



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CAROLINE SANTANA REAL

CARACTERIZAÇÃO DO ESCAPE POSTERIOR TARDIO NA DEGLUTIÇÃO

Porto Alegre

2017

CAROLINE SANTANA REAL

CARACTERIZAÇÃO DO ESCAPE POSTERIOR TARDIO NA DEGLUTIÇÃO

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

Orientador: Prof^ª. Dra. Sílvia Dornelles

Porto Alegre

2017

CAROLINE SANTANA REAL

CARACTERIZAÇÃO DO ESCAPE POSTERIOR TARDIO NA DEGLUTIÇÃO

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

Porto Alegre, 18 de Dezembro de 2017.

Prof. Dr. Roberta Alvarenga Reis
Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Dornelles, Fonoaudióloga
Orientador - UFRGS

Gerson Schulz Maahs, Médico Otorrinolaringologista
Examinador - HCPA

Alana Verza Signorini, Fonoaudióloga
Examinador - HCPA

CIP - Catalogação na Publicação

Santana Real, Caroline
Caracterização do escape posterior tardio na
deglutição / Caroline Santana Real. -- 2017.
34 f.
Orientadora: Sílvia Dornelles.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Fonoaudiologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2017.

1. Transtornos de Deglutição. 2. Envelhecimento .
3. Idoso. 4. Deglutição. I. Dornelles, Sílvia,
orient. II. Título.

Dedico esse trabalho à minha família, Sidnei, Janaina e Leonardo, que com muito amor sonharam junto comigo e me deram suporte para atingir meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que colocou um sonho no meu coração e me capacitou a seguir e conquistar.

Aos meus pais e ao meu irmão, que sempre estiveram ao meu lado e por nunca terem medido esforços para me oferecer o suporte necessário. Jamais estaria aqui se não fossem eles me apoiando, me orientando e me dando amor. Vocês são os meus alicerces, amo vocês!

A professora Dr^a. Sílvia Dornelles agradeço o aprendizado, as oportunidades, as orientações, os incentivos e a enorme dedicação. Uma mestre que marcou minha vida acadêmica e profissional. Foi um privilégio, obrigada!

À professora Dr^a. Pricila Sleifer pelo carinho, pela dedicação, pelas inúmeras oportunidades e pelos conhecimentos transmitidos. Foi uma honra, Obrigada!

Às pessoas especiais que entraram na minha vida durante a trajetória acadêmica e que não esquecerei. Muito obrigada a todos!

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	16
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	27
ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização dos Dados.....	28
ANEXO B - Aprovação do Projeto Pelo Comitê de Ética e Pesquisa	29
ANEXO C - Normas de Publicação da Revista	31

ARTIGO ORIGINAL**CARACTERIZAÇÃO DO ESCAPE POSTERIOR TARDIO NA DEGLUTIÇÃO*****CHARACTERIZATION OF LATER POSTERIOR ESCAPE IN DEGLUTITION*****Caroline Santana Real ¹, Sílvia Dornelles ²**

1 - Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 - Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (1997) e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2009).

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/ RS – Brasil.

Correspondência:

Sílvia Dornelles

Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Instituto de Psicologia da –UFRGS-

Bairro Santa Cecília – Porto Alegre – RS

CEP 90035-003

E-mail: dornelles@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever e caracterizar o escape posterior tardio de resíduo alimentar na deglutição. **Métodos:** A coleta de dados ocorreu por meio da análise de cada exame de videonasoendoscopia funcional da deglutição anteriormente gravado em um ambulatório especializado. As imagens foram estudadas individualmente pelo pesquisador, com o objetivo de identificar e selecionar imagens que constatem o evento em estudo. **Resultados:** Verificou-se o evento estudado em 45 exames do total de 200 analisados. Os exames selecionados para o estudo apresentaram o escape residual posterior tardio em pelo menos uma consistência. A maior frequência do escape posterior tardio ocorreu com o líquido. A análise mostrou significância do evento em estudo com a população que apresentava idades mais avançadas da nossa amostra. **Conclusão:** O escape posterior tardio ocorre predominantemente na consistência líquida, em direção medial na região laringofaríngea, em população mais idosa e sem predomínio de gênero. **Descritores:** Transtornos de Deglutição; Deglutição; Idoso; Exame Médico, envelhecimento

ABSTRACT

Purpose: To describe and characterize the late posterior escape of food residue in swallowing. **Methods:** Data collection was performed through the analysis of each functional videonasoscopy examination of swallowing previously recorded in a specialized outpatient clinic. The images were studied individually by the researcher, in order to identify and select images that confirm the event being studied. **Results:** The event was studied in 45 exams of the 200 analyzed. The exams selected for the study showed late posterior residual leakage in at least one consistency. The higher frequency of late posterior leakage occurred with the liquid. The analysis showed significance of the event under study with the population that presented more advanced ages of our sample. **Conclusion:** Late posterior leak occurs predominantly in the liquid consistency, in the medial direction in the laryngopharyngeal region, in the older population and without gender predominance.

