

Caracterização do Posicionamento e Ação Motora de Língua em Pacientes com Fissura Labiopalatina em um Serviço de Referência de Porto Alegre

Karina Girelli

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em Fonoaudiologia – Ênfase em Infância – sob orientação da Prof. Dra. Sílvia Dornelles

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Porto Alegre, dezembro/2011

*Dedico este trabalho aos meus pais  
Milton e Justina e à minha irmã Veridiane, por  
todo o amor e dedicação para comigo, por  
terem sido a peça fundamental para que  
eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus que plantou em mim um sonho que hoje se materializa.*

*Aos meus pais por acreditarem em mim e por terem me apoiado. Pelo exemplo da educação e inspiração para a busca permanente da aprendizagem. Amo vocês.*

*À minha irmã pela amizade e compreensão. Obrigada por você existir perto de mim.*

*À Professora Sílvia Dornelles, exemplo de profissional, por toda dedicação, confiança e por aceitar fazer parte desta caminhada, trazendo contribuições para o enriquecimento deste estudo.*

*A todos os amigos e familiares que compartilharam da minha caminhada e aqueles que mesmo distantes torceram por mim.*

*Às equipes do Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial e do Ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por disponibilizarem os dados fundamentais para esta pesquisa.*

*“Cada Sonho  
Que Você deixa pra Trás  
É um Pedaco do seu Futuro  
Que deixa de Existir.”*

(Steve Jobs)

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>06</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>07</b>
<b>ARTIGO.....</b>	<b>08</b>
Título e Autores.....	09
Resumo.....	10
Abstract.....	10
Introdução.....	12
Métodos.....	15
Resultados.....	17
Discussão.....	19
Conclusão.....	23
Referências Bibliográficas.....	24
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>42</b>

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.....	26
Tabela 2 – Classificação das fissuras com relação a postura da língua em repouso.....	27
Tabela 3 – Classificação das fissuras com relação a postura da língua na deglutição....	28
Tabela 4 – Classificação das fissuras com relação a postura da língua nas praxias.....	29
Tabela 5 – Classificação das fissuras com relação a respiração.....	30

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**HCPA** –Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**GPPG** - Grupo de Pesquisa e Pós-graduação

**SPSS** - *Statistical Package for Social Sciences*

**HCFMUSP** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**HIAS** - Hospital Infantil Albert Sabin

**ARTIGO**

**CARACTERIZAÇÃO DO POSICIONAMENTO E AÇÃO MOTORA DE LÍNGUA EM  
PACIENTES COM FISSURA LABIOPALATINA EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

**CHARACTERIZATION OF THE POSITIONING TOUNGUE MOTOR ACTION  
PATIENTS WITH CLEFT LIP ANDE PALATE IN A SERVICE OFF REFERENCE  
OF PORTO ALGRE**

**Autores:**

**Karina Girelli.** Fonoaudióloga. Especializanda em Fonoaudiologia com Ênfase na Infância pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Sílvia Dornelles.** Fonoaudióloga. Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Marcus Vínicius Martins Collares.** Cirurgião Plástico. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica e Cranio-Maxilo-Facial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Endereço para correspondência: Karina Girelli.** Júlio de Castilhos, 940 – Sala:  
403 - Farroupilha. RS. CEP: 95180-000.

**Fone: (54) 3268-4625. E-mail: [kgirelli@gmail.com](mailto:kgirelli@gmail.com)**

## RESUMO

**Introdução:** As fissuras labiopalatinas apresentam-se como a anomalia congênita mais freqüente na face, ocorrendo como transtornos isolados ou associados a outras anormalidades, podendo repercutir em alterações fonoaudiológicas ligadas à fala e motricidade orofacial.

**Objetivo:** Caracterizar aspectos do exame orofacial correlacionando o tipo de fissura com o posicionamento de língua em repouso e na deglutição, bem como seu desempenho na realização de praxias orofaciais, em sujeitos com fissura labiopalatina acompanhados no Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de pesquisa documental, realizada nos registros dos prontuários de casos de fissura labiopalatina, atendidos no HCPA. Dos 123 prontuários selecionados, foram estratificados dados de 34, por apresentarem avaliação orofacial completa.

**Resultados:** prevaleceu a fissura transforame incisivo unilateral (32,4%), houve predomínio discreto do sexo masculino (55,9%) e faixa etária de 6 a 10 anos de idade (26,5%). A posição de língua no repouso manifestou-se alterada na maioria dos casos apresentados, bem como na função de deglutição. A limitação e assimetria de língua na realização das praxias orofaciais manifestaram-se igualmente na maioria dos casos.

**Conclusão:** Não foi encontrada associação estatística significativa, quando relacionada à classificação das fissuras com a postura de língua na deglutição, postura de língua nas praxias e respiração, contudo correlacionou-se as fissura pré-forme unilateral e fissura pós-forame com a postura da língua em repouso na papila palatina, o mesmo apresentou relação estatisticamente significativa ( $p < 0,008$ ).

**Palavras – chaves:** Fissura Labial, Fissura Palatina, Motricidade Oral, Língua.

## ABSTRACT

**Introduction:** The cleft lip and palate come as the more frequent congenital anomaly in the face, happening as isolated disorders or associated to other abnormalities, it could result in speech and hearing disorder linked to speech and orofacial motricity.

