



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

**COMPARAÇÃO ENTRE SINAIS E SINTOMAS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR**

BÁRBARA SANDRIN ABARZÚA

Porto Alegre, dezembro de 2012.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

COMPARAÇÃO ENTRE SINAIS E SINTOMAS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

BÁRBARA SANDRIN ABARZÚA

Orientador: Fabiane Miron Stefani

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como exigência
parcial do Curso de
Fonoaudiologia da UFRGS

Porto Alegre, dezembro de 2012.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Carmen e Carlos por me darem a oportunidade de chegar onde cheguei, por acreditarem no meu potencial e por sempre me darem forças para seguir em frente;

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, **Felipe e Fernanda**, por sempre estarem ao meu lado;

A minha **Dinda Lu e minha Tia Lidia**, que são as minhas mães de coração;

A minha família, em especial à **Sara** que sempre me ajudou e me deu forças para cumprir os desafios que apareceram;

Aos meus **amigos queridos**, que sempre me acompanharam nos melhores momentos da minha vida, com o qual eu escolho poder dividir as minhas alegrias;

A todos os meus professores e mestres que estiveram presente em todos os momentos da minha formação, em especial à minha querida Orientadora **Fabiane**.

Poeminha do Contra

 Todos esses que aí estão
Atravancando meu caminho,
 Eles passarão...
 Eu passarinho!

(Mário Quintana - Prosa e Verso, 1978)

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO REVISTA CEFAC.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
MÉTODO.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	16
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
FIGURAS.....	19
INSTRUÇÕES AOS AUTORES – REVISTA CEFAC.....	22

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1– Distribuição de frequência de Dor na Face

FIGURA 2- Distribuição de frequência de Dor na Articulação Temporomandibular nos sinais e sintomas

FIGURA 3- Distribuição de frequência de Dor no Pescoço

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DTM – Disfunção Temporomandibular

ATM – Articulação Temporomandibular

AMIOFE - Avaliação Miofuncional Orofacial Com Escores

IASP - Internacional Association for the Study of Pain

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO REVISTA CEFAC

Título do manuscrito: Comparação entre sinais e sintomas em pacientes com disfunção temporomandibular

Título em Inglês: Comparison between the signs and symptoms in patients with Temporomandibular joint dysfunction

Título Resumido: Sinais e Sintomas em pacientes com DTM

Título Resumido em Inglês: Signs and Symptoms in patients with TMD

Autores: Fabiane Miron Stefani¹, Bárbara Sandrin Abarzúa², Karen Dantur Batista Chaves³

1- Fonoaudióloga, Docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. Doutora.

2- Discente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. Graduação.

3- Cirurgiã-Dentista, Docente do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. Doutora.

Contato: Fabiane Miron Stefani, rua Pindorama, 39, Teresópolis, Porto Alegre- RS. CEP 91720-170. E-mail fabiane.stefani@ufrgs.br

Área: Motricidade Orofacial

Tipo de manuscrito: artigo original

Fonte de auxílio: Inexistente

Conflito de Interesse: Inexistente

Comparação entre sinais e sintomas em pacientes com disfunção temporomandibular

RESUMO

Objetivo: identificar os sintomas de Disfunção Temporomandibular relatados pelos pacientes e compará-los com os sinais clínicos verificados nesses mesmos pacientes.

Métodos: A amostra foi constituída pela coleta de dados de 16 prontuários fonoaudiológicos composta por indivíduos com diagnóstico de Disfunção Temporomandibular muscular, do gênero feminino, com idade variando entre 12 e 60 anos, provenientes do atendimento de Fonoaudiologia da Clínica de Disfunção Temporomandibular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resultados: houve relação estatisticamente significativa apenas na comparação do sintoma e do sinal na variável Dor na Articulação Temporomandibular. No entanto, também foi observada essa diferença entre sinal e sintoma nas variáveis Dor no Pescoço e Dor na Face (sem significância estatística). Os itens Ruído na Articulação, Dificuldade em Abrir a Boca e Dificuldade na Mastigação não apresentaram diferenças entre sinal e sintoma.

Conclusão: nem sempre os sintomas que os pacientes relatam na anamnese são os mesmos encontrados nos sinais clínicos da avaliação. Isto se torna mais evidente quando a variável é subjetiva como nos casos que envolveram dores.

Descritores: Sinais e Sintomas, Articulação Temporomandibular, Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular

Comparison between the signs and symptoms in patients with Temporomandibular joint dysfunction

ABSTRACT

Objective: identify the symptoms related to Temporomandibular dysfunction reported by patients and compare them with the clinical signs observed on these same patients.