Key words: Deglutition Disorders; deglutition; Aged; Medical Examination; Aging

INTRODUÇÃO

A deglutição é um processo neuromuscular sinérgico, sequencial e harmônico⁽¹⁾. Esta é dividida em diferentes fases que envolvem a manipulação do bolo alimentar por meio de movimentos mastigatórios, preparação do bolo para ejeção e a deglutição propriamente dita. É responsável pelo transporte do alimento da boca até o estômago de modo eficiente. O ato de deglutir possibilita a nutrição e a hidratação, porém podemos afirmar que esta função estomatognática transcende essas finalidades^(2,3). A alimentação é também um ato social, desta forma, podemos dimensionar sua importância na qualidade de vida das pessoas⁽¹⁾.

A deglutição normal é segura, sem risco de penetração e aspiração, e eficaz na sua finalidade nutricional. Os desvios dessa função configuram processos disfágicos, que se caracterizam pela alteração do processo da deglutição, bem como são sempre um sintoma orbitando uma causa de base. O diagnóstico da disfagia é baseado em sinais clínicos, sugestivos de penetração laríngea e/ou aspiração do alimento, ou seja, a deglutição torna-se insegura e ineficiente por questões neurológicas, mecânicas ou psicogênicas. Tais desordens podem aumentar o risco de infecções pulmonares, desnutrição, desidratação e mortalidade^(4,5,6).

A avaliação clínica pode ser integrada, quando possível, com exames complementares objetivos. Uma das avaliações instrumentais é a videonasoendoscopia funcional deglutição, considerado padrão ouro nas avaliações, que visa esclarecer a dinâmica da deglutição, permitindo identificar alterações anatômicas e/ou funcionais das estruturas. Por meio do exame é possível analisar a eficiência do processo da fase faríngea da deglutição, pois

são ofertados alimentos em diferentes consistências e volumes contrastados com corante alimentício, bem como a integridade dos mecanismos de proteção das vias aéreas. Podemos observar no decorrer da avaliação o escape precoce de alimento antes do disparo do reflexo da deglutição, resíduos em valéculas e recessos piriformes após descida do alimento, penetração laríngea, aspiração laringotraqueal e reflexo de proteção^(6,7,8). É um instrumento complementar a avaliação clínica que auxilia na avaliação das disfagias e possíveis intervenções terapêuticas de reabilitação com o objetivo de promover a deglutição segura e eficiente. Durante a realização dessa avaliação funcional da deglutição, há um parecer conjunto, emitido por um fonoaudiólogo e um otorrinolaringologista.

Com base nos achados dos exames de videonasoendoscopia funcional da deglutição realizados em um hospital de referência do município de Porto Alegre, um evento chamou a atenção de membros da equipe executora dos mesmos. As imagens de muitos exames, em diferentes pacientes, sinalizaram a descida de um resíduo contrastado, após encerrada fisiologicamente a deglutição de ofertas de testagem. Durante as avaliações havia a necessidade de descrever este evento, porém não havia nenhuma classificação para a ocorrência. Há aspecto semelhante ao do escape precoce, mas não corresponde à etapa fisiológica esperada para esse. Dessa forma, o presente estudo objetiva descrever e caracterizar esse escape de resíduo alimentar, considerado tardio pela equipe e não descrito em literatura vigente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal quantitativo e qualitativo retrospectivo e contemporâneo com enfoque diagnóstico. O projeto foi avaliado pela Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e aprovado sob o número 2.262.802.

A amostra, por conveniência, foi composta por 45 exames estratificados de um total de 200 analisados, todos realizados em ambulatório especializado em distúrbios da deglutição. Foram selecionados exames onde ocorreu o evento de deglutição em estudo.

Atendendo aos critérios de inclusão deste estudo, foram inseridos pacientes de ambos os sexos, com e sem patologia de base com impacto em deglutição, bem como, com e sem queixas para essa função. Pacientes que não possuem uma doença de base específica podem apresentar com o avanço da idade, um declínio da função da deglutição decorrente do processo de envelhecimento, tendo ou não percepção da alteração. Analisada essa condição, optou-se por inseri-los no estudo. Os sujeitos portadores de alterações estruturais anatômicas foram excluídos da amostra.

Os pacientes foram submetidos à videonasoendoscopia funcional da deglutição, como avaliação instrumental de possíveis alterações no processo. O exame foi realizado por médicos otorrinolaringologistas, com acesso de uma fibra óptica flexível, a qual foi introduzida através da cavidade nasal até a laringofaringe, sem aplicação de anestésico tópico local, eliminado interferência na sensibilidade nessa região.

Para a realização das avaliações, os indivíduos foram posicionados sentados na cadeira do exame de frente para o médico. Durante a execução do procedimento o paciente permaneceu com o corpo parado com controle do segmento cefálico, simulando sua posição durante uma refeição normal. No decorrer do procedimento o otorrinolaringologista realizou uma avaliação detalhada das estruturas que compõe a anatomia do trato vocal, já que a videonasoendoscopia proporciona uma visão panorâmica da nasofaringe e da faringolarínge. Inicialmente, analisaram-se as paredes laterais e posterior da faringe, base de língua, valécula, epiglote e recessos piriformes, pregas vocais vestibulares e pregas vocais verdadeiras em repouso. Com a fibra óptica já posicionada na região da laringofaringe foram ofertados pelo fonoaudiólogo os alimentos em diferentes volumes e consistências pastosa, líquida e sólida, corados com corante alimentício azul. Os exames foram gravados e identificados em um DVD para posterior análise.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise de cada exame anteriormente gravado. As imagens foram estudadas individualmente pelo pesquisador, com o objetivo de identificar e selecionar imagens que constatem o evento em estudo.