**Objective:** To characterize aspects of the orofacial exam correlating the kind of cleft with the tongue rest position and deglutition, as well as its performance in the accomplishment of orofacial praxis, in subjects with cleft lip and palate accompanied in the Plastic Surgery Craniomaxillofacial Department of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

**Methods:** It is a cross study, performed by documental researches accomplished in the registrations of cleft lip and palate handbooks cases, assisted in HCPA. Of the 123 selected handbooks, it was stratified 34 data, for presenting complete orofacial evaluation.

**Results:** the unilateral incisive transforamen cleft had prevailed (32,4%); there were a discreet male prevalence (55,9%) and age group from 6 to 10 years old (26,5%). The tongue position in rest showed altered in most of the presented cases, as well as in the deglutition function. The limitation or tongue asymmetry in the accomplishment of orofacial praxis showed equally in most of the cases.

**Conclusion:** It was not found a significant statistical association, when related to the classification of the cleft with the tongue posture in the deglutition, tongue posture in the praxis and breathing, however it was correlated to unilateral pre-foramen cleft and post-foramen cleft with the tongue rest position in the palatal papillae, it has presented a statistically significant relationship ( $p < 0,008$ ).

**Key words:** Cleft Lip, Cleft Palate, Oral Motility, Tongue.

## INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas apresentam-se como a anomalia congênita mais freqüente na face, podendo ocorrer como transtornos isolados ou associados a outras anormalidades de gravidade variável <sup>(1)</sup>. Sua ocorrência é de aproximadamente 1 em 700 recém-nascidos em todo o mundo, podendo variar de acordo com a área geográfica e a situação socioeconômica <sup>(2)</sup>.

Clinicamente é possível classificar as fissuras labiopalatinas de acordo com as estruturas envolvidas no defeito. As classificações facilitam a comunicação entre os diversos profissionais que tratam estes pacientes, bem como ajudam nos registros médicos e citações científicas a respeito do tema. Existem várias classificações descritas na literatura, dentre estas a mais usual é a de Spina (1972), a qual tem como ponto de referência o forame incisivo. Assim, as fissuras são divididas em três tipos: fissura pré-forame incisivo, fissura transforame incisivo e fissura pós-forame incisivo. Quanto à extensão pode ser completa ou incompleta, quanto à localização pode ser unilateral ou bilateral, no entanto, a classificação foi complementada com um quarto grupo, a fissura rara de face <sup>(3, 4, 5)</sup>.

As fissuras labiais com ou sem fissuras palatinas ocorrem quase duas vezes mais em homens do que em mulheres, sendo que os mesmos tendem a ter deformidades mais severas. No entanto o inverso ocorre quando a fissura palatina é isolada <sup>(6)</sup>. São defeitos congênitos que podem ser definidos com base em suas manifestações, em termos de descontinuidade das estruturas do lábio, palato ou ambos, estas lesões ocorrem em diferentes locais e com diferentes extensões <sup>(7)</sup>.

Diversas são as alterações estéticas e funcionais encontradas nas fissuras labiopalatinas <sup>(8)</sup>. As sequelas mais frequentes dessa malformação geram impacto

significativo na fala, manifestadas pela voz hipernasal associada aos distúrbios articulatórios, sejam de desenvolvimento compensatórios ou articulatórios <sup>(9)</sup>. O comprometimento das estruturas orofaciais acarreta danos também nas demais funções estomatognáticas desempenhadas pelo indivíduo. Dentre os principais acometimentos encontram-se, em diferentes graus, alterações na deglutição, sucção, mastigação, respiração e, em alguns casos, no desenvolvimento adequado da linguagem <sup>(10)</sup>.

De acordo com o estudo realizado por pesquisadores <sup>(11)</sup>, verificou-se significativa frequência de alterações fonoaudiológicas ligadas à fala e motricidade orofacial, manifestadas em pacientes com fissura labiopalatinas, independente de terem sido ou não submetidos à correção cirúrgica.

O entendimento da fisiologia das estruturas craniofaciais afetadas nessa patologia é fundamental para se nortear as mobilidades terapêuticas mais adequadas para os sujeitos afetados. O diagnóstico e as condutas precoces são fundamentais para que se evitem sequelas indesejáveis em todos esses aspectos. Os centros de tratamento devem contar com diversos profissionais, sendo o tratamento multidisciplinar uma condição indispensável para o sucesso da reabilitação destes pacientes <sup>(8)</sup>. É essencial que o fonoaudiólogo tenha o conhecimento não somente da sua área, mas de todas as outras especialidades, para que haja uma perfeita integração e coordenação com os demais membros da equipe nos processos de reabilitação do paciente portador de fissura labiopalatinas <sup>(11)</sup>.

Desta forma, esse estudo objetivou caracterizar aspectos do exame orofacial correlacionando o tipo de fissura labiopalatina, com o posicionamento de língua em repouso e na deglutição. Bem como seu desempenho na realização de praxias

orofaciais, em sujeitos com fissura de lábio e/ou palato acompanhados nos Serviços de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial e Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal contemporâneo, realizado a partir de dados secundários referentes aos registros de casos de fissura de lábio e/ou palato dos pacientes atendidos nos Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial e Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de 15/07/2009 a 27/01/2011.

Os dados foram obtidos por meio de um estudo documental realizado nos registros dos prontuários do HCPA, sob análise de protocolo de Exame Orofacial, aplicado por fonoaudiólogos. Foram incluídos os dados referentes aos portadores de fissura orofacial congênita, independente da idade, do gênero e/ou do tipo da fissura e diagnosticada pelo Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do HCPA. De um total de 123 prontuários selecionados, foram estratificados dados de 34, por esses apresentarem avaliação orofacial completa, contemplando a pesquisa com dados que atendessem os objetivos propostos. As deformidades foram categorizadas baseando-se na classificação de Spina (1972).

