



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

MONIQUE SILVA NASCIMENTO

**ASPECTOS DA DEGLUTIÇÃO CONFORME O TIPO E O GRAU DA  
DEMÊNCIA**

Florianópolis  
Novembro 2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MONIQUE SILVA NASCIMENTO

**ASPECTOS DA DEGLUTIÇÃO CONFORME O TIPO E O GRAU DA  
DEMÊNCIA**

Projeto apresentado na disciplina FON 7707 ao curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito de apresentação do trabalho de conclusão de curso. Orientadora: Profa Dra karen Fontes Luchesi.

Florianópolis  
Novembro 2020

## RESUMO

**Objetivo:** descrever as características da deglutição nos diferentes tipos e graus de demência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional longitudinal prospectivo com pacientes com diagnóstico de demência por diversas etiologias atendidos pela Fonoaudiologia. Os dados foram coletados a partir do prontuário do paciente com base em um roteiro estruturado para coleta de dados secundários, com informações sobre os aspectos clínicos e de deglutição dos participantes durante a internação destes na enfermaria de neurologia do Hospital Governador Celso Ramos. **Resultados:** Dezenove (62,3%) pacientes apresentavam doença de Alzheimer, seis (19,4%) demência por doença de Parkinson, cinco (16,1%) apresentaram demência não especificada e um (3,2%) demência vascular. Apresentaram, em média, 16,68 dias de internação e severidade média de demência correspondente ao nível grave. Observou-se que 93,5% dos pacientes apresentavam alteração na deglutição, recebendo orientações quanto a mudança de textura alimentar e/ou compensação de postura de cabeça durante a alimentação. Na alta hospitalar, a indicação de via alternativa foi estatisticamente associada aos mais velhos ( $p=0,002$ ), à maior severidade da demência ( $p=0,043$ ) e a não apresentação de critérios clínicos para avaliação funcional da deglutição ( $p=0,009$ ). Não foi possível realizar a análise estatística inferencial quanto aos aspectos da deglutição e o tipo de demência devido ao número reduzido da amostra nas categorias. **Conclusão:** os transtornos na deglutição estiveram presentes na maioria dos participantes, independentemente, do tipo de demência, entendendo-se que o grau mais avançado e o motivo das internações foram fatores que influenciaram na função de deglutição.

**Descritores:** Demência. Disfagia. Nutrição Enteral. Deglutição. Cuidados Paliativos.

## INTRODUÇÃO

A demência é uma síndrome de origem cerebral que causa declínio progressivo da memória, do pensamento, da compreensão, do cálculo, da capacidade de aprendizagem, da linguagem e do julgamento, de tal modo que, é capaz de interferir no desempenho do indivíduo influenciando na capacidade de executar atividades sociais e profissionais. O tempo médio de vida após o diagnóstico inicial varia de 4 a 9 anos.<sup>1</sup>

As alterações devido ao avanço da idade, aumenta o risco de transtornos na deglutição, além de redução na acuidade sensorial, auditiva, visual, olfativa e gustativa, perda de massa muscular, redução da capacidade funcional, retardo psicomotor, perda de memória recente, diminuição de movimentos orais, ausência de dentes e adaptações ineficientes de próteses dentárias.<sup>2,3</sup>

As alterações estruturais e funcionais decorrentes da doença tornam-se cada vez mais comprometedoras, pois os indivíduos com demência têm alto risco de desnutrir, desidratar e aspirar alimento e/ou saliva, também devido a lesões cerebrais. Conforme a progressão da demência, os indivíduos tendem a perder as habilidades funcionais como; comer, caminhar, conversar, calcular e interagir com outras pessoas.<sup>2</sup>

A disfagia na demência é caracterizada por dificuldades na fase preparatória oral, atraso no disparo do reflexo da deglutição, tempo de trânsito oral aumentado, presença de resíduo na cavidade oral após a deglutição e pneumonia por aspiração.<sup>6</sup>

Ao especificar as alterações de deglutição nos diferentes tipos e graus de demência visa-se otimizar a qualidade de vida do indivíduo. Visto que, médicos e fonoaudiólogos ainda encontram questionamentos bioéticos quanto as condutas a serem tomadas quando pacientes com demência avançada apresentam disfagia. Na prática, muitos destes profissionais acreditam que via alternativa de alimentação (VAA) é a melhor via para proporcionar nutrição, hidratação e evitar a aspiração laringotraqueal e, conseqüentemente, pneumonia. Contudo, a literatura aponta que não há evidências científicas significativas de que os benefícios da VAA na qualidade de vida do paciente com demência superem seus malefícios.<sup>9</sup>

Espera-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas e assertivas para manter a alimentação por via oral até o final da vida ou até que esta seja possível.

Este estudo tem por objetivo, descrever as características da deglutição nos diferentes tipos e graus de demência.

## **MÉTODOS**

Este estudo respeita a Resolução de Helsinque e a Resolução nº466/2012, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Estado de Santa Catarina, sob parecer nº 2.268.508.