Cabe-se ressaltar que, o posicionamento da fibra óptica pode sofrer alterações no decorrer do exame de videoendoscopia da deglutição, sendo necessário que o otorrinolaringologista reajuste o enquadramento com o reposicionamento da fibra óptica. É imprescindível que durante a gravação do exame se tenha uma ampla visualização, incluindo base de língua na qual podem ocorrer eventos importantes para uma interpretação da função de deglutição.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as variáveis categóricas por frequências absolutas e relativas. Para comparar as consistências, o teste de Cochran foi aplicado. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste Qui-quadrado de Pearson em conjunto com a análise de resíduos ajustados foi aplicado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

RESULTADOS

Foram analisados 200 exames de videonasoendoscopia funcional da deglutição e o evento em estudo foi observado em 45 destes. A amostra foi composta por sujeitos entre 46 e 87 anos. A tabela 1 caracteriza a amostra do presente estudo.

<Inserir Tabela 1>

Os exames selecionados para o estudo apresentaram o escape residual posterior tardio em pelo menos uma consistência. Um dos cruzamentos realizados foi a ocorrência do escape com a faixa etária.

<Inserir Tabela 2>

Com o objetivo de melhor caracterizar o evento analisamos a direção dos escapes tardios nas diferentes consistências.

<Inserir Figura 1>

DISCUSSÃO

A deglutição é um processo fisiológico que exige uma adequada coordenação e integridade de órgãos, músculos e nervos para que seja eficiente e coordenada. O envelhecimento é um processo natural que acarreta um declínio neural, estrutural e funcional, impactando nas fases da deglutição^(9,10). Nosso estudo obteve uma média de faixa etária entre os sujeitos de $65,2 \pm 9,7$, onde a maioria possuía uma doença de base na qual certamente potencializou o declínio da eficiência da deglutição, entretanto devemos destacar a alta porcentagem de indivíduos, sem uma patologia orbitando, os quais também apresentaram o escape posterior tardio no momento da avaliação (Tabela 1).

A fase preparatória oral consiste na manipulação do alimento. É necessário que aconteça a trituração e pulverização para formar um bolo alimentar coeso e adequado afim que permita melhor condução do bolo nas regiões faríngea e esofágica. Os lábios, bochechas, a língua e a arcada dentária são estruturas importantes para a manutenção do alimento na cavidade oral, evitando o escape anterior e/ou posterior^(11,12). Nos idosos, a fase oral pode ser prejudicada por apresentar aspectos deletérios como, prolongamento da preparação bolo alimentar, diminuição da força mastigatória e propulsora, mobilidade de língua reduzida, perda de dentição natural, próteses dentárias mal adaptadas e redução das papilas linguais que compromete a aferência sensorial⁽¹³⁾. A hipótese da equipe é que o evento em estudo seja uma característica da presbifagia, na qual se refere ao envelhecimento natural que aflige a funcionalidade do sujeito. É caracterizada por perturbações fisiológicas do mecanismo da deglutição, devido ao

envelhecimento neural e muscular⁽¹⁴⁾. Ressalva-se consequências do envelhecimento nas outras fases da deglutição, contudo o objetivo do estudo de caracterizar o escape posterior tardio compete à eficiência da fase oral da deglutição, portanto iremos nos deter a este processo.

A língua é o principal agente dessa fase, ela forma, posiciona e faz a busca do bolo alimentar na cavidade oral. Os movimentos da língua no vértice e no assoalho é um método para que nenhum resíduo alimentar permaneça na cavidade oral.

Diante de um déficit de mobilidade e sensibilidade há o risco do alimento permanecer nessas regiões e causar uma desorganização posterior. A fase oral da deglutição inicia-se a partir da propulsão posterior do bolo alimentar pela língua, da cavidade oral para a orofaringe ultrapassando a arcada amigdalina e finaliza com o desencadeamento do reflexo da deglutição, um processo importante para a continuidade do transporte do bolo alimentar. Nenhum resíduo alimentar permanecerá na cavidade oral se esta fase for eficiente^(2,12,15). O escape posterior tardio da deglutição se caracteriza pela descida de um resíduo alimentar após a deglutição fisiologicamente finalizada, portanto o surgimento do escape tardio é consequência de uma ineficiência da fase oral, que possibilita a contenção de alimento em regiões da cavidade oral.

A incidência de disfagia é precária de dados epidemiológicos. Indivíduos acima de 60 anos possuem uma sugestão de incidência entre 16% e 22%; 20% a 40% em pacientes com doenças de Parkinson e Acidente vascular encefálico⁽¹⁶⁾. As informações encontradas na literatura corroboram a achados

do estudo, onde o evento prevaleceu nos indivíduos com doença de base neurológica.