Este estudo científico, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebeu a aprovação do Grupo de Pesquisas e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA) sob o protocolo nº 07154. O mesmo encontra-se aninhado ao Ambulatório de Otorrinolaringologia e Fissura Palatina, criado em 2000, com aprovação do GPPG/HCPA (protocolo nº 01-115), com o objetivo assistencial de avaliar todos os pacientes portadores de fissuras labiopalatinas atendidos pelo Serviço de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial do HCPA, além de desenvolver projetos de pesquisa que contribuam com dados nosológicos, epidemiológicos e técnico-científicos para a melhoria na qualidade de

vida de sujeitos portadores de fissuras labiopalatinas. Todas avaliações realizadas para os sujeitos da amostra seguem a rotina assistencial do hospital, bem como os preceitos éticos de assinatura do TCLE é preconizado. Desta forma, os critérios de inclusão para o estudo foram prontuários de pacientes portadores de fissuras labiopalatinas com exame orofacial realizado e completo. Sendo elegíveis todos os sujeitos que aceitaram a participar do estudo. E os critérios de exclusão limitaram-se a indivíduos (ou responsável legal, nos casos de menores de 18 anos) que não consentiram através do TCLE e prontuários com dados de exame orofacial incompletos.

Todos os dados coletados foram armazenados em banco de dados do programa Excel. A tabulação dos dados obtidos foi realizada e apresentada em tabelas. A análise dos resultados foi realizada de forma estatística descritiva, utilizando o software SPSS 17.0, Teste Qui-Quadrado e T- Student, em que verificou-se as associações entre as variáveis selecionadas, comparado posteriormente com os dados da literatura consultada.

## RESULTADOS

A amostra da presente pesquisa foi constituída por 34 prontuários de pacientes portadores de fissura labiopalatina, sendo destes 15 (44,1%) do sexo feminino e 19 (55,9%) do sexo masculino. Verifica-se na tabela 1 que a faixa etária dos pacientes atendidos no setor, prevaleceu foi a de seis a dez anos com um total de 9 pacientes (26,5%), seguida pela faixa etária dos pacientes de onze à quinze anos com 8 pacientes (23,5%) e pelas faixas de zero à cinco anos e dezesseis a vinte anos, com 6 pacientes para cada faixa etária (17,6%).

Mediante à classificação de Spina (1972), observou-se maior ocorrência da fissura transforame unilateral 11 (32,4%) e menor freqüência, a fissura pré-forame bilateral 0 (0%), seguidas pelas fissura transforame bilateral 9 (26,5 %) e pelas fissuras pré-forame bilateral e pós-forme 7 (20,6%) dos casos.

Em relação às cirurgias 24 (70,6%) realizaram Rinolabioplastia, 24 (70,6%) Palatoplastia e 8 (23,5%) realizaram Faringoplastia.

Observa-se na tabela 2 as classificações das fissuras com relação a língua em repouso. Verifica-se através do Teste Qui-Quadrado, que existe diferença estatística significativa quando relacionados os tipos de fissuras com a língua em repouso na papila palatina.

Na tabela 3 podemos observar que a relação entre a classificação das fissuras e a língua durante a deglutição, não apresenta diferença estatisticamente significativa.

Na tabela 4 podemos verificar através dos resultados do Teste Qui-Quadrado que não existe associação significativa entre a classificação das fissuras e a língua durante as praxias. Observa-se na tabela 5 que através dos resultados do Teste

Qui-Quadrado, que não existe associação significativa entre as variáveis classificação das fissuras e a respiração.

## DISCUSSÃO

A presente pesquisa nos permitiu verificar um discreto predomínio de pacientes do sexo masculino que foram mais acometidos pela malformação em comparação ao sexo feminino, confirmando com relatos da literatura nacional <sup>(1, 11, 12, 13, 14, 15, 16)</sup> e internacional <sup>(17, 18)</sup>.

Frente aos objetivos propostos, quanto às classificações das fissuras podemos observar que a maior parte dos indivíduos apresentou fissura transforame unilateral, dados que se assemelham a um estudo realizado no HIAS <sup>(12)</sup> que também observaram maior ocorrência da fissura transforame unilateral em 47,9% dos pacientes em seu estudo. Em detrimento de não haver nenhum registro de fissura pré-forame bilateral, os tipos de fissuras labiopalatinas foram reagrupados e, assim, obtivemos novamente maior predomínio da fissura transforame, dados que estão de acordo com a literatura <sup>(7, 11, 12, 13, 16,17)</sup>. Os dados também apresentam fissuras pré-forame e pós-forame com o mesmo número de casos. Alguns autores citam <sup>(11, 12, 13, 16, 17)</sup> que a fissura pós-forame encontram-se como a segunda mais ocorrente, em contrapartida, alguns estudos apresentam a fissura pré-forme como a segunda mais freqüente <sup>(7, 19)</sup>.