Trata-se de um estudo observacional longitudinal prospectivo com 31 pacientes com demência por diversas etiologias, internados na enfermaria de Neurologia do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Florianópolis, Santa Catarina (Brasil). Indivíduos sem avaliação clínica fonoaudiológica, em ventilação mecânica, com traqueostomia ou pós-extubação, com via alternativa de alimentação prévia à internação, câncer de cabeça e pescoço, outras doenças neurodegenerativas ou com acidente vascular encefálico ocorrido durante a internação, foram excluídos.

Foi utilizado um roteiro estruturado para coleta de dados secundários nos prontuários dos participantes. O roteiro foi constituído pela identificação do paciente; diagnóstico e data em que foi realizado; data do início dos sintomas; descrição dos primeiros sintomas; data da primeira avaliação fonoaudiológica e tempo de internação; história progressiva e saúde geral; classificação da ingestão oral e necessidade de adaptação da consistência alimentar inicial e na alta; introdução de sonda nasoenteral (SNE) ou gastrostomia (GTT) durante a internação e permanência das mesmas na alta hospitalar; tipo de demência e grau de severidade da demência; causa da internação; presença de recusa alimentar; presença de sinais de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal e presença de aspectos que contra indicassem a avaliação funcional da deglutição (como instabilidade neurológica, hemodinâmica, respiratória ou rebaixamento no nível de consciência (com atenção sustentada

menor que 15 minutos)<sup>10</sup>; presença de pneumonia (PNM) adquirida após 48 horas da internação hospitalar.

A classificação da gravidade da demência foi realizada a partir da *The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia (GDS)* <sup>11</sup>. A GDS classifica a demência em sete estágios, desde nenhum declínio cognitivo a demência severa. Nível 1) Nenhum declínio cognitivo: não há nenhuma queixa de memória. Nível 2) Declínio cognitivo muito leve: perda de memória associada à idade, há queixa subjetiva de dificuldade de memória, como esquecer nomes. Nível 3) Declínio cognitivo leve: déficits mais precoces, o paciente pode ter se perdido ao viajar para um local desconhecido; os colegas de trabalho tomam consciência do desempenho relativamente fraco do paciente e déficit de descoberta de palavras e nomes comuns. Nível 4) Declínio cognitivo moderado/ demência leve: manifestado nas seguintes áreas: diminuição do conhecimento de eventos atuais e recentes; pode apresentar algum déficit em memória de sua história pessoal; diminuição da capacidade de viajar, lidar com finanças, orientação para tempo e lugar. Nível 5) Declínio cognitivo moderadamente grave/ demência moderada: o paciente não pode mais sobreviver sem alguma ajuda, não consegue lembrar um importante aspecto de sua vida atual, invariavelmente conhecem seus próprios nomes e geralmente conhecem os nomes de seus cônjuges e filhos. Eles não precisam de ajuda para ir ao banheiro e comer, mas podem ter alguma dificuldade em escolher a roupa adequada para usar. Nível 6) Declínio cognitivo grave/demência moderadamente grave: pode esquecer o nome do cônjuge em quem eles são totalmente dependentes para viver. Será em grande parte inconsciente de todos os eventos e experiências recentes em suas vidas. Exigirá assistência com atividades da vida diária, por exemplo, pode se tornar incontinente. Pode apresentar comportamento delirante, ansiedade, agitação e sintomas obsessivos. Nível 7) Declínio cognitivo muito severo/demência grave: Todas as habilidades verbais são perdidas ao longo deste estágio. Frequentemente não há nenhum discurso - apenas expressões ininteligíveis e raro surgimento de palavras e frases aparentemente esquecidas. Incontinência urinária, requer assistência sanitária e alimentação. Habilidades psicomotoras básicas, por exemplo, capacidade de andar, são perdidas com a progressão deste estágio.

O cérebro parece não ser capaz de dizer ao corpo o que fazer. Rigidez generalizada e reflexos neurológicos do desenvolvimento estão frequentemente presentes.

O nível de ingestão oral foi classificado segundo a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) <sup>12</sup> no início da internação e na alta hospitalar. Nível 1: Nada por via oral. Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido. Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido. Nível 4: Via oral total de uma única consistência. Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações. Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares. Nível 7: Via oral total sem restrições.

A presença de sinais sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal foi observada durante a realização de avaliação clínica da deglutição, baseada no protocolo de Avaliação de Segurança da Deglutição – ASED <sup>23</sup>.

Foram considerados como sinais clínicos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal; tosse ou pigarro antes, durante ou após a deglutição; voz molhada; ausculta cervical positiva; queda na saturação de oxigênio; dispnéia; mudança na coloração na pele e/ou na frequência cardíaca ou respiratória.

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial por meio do software SPSS, para Windows. Foram utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado, teste Exato de Fisher e Mann-Whitney.

## **RESULTADOS**

Os 31 participantes apresentavam 81,23 anos de idade em média (desvio-padrão (DP) 9,85; mediana 83 anos; máximo 98 anos; mínimo 60 anos), sendo 17 (54,8%) do sexo masculino e 14 (45,1%) do sexo feminino.