Methods: the sample consisted on data collection from 16 speech therapy records of people who received diagnostic of Muscular Temporomandibular Joint Dysfunction, female, aged between 12 and 60 years old, from the Speech Therapy attendance of the Occlusion and Orofacial pain of the Dentistry College of Rio Grande do Sul University (in Portuguese, Clínica de Oclusão e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Results: There was statistical significance only in the comparison between symptom and sign in the variable Temporomandibular Joint Pain. However, these differences between the Sign and The Symptom in the variables Neck Pain and Face Pain was also observed (but with no statistical significance). The variables Articulation Sounds, Mastication Difficulties and Mouth Opening Difficulties didn't show differences between signs and symptoms.

Conclusion: the symptoms reported by patients in the anamnesis are not always the same ones found on the clinical Signs of the assessment. This is more evident when the variable is subjective, just like in the cases which had pain involved.

Keywords: Signs and Symptoms, Temporomandibular Joint, Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome.

INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) constitui-se de distúrbios funcionais que comprometem o sistema mastigatório e a articulação temporomandibular¹ (ATM). Sua causa é complexa e multifatorial e os fatores predisponentes são aqueles que aumentam os riscos de DTMs, já os fatores desencadeantes são os que acarretam o início das DTMs. É muito importante para o sucesso do tratamento que os fatores etiológicos sejam identificados e controlados. Os fatores mais associados são: condição oclusal, trauma, estresse emocional, fontes de estímulos de dor profunda e atividades parafuncionais¹.

Essas disfunções podem levar a diversos sinais, nos quais se observam dores musculares nos masseteres e temporais, dores articulares e dores de ouvido². Para outros autores, a disfunção temporomandibular é considerada um conjunto de disfunções musculares e articulares na área crânio-orofacial, e pode ser caracterizada por dor muscular e ruídos nas ATMs, podendo limitar a função mandibular³.

As DTMs podem estar relacionadas com uma desordem de interferência do disco articular, chamadas articulares, e também relacionadas a uma desordem da musculatura mastigatória, as musculares. Essas últimas podem ser classificadas em tipos diferentes: co-contracção protetora (travamento muscular), dor muscular local (mialgia não inflamatória), dor miofascial (mialgia de pontos algícos), mioespasmos (mialgia de contracção tônica), mialgia crônica mediada centralmente (miosite) e fibromialgia⁴.

A DTM seguidamente é relacionada com o estresse, que pode fazer com que ocorra um aumento da atividade muscular, podendo, também, estar pertinente a hábitos orais deletérios, resultando em fadiga, espasmo e dor. Um dos fatores etiológicos mais comuns é a hiperatividade muscular causada pela má oclusão, estresse e alterações posturais⁵.

A qualidade de vida em pacientes com DTM deve ter uma atenção especial, pois estes pacientes têm características clínicas comuns a de outros portadores de doença crônica, com nível elevado de dor, distúrbios comportamentais e psicológicos. Estudos comprovaram que a qualidade de vida de mulheres portadoras de DTM é pior se comparada àquelas sem DTM⁶.

Como mostram os achados dos estudos relatados acima, os pacientes com DTM normalmente apresentam muitos sintomas ao serem entrevistados, e ao serem avaliados clinicamente também possuem diversos sinais clínicos, mas nem sempre esses dados corroboram entre si. O objetivo deste estudo é identificar os sintomas de DTM relatados pelos pacientes e compará-los com os sinais clínicos verificados nesses mesmos pacientes, provenientes do atendimento de Fonoaudiologia da Clínica de Disfunção Temporomandibular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Central da Universidade federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal.

Foram selecionados 16 prontuários fonoaudiológicos que constituíram a amostra analisada, composta por indivíduos com diagnóstico de DTM muscular, do sexo feminino, com idade variando entre 12 e 60 anos. Embora este estudo tenha

sido realizado apenas com prontuários os pacientes ingressantes da clínica de Fonoaudiologia habitualmente assinam um termo de consentimento geral. A escolha pelo sexo feminino se dá pela predominância de casos de DTM em mulheres em detrimento aos homens^{7,8,9}. Todos os sujeitos passaram por uma triagem na Clínica de Disfunção temporomandibular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e encaminhadas para avaliação completa na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia da mesma instituição com sinais e sintomas de DTM de origem muscular, de abril de 2010 a julho de 2012.

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de DTM muscular crônica (sintomas há mais de 6 meses) de acordo com a avaliação odontológica e fonoaudiológica. No que se refere aos critérios de exclusão, foram excluídos os prontuários dos indivíduos com diagnósticos de DTM articular exclusiva, uso de prótese total ou removível posterior, uso de aparelho ortodôntico fixo, uso de relaxantes musculares, traumas craniofaciais, déficits neurológicos, déficits cognitivos, sujeitos que tenham sofrido tumores ou traumas de cabeça e pescoço.