Observou-se em distintos pacientes da amostra o escape posterior tardio de resíduo alimentar (Tabela 1). Os perfis dos sujeitos da amostra, idade e patologia de base, são influenciados pela população encaminhada para a realização da avaliação instrumental. Nos exames incluídos no presente estudo, a ocorrência do escape posterior de resíduo alimentar sucedeu-se após os pacientes terem finalizado a deglutição do alimento ofertado, considerando-se as três deglutições após a oferta, ou até que estivesse sem resíduo em cavidade oral. O referido escape foi observado no intervalo entre uma oferta de alimento e outra, sendo que, em alguns casos, a descida do resíduo acontecia durante a fala e/ou abertura de boca do sujeito.

A avaliação funcional da deglutição inicia-se pela consistência pastosa, líquida e finaliza com a consistência sólida. Identificou-se o evento em todas as consistências, entretanto o paciente que apresentou o escape tardio em uma consistência não necessariamente apresentou nas demais. A amostra contemplou os sujeitos que apresentaram o escape tardio em todas as consistências ou apenas em uma/duas (Tabela 2). É importante destacarmos que em alguns casos o escape ocorreu em um episódio, e não necessariamente ocorreu durante toda a testagem daquela consistência.

É importante observar que os escapes tardios durante as ofertas das consistências pastosa e líquida ocorreram nas respectivas consistências testadas. Sob a oferta da consistência sólida, observou-se a descida da consistência líquida, em oferta pregressa, durante a mastigação.

A análise do evento com a faixa etária (Tabela 2) mostra uma significância na população com idades mais avançadas da nossa amostra, dado que vai ao encontro da hipótese dos pesquisadores. Outro achado é a ocorrência do escape posterior tardio mais frequente na consistência líquida, sendo a que exige maior organização funcional, pois demanda maior coordenação da fase oral.

Buscou-se analisar a direção do resíduo identificado no evento em estudo, no sentido crânio caudal, na região laringofaríngea. Observou-se maior ocorrência de direção medial (Figura 1).

Diante do que exposto é relevante diferenciarmos o escape posterior precoce^(17,18) do escape posterior tardio. A diferença está em qual momento da deglutição o escape transcorreu, se previamente à deglutição inicial ou posteriormente.

Embasados na fisiologia de cada fase da deglutição podemos fazer inferências sobre o evento em estudo. Como discutimos anteriormente é possível que uma incompetência da fase oral esteja implicando no escape posterior tardio da deglutição. Podemos inferir que o alimento deposita-se em assoalho de boca e/ou vestibulos e gere uma desorganização depois de finalizada a deglutição. Desta forma, assim como o escape posterior precoce, é necessário adotar manejos a fim de que se evitem resíduos na região faríngea levando o sujeito ao risco de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Infere-se que o escape posterior tardio seja uma particularidade da presbifagia, alterações funcionais e estruturais decorrente do envelhecimento natural de todo ser humano, que concomitantemente com uma patologia de base é agravada.

CONCLUSÃO

A partir dos dados analisados e descritos acima caracterizamos e descrevemos o escape posterior tardio da deglutição. A observação do evento estudado ocorreu em 22,5% (45) do total de exames (200). O evento sempre ocorreu após ter sido concluída a deglutição de oferta anterior.

O escape tardio ocorre predominantemente na consistência líquida, em direção medial na região laringofaríngea, em população mais idosa, sem predomínio de gênero para o mesmo.

Ressalta-se a importância de adotar manejos a fim de que se evitem resíduos na região faríngea levando o sujeito ao risco de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Considera-se importante a necessidade de mais estudos para obtenção de maiores conhecimentos e evidências em relação aos achados do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Santoro PP, Pinheiro TG. Avaliação Clínica da Deglutição no Adulto e no idoso. In: Jotz GP, Carrara-De Angelis E (Org.) Disfagia: Abordagem Clínica e Cirúrgica- Criança, Adulto e Idoso. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. p.47-57.
2. Marchesan IQ. Deglutição-normalidade. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono, 1999. p.3-18.
3. Yamada EK, Siqueira KO, Xerez D, Koch HA, Costa MMB. The influence of oral and pharyngeal phases on the swallowing dynamic. *Arquivos de gastroenterologia*. 2004;41(1):18-23.
4. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.
5. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS*.2013; 25(1):1-7.
6. Santoro PP. et al. Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz.J.Otorhinolaryngol*. 2011;.27(2):201-13.
7. Gonçalves MIR, Neto ICO. Diagnóstico instrumental na deglutição normal e patológica. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2010. p. 468-470.
8. Swanson PB, Carrau RL, Murry T. Avaliação da deglutição com fibroendoscópio - FEES. In: Jotz GP, ANGELIS EC, Barros APB. Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p.76-81.
9. Nascimento WV, Santos CM, Cassiani RA, Dantas RO. Influence of age on swallows of a highly viscous liquid bolus. *Arq Gastroenterol*. 2015;52(1):32-3.
10. Yoshida FS, Mituuti CT, Totta T, Berretin-Felix G. Influence of the masticatory function on the swallowing in the healthy elderly. *Audiol Commun Res*. 2015;20(2):161-6.
11. Jotz GP. et al. Deglutição Normal na Infância, no Adulto e no Idoso. In: Jotz GP, Carrara-De Angelis E. Disfagia: Abordagem Clínica e Cirúrgica - Criança, Adulto e Idoso. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. p.13-22.