Dezenove (62,3%) pacientes apresentavam doença de Alzheimer, seis (19,4%) demência associada à doença de Parkinson, cinco (16,1%) apresentaram demência não especificada e um (3,2%) demência vascular. Dos que apresentaram doença de Alzheimer, dez (52,6%) eram do sexo masculino e nove (47,3%) do sexo feminino.

**Tabela 1.** Aspectos da deglutição de acordo com o tipo de demência

Colunas1	TIPO DE DEMÊNCIA			
	DOENÇA DE ALZHEIMER (n=19)	DEMENCIA NÃO ESPECIFICADA (n=5)	DOENÇA DE PARKINSON (n=6)	DOENÇA VASCULAR (n=1)
Ausculta cervical *	5 (26,3%)	-	-	1 (100%)
Tosse antes	1 (5,2%)	-	-	-
Tosse durante	2 (10,5%)	-	1 (16,6%)	-
Tosse após	7 (36,8%)	-	2 (33,3%)	-
Voz molhada	4 (21,0%)	-	-	-
FOIS piorou	15 (78,9%)	5 (100%)	6 (100%)	SIM
Recusa alimentar	8 (42,1%)	2 (40%)	1 (16,6%)	-
PNM	3 (15,7%)	-	-	-
VAA antes	1 (5,2%)	-	-	-
VAA durante	15 (78,9%)	5 (100%)	3 (50%)	1 (100%)
VAA após	10 (52,6%)	5 (100%)	3 (50%)	1 (100%)
Adaptação de dieta	18 (94,7%)	5 (100%)	5 (83,3%)	1 (100%)

Legenda: FOIS- Escala funcional de ingestão por via oral; PNM- pneumonia; VAA- via de alimentação alternativa

Quanto à severidade, os pacientes foram divididos em três grupos: grau grave (níveis 6 e 7 da GDS), moderado (níveis 4 e 5 da GDS) e leve (níveis 2 e 3 da GDS). Dezenove pacientes (61,29%) eram portadores de demência grave, onze (35,48%) de demência moderada e um (3,22%) demência leve.

**Tabela 2.** Aspectos da deglutição de acordo com o grau da demência.

	SEVERIDADE DA DEMÊNCIA		
	DEMÊNCIA LEVE (n=1)	DEMÊNCIA MODERADA (n=11)	DEMÊNCIA SEVERA (n=19)
Ausculta cervical +	-	3 (27,2%)	4 (21,0%)
Tosse antes	-	-	1 (5,2%)
Tosse durante	-	1 (9%)	2 (10,5%)
Tosse após	1 (100%)	4 (36,3%)	4 (21,0%)
Voz molhada	-	2 (18,1%)	2 (10,5%)
FOIS piorou	Não	11 (100%)	19 (100%)
Recusa alimentar	-	2 (18,1%)	9 (47,3%)
PNM	-	2 (18,1%)	2 (10,5%)
VAA antes	-	-	1 (5,2%)
VAA durante	-	8 (72,7%)	16 (84,2%)
VAA após	-	5 (45,4%)	13 (68,4%)
Adaptação de dieta	1 (100%)	9 (81,8%)	19 (100%)

Legenda: FOIS- Escala funcional de ingestão por via oral; PNM- pneumonia; VAA- via de alimentação alternativa

Segundo familiares, 11 pacientes apresentaram recusa alimentar. Os 11 fizeram uso de VAA durante a internação, nove pacientes receberam alta hospitalar com o dispositivo.

Apresentaram, em média, 16,68 dias de internação (DP 11,31 dias; mediana 14 dias; máximo 49 dias; mínimo 2 dias) e severidade média de demência correspondente ao nível seis da GDS (DP 1,4; mediana 6; máximo 7; mínimo

Observou-se que 29 (93,5%) dos 31 pacientes analisados receberam orientações quanto a mudança de textura alimentar e/ou compensação de postura de cabeça durante a alimentação, pois não tinham condições de manter a alimentação segura por via oral sem compensações.

A paciente mais jovem apresentava 60 anos de idade, era portadora de hipertensão arterial sistêmica e apresentava diagnóstico de demência por doença de Alzheimer com depressão associada. Apresentou grau de demência grave com sinal de penetração/aspiração (P/A) laríngea (tosse após a deglutição de líquido). Encontrava-se com FOIS 4 na entrada e 3 na alta. Foi introduzida SNE no início da internação e GTT na alta. As duas pacientes mais idosas apresentavam 98 anos, eram portadoras de demência por Alzheimer, ambas com grau grave, funcionalmente dependentes e não apresentaram sinais de P/A laríngea na avaliação inicial e final, mas receberam alta com VAA por apresentarem recusa alimentar.

Na alta hospitalar, a indicação de via alternativa foi estatisticamente associada aos mais velhos ( $p=0,002$ ), à maior severidade da demência ( $p=0,043$ ) e a não apresentação de critérios clínicos para avaliação funcional da deglutição ( $p=0,009$ ).

Não foi possível realizar a análise estatística inferencial quanto aos aspectos da deglutição e o tipo de demência devido ao número reduzido da amostra nas categorias diferentes de "doença de Alzheimer".