Os dados relativos aos sintomas apresentados pelas participantes foram provenientes de Anamnese, realizada por meio de protocolo especializado de autoria de Felício et al¹⁰. Nesse questionário, pergunta-se à pessoa, de modo pergunta fechada, quais sintomas que ela percebe. É questionada a severidade dos sintomas da DTM ao acordar, mastigar, falar e em repouso – em uma escala de 0 a 10. Os dados relativos aos sinais foram obtidos por meio da análise do protocolo de avaliação de DTM realizada com o AMIOFE de Felício e Ferreira¹¹ com o acréscimo dos itens: Dor na ATM; inspeção e palpação de masseter, temporal, trapézio, esternocleidomastoídeo e supra-hióideos; desvio mandibular e medidas antropométricas segundo a autora Cattoni¹².

Foram analisadas variáveis retiradas dos prontuários de anamnese que englobava os seguintes itens: Dor na Face, Dor na ATM, Dor no Pescoço, Ruído na Articulação, Dificuldade em Abrir a Boca e Dificuldade na Mastigação. Todas as variáveis antes vistas na anamnese como sintoma foram posteriormente comparadas com o sinal encontrado na avaliação. Para isto a escala de 0 a 10 foi categorizada da seguinte maneira: 0 foi considerado ausência de dor, de 1 a 3 desconforto, de 4 a 7 dor e de 8 a 10 dor intensa.

Os dados coletados foram tabelados e analisados utilizando o software PASW Statistics 18. Foram utilizadas medidas de associação, pelo teste qui quadrado. Nas tabelas com mais de 20% de células com frequência esperada abaixo de 5 foi utilizado o teste exato de Fisher. Valores de p menores que 0.05 foram considerados significativos.

RESULTADOS

Do total de 16 prontuários, a média de idade dos sujeitos foi de 33,88 anos. A Figura 1 refere-se à variável Dor na Face e a comparação entre os sinais e sintomas. Não houve diferença estatística na comparação entre os sinais e sintomas.

No que se refere à variável Dor na ATM, foi analisada pelo teste exato de Fisher uma associação estatisticamente significativa ($p=0,019$) entre os sintomas relatados na anamnese e os sinais clínicos encontrados na avaliação. Nessa comparação, as categorias 0 (ausência Dor na ATM (sintoma)) e 0 (ausência Dor na ATM (sinal)) apresentam uma associação positiva (Resíduo ajustado = 2,6), ou seja, uma diferença significativa.

As categorias 1 (Dor na ATM (sintoma)) e 1 (Dor na ATM (sinal)) apresentam uma associação positiva (Resíduo ajustado = 2,6), ou seja, uma diferença significativa. A Figura 2 mostra a distribuição de frequência entre os sintomas relatados e os sinais clínicos encontrados para a variável Dor na ATM.

A Figura 3 mostra a distribuição da variável Dor no Pescoço comparando os sintomas relatados com os sinais clínicos encontrados. Nesta comparação não houve relação estatisticamente significativa.

Já na variável Ruído na ATM, no que se refere ao sintoma, 25% não referiram ruído e 75% referiram ruído. Na avaliação verificou-se que 31,3% não apresentaram ruído e 68,8% apresentaram ruído. Não houve uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas e os sinais do Ruído na Articulação. Na variável Dificuldade em Abrir a Boca 62,50% não referiram que teriam dificuldades e 37,5% referiram tal dificuldade. Na avaliação 75% não apresentaram dificuldade e 25% tiveram dificuldade em abrir a boca. Na variável Dificuldade na Mastigação 50% não tiveram dificuldade e 50% tiveram tal dificuldade tanto nos sintomas quanto nos sinais. Em ambas variáveis também não houve relação estatisticamente significativa entre os sintomas e os sinais clínicos.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a comparação entre os sintomas referidos na anamnese e os sinais clínicos achados na avaliação de pacientes com DTM. Os resultados relativos à Dor na Face evidenciam uma diferença, embora não significativa, entre o que essas pessoas referem e seus achados clínicos, o que pode estar relacionado com o fator subjetivo da dor^{13,14}. Tjakkes et al¹⁵, em um estudo em que 95 pacientes foram divididos em 3 grupos, Grupo I com dor miofascial, Grupo II com deslocamento de disco e o Grupo III com osteoartrite, artralgia e osteoartrose pode-se observar que o Grupo I teve a maioria dos sujeitos com 31,9% e que a dor pode estar relacionada com problemas emocionais. A dor é considerada emocional por ser uma sensação que sempre é equiparada com experiências desagradáveis¹⁶.

Na Dor da ATM, houve relação estatisticamente significativa quando comparados os sintomas descritos pelos sujeitos com os sinais encontrados na avaliação clínica. Houve diferença importante entre o que os sujeitos relatam como queixas e dos sinais propriamente ditos encontrados na avaliação. Nosso estudo corrobora com Donnarumma et al⁷ que, em seu estudo, com dados de 125 prontuários de uma clínica odontológica de Sorocaba, cujo objetivo foi constatar o perfil, queixa e principais sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular, observou-se que os sinais e sintomas que mais foram encontrados foram dor na região da ATM e masseter (78,4%).