Todos os pacientes analisados já haviam realizado intervenção cirúrgica pregressa à aplicação do Exame Orofacial, sendo que a maioria destes realizou rinolabioplastia e palatoplastia, enquanto apenas uma pequena porcentagem realizou faringoplastia. Resultados esses, que se diferenciam dos apresentados no estudo realizado pelo Grupo de Cirurgia Craniofacial da Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimados do HCFMUSP, que demonstra uma porcentagem menor de cirurgias realizadas, a palatoplastia 17,59%, seguidos pela revisão de lábio e nariz

17,59% e faringoplastia, em que apenas 2,77% realizaram esta cirurgia <sup>(20)</sup>. O tratamento por meio de cirurgias de palato tem como apoio a atuação sobre a musculatura palatina. Primeiramente busca-se o alongamento do palato ao mesmo tempo em que se readapta o diafragma palatino à sua posição anatômica ideal. Desta forma, espera-se que haja um equilíbrio e restabelecimento para suprir carências morfológicas, fisiológicas e funcionais <sup>(21)</sup>.

Pacientes portadores de fissura labiopalatina apresentam um comprometimento da musculatura perioral, que pode interferir, no bom desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios ligados as funções estomatognáticas<sup>(22)</sup>. No presente estudo em maior ocorrência os pacientes apresentaram língua em repouso no assoalho bucal, seguidos pelos que apresentaram língua em repouso protruída entre os dentes e em menor ocorrência apresentaram língua em repouso na papila palatina obtendo um resultado estatisticamente significativo. Observou-se ainda que nenhum paciente com fissura transforame bilateral apresentou língua em repouso na papila palatina. Em um estudo realizado em um Hospital de Porto Alegre os autores obtiveram como resultados para língua no assoalho 78,3% dos casos porcentagem superior a da atual pesquisa e para língua protruída e língua na papila palatina uma porcentagem de 4,3%, sendo que estes se diferenciam deste estudo por serem inferiores <sup>(14)</sup>.

Durante a função de deglutição grande parte dos pacientes apresentou posicionamento lingual de forma inadequada, durante a deglutição a língua estava protruída entre os dentes na maioria dos casos e na minoria a língua ficou protruída entre os lábios. As alterações da deglutição mais frequentes são: interposição lingual, contração da musculatura periorbicular, contração de mentalis, sem contração do masseter, interposição do lábio inferior, movimento de cabeça e ruído.

Todas estas características são consideradas como atípicas quando ocorrem enquanto o sujeito deglute. Essas alterações podem resultar numa deglutição adaptada ou uma deglutição atípica <sup>(22)</sup>. Na deglutição adaptada a alteração encontrada é consequência de algum outro problema existente como alteração estrutural, caso das fissuras labiopalatinas, onde a língua adapta-se à forma da cavidade oral, tornando-se praticamente impossível deglutir de maneira correta <sup>(23)</sup>. Os autores<sup>(14)</sup> em seu estudo encontraram interposição lingual importante na deglutição para as consistências pastosas, líquidas e sólidas. Fissurados pré-forame ou transforame, quase todos os indivíduos apresentam deglutição atípica ou adaptada, a língua projeta-se entre as arcadas dentárias, evitando o vedamento labial, tocando o vestíbulo labial ou exercendo uma pressão anterior sobre a superfície interna dos dentes <sup>(15)</sup>.

Dos 34 pacientes onze apresentaram movimentos de língua adequados nas praxias, sendo essas realizadas de forma assimétrica por vinte e três pacientes e verificou-se que vinte e quatro deles apresentaram movimentos de língua limitados durante as praxias. No indivíduo com fissura labiopalatina, a língua apresenta movimentos irregulares. Pode-se observar um aumento da mobilidade do dorso da língua e um prejuízo dos movimentos de ápice, pois toda movimentação compensatória se dá na parte posterior da cavidade oral <sup>(15)</sup>.

Levando-se em consideração o papel da respiração na manutenção do vedamento labial e correta ação fisiológica da língua, buscou-se analisar esse dado para complementar a análise dos aspectos estudados. Observou-se que dos 34 pacientes a maioria apresentou respiração mista, a segunda mais ocorrente a respiração oral e apenas uma pequena parcela a respiração nasal. Com os percentuais encontrados, sugere-se a expansão de estudos posteriores que

correlacionem esse aspecto à análise do papel desempenhado pela língua em portadores de fissuras labiopalatinas, visando dados mais fidedignos sobre os objetivos traçados inicialmente ao estudo. De acordo com a literatura a função respiratória torna-se inadequada quando deixa de ser realizada pelo nariz, e a boca passa a ser a via mais comum de passagem do ar. Isto pode ocorrer basicamente por duas razões: causas mecânicas ou causas fisiológicas <sup>(24)</sup>. Na respiração nasal, a língua que está sugada contra o palato exercendo uma função expansiva sobre o arco maxilar e os lábios ocluídos exercem uma contenção das arcadas <sup>(25)</sup>. Esta condição não ocorre no portador de fissura palatina, onde há uma comunicação entre as cavidades quando não reparada cirurgicamente e a respiração essencialmente nasal não poderá ocorrer <sup>(6)</sup>.

## CONCLUSÃO

Por meio dos resultados obtidos foi possível concluir que nos Serviços de Cirurgia Plástica Craniomaxilofacial e do Ambulatório Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o tipo de fissura mais prevalente foi a fissura transforame incisivo, sendo o gênero masculino mais acometido.

Não foram encontradas associações estatísticas significativas, quando relacionada à classificação das fissuras com a postura de língua na deglutição, postura de língua nas praxias e respiração. Contudo correlacionou-se a fissura pré-forme unilateral e fissura pós-forame com a postura da língua em repouso na papila palatina, no qual houve relação estatisticamente significativa.