## **DISCUSSÃO**

Este trabalho buscou conhecer os aspectos da deglutição de pacientes com diferentes tipos e graus de demência, internados na enfermaria de Neurologia de um hospital estadual de referência.

Quando os pacientes foram classificados por tipo e grau de demência houve maior predomínio dos graus mais avançados e o tipo mais prevalente de demência foi por doença de Alzheimer. Segundo a literatura, a demência por

Alzheimer é a mais prevalente no mundo e equivale a 60% dos tipos de demência.<sup>3</sup>

Em relação ao sexo, estudos apontam que a demência por doença de Alzheimer é mais comum em mulheres do que em homens, o que pode explicar tal dado é o fato da expectativa de vida das mulheres ser mais alta.<sup>8</sup> No entanto, no presente estudo, observamos uma frequência semelhante entre homens e mulheres. No estudo de Bottino et al.<sup>26</sup>, também não houve diferença quanto ao predominância de demência entre os sexos.

Na presente pesquisa, houve apenas um paciente com diagnóstico de demência leve. Segundo a Escala Global de Deterioração (GDS), esses pacientes são caracterizados por pequenas alterações de concentração, dificuldades de encontrar nomes ou palavras, esquecimentos rápidos de informações recentes, aumento de dificuldade de planejamento ou organização, que podem ser confundidos com estresse/ fadiga mental do dia a dia. Embora a demência seja uma doença mais comum em idosos, pessoas mais jovens podem ser diagnosticadas com a chamada demência precoce.<sup>6</sup>

A recusa alimentar pode ser explicada pelas alterações estruturais e funcionais da deglutição no envelhecimento típico. Na demência, a causa de recusa alimentar pode estar associada com disgeusia (alterações no paladar/ dificuldade de sentir sabor dos alimentos), inapetência e inabilidades de se alimentarem sozinhos, o que impacta negativamente na nutrição, saúde geral e qualidade de vida por se tornar um momento desagradável.<sup>7</sup>

Os distúrbios alimentares como: alterações de apetite e transtorno na deglutição agravam com o evoluir da doença.<sup>3,7</sup>

No presente trabalho, os 11 pacientes que apresentaram recusa alimentar, segundo seus familiares, fizeram uso de VAA durante a internação.

No geral, para os pacientes internados, as alterações do estado de alerta e cognição são critérios importantes para a indicação do tubo de alimentação durante a internação, pois são fatores que reduzem a capacidade funcional de ingestão por via oral provocado pela doença de base. A indicação de VAA tem como finalidade assegurar o nível nutricional adequado do paciente.<sup>12</sup>

Os pacientes com doenças neurológicas possuem as estruturas neurais centrais e/ou periféricas que coordenam a deglutição lesionadas e é por esse motivo, que a deglutição apresentam algum tipo de alteração.<sup>20</sup> Contudo, na

demência avançada, não é aconselhável o uso da VAA, mesmo que o paciente esteja na fase de internação.<sup>14</sup>

Os 11 pacientes que fizeram uso do VAA eram portadores de demência moderada e severa. Nessas fases, o uso de VAA ainda é muito polêmico, por ter contrariedade entre a conduta da maioria dos profissionais de saúde com a literatura. Muitos profissionais acreditam que a via oral não é segura nos quesitos de nutrição e hidratação e pode acarretar piora clínica ao paciente, quando na verdade não há comprovações científicas de que a VAA ajude na melhora dessas questões, o contrário é apontado em estudos.<sup>17</sup> Através da via alternativa pode haver aumento de aspiração por refluxo ou por alteração de posicionamento de sonda, resultando em pneumonia, mostra ainda, que a hidratação sem nutrição se torna desconfortável e que, a VAA não ajuda na melhora de úlceras de pressão.<sup>9</sup> Estudos apontam que a nutrição contínua pode causar diarreia e o tubo de alimentação não tem relação com qualidade de vida, tempo de sobrevivência e tampouco com o índice de mortalidade.<sup>9,12,13,16</sup>

Os 11 pacientes que entraram no serviço de saúde se alimentando por via oral e após a internação, tiveram indicação de algum tipo de VAA, foram identificados com sinais de aspiração/penetração laríngea ou recusa alimentar.

No geral, o fonoaudiólogo, realiza o diagnóstico diferencial quando há risco de disfagia. Sua avaliação possibilita estratégias de manejo para que assegure o restabelecimento eficiente e seguro da via de alimentação, evitando o agravamento do estado de saúde do paciente, com isso é possível reduzir gastos hospitalares, antecipar a alta e sobretudo, aumentar a qualidade de vida do paciente.<sup>14</sup> Neste estudo, observou-se, que dos 31 pacientes analisados, 29 tiveram adaptação de dieta. Todos os pacientes de grau severo tiveram as dietas ajustadas quanto às consistências e texturas alimentares.