Em outro estudo, a prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em pacientes portadores de DTM analisados em uma amostra de 40 pacientes, a dor articular foi presente em 82,5% dos sujeitos, porém a queixa de dor articular foi relatada por apenas 45%¹⁷. Embora contrário aos achados, ainda assim demonstra a fragilidade do sintoma quando se refere à dor.

A dor é um sintoma comum em pacientes com DTM, e a dor articular ocorre por um desequilíbrio no complexo côndilo/disco e estiramento severo da cápsula causado por traumatismo ou infecção¹⁸. Segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida por: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”¹⁶. Além disso, a dor é considerada como uma experiência genuinamente

subjetiva e pessoal e a sua percepção pode ser caracterizada como uma experiência multidimensional, variando-se na qualidade e na intensidade sensorial, e claramente pode ser afetada por variáveis afetivo-motivacionais¹³. Segundo Oliveira et al¹⁴ a dor envolve não só danos físicos e químicos, mas também aspectos subjetivos e psicológicos estão envolvidos, que são importantes para entender as queixas dolorosas dos pacientes.

Já com relação à Dor no Pescoço, uma pesquisa realizada com idosos em Teresina, com 40 indivíduos de 60 anos se observou como os principais sinais e sintomas que 55% dos sujeitos apresentavam dores no pescoço, nuca ou ombros, 32,5% com dores de cabeça e pescoço¹⁹, corroborando com nossos achados. No entanto, cabe mencionar que, como em grande parte da literatura, sinal e sintoma se confundem quanto à sua definição, portanto esses achados corroboram com o que encontramos nos sintomas e não nos sinais.

A dor é um dos sintomas mais frequentes relacionados pelos pacientes que possuem DTM^{1,4}, e os sintomas específicos da dor geralmente estão associados a uma sensação de fadiga e tensão muscular¹. As dores faciais, nos maxilares, dores pré-auriculares, dores de ouvido, dores de cabeça, geralmente são acentuadas pela função da mandíbula e são conhecidas como distúrbios extra-capsulares. Desvios nos movimentos mandibulares, movimentos mandibulares limitados ou assimétricos podem ser resultado de hiperatividade dos músculos responsáveis pelo fechamento da mandíbula, mas também podem ser resultado de desordens intra-capsulares²⁰. Como já foi discutido anteriormente não se pode esquecer o fator da subjetividade da dor, no qual a dor é sempre comparada com alguma experiência desagradável e pessoal.

Em um estudo com adolescentes, cujo objetivo foi verificar a prevalência de sinais e sintoma de DTM, percebeu-se que o sintoma mais prevalente foi o de Ruído na ATM encontrado em 26,7% de um total de 217 adolescentes, e o sinal mais frequente também foi o Ruído na ATM, ocorrendo em 19,8%²¹. Na amostra deste presente estudo 75% dos sujeitos referiram ruído e 68,8% realmente apresentavam o ruído. A diferença mínima entre as respostas de sintoma e sinal pode ser justificada pelo fato de que o ruído é um sinal/sintoma objetivo que o paciente consegue percebê-lo com mais exatidão do que dor.

Em outro estudo²² também se comprova que o ruído é um dos sintomas mais presentes em pacientes com DTM, podendo vir ou não acompanhado de dor, e também sendo confirmado o sinal clínico pela avaliação fonoaudiológica. Já os resultados encontrados em outra pesquisa²³ relatam que a presença de ruídos nas ATM teve 67,4% de respostas positivas, mas apenas 30,4% dos sujeitos tiveram confirmada a presença de estalido intra-capsular na avaliação clínica. Os estudos apresentam diferentes metodologias para avaliar o ruído na ATM, como apalpação digital bilateral e ausculta da região da ATM com estetoscópio. Essa última foi utilizada pelo presente estudo, sendo uma forma mais objetiva de avaliação, tornando os resultados mais fidedignos.

Com relação a Dificuldade em Abrir a Boca, diferentemente de nosso estudo, a literatura nos mostra que geralmente os sujeitos não percebem que tem dificuldades em abrir a boca como é visto em um estudo que o objetivo foi verificar o perfil, queixa e principais sinais e sintomas em pacientes na qual apenas 8% da população pesquisada (125 sujeitos) relataram diminuição de abertura de boca e na avaliação observou-se que 12% apresentaram tal dificuldade⁷. Já em uma pesquisa que avaliou o grau de sensibilidade e especificidade do Questionário para Triagem para Dor Orofacial e DTM, 52,2% dos sujeitos relataram ter tal dificuldade, porém a

média de abertura de todos os pacientes foi de 49mm considerando o padrão normal de 40 a 45mm²³, ou seja, nenhum sujeito realmente apresentou a dificuldade em abrir a boca. A dificuldade em abrir a boca pode estar relacionada com a dor que os sujeitos apresentam e, por este motivo, é possível justificar a grande variabilidade de respostas para esta variável.