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas na área com um número amostral aumentado, com base no exame orofacial, objetivando contribuir com mais dados sobre a temática na literatura científica especializada.

## RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Loffredo LCM, Souza, JMP, Yunes J, Souza-Freitas, J, Spiri WC. Fissuras lábio-palatais: estudo caso-controle. Rev. Saúde Pública. 1994, 28: 213-217.
- 2 Murray JC. Gene/environment causes of cleft lip and/or palate. Clin Genet. 2002, 61: 248-56.
- 3 Silva DP. Repercussão da disfunção velofaríngea na orelha média de pacientes com fissura palatina corrigida. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.
- 4 Spina V, PsillaKis JM, Lapa FS, Ferrari MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas. Sugestões de modificações. Rev. Clin. Fac. Med. São Paulo. 1972; 27 (1): 5-6.
- 5 Silva Filho OG, Ferrari J, Mauro F, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestões de modificações. Rev. Bas. Cir. 1992, 82(2):51-65
- 6 Guedes ZCF. Fissuras: Avaliação e Terapia. In: Marchesan, IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia Aspectos Clínicos da Motricidade Oral. 2º ed - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. pp. 93-102.
- 7 Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, Souza L. Growth impairment of children with different types of lip and palate clefts in the first 2 years of life: a cross-sectional study. Jornal de Pediatria. 2005, 81(6): 461-465
- 8 Da Silva DP, Dornelles S, Paniagua LM, Da Costa SS, Collares VMI. Aspectos patofisiológicos do esfíncter velofaríngeo. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2008, 12(3): 426-435
- 9 SHPRINTZEN, R.J and BARBACH, J. Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach. St. Louis: Mosby, 1995.
- 10 Faraj JORA. Alterações dimensionais dos arcos dentários em fissura lábio-palatina. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. Bauru, 2006.
- 11 Silva RN, Nascimento EM, Santos G. Ocorrência de alterações da motricidade oral e fala em indivíduos portadores de fissuras labiopalatinas. RBPS. 2004, 17(1): 27-30
- 12 Cymrot M, Sales FCD, Teixeira FAA, Teixeira Junior FAA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF, et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(4): 648-51.

- 13 Freitas e Silva DS, Mauro LDL, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bönecker M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. RGO. 2008; 56(4): 387-91.
- 14 Campillay PL, Delgado SE, Brescovici SM. Avaliação da alimentação em crianças com fissura de lábio e/ou palato atendidas em um Hospital de Porto Alegre. Rev. CEFAC. 2010; 12(2): 257-266
- 15 Altmann EBC. Fissuras Labiopalatinas. 4ªed. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997.
- 16 Alves LMLH, Melo GG, Pereira JRD, Cardoso MSOD. Prevalência de cárie em portadores de fissura lábio-palatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Odontologia. Clín. Científ. 2004; 3(1): 57-60
- 17 Freitas JAS, Dalben GS, Santanaria Júnior M, Freitas PZ. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. Braz Oral Res. 2004; 18(2): 128-33.
- 18 Milerad J, Larson O, Hagberg C, Ideberg M. Associated malformations in infants with cleft lip and palate: a prospective, population-based study. Pediatrics. 1997; 100(2): 180-6.
- 19 Gardenal M, Bastos PRHO, Pontes ERJC, Bogo D. Prevalência das Fissuras Orofaciais Diagnosticadas em um Serviço de Referência em Casos Residentes no Estado de Mato Grosso do Sul. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2011; 15(2): 133-41
- 20 Alonso N, Tanikwa DYS, Lima Junior JE, Ferreira MC. Avaliação comparativa e evolutiva dos protocolos de atendimento dos pacientes fissurados. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(3): 434-8.
- 21 Figueiredo IMB, Bezerra AL, Marques ACL, Rocha IM, Monteiro NR. Tratamento cirúrgico de fissuras palatinas completas. RBPS. 2004; 17(3): 154-60.
- 22 Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- 23 Medeiros AMC, Medeiros M. Motricidade Orofacial – Inter-relação entre Fonoaudiologia e Odontologia. Louvise, 2006.
- 24 Marchesan IQ. Atuação Fonoaudiológica nas Funções Orofaciais: Desenvolvimento, Avaliação e Tratamento. In: Andrade CRF, Marcondes E. Fonoaudiologia em Pediatria. São Paulo. Sarvier. 2003. p. 3-22
- 25 Felício CM. Fonoaudiologia nas Desordens Temporomandibulares. São Paulo: Pancast, 1994.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária

<b>Faixa etária</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
0 - 5 anos	6	17,6
6 - 10 anos	9	26,5
11- 15 anos	8	23,5
16 - 20 anos	6	17,6
21 - 30 anos	2	5,9
31 - 50 anos	2	5,9
51 - 100 anos	1	2,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Classificação das fissuras com relação a postura da língua em repouso

Variáveis	Pré-forame unilateral n (%)	Transforame unilateral n (%)	Transforame bilateral n (%)	Pós-forame n (%)	Total n (%)	*p
<b>Língua em repouso protruída entre os dentes</b>						
Não	5 (71,4%)	5 (45,5%)	4 (44,4%)	5 (71,4%)	19 (55,9%)	0,506
Sim	2 (28,6%)	6 (54,5%)	5 (55,6%)	2 (28,6%)	15 (44,1%)	
<b>Língua em repouso no assoalho bucal</b>						
Não	4 (57,1%)	4(36,4%)	2 (22,2%)	4 (57,1%)	14 (41,2%)	0,405
Sim	7 (63,6%)	9 (81,8%)	7 (77,8%)	3(42,9%)	20 (58,8%)	
<b>Língua em repouso na papila palatina</b>						
Não	3 (42,9%)	10 (90,9%)	9 (100,0%)	3 (42,9%)	25 (73,5%)	0,008
Sim	4 (57,1%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	4 (57,1%)	9 (26,5%)	