12. Silva DP. et al. Aspectos patofisiológicos do esfíncter velofaríngeo nas fissuras palatinas. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2008;12(3). p. 426-35.
13. Moreira GMM, Pereira SEM. Desempenho de idosos brasileiros no teste de deglutição de 100 ml de água. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;17(1):9-14.
14. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *JAMDA.* 18: 576-582.
15. Shaw SM, Martino R. The normal swallow: muscular and neurophysiological control. *Otolaryngologic clinics of North America.* 2013;46(6). p. 937-56.
16. Jotz GP, Carrara-De Angelis E. Disfagia: Abordagem Clínica e Cirúrgica-Criança, Adulto e Idoso. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. Definição de disfagia: Incidência e Prevalência – Passado, Presente e Futuro; p.1-3.
17. Santos RRD, Sales AVMN, Cola PC, Ribeiro PW, Jorge AG, Peres FM, Dantas RO, Silva RG. Associação entre presença de resíduos faríngeos e escape oral posterior e a ocorrência de penetração e aspiração no Acidente Vascular Encefálico. *CoDAS.*2014; 26(3). p. 231-4.
18. Gasparim AZ. et al. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* 2011;15(2).p. 181-8.

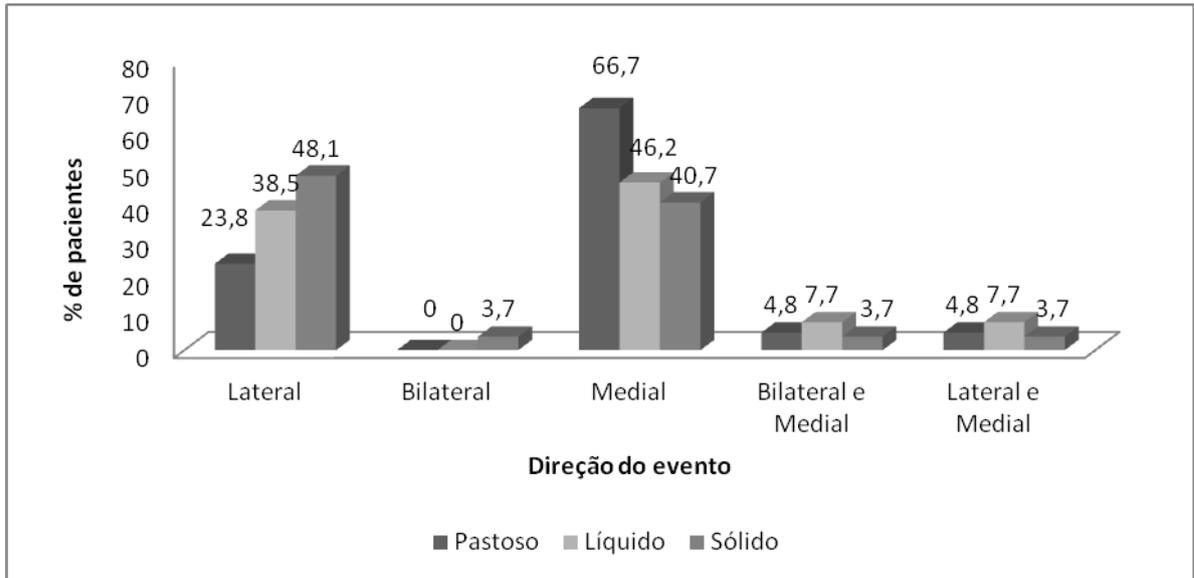
Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	n=45
<i>Idade (anos) - média ± DP</i>	65,2 ± 9,7
<i>Faixa etária – n(%)</i>	
<60	13 (28,9)
60-69	17 (37,8)
≥ 70	15 (33,3)
<i>Sexo – n(%)</i>	
Masculino	20 (44,4)
Feminino	25 (55,6)
<i>Patologia – n (%)</i>	
Doença Neurológica	28 (62,2)
Refluxo gástrico	1 (2,2)
Neoplasias	3 (6,7)
Sem doença de base	13 (28,9)

Tabela 2. Dados do exame de deglutição conforme faixa etária

Variáveis	<60 anos (n=13)	60 – 69 anos (n=13)	70 anos ou mais (n=15)	P
<i>Consistências – n(%)</i>				
<i>Pastoso</i>				0,162
Não	8 (61,5)	6 (35,3)	10 (66,7)	
Sim, na mesma consistência	5 (38,5)	11 (64,7)	5 (33,3)	
<i>Líquido</i>				0,031
Não	9 (69,2)*	7 (41,2)	3 (20,0)	
Sim, na mesma consistência	4 (30,8)	10 (58,8)	12 (80,0)*	
<i>Sólido</i>				0,592
Não	5 (38,5)	7 (41,2)	6 (40,0)	
Sim, na mesma consistência	0 (0,0)	3 (17,6)	1 (6,7)	
Sim, na consistência anterior	8 (61,5)	6 (35,3)	7 (46,7)	
Sim, na mesma consistência e consistência anterior	0 (0,0)	1 (5,9)	2 (6,7)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância



p=0,633

Figura 1. Caracterização na amostra da direção do escape posterior tardio na deglutição

ANEXOS

ANEXO B - Aprovação do Projeto Pelo Comitê de Ética e Pesquisa

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO ESCAPE POSTERIOR TARDIO NA DEGLUTIÇÃO

Pesquisador: Sílvia Dornelles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71828217.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.262.802

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCUD.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 2.200.700 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 14/08/2017. Não apresenta

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_962884.pdf	14/08/2017 01:55:42		Aceito
Outros	TCUD.pdf	14/08/2017 01:53:09	Sílvia Dornelles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pendencias_atendidas.pdf	14/08/2017 01:50:42	Sílvia Dornelles	Aceito
Outros	carta_de_respostas.pdf	14/08/2017 01:50:13	Sílvia Dornelles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termopdf.pdf	25/07/2017 19:38:49	Sílvia Dornelles	Aceito
Outros	delegacaodefuncao.pdf	25/07/2017 19:22:00	Sílvia Dornelles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopdf.pdf	25/07/2017 19:17:05	Sílvia Dornelles	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	14/07/2017 16:31:12	Sílvia Dornelles	Aceito

Continuação do Parecer: 2.262.802

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Setembro de 2017

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

ANEXO C - Normas de Publicação da Revista

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Audiology - Communication Research (ACR), ISSN 2317-6431 é uma publicação técnico-científica da Academia Brasileira de Audiologia (ABA), continuação da Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (RSBF) (ISSN versão online 1982-0232). É publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Audiologia, Distúrbios da Comunicação Humana e áreas afins, visando o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais relacionados. A ACR é um periódico de acesso aberto, com publicação bilíngue (Português/Inglês) e exclusivamente online.

São aceitos trabalhos originais (inéditos) em Português ou Inglês, que contribuam para o conhecimento e apresentem aplicabilidade para a Fonoaudiologia. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade do trabalho não ter sido publicado anteriormente nem estar sendo analisado por outra revista. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o artigo será desconsiderado. Todos os artigos submetidos são avaliados pelo Conselho Editorial e após aprovação são encaminhados para análise de uma comissão de revisores (*peer review*). Entretanto, a decisão final sobre a publicação cabe aos Editores. O aceite do manuscrito será baseado na originalidade, na significância e na contribuição científica para o conhecimento da área. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. O conteúdo do manuscrito, a veracidade das informações e das citações bibliográficas, assim como a respectiva tradução para o Inglês e a garantia de que esta seja realizada por revisor nativo do idioma, é de responsabilidade exclusiva dos autores.

PROCESSO EDITORIAL

Os manuscritos submetidos devem obedecer rigorosamente às normas da revista e todas as exigências devem ser atendidas. **Aqueles que não estiverem de acordo com as normas da revista não serão avaliados.** A secretaria editorial comunicará por e-mail sobre inadequações com relação à forma e apresentação do artigo. Após a notificação, o autor responsável terá um prazo para a adequação do manuscrito. Caso o prazo não seja cumprido, o processo de submissão será arquivado. Todo o processo de avaliação é realizado pelo sistema e as informações relacionadas ao processo editorial ficam disponíveis online.

Os manuscritos submetidos serão avaliados pelos Editores quanto à adequação do conteúdo à linha editorial da revista, à relevância e à originalidade do estudo. Aqueles que não se adequem ao escopo da revista, que não indicarem a contribuição do estudo para a Fonoaudiologia e que tiverem erros significativos de metodologia serão rejeitados e os autores notificados sobre os motivos da recusa. Após a aprovação pelo Editor, os manuscritos serão enviados para avaliação de pelo menos dois revisores com expertise na área (avaliação por pares). Os revisores podem sugerir modificações, correções, solicitar esclarecimentos e fazer recomendações. Os comentários dos revisores poderão ser encaminhados aos autores, como forma de orientação para as modificações que devem ser realizadas no texto. Após a realização das modificações sugeridas pelos revisores, o artigo corrigido deverá ser reenviado pelo sistema online. Sugerimos que as alterações realizadas sejam destacadas de cor diferente no texto, para facilitar a revisão do artigo. Os autores podem enviar uma carta aos revisores e/ou editores, justificando os motivos pelos quais as modificações sugeridas não foram efetuadas. Essa carta pode ser incluída antes da página inicial, no mesmo arquivo do artigo, sem a identificação dos autores. A versão corrigida do artigo será submetida à nova rodada de avaliação pelos revisores. Este processo pode necessitar de várias rodadas até que o manuscrito seja considerado adequado. Em seguida, os editores aceitam ou recusam o artigo para publicação. Somente após o aceite final dos editores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os autores dos artigos selecionados

para publicação serão notificados por e-mail, e receberão instruções relacionadas aos procedimentos editoriais técnicos. Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na *Audiology - Communication Research (ACR)* em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail revista@audiologiabrasil.org.br.