Já na mastigação, 50% dos sujeitos relataram ter Dificuldade na Mastigação e 50% apresentou, na avaliação, Dificuldade na Mastigação. Em uma pesquisa que teve como objetivo analisar a prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em pacientes portadores de disfunção temporomandibular, todos os 40 indivíduos relataram apresentar dificuldades na mastigação¹⁷. Já num estudo feito com 8 sujeitos pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no qual todos eram do sexo feminino e com idade variando de 19 a 43 anos, dois dos sujeitos apresentaram dificuldade na mastigação²². Em uma pesquisa que teve por objetivo verificar perfil, queixa e principais sinais e sintomas em 125 prontuários de pacientes com DTM observou-se que na entrevista apenas 3,2% referiram tal dificuldade, mas na avaliação 8% realmente apresentavam dificuldades na mastigação⁷.

A literatura mostrou uma grande variabilidade de resultados, e o presente estudo encontrou um achado mediano se comparado com os da literatura. Tais diferenças podem ser explicadas pela grande variabilidade de avaliações da mastigação, existindo inúmeros protocolos, além da avaliação com eletromiografia de superfície, entre outras formas.

Para estudos posteriores sugere-se aumentar o número de sujeitos, para que se tenha a possibilidade de resultados mais fidedignos, com relação às porcentagens apresentadas. Também sugerimos que se pesquise com o sexo masculino, para que se possa comparar com o feminino e generalizar para a população em questão.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados acima apresentados, conclui-se que nem sempre os sintomas que os pacientes relatam na anamnese são os mesmos encontrados nos sinais clínicos da avaliação. Isso se torna mais evidente quando as variáveis são subjetivas. Apesar de apenas a variável Dor na ATM apresentar relação estatisticamente significativa, as outras variáveis de dor também tiveram uma diferença observável em suas porcentagens.

REFERÊNCIAS

- 1- Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- 2- Tosato JP, Gonzalez TO, Sampaio LMM, Corrêa JCF, Biasotto-Gonzalez DA. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicalgia e lombalgia. *Arq Med ABC*. 2007;32: 20-2.
- 3- Bertoli FMP, Antoniuk AS, Bruck I, Xavier GRP, Rodrigues DCB, Losso EM. Evaluation of the signs and symptoms of temporomandibular disorders in children with headaches. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2007;65(2A):251-55.
- 4- Felício CM. Desordens Temporomandibulares: terapia fonoaudiológica. In: Felício CM, Trawitzki LVV (org). *Interfaces da medicina, odontologia e fonoaudiologia no complexo cérvico-craniofacial*. Barueri-SP: Pró-Fono; 2009. 177-97.
- 5- Neto JS, Almeida C, Bradasch ER, Corteletti LCBJ, Silvério KC, Pontes MMA et al. Ocorrência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em músicos. *Rev soc bras fonoaudiol*. 2009;14(3):362-66.
- 6- Moreno BGD, Maluf AS, Marques AP, Crivello-Júnior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev bras fisioter*. 2009;13(3):210-14.
- 7- Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev. CEFAC*. 2010;12(5):788-94.
- 8- Dworkin SF, Huggins KH, LE Resche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, Sommers, E. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in casas and controls. *J Am Dent Assoc*. 1990; 120(3): 273-81.
- 9- Carlsson GE, DE Boever JA. Epidemiologia. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. *Disfunção temporomandibular e dos músculos da mastigação*. Trad. de Maria de Lourdes Giannini. 2. ed. São Paulo, Santos Livraria Editora, 2000. 624p.
- 10- Felício CM, Mazzetto MO, Silva MA, Bataglion C, Hotta TH. A preliminary protocol for multiprofessional centers for the determination of signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Cranio*. 2006;24(4):258-64.
- 11- Felício CM, Ferreira CLP. Protocol of orofacial myofunctional evaluation with scores. *Int J Pediatr Otorhi*. 2008;7(3):367-75.
- 12- Cattoni DM. O uso do paquímetro na motricidade orofacial. *Pró-Fono*. Barueri-SP;2006.
- 13- Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002; 10(3): 446-7.
- 14- Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J. Appl. Oral Sci*. 2003; 11(2): 138-43.
- 15- Tjakkes GE, Reinders J, Tenvergert EM, Stegenga B. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health and Quality of Life. Outcomes*; 2010, 8:46.
- 16- Pain. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms [S 217]. *Pain* 1986 Supplement 3.