As alterações orofaríngeas como: ausência ou atraso demorado do reflexo da deglutição, escape precoce anterior ou posterior de saliva e/ou de alimentos, resíduos em estruturas faríngeas como recessos faríngeos, tosse, engasgos, cansaço durante alimentação, queda da saturação e voz molhada são sinais indicativos de penetração/aspiração laringotraqueal que acontecem pela

ineficiência da deglutição, os quais devem ser evitados por agravar o estado de saúde do paciente.<sup>15,21,26</sup>

Os pacientes demenciados apresentam movimentos ineficientes e imprecisos da condução do bolo da boca até o estômago. Esses indivíduos, frequentemente, apresentam inapetência, desinteresse pela alimentação, dificuldade na ingestão de alimentos e inabilidades de se alimentar sozinho, o que aumenta o risco de penetração traqueal, aspiração laríngea e conseqüentemente, pneumonia. Além dessas complicações, a desnutrição e a desidratação podem comprometer o estado nutricional do paciente e levá-lo a morte.<sup>16</sup>

No presente estudo, todos os pacientes com demência por doença de Alzheimer apresentaram ao menos um sinal sugestivo de penetração/aspiração independente da severidade da demência, segundo a GDS.

Na demência por Alzheimer, a disfagia pode ser identificada na fase leve<sup>34</sup>, por comprometer terminações sensoriais da deglutição atrasando o trânsito oral<sup>35</sup>. Na fase moderada, pode haver queda da propriocepção, alteração gustativa e olfativa, baixa produção de saliva, tempo aumentado para preparo de bolo e para o disparo do reflexo da fase faríngea da deglutição.<sup>22</sup> Na fase severa, a tendência de queda ponderal é maior, devido ao fato do indivíduo perder a consciência da importância da nutrição, além de não saber o que fazer com o alimento que fica na boca.<sup>23</sup>

Estudo de Petry e t al., (2013), demonstrou que os paciente com doença de Alzheimer apresentaram dificuldades de deglutição na fase oral com todas as consistências ofertadas e mencionam as dificuldades de engolir relacionadas com o grau da demência.<sup>25,30</sup>

Na demência vascular, os pacientes geralmente apresentam comprometimentos na área motora da deglutição, logo, a trituração, a formação do bolo, a elevação e fechamento laríngeo, reflexo de deglutição são ineficientes independente do estágio da doença. Mesmo na fase leve, o risco de aspiração traqueal é elevado podendo ser silenciosa.<sup>20,27,29</sup>. No presente trabalho, o paciente portador da demência vascular apresentou ausculta cervical positiva.

Na demência por doença de Parkinson, o paciente apresenta limitações na coordenação de movimento, no ato da deglutição essas dificuldades são

percebidas pela incapacidade que o indivíduo tem de realizar o fechamento labial, percebido por escape anterior de saliva e/ou alimentos. A mastigação e o preparo do bolo são ineficientes, os possíveis escapes posterior de saliva e/ou de alimento, a presença de tosse e engasgos e o atraso do disparo do reflexo da deglutição podem ser explicados pela rigidez da musculatura do paciente parkinsoniano.<sup>27</sup> Estudos de transtornos de deglutição observados em pacientes com demência de grau moderado, sinalizou que as fases oral e faríngea da deglutição apresentam alterações relevantes e podem ter associações com incoordenação muscular, desaceleração de movimentos e fadiga.<sup>29</sup> A disfagia pode comprometer a saúde do paciente em qualquer fase da doença independente da severidade. No presente estudo, dos pacientes que apresentaram piora na FOIS, 50% tiveram sinais sugestivos de penetração/aspiração laringotraqueal e 83,3% necessitavam de adequação na dieta.

Considera-se como principal limitação do estudo a ausência de exame instrumental da deglutição, idealmente videofluoroscopia da deglutição, para obtenção de dados mais objetivos e acurados da deglutição dos participantes.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que os transtornos na deglutição estiveram presentes na maioria dos participantes, independentemente, do tipo de demência, entendendo-se que o grau mais avançado e o motivo das internações foram fatores que influenciaram na função de deglutição.

Os participantes com demência de Alzheimer ou demência de grau severo, apresentaram ao menos um sinal clínico de aspiração/penetração laríngea durante a avaliação clínica da deglutição.

Infelizmente, devido a ausência de exame instrumental da deglutição e a utilização de dados secundários, não foi possível obter maiores informações sobre as diferenças existentes entre os participantes, quanto às fases da deglutição.

## REFERÊNCIAS

1. ASSOCIATION, Alzheimer's. 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, [s.l.], v. 14, n. 3, p.367-429, mar. 2018.
2. Dantas, Roberto Oliveira et al. Effect of Gender on Swallow Event Duration Assessed by Videofluoroscopy. *Dysphagia*, [s.l.], v. 24, n. 3, p.280-284, 25 fev. 2009.
3. Teixeira, Jane Blanco; Souza Junior, Paulo Roberto Borges de; Higa, Joelma; Filha, Mariza Miranda Theme. Mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000-2009. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 850-860, abr. 2015.
4. Lobo, A et al. "Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group." *Neurology* vol. 54,11 Suppl 5 (2000): S4-9.
5. Correia, Sheilla de Medeiros et al. Swallowing in moderate and severe phases of Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, [s.l.], v. 68, n. 6, p.855-861, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO).
6. Truzzi, Annibal; Laks, Jerson. Doença de Alzheimer esporádica de início precoce. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 43-46, 2005.
7. Kai, Kyoko et al. Relationship between Eating Disturbance and Dementia Severity in Patients with Alzheimer's Disease. *Plos One*, [s.l.], v. 10, n. 8, p.1-10, 12 ago. 2015.
8. Burla, Claudia; Camarano, Ana Amélia; Kanso, Solange; Fernandes, Daniele; NUNES, Rui. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque

demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 18, n. 10, p. 2949-2956, out. 2013.