FORMA E ESTRUTURA DO MANUSCRITO

A *Audiology - Communication Research (ACR)* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org), em www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html ou www.ensaiosclinicos.gov.br/. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

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

O texto deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de artigo.

AACR publica os seguintes tipos de artigos: Artigos originais, Relato de casos originais, Artigos de revisão sistemática ou meta-análises, Comunicações breves e Cartas ao editor.

Não serão aceitos relato de casos simples, revisão simples de literatura, resumos, resenhas e relatórios técnicos.

Artigos originais

São trabalhos destinados à divulgação de resultados originais e inéditos de pesquisa científica. Devem conter os seguintes itens: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

- **Introdução:** deve apresentar uma breve revisão de literatura, contextualizando o trabalho, que justifique os objetivos do estudo. Os objetivos devem ser apresentados ao final da introdução, sem iniciar uma nova seção.

- **Métodos:** devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido.

- **Resultados:** devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos.

- **Discussão:** os resultados devem ser discutidos e comparados aos estudos da literatura pertinente. Não deve repetir os resultados nem a introdução.

- **Conclusão:** deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência.

- **Referências:** das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus res-

ponsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996), no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados no item Métodos.

Relato de casos originais

Descrevem casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, que representem originalidade de uma conduta ou tratamento e ilustrem situações pouco frequentes, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados.

Devem conter: Resumo e descritores, *Abstract e keywords*, Introdução (com breve revisão da literatura), Apresentação do caso clínico, Discussão, Comentários finais e Referências.

A Apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

Devem ser apresentadas, no máximo 15 referências.

Artigos de revisão sistemática ou meta-análises

São artigos destinados a identificar sistematicamente e avaliar criticamente todas as evidências científicas a respeito de uma questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar estudos que testam uma mesma hipótese, sistematicamente reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos de meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica.

Devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract e keywords*, Introdução, Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Análise dos dados, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências.

Não há limitação para o número de referências. Das referências citadas, pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Comunicações breves

São artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a Fonoaudiologia. São limitados a 1500 palavras (da introdução à conclusão).

Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: Resumo e descritores, *Abstract e keywords*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Devem ser apresentadas, no máximo 15 referências, das quais pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Cartas ao editor

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. Serão publicadas a critério dos Editores. Devem ser breves (até 500 palavras).

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo sistema de editoração *online*, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/acr-scielo>.

Todos os autores deverão ser cadastrados no sistema, para receberem as correspondências relativas ao andamento do artigo.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail revista@audiologiabrasil.org.br

REQUISITOS TÉCNICOS

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

1. Carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e; transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor (modelo disponível em: http://www.audiolcommres.org.br/normas_carta_1.doc);
2. Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o estudo, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;
3. Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), somente quando for necessária a autorização do uso de imagem;
4. Declaração de conflitos de interesse, quando pertinente (potenciais conflitos de interesses disponível em: http://www.audiolcommres.org.br/normas_conflictos_1.doc).

FORMATAÇÃO E PREPARO DO MANUSCRITO

Forma: O texto deve ser formatado em Microsoft Word, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm),

Margem: 2,5 cm de cada lado

Fonte: Arial tamanho 12 para texto. Para tabelas, quadros, figuras e anexos: fonte Arial 8

Espaçamento entre linhas: espaço duplo (inclusive tabelas, quadros e anexos)

Recuos e espaçamentos: zero

Alinhamento do texto: justificado

Tabulação de parágrafo: 1,25 cm

Manual de formatação: para detalhes e outras especificações de formatação, acesse: http://www.audiolcommres.org.br/normas_manual_1.pdf

Extensão do manuscrito: a extensão do manuscrito (incluindo página de identificação, resumo e *abstract*, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas, 20 páginas para Relatos de casos e Comunicações breves e 500 palavras para Cartas aos editores.

Sequência do artigo: cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: página de identificação, Resumo e descritores, *Abstract e keywords*, texto (de acordo com os itens necessários à seção para a qual o artigo foi enviado), Agradecimentos, Referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas.

Página de identificação

Deve conter, obrigatoriamente, na seguinte sequência:

- a) título do artigo, em Português e em Inglês. O título deve ser conciso, porém informativo.
- b) título do artigo resumido com até 40 caracteres (considerando espaços).
- c) nome completo de cada autor, seguido do respectivo departamento e/ou instituição. Não devem ser incluídas titulações.
- d) departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
- e) nome, telefone, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- f) fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
- g) declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor;
- h) texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado.

Autoria

São considerados autores aqueles que têm efetiva contribuição intelectual e científica na realização do trabalho. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do artigo e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado por contribuições substanciais durante:

1. Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados
2. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante
3. Aprovação final da versão a ser publicada

As pessoas que não cumprem estes requisitos e que tiveram participação puramente técnica (ato operatório, revisão bibliográfica, chefes de departamento, serviços ou financiados) devem ser listadas nos agradecimentos. A participação limitada à obtenção de fundos, coleta de dados, supervisão geral ou chefia de um grupo de pesquisa não justifica autoria.