- 17- Figueiredo VMG, Cavalcanti AL, Farias ABL, Nascimento SR. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. *Acta Sci Health Sci.* 2009;31(2):159-63.
- 18- Ash MM, Ramfjord SP, Schmioseroer J. *Oclusão*. 2. ed. São Paulo: Santos; 2001.
- 19- Carvalho, KC, Lélis EM, Carvalho NF, Rocha GM, Souza APS, Sousa ECM et al. Prevalência dos sinais e sintomas sugestivos de disfunções temporomandibulares em um grupo de idosos da cidade de Teresina. *ConScientiae Saúde.* 2010;9(3):441-47.
- 20- Griffiths RH. Report of President.s Conference on Examination, Diagnosis and Management of Temporomandibular Disorders. *J Am Dent Assoc.* 1983;106:75-7.
- 21- Bonjardim LR, Gavião MBD, Pereira LJ, Castelo PM, Garcia RCMR. Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em adolescentes. *Braz oral res.* 2005;19(2):93-8.
- 22- Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC.* 2005;7(2):221-8.
- 23- Manfredi APS, Silva AA, Vendite LL. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001;67(6):763-8.

FIGURA 1– Distribuição de frequência de Dor na Face

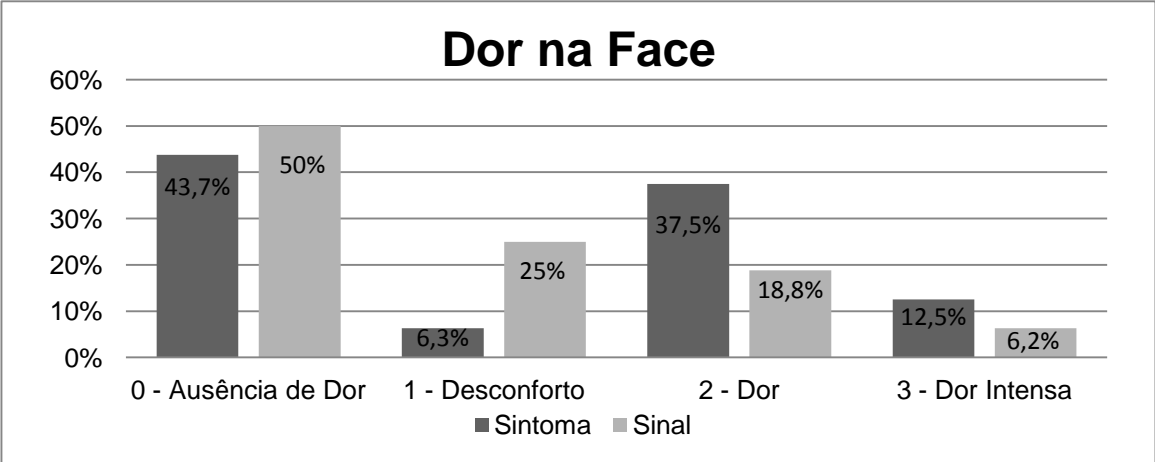


FIGURA 2- Distribuição de frequência de Dor na Articulação Temporomandibular

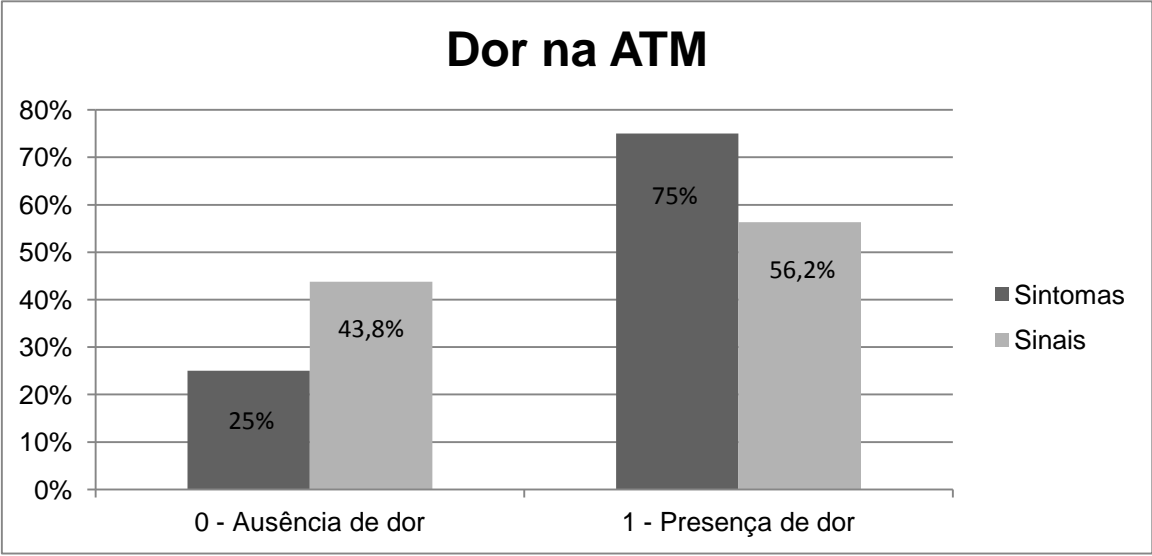
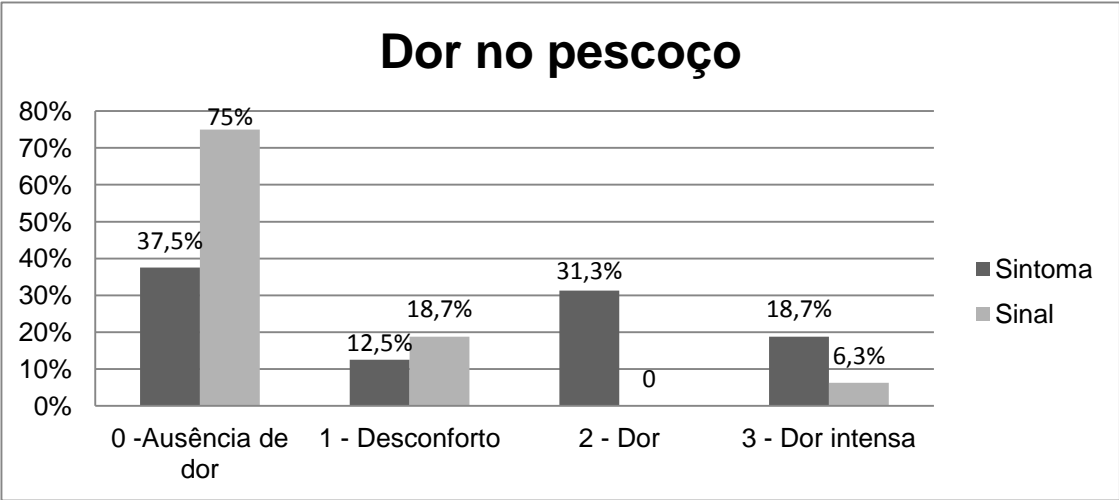