9. Cintra, Marco Túlio Gualberto; Rezende, Nilton Alves de; Torres, Henrique Oswaldo da Gama. Qual a via mais adequada para a alimentação de idosos com demência avançada: oral ou enteral? *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Belo Horizonte, Mg, v. 2, n. 2, p.1-10, 18 set. 2013.
10. Fussi, Camila Carvalho; Furia, Cristina Lemos Barbosa. Avaliação clínica. **Revinter**: Manual prático de disfagia: diagnóstico e tratamento., Rio de Janeiro, n.3 , p. 149-169, 2017
11. Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. **American Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 139, n. 9, p. 1136-1139, set. 1982. American Psychiatric Association Publishing.
12. CRARY, Michael A.; MANN, Giselle D. Carnaby; GROHER, Michael E.. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [S.L.], v. 86, n. 8, p. 1516-1520, ago. 2005. Elsevier BV.
13. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med*. 2012;172(9):697-701.
14. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue2.
15. Nogueira, Serjana Cavalcante Jucá; Carvalho, Ana Paula Cajaseiras de; MELO, Cleysiane Barros de; MORAIS, Edna Pereira Gomes de; Chiari,

Brasília Maria; Gonçalves, Maria Inês Rebelo. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Revista Cefac, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 94-104, 18 set. 2012.

16. Padovani AR, Moraes DP, Medeiros GC, Almeida TM, Andrade CRF. Intubação orotraqueal e disfagia: comparação entre pacientes com e sem dano cerebral. Einstein. 2008; 6(3):343-9.
17. Goldsmith T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. Int Anesthesiol Clin. 2000;38(3):219-42.
18. Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação. In: Macedo Filho ED, Pissani JC, Carneiro HJ, Gomes FG. Disfagia: abordagem multidisciplinar. São Paulo, Frontis Editorial, 1999.
19. Boccardi, Virginia et al. Diagnostic Assessment and Management of Dysphagia in Patients with Alzheimer's Disease. Journal Of Alzheimer's Disease, [s.l.], v. 50, n. 4, p.947-955, 22 fev. 2016. IOS Press.
20. SANTOS, Lauanda Barbosa dos; MITUUTI, Cláudia Tiemi; LUCHESI, Karen Fontes. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. **Audiology - Communication Research**, [S.L.], v. 25, p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2262>.
21. Edahiro, Ayako et al. Comparative study of eating behavior in elderly patients with Alzheimer's disease and vascular dementia: A first report. - Comparison of disturbed eating behavior-. Nippon Ronen Igakkai Zasshi. Japanese Journal Of Geriatrics, [s.l.], v. 50, n. 5, p.651-660, 2013. The Japan Geriatrics Society.

22. Tavares, Thaíza Estrela; Carvalho, Cecília Maria Resende Gonçalves de. Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. Revista Cefac, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 122-137, 3 nov. 2011.
23. Barros, AFF; Fábio, SRC; Furkim, AM; Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico na fase aguda da doença, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEPAC), agosto 2006.
24. Marchesan Iq. Distúrbios da Motricidade Oral. In: Russo Ip . Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade. São Paulo: Revinter, 2004.<sup>[L]</sup><sub>[SEP]</sub>
25. Oliveira, Bruna Silveira de; Delgado, Susana Elena; Brescovici, Silvana Maria. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 575-587, set. 2014.
26. Lima, Renata Milena Freire; Amaral, Ana Karênina de Freitas Jordão do; AROUCHA, Edylla Barbosa Lins; VASCONCELOS, Tirza Malta Jordão de; SILVA, Hilton Justino da; CUNHA, Daniele Andrade da. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. Revista Cefac, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 405-422, 2009.
27. Jorge RFA. Análise da mastigação, deglutição e dependência alimentar em idosos com doença de Alzheimer de grau leve, moderado e grave: revisão de literatura. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/fon/monografias/07-rafaela-jorge.pdf>. Acessado em: 11/10/2020
28. Silva, Lúcia Marilac da. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 93-106, ago. 2006.

29. Eisenhauer E et al. Videofluoroscopic assessment of patients with dysphagia: pharyngeal retention is a predictive factor of aspiration. *Am J Roentgenol* 2002; 178 (2):393-8. Sellars C et al. Swallowing abnormalities after acute stroke: A case control study. *Dysphagia* 1999. 14(4):212-8.
30. Jurkiewicz, Ari Leon; Marques, Jair Mendes; Santos, Rosane Sampaio; Marcelino, Paulo Cesar Otero; Herrero, Francisco; Gasparin, Aretuza Zaupa. Deglutition and Cough in Different Degrees of Parkinson Disease. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, [S.L.], v. 15, n. 02, p. 181-188, abr. 2011. Georg Thieme Verlag KG.
31. Raquel Petry , Patrícia Zart , Luciana Grolli Ardenghi , Ana Carolina Battezzini , Cristine de Souza , Fernanda de Cássia Saggiorato , Micheli Zambonini, Alterações na deglutição de portadores da doença Alzheimer, *Deglutição na Demência de Alzheimer*, 2013
32. Barbosa Alg, Koury GVH, de Souza Fx, Andrade J de S, Brandão A dos S, Seto IIC, e Silva Fmm, Domingues MM, de Moraes Ns. Avaliação da deglutição e o impacto na qualidade de vida em pacientes com doença de parkinson. *REAS [Internet]*. 19 mar.2020 [citado 11 out.2020];12(4):e 2929.
33. Jellinger Ka, Seppi K, Wenning Gk, Power W. Impact of coexistent Alzheimer pathology on the natural history of Parkinson's disease. *J Neural Transm.* 2002; 109 : 329–339.
34. HUMBERT, Marc; SITBON, Olivier; CHAOUAT, Ari; BERTOCCHI, Michèle; HABIB, Gilbert; GRESSIN, Virginie; YAÏCI, Azzedine; WEITZENBLUM, Emmanuel; CORDIER, Jean-François; CHABOT, François. Survival in Patients With Idiopathic, Familial, and Anorexigen-Associated Pulmonary Arterial Hypertension in the Modern Management Era. ***Circulation***, [S.L.], v. 122, n. 2, p. 156-163, 13 jul. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

35. FINNVEDEN, Göran; HAUSCHILD, Michael Z.; EKVALL, Tomas; GUINÉE, Jeroen; HEIJUNGS, Reinout; HELLWEG, Stefanie; KOEHLER, Annette; PENNINGTON, David; SUH, Sangwon. Recent developments in Life Cycle Assessment. **Journal Of Environmental Management**, [S.L.], v. 91, n. 1, p. 1-21, out. 2009. Elsevier BV.

## **TEMPLATE PARA REVISTA DISTÚRBIO DA COMUNICAÇÃO**

### **Diretrizes para Autores**

Revista DIC – Distúrbios da Comunicação tem as seguintes categorias de publicação: artigos originais, estudo de caso, comunicações, resenhas críticas e veicula resumos de dissertações e teses, cartas ao editor e informes, sobre temas das áreas da Saúde e Educação relacionados aos Distúrbios da Comunicação.

Cadastro dos autores: Antes de enviar o manuscrito TODOS os autores deverão estar cadastrados como leitores e autores da Revista DIC com nome completo, instituição e cargo ocupado na mesma se houver, última titulação e e-mail que devem ser inseridos nos metadados do sistema <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/login>.

A identificação dos autores e instituição, portanto, NÃO deverá ser inserida no corpo do manuscrito para garantir o sigilo no processo de avaliação às cegas.

O manuscrito deve ser encaminhado para uma das CATEGORIAS DE PUBLICAÇÃO e deve conter os seguintes itens:

Formatado em folha tamanho A4, digitado em Word for Windows, em formato word.doc (1997 – 2003), usando fonte Arial, tamanho 12, em espaço simples, com margens de 2,5 cm em todos os lados (laterais, superior e inferior). Todas as páginas devem ser numeradas.

No caso de apresentar abreviaturas ou siglas essas 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 e não devem ser usadas no título e nos resumos. Valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: [http://www.inmetro.gov.br/consumidor/pdf/Resumo\\_SI.pdf](http://www.inmetro.gov.br/consumidor/pdf/Resumo_SI.pdf).

O Termo de Autores (anexo modelo), contendo a contribuição de cada autor no desenvolvimento do manuscrito, deve ser inserido no campo documento suplementar do sistema da Revista.

Submeter no campo documento suplementar a carta de aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem, no caso de pesquisas com seres humanos.

Os trabalhos podem ser encaminhados em Português, Inglês ou Espanhol. Após aprovação e revisão técnica, os Artigos e Comunicações terão publicação bilíngue, na língua inglesa. A versão do Artigo ou Comunicação em Inglês é de responsabilidade exclusiva dos autores, que serão orientados a entregar a versão completa, inclusive a contribuição de cada autor, acompanhada de documento informando que a versão foi realizada por um profissional com habilitação comprovada. O mesmo procedimento será realizado caso o artigo tenha sido encaminhado em inglês ou em espanhol, sendo solicitado, após aprovação, a versão em português.

As referências bibliográficas e citações devem seguir formato “Vancouver Style”. As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

A apresentação dos títulos de periódicos deverá ser abreviada de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizada no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>

**ARTIGOS ORIGINAIS** - contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, ou uma análise crítica de artigos. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder e explicitar o método científico adotado. Nesta categoria será aceita revisão bibliográfica sistemática da literatura, de material publicado sobre um assunto específico e atualizações sobre o tema. A modalidade estudo de caso pode ser aceita nesta seção, desde que apresente relato de casos não rotineiros. Especificamente quando se tratar desse tipo de estudo, deverá ter a descrição do histórico, condutas e procedimentos.

Na primeira parte do texto deve constar:

Título do artigo em português, inglês e espanhol;

Resumos de no máximo 250 palavras em português, inglês e espanhol;

Todos os resumos devem ser seguidos de três a seis descritores (nas três línguas), que são palavras-chave, e que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos; para tal, empregar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela Biblioteca Regional de Medicina e disponível nas bibliotecas médicas e no site <http://decs.bvs.br> ou no Thesaurus of Psychological Index Terms, da American Psychological Association.

O manuscrito deve ter até 25 páginas, incluindo-se as referências bibliográficas;

Especificar, caso o trabalho já tenha sido apresentado anteriormente, qual o congresso, data e cidade.

O texto deverá conter:

Introdução com revisão de literatura e objetivo; deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo;

Material e método explicitando a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros. Esses devem ser descritos de forma compreensiva e completa.

Resultados com descrição dos achados encontrados sem incluir interpretações/comparações; devem ser separados da discussão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas, quadros e/ou figuras. Essas não devem exceder o número de 10, e devem ser alocadas no final do

artigo após as referências bibliográficas. Para estudo de caso, o texto deve conter a apresentação do caso clínico.

Discussão que deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores;

Conclusões ou Considerações Finais, indicando os caminhos para novas pesquisas;

Referências bibliográficas: Os ARTIGOS e ESTUDO DE CASO devem conter no máximo 30 citações, das quais, 70% devem ser de artigos publicados em literatura nacional e internacional, preferencialmente recentes. Para REVISÃO SISTEMÁTICA não há limitação do número de referências.

COMUNICAÇÕES - são textos sintéticos sobre experiências clínicas, revisão bibliográfica não-sistemática ou outros assuntos de interesse da Fonoaudiologia. Os textos não devem ultrapassar 20 páginas, incluindo as referências.

Na primeira parte do texto deve constar:

Título do artigo em português, inglês e espanhol;

Resumos de no máximo 250 palavras em português, inglês e espanhol;

Todos os resumos, que não precisam necessariamente ser estruturados, devem ser seguidos de três a seis descritores (nas três línguas), que são palavras-chave, e que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos; para tal, empregar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela Biblioteca Regional de Medicina e disponível nas bibliotecas médicas e no site <http://decs.bvs.br> ou no Thesaurus of Psychological Index Terms, da American Psychological Association.

O manuscrito deve ter até 20 páginas, incluindo-se as referências bibliográficas;

Se o trabalho foi apresentado anteriormente, especificar qual o congresso, com data e cidade.

O texto deve conter, de forma estruturada ou não:

Introdução com apresentação da proposta;

Descrição e no caso de haver tabelas, quadros e/ou figuras (máximo de 10), essas devem ser colocadas na sequência, ao final do texto;

Considerações finais;

Referências bibliográficas: devem conter no máximo 30 citações, das quais, 70% devem ser de artigos publicados em literatura nacional e internacional, preferencialmente recentes.

RESENHAS - podem ser de artigos ou livros internacionais do ano vigente a publicação desta Revista e não devem se restringir a resumos das obras e sim apresentar uma análise crítica, reflexiva, ter no máximo 2000 palavras, e no caso de haver referências bibliográficas, essas não devem exceder a 10.

Na primeira parte de texto deve constar:

Título da resenha, seguido do Título original e referência completa do artigo ou livro resenhado.

CARTA AO EDITOR- Inclui cartas que visam discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a 600 palavras.

RESUMOS DE DISSERTAÇÕES E TESES - são textos breves (até 500 palavras) sobre dissertações e teses recentemente defendidas nas áreas de interesse da revista. Os resumos de dissertações e teses devem ser encaminhados diretamente para o e-mail: [revistadic@gmail.com](mailto:revistadic@gmail.com), escrever no assunto do e-mail: "Resumo de Dissertação ou Tese".

O texto deve conter:

Título da dissertação/tese;

Autor;

Orientador;

Grau e título do grau;

Departamento/programa;

Instituição de ensino superior;

Data da defesa;

Banca;

Auxílio recebido (se houver).

Resumo em português.

### **APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

As referências bibliográficas devem seguir os seguintes exemplos:

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.: 4ª 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: <https://www.asha.org/public/hearing/Otitis-Media/>

#### 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]; 102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

#### 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). [EMGB1] 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome\\_title.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html)

## APRESENTAÇÃO DE TABELAS, FIGURAS E LEGENDAS

Seguir as seguintes normas:

### Tabelas

As tabelas devem estar após as referências bibliográficas. Devem ser auto-explicativas, 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 não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. 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.

### Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações, quadros)

Cada figura deve ser inserida em página separada após as referências bibliográficas. Devem ser 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 não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. 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 Format), 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.

### Legendas

Elaborar 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.

### Processo Avaliativo dos Originais

Todo manuscrito enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial de forma e conteúdo pelo Corpo Editorial e em seguida encaminhado à avaliação de mérito por pares. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso haja necessidade de mudanças ou complementações. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista, para mediação. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial da Revista DIC. A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à Revista Distúrbios da Comunicação, não sendo permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Idiomas dos artigos para publicação: Português, **espanhol e inglês**.