Resumo e descritores

A segunda página deve conter o resumo, em Português e Inglês, de no máximo 250 palavras. O resumo em português deve ser apresentado primeiro, seguido pelo *abstract*, com quebra de página entre eles. O texto deve ser corrido, sem parágrafo. O resumo e o *abstract* devem conter exatamente as mesmas informações.

O resumo deverá conter informações relevantes do estudo, que constem no texto e que incentivem a leitura do artigo. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Não deve conter a instituição em que o estudo foi realizado e não deve conter resultados numéricos ou estatísticos.

Assim, para Artigos originais e Comunicações breves, a estrutura deve ser, em Português: Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão; em inglês: *Purpose, Methods, Results, Conclusion*.

Para Artigos de revisão sistemática ou meta-análises, devem seguir a estrutura, em Português: Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Resultados, Conclusão; em Inglês: *Purpose, Research strategy, Selection criteria, Results, Conclusion*.

Para Relatos de caso originais o resumo não deve ser estruturado e não deve apresentar *headlines*.

Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

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

"Embora a medicação seja necessária e fundamental para muitos pacientes proporcionando melhoras significativas, aumentando a sobrevida desses indivíduos⁽⁷⁾, existem relatos na literatura que discutem seus efeitos adversos^(8,9)."

Gramática e ortografia: devem ser utilizadas as novas regras gramaticais da língua portuguesa. Palavras ou expressões em inglês que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico.

Numerais: até dez devem ser escritos por extenso. Somente a partir do 11 é que devem ser indicados por numerais arábicos.

Idade: descrever a idade sempre em anos e meses (exemplo: 7 anos e 11 meses). Deve ser sempre indicada por numerais. Utilizar a expressão "média de idade".

Sujeitos: ao descrever sujeitos, evitar "sexo" (sexo masculino, sexo feminino); utilizar "gênero" (gênero masculino, gênero feminino).

Agradecimentos

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

Referências

Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, de acordo com a ocorrência no texto. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados em: [ftp://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf](http://nmlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf)

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

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

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Musiek FE, Shinn JB, Jirsa R, Bamiou DE, Baran JA, Zaida E. The GIN (Gaps in Noise) test performance in subjects with confirmed central auditory nervous system involvement. *Ear Hear*. 2005Dec;26(6):608-18.

LIVRO

Coates V, Beznos GW, França LA. *Medicina do adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. 731p.

CAPÍTULO DE LIVRO

Santos MFC, Pereira LD. Escuta com Dígitos. In: Pereira LD, Schochat E. (Org.) *Processamento auditivo: manual de avaliação*. São Paulo: Lovise, 1997. p.15-32.

CAPÍTULO DE LIVRO (mesma autoria)

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

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

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

DISSERTAÇÕES E TESES

Linares AE. *Correlação do potencial auditivo de estado estável com outros achados em audiologia pediátrica [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

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

Tabelas

Devem ser apresentadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada tabela. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentadas em preto e branco, com linhas simples, sem nenhum destaque. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir

informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros

Os quadros deverão ser encaminhados separadamente do texto, cada um em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto.

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que pode ter traçado vertical e deve ser fechado lateralmente. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada quadro. Todos os quadros deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima do quadro, sem abreviações ou siglas. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada figura. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e siglas. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou em escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título sem abreviações ou siglas, digitado em fonte Arial 8, abaixo da figura. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/edição e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

Anexos

São dados necessários à compreensão do texto. Podem ser apresentados como listas, protocolos, formulários, testes etc. Devem ser digitados com espaço duplo e fonte Arial 8, numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Devem ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima do conteúdo, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentados em preto e branco.

Legendas

Devem ser apresentadas em fonte Arial 8, usando espaço duplo, justificado, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar o significado das abreviaturas e siglas por extenso. Não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Notas de rodapé

Quando houver nota de rodapé, deve ser identificada com um asterisco (*). No caso de ocorrência de mais de uma nota de rodapé, as seguintes devem acrescentar asteriscos. No rodapé, a nota deve ser formatada em fonte Arial 10, com parágrafo justificado.

Unidades de medida

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser apresentadas em unidades métricas (metro, quilograma, litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem ser expressas em graus Celsius e as pressões sanguíneas devem ser expressas em milímetros de mercúrio.

Tradução

Todos os trabalhos terão publicação bilingue Português/Inglês. Os artigos podem ser encaminhados em Português ou em Inglês. Nos casos dos artigos redigidos em Inglês será solicitada uma cópia em Português da versão final.

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

Representações comerciais

Agentes terapêuticos devem ser indicados pelos seus nomes genéricos seguidos, entre parênteses, pelo nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. Todos os instrumentos ou aparelhos de fabricação utilizados devem ser citados com o seu nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. É necessária a colocação do símbolo (sobrescrito) de marca registrada ® ou ™ em todos os nomes de instrumentos ou outras representações comerciais.