FIGURA 3- Distribuição de frequência de Dor no Pescoço



INSTRUÇÕES AOS AUTORES – REVISTA CEFAC

Escopo e política

A **REVISTA CEFAC**: Atualização Científica em Fonoaudiologia – (Rev. CEFAC.), ISSN 1516-1846, indexada nas bases de dados LILACS e SciELO, é publicada bimestralmente com o objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia e áreas afins. São aceitos para apreciação apenas trabalhos completos originais, preferencialmente em Inglês, também podendo ser em Português ou Espanhol; que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. Os artigos em língua estrangeira deverão vir acompanhados de comprovante de que a tradução e/ou a correção foi feita por profissional habilitado. Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, artigos de revisão, artigos especiais, relatos de casos clínicos, textos de opinião e cartas ao editor.

Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Os trabalhos que não respeitarem os requisitos técnicos e não estiverem de acordo com as normas para publicação não serão aceitos para análise e os autores serão devidamente informados, podendo ser novamente encaminhados para apreciação após as devidas reformulações.

Todos os trabalhos, após avaliação técnica inicial e aprovação pelo Corpo Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de, no mínimo, dois pareceristas (peer review) de reconhecida competência no assunto abordado cujo anonimato é garantido durante o processo de julgamento.

Os comentários serão compilados e encaminhados aos autores para que sejam realizadas as modificações sugeridas ou justificadas em caso de sua conservação. Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho e a carta resposta comentando ponto a ponto as observações dos avaliadores, deverão ser encaminhadas por e-mail, em arquivo Word, anexado, para o endereço revistacefac@cefac.br. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os autores serão informados do aceite e os trabalhos passarão à sequência de entrada para publicação. Os artigos não selecionados receberão notificação da recusa e, não serão devolvidos.

É reservado ao departamento editorial da Revista CEFAC, o direito de modificação do texto, caso necessário e sem prejuízo de conteúdo, visando uniformizar termos técnicos e apresentação do manuscrito. Somente a Revista CEFAC poderá autorizar a reprodução em outro periódico dos artigos nela contidos. Nestes casos, os autores deverão pedir autorização por escrito à Revista CEFAC.

Envio do Manuscrito Para Submissão

Os documentos deverão ser enviados à *REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO*, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado.

As confirmações de recebimento, contatos e quaisquer outras correspondências deverão ser encaminhados à Revista por e-mail.

Tipos de Trabalhos

Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)*, *Discussão (Discussion)*, *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências constituídas de **70%** de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico “Métodos”, informando o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse, intervenção e aprovação do Comitê de Ética e o número do processo. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão (Conclusion)*.

Artigos de revisão de literatura: são revisões sistemáticas da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)* que justifique o tema de revisão incluindo o *objetivo*; *Métodos (Methods)* quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); *Revisão da Literatura (Literature Review)* comentada com discussão; *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Artigos de Comunicação: são artigos de apresentação de propostas de procedimentos (avaliação ou terapêutica ou manuais terapêuticos ou de esclarecimentos sobre determinado assunto). Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução*, *Métodos*, *Resultados*, *Discussão*, *Considerações finais/Conclusões* e *Referências*. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Resumo (Abstract)*, *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion)*.