\* Valor p - Teste Qui-Quadrado

Tabela 3 – Classificação das fissuras com relação a postura da língua na deglutição

Variáveis	Pré-forame unilateral n (%)	Transforame unilateral n (%)	Transforame bilateral n (%)	Pós-forame n (%)	Total n (%)	*p
<b>Língua na deglutição adequada</b>						
Não	5 (71,4%)	8 (72,7%)	6 (66,7%)	3 (42,9%)	22 (64,7%)	0,588
Sim	2 (28,2%)	3 (27,3%)	3 (33,3%)	4 (57,1%)	12 (35,3%)	
<b>Língua na deglutição protruída entre os dentes</b>						
Não	2 (28,6%)	4 (36,4%)	2 (22,2%)	2 (28,6%)	10 (29,4%)	0,922
Sim	5 (71,4%)	7 (63,6%)	7 (77,8%)	5 (71,4%)	24 (70,6%)	
<b>Língua na deglutição protruída entre os lábios</b>						
Não	6 (85,7%)	8 (72,7%)	7 (77,8%)	7 (100,0%)	28 (82,4%)	0,496
Sim	1 (14,3%)	3 (27,3%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	6 (17,6%)	

\* Valor p - Teste Qui-Quadrado

Tabela 4 – Classificação das fissuras com relação a postura da língua nas praxias

Variáveis	Pré-forame unilateral n (%)	Transforame unilateral n (%)	Transforame bilateral n (%)	Pós-forame n (%)	Total n (%)	*p
<b>Língua na praxia adequada</b>						
Não	3 (42,9%)	9 (81,8%)	8 (88,9%)	3 (42,9%)	23 (67,6%)	0,079
Sim	4 (57,1%)	2 (18,2%)	1 (11,1)	4 (57,1%)	11 (32,4%)	
<b>Língua na praxia assimétrica</b>						
Não	4 (57,1%)	2(18,2%)	2 (22,2%)	3 (42,9%)	11 (32,4%)	0,290
Sim	3 (42,9%)	9 (81,8%)	7 (77,8%)	4(17,4%)	23 (67,6%)	
<b>Língua na praxia limitada</b>						
Não	3 (42,9%)	3 (27,3%)	1 (11,1%)	3 (42,9%)	10 (29,4%)	0,441
Sim	4 (57,1%)	8 (72,7%)	8 (88,9%)	4 (57,1%)	24 (70,6%)	

\* Valor p - Teste Qui-Quadrado

Tabela 5 – Classificação das fissuras com relação a respiração

Variáveis	Pré-forame unilateral n (%)	Transforame unilateral n (%)	Transforame bilateral n (%)	Pós-forame n (%)	Total n (%)	*p
<b>Respiração nasal</b>						
Não	4 (57,1%)	10 (90,9%)	9 (100,0%)	6 (85,7%)	29 (85,3%)	0,100
Sim	3 (42,9%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)	5 (14,7%)	
<b>Respiração oral</b>						
Não	6 (85,7%)	6(54,5%)	4 (44,4%)	5 (71,4%)	21 (61,8%)	0,339
Sim	1 (14,3%)	5 (45,5%)	5 (55,6%)	2 (28,6%)	13 (38,2%)	
<b>Respiração mista</b>						
Não	4 (57,1%)	4 (36,4%)	5 (55,6%)	3 (42,9%)	16 (47,1%)	0,777
Sim	3 (42,9%)	7 (63,6%)	4 (44,4%)	4 (57,1%)	18 (52,9%)	

\* Valor p - Teste Qui-Quadrado

## APÊNDICE

## APÊNDICE 1 – Protocolo de Avaliação

Este protocolo é uma versão compactada do original, os pacientes no HCPA são avaliados por uma equipe multidisciplinar, sendo estas integradas, desta forma alguns dos dados que julgamos importantes para a avaliação destes pacientes, não estão nesse protocolo, sendo estes dados contemplados em protocolos de alguma das áreas que atuam conjuntamente com a fonoaudiologia atendendo aos pacientes de fissura labiopalatina.

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**AValiação FONOAUDIOLÓGICA - FISSURAS LABIOPALATINAS**

NOME: \_\_\_\_\_  
D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA 1ª AVAL.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA 2ª AVAL.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
TEL.: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) EXAMINADOR: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

**I. DIAGNÓSTICO:**

1. Classificação:

L	A	H	S	H	A	L
l	a	h	s	h	a	l
*	*	*	*	*	*	*
-	-	-	-	-	-	-

2. Desordens craniofaciais associadas: ( ) 0 – não ( ) 1 – sim

Qual: \_\_\_\_\_

3. História familiar: ( ) 0- não ( ) 1- sim ( ) não sabe

4. História familiar positiva para: ( ) mãe ( ) pai ( ) irmãos ( ) outros \_\_\_\_\_

5. Avaliação genética: ( ) 0 – não ( ) 1- sim \_\_\_\_\_

6. Síndrome: ( ) 0 – não ( ) 1- sim \_\_\_\_\_

7. Cognição: ( ) 0 – não (inadequada) ( ) 1 – sim - inadequada

**II. CIRURGIAS:**

1. Rinolabioplastia: ( ) 0- não ( ) 1- sim nº de cirurgias: \_\_\_\_\_ Data 1: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data 2: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade em meses: \_\_\_\_\_

2. Palatoplastia: ( ) 0- não ( ) 1 – sim nº de cirurgias: \_\_\_\_\_ Data 1: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data 2: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade em meses: \_\_\_\_\_

3. Faringoplastia: ( ) 0- não ( ) 1 – sim nº de cirurgias: \_\_\_\_\_ Data 1: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data 2: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade em meses: \_\_\_\_\_

4. Outras: \_\_\_\_\_  
Idade em meses: \_\_\_\_\_

<b>III - EXAME ORAL</b>		
<b>1 – MORFOLOGIA DOS LÁBIOS</b>		
alteração	0 – não sim	1
simétricos	0 – não sim	1
tecido cicatricial à E	0 – não sim	1
tecido cicatricial à D	0 – não sim	1
Outros:	0 – não sim	1
Total I 1:		
<b>2 – LÁBIOS:</b>		
<b>Em repouso:</b>		
selamento labial com esforço	0 – sim não	1
lábios entreabertos	0 – não sim	1
Total		
<b>Protrusão:</b>		
simétrico	0 – não sim	1
assimétrico	0 – não sim	1
Total		
<b>Estiramento:</b>		
simétrico	0 – não sim	1
assimétrico	0 – não sim	1
Total		
Total I 2 (em repouso + protrusão + estiramento)		
<b>3 – LÍNGUA</b>		
<b>Em repouso:</b>		
n.a.	0 – sim não	1
Protruída entre os dentes	0 – não sim	1
no assoalho bucal	0 – não sim	1
na papila palatina	0 – não sim	1
Total		

<b>Na deglutição:</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
adequada	0 – não sim	1	
protruída entre os dentes	0 – não sim	1	
protruída entre os lábios	0 – não sim	1	
Total			
<b>Praxias:</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
adequadas	0 – sim não	1	
assimétricas	0 – não sim	1	
limitadas	0 – não sim	1	
Total			
Total I 3 (em repouso + deglutição + praxias)			
<b>4 – FRÊNULO DA LÍNGUA</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
adequado	0 – sim não	1	
Total I 4			
<b>5 – MORFOLOGIA DO PALATO</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
sem alterações	0 – sim não	1	
longo	0 – sim não	1	
curto	0 – sim	1- não	
fissura submucosa	0 – não sim	1	
Total I 5			
<b>6 - ÚVULA</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
sem alterações	0 – sim não	1	
Total I 6			

<b>7 - FISTULA</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
ausente	0 – sim não	1	
Total   7			
<b>8 – AMÍGDALAS PALATINAS</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
normal	0 – sim não	1	
Grau I	0 – não sim	1	
Grau II	0 – não sim	1	
Grau III	0 – não sim	1	
ausente	0 – não sim	1	
Total   8			
<b>9 – MOBILIDADE DO VÉU (durante a emissão de /a/)</b>			
n.a.	0 – não sim	1	
presente	0 – não sim	1	
Total   10			
<b>10 - PAREDES LATERAIS DA FARINGE (durante a emissão de /a/)</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
Presença de movimento à direita	0 – não sim	1	
Presença de movimento à esquerda	0 – não sim	1	
Movimento simétrico de ambas as paredes	0 – não sim	1	
Total   11			
<b>11 - REFLUXO NASAL</b>			
n.a.	0 – sim não	1	
1 – sólido: presente	0 – não sim	1	

Total		
2 – pastoso:		
presente	0 – não	1 - sim
Total		
3 – líquido:		
presente	0 – não	1 - sim
Total		
Total I 13		
<b>12 – RESPIRAÇÃO</b>		
n.a.	0 – sim	1 - não
Predominantemente nasal	0 – sim	1 - não
Predominantemente oral	0 – não	1 - sim
Mista	0 – não	1 - sim
Total I 15		
<b>13 – HÁBITOS PARA-FUNCIONAIS</b>		
n.a.	0 – sim	1 - não
ausente	0 – sim	1 - não
Total I 19		
Total I (I1 + I2 + I3 + I4 + I5 + I6 + I7 + I8 + I9 + I10 + I11 + I12 + I13 + I14 + I15 + I16 + I17 + I18 + I19)		
<b>IV – PRODUÇÃO DE FALA</b>		
<b>1 – INTELIGIBILIDADE DE FALA</b>		
n.a.	0 – sim	1 - não
adequada	0 – não	1 - sim
Total I I 1		
<b>2 – RESONÂNCIA</b>		
n.a.	0 – sim	1 - não
alterada	0 – sim	1 - não
1 – hipernasalidade	0 – não	1 - sim
leve	0 – não	1 - sim
moderada	0 – não	1 - sim
severa	0 – não	1 - sim
2 - hiponasalidade	0 – não	1 - sim

	sim		
leve	0 - não	1	
	sim		
moderada	0 - não	1	
	sim		
severa	0 - não	1	
	sim		
3 - <i>cull de sac</i>	0 - não	1	
	sim		
leve	0 - não	1	
	sim		
moderada	0 - não	1	
	sim		
severa	0 - não	1	
	sim		
Total			
Total I   2			
<b>3 - DISTÚRBIOS ARTICULATÓRIOS</b>			
n.a.	0 - sim	1	
	não		
1 - Obrigatórios	0 - sim	1	
	não		
Emissão (escape) de ar nasal	0 - sim	1	
	não		
Pressão intra-oral reduzida	0 - sim	1	
	não		
2 - Compensatórios	0 - sim	1	
	não		
Golpe de glote	0 - sim	1	
	não		
Mímica facial	0 - sim	1	
	não		
Fricativa Faríngea (ronco nasal)	0 - sim	1	
	não		
Fricativa Nasal	0 - sim	1	
	não		
Fricativa Nasal Posterior	0 - sim	1	
	não		
Fricativa Velar			
Plosiva dorso médio palatal	0 - sim	1	
	não		
Omissões	0 - sim	1	
	não		
Ceceo anterior, lateral ou palatal	0 - sim	1	
	não		
3 - Outros	0 - não	1	
	sim		
Total I   7 - Nº total de fonemas alterados (1+ 2 + 3)			

Total II (II1 + II2 + II3 + II4 + II5 + II6 + II7)			
<b>V – QUALIDADE VOCAL</b>			
n.a.		0 – sim não	1
adequada		0 – sim não	1
Total III (III1 + III2 + III3 + III4 + III5 + III6)			
<b>VI – LINGUAGEM</b>			
n.a.		0 – sim não	1
adequada		0 – sim não	1
Total I V1			

**Escore TOTAL (Total I + Total II + Total III + Total IV + Total V)**

<b>VII – CONDUTAS</b>			
1 – cirurgia p/ correção de fístula		0 – não	1 - sim
2 – faringoplastia		0 – não	1 - sim
3 – prótese de palato		0 – não	1 - sim
4 – naso p/ definição deconsuta		0 – não	1 - sim
5 – avaliação audiológica		0 – não	1 - sim
6 – fonoterapia		0 – não	1 - sim
7 – alta		0 – não	1 - sim
8 – outros encaminhamentos e/ou conduta		0 – não	1 - sim
9 – controle		0 – não	1 - sim

**OBSERVAÇÕES:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

Nome do Estudo: “AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE PACIENTES PORTADORES DE FISSURA LABIOPALATINA”

Pesquisador Responsável: Dra.Fga. Sílvia Dornelles

Telefone para Contato: (51) 33085066

Prezado Paciente ou Sr(a) Responsável:

Venho por meio deste convidá-lo a participar do estudo “*Avaliação Fonoaudiológica de Pacientes Portadores de Fissura Labiopalatina*”. Este estudo será realizado no Ambulatório de Otorrinolaringologia e Fissura Palatina do HCPA, vinculado ao Serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial.

Indivíduos portadores de fissura labiopalatina apresentam um índice alto de disfunção do esfíncter velofaríngeo, que pode afetar a fala, a deglutição e respiração. O objetivo desta pesquisa é avaliar a deglutição em sujeitos portadores de fissuras labiopalatinas e observar características dessa função, tendo em vista a busca por aprimoramentos no acompanhamento de indivíduos portadores de tal malformação

Ao participar desse estudo, você/seu filho será submetido aos itens de avaliação de fala, por meio de exames que seguem a rotina clínica de acompanhamento no Serviço de Cirurgia Craniomaxilofacial e Otorrinolaringologia e Fissura Palatina do HCPA, com aplicação de protocolos de avaliação fonoaudiológica, referentes à fala, respiração, deglutição e mastigação.

A sua assinatura neste consentimento livre e esclarecido, autoriza o pesquisador responsável à utilização de dados, mantendo o anonimato dos participantes, incluindo a divulgação dos mesmos. Fica a garantia da sua não identificação, como também a possibilidade de interrupção no momento que você desejar.

Declaro ter lido as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Assinando esse documento, tomo parte voluntariamente no presente estudo.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável e carimbo: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## **ANEXO**

ANEXO A – Normas da Revista

## NORMAS DA REVISTA

### *Preparo dos manuscritos:*

O tamanho do artigo completo não deverá exceder 24 páginas (laudas do Word) para artigos originais e artigos de revisão, 15 páginas para relatos de caso e artigos de opinião e 2 páginas para as cartas ao editor. As margens não precisam ser definidas, pois o sistema SGP as definirá. Deverá ser obedecida a seguinte ordem: página de rosto, resumo em português ou na língua nativa, resumo em inglês, palavras-chave em português e inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, gráficos, tabelas e legendas de figuras. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página e deve conter:

**Na página de rosto - o título do artigo em português e inglês**, curtos e objetivos; nome dos autores com titulação mais importante de cada um; instituição à qual o trabalho está vinculado; nome, endereço, telefone, e-mail e fax do autor responsável pela correspondência; se o trabalho foi apresentado em congresso, especificar nome do evento, data e cidade; fonte de suporte ou financiamento se houver e se há alguma espécie de conflito de interesses.

**Na segunda página - o resumo estruturado** em português e inglês, com o máximo de 250 palavras cada. Para **artigos originais**, incluir dados de introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para **artigos de revisão**, incluir introdução, objetivos, síntese dos dados e conclusões. Para **relatos de caso**, incluir introdução, objetivos, relato resumido e conclusões. Abaixo do resumo, fornecer três a seis descritores em português e inglês, selecionados da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" da BIREME, disponível no site <http://decs.bvs.