura que esse paciente é capaz de deglutir com segurança e eficiência, sendo o ideal para a idade ou com modificações e compensações. Igualmente, a escala FOIS (CRARY; MANN; GROHER, 2005), apresenta o nível 3 como alimentação por via alternativa e oral. No entanto, em relação à consistência alimentar, há restrição para uma única consistência, devido à gravidade do grau de disfagia.

Por sua vez, o nível 4 da escala proposta, dá início à alimentação exclusiva por via oral. A restrição ocorre nas consistências, pois é um nível para classificar os pacientes que não comem a consistência alimentar ideal para sua idade, sofrendo compensações devido sua limitação no desempenho de manipulação e deglutição do alimento. Neste ponto, a inovação que reside na escala apresentada neste estudo é a possibilidade de classificar adequadamente o paciente como deglutição funcional embora esteja alimentando-se por somente uma consistência, no caso, aquela que é a adequada para a idade. Se tomarmos como base a escala FOIS, um bebê, embora esteja com a deglutição normal, nunca estará no melhor nível da escala que é o nível 7 da escala FOIS (CRARY; MANN; GROHER, 2005). Assim, neste estudo foram respeitados os graus de evolução da dieta com base no desenvolvimento infantil.

Por último, o nível 5 da escala proposta, determina a alimentação exclusiva por via oral, sem necessidade de adaptações ou restrições, similar ao nível 7 da escala FOIS (CRARY; MANN; GROHER, 2005). Ressalta-se que esta escala foi concebida pensando nas especificidades do processo de aprendizado alimentar de bebês e crianças.

Uma vez que um bebê de até 6 meses, alimenta-se exclusivamente em seio materno e/ou fórmula infantil, ou seja, na consistência líquida, este trabalho sugere que esse bebê seja classificado no nível 5, via oral total sem restrições, já que seu desempenho alimentar está de acordo ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, visto que sua própria composição anatômica apenas permite alimentação por líquidos (PIMENTEL, 2009), e o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Da mesma maneira, após os 6 meses, com o início da introdução alimentar, espera-se que essa criança avance continuamente na progressão de consistências alimentares, de acordo com o seu aprendizado motor oral e em concordância com o desenvolvimento neuropsicomotor.

A recomendação acerca da consistência de oferta é que, aos 6 meses, os alimentos devem ser oferecidos amassados com garfo, sem serem liquidificados ou peneirados. Entre 7 e 8 meses, os alimentos devem ser menos amassados que antes. Aos 9 meses, devem ser picados na mesma consistência dos alimentos da família. Por fim, entre 1 e 2 anos, a criança já deve estar com a mesma consistência alimentar da família (BRASIL, 2021). Com o uso da escala aqui apresentada cabe uma classificação que coincida com a idade de desenvolvimento infantil.

Para além da discussão das consistências alimentares, o fonoaudiólogo necessita de instrumentos auxiliares para avaliação, diagnóstico e classificação que sejam práticos para o uso diário e instantâneo à beira leito. Por essa razão, a escala proposta tem o intuito de ser uma ferramenta facilitadora para o serviço fonoaudiólogo beira leito na pediatria.

Em contrapartida, esse trabalho teve a finalidade de propor uma escala de evolução de dieta por via oral para pacientes pediátricos dentro de um serviço específico, mas torna-se necessário mais estudos, para avaliar a aplicabilidade e confiabilidade desta escala na prática clínica e sua contribuição para o aprimoramento do cuidado nutricional e de desenvolvimento das crianças atendidas.

5. Conclusão

A escala de evolução de via oral para pacientes pediátricos (EVO-PED) é relevante para a assistência fonoaudiológica na pediatria, apresentando-se como um instrumento hábil para a classificação objetiva do paciente à beira-leito. Essa proposta leva em consideração as especificidades da alimentação infantil, respeitando os aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor.

Referências

ALMEIDA, F.; BÜHLER, K.; LIMONGI, S. *Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED)*. São Paulo: Pró-fono, 2014.

BASTOS, V. C. de S. et al. **Brazilian version of the Pediatric Functional Status Scale: translation and cross-cultural adaptation.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/YdNmfyD99NWKYGg77BGvk9w/?lang=en>>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 07, de 24 de fevereiro de 2010.*

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 fev. 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.

Acesso em: 12 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). *Resolução CFFa nº 604, de 18 de maio de 2021.* Dispõe sobre a criação da Especialidade em Fonoaudiologia Hospitalar, define as atribuições e competências relativas ao profissional fonoaudiólogo especialista e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2021. Disponível em:

<https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_604_21.htm#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFFa%20N%C2%BA%20604%2C%20de,especialista%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.%E2%80%9D>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Resolução CFFa nº 656, de 03 de março de 2022.* Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto. Diário Oficial da União, Brasília, 2022.

Disponível em:

<https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_656_22.htm#:~:text=%E2%80%9CDisp%C3%B5e%20sobre%20a%20atua%C3%A7%C3%A3o%20do,Neonatal%2C%20Pedi%C3%A1trica%20e%20Adulto.%E2%80%9D>.

Acesso em: 12 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Resolução CFFa nº 719, de 2023.*

Dispõe sobre a regulamentação da atuação do fonoaudiólogo em disfagia e revoga a Resolução CFFa n.º 492, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, 2023. Disponível em:

https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_719_23.htm.

Acesso em: 12 fev. 2025.

CRARY, M. A.; MANN, G. D. C.; GROHER, M. E. **Initial Psychometric**

Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients.

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 86, n. 8, p. 1516-1520, ago.

2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16084801/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

ETGES, C. L.; BARBOSA, L. D. R.; CARDOSO, M. C. DE A. F. **Desenvolvimento do instrumento de rastreio para o risco de disfagia pediátrica (IRRD-Ped).**

CoDAS, v. 32, n. 5, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/codas/a/nr3kwwWGkJWjPqjRL9BVPnj/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PADOVANI, A. R. et al. **Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)**. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsbf/a/sFTJfXjKkqrtYjSKzDzgyDd/abstract/?lang=en>. Acesso em: 12 fev. 2025.

PIMENTEL, Priscila Cristina Verona. *Proposta de elaboração de um protocolo de avaliação fonoaudiológica da disfagia infantil*. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em:
https://ftp.medicina.ufmg.br/fono/monografias/2009/priscilapimentel_propostaelaboracao_2009-2.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.

QUEIROZ, M. A. dos S.; TEIXEIRA, C. L. V.; BRAGA, C. M. et al. **Estágio curricular Supervisionado: percepções do aluno-terapeuta em Fonoaudiologia no âmbito hospitalar**. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 59-68, fev. 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/mpBGMzfcbNDrzG6wHWyHSXK/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2025.

TEIXEIRA, J. M.; PASSOS, K. DE O. DOS; ROCKENBACH, S. P. **Características de deglutição e ingestão oral pré e pós acompanhamento fonoaudiológico de pacientes traqueostomizados internados em um hospital universitário**. *Distúrbios da Comunicação*, v. 34, n. 3, p. e52646, dez. 2022. Disponível em:
<<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/52646>>. Acesso em: 12 fev. 2025.