Artigos Especiais: são artigos escolhidos a critério dos editores, que seguem o formato de revisões, mas que serão publicados preferencialmente em inglês. Situações especiais quanto ao formato deverão ser tratadas com o corpo editorial da revista.

Relatos de casos clínicos: relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, sucinta e apoiada em literatura que justifique a apresentação do caso clínico; *Apresentação do Caso (Case Report)*, descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; *Resultados (Results)*, mostrando claramente a evolução obtida; *Discussão (Discussion)* fundamentada; *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations)* e *Referências (References)*, pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e

internacional, preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Textos de opinião: incluem debates ou comentários apoiados em literatura ou em trabalhos apresentados em eventos científicos nacionais ou internacionais, que apontem para novas tendências ou controvérsias de temas de interesse. O texto deve ter até 5 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 5 tabelas (ou figuras), e de 10 referências bibliográficas, preferencialmente dos últimos 5 anos.

Cartas ao editor: referem-se às mensagens que tragam comentários ou discussões de trabalhos publicados recentemente na revista (nos últimos dois anos); sugestões ou críticas que apontem campos de interesse científico, além de relatos e informativos acerca de pesquisas originais em andamento. As cartas devem ter até 3 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 3 tabelas (ou figuras), e de 6 referências bibliográficas.

Forma e preparação de manuscritos

As normas da revista são 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 fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org>

A Revista CEFAC apóia 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 a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

Australian Clinical Trials Registry: <http://actr.org.au>

Clinical Trials: <http://www.clinicaltrials.gov/>

ISRCTN Register: <http://isrctn.org>

Netherlands Trial Register: <http://www.umin.ac.jp/ctr>

Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os autores podem consultar as recomendações CONSORT <http://www.consort-statement.org>

Requisitos Técnicos

a) Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras e legendas.

O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras).

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do “Consentimento Livre e Esclarecido”, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do *Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)*, quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis (*Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996*).

d) carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Os editores podem solicitar justificativas quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

Termo de Responsabilidade – Modelo

Nós, (Nome(s) do(s) autor(es) com, RG e CPF), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado _____ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou on line na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

Preparo do Manuscrito

1. Página de Identificação: deve conter: **a)** título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; **b)** título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; **c)** nome completo dos autores numerados, assim como profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional e maior titulação acadêmica, sigla da instituição, cidade, estado e país; **d)** nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; **e)** indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia e Temas de Áreas Correlatas, a que se aplica o trabalho; **f)** identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, artigos especiais, relatos de casos clínicos, textos de opinião ou cartas ao editor; **g)** citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho assim como conflito de interesse (caso não haja colocar inexistentes).

Em síntese:

Título do manuscrito: em português, espanhol e em inglês.

Título resumido: até 40 caracteres em português, espanhol ou em inglês.

Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor (2)...

(1) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.

(2) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável.

Área:

Tipo de manuscrito:

Fonte de auxílio:

Conflito de Interesse:

2. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, com no máximo **250 palavras**. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do *resumo/abstract*, especificar os *descritores/keywords* que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. 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://www.bireme.br>, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao *DeCS*; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos. No caso de Ensaio Clínico, abaixo do Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaio Clínico (<http://clinicaltrials.gov>).

3. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores.

A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram)...

O Método deve estar detalhadamente descrito. O primeiro parágrafo deve iniciar pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. Os critérios de inclusão e de exclusão devem estar especificados na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados.

Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos ou quadros são chamados de figuras), escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

4. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

5. Referências Bibliográficas: 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 no endereço: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas.

Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.*

Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.

Artigos de Periódicos Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 320-329; usar 320-9.

Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002Jul;25(4):284-7.

Ausência de Autoria

Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Combating undernutrition in the Third World. *Lancet.*1988;1(8581):334-6.

Livros

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de Livro

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. “In”: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália);

Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la. A

indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4^a ed.

Anais de Congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Trabalhos apresentados em congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. "In": editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Ex.: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de curso

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho.

Ex.: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Ex.: Tannouril AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica; 2005.

Ex.: Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC – Saúde e Educação; 1998.

Material Não Publicado (No Prelo)

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Ex.: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002.

Material Audiovisual

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Ex.: Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo].

Documentos eletrônicos

ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm.2000

Artigo de Periódico em Formato Eletrônico

Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:".

Ex.: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];

Monografia na Internet

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Cd-Rom, DVD, Disquete

Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Ex.: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson’s electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão “atualizada em”; data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

Bases de dados na Internet

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

6. Tabelas: cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

7. Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações): cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução.

Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Formatt), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor. Todas as ilustrações deverão ser em preto e branco.

8. Legendas: imprimir as legendas usando espaço duplo, uma em cada página separada. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada tabela ou figura e na ordem em que foram citadas no trabalho.

9. Análise Estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

10. Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

11. Unidades: valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.

Envio de manuscritos

Os documentos deverão ser enviados à **REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO**, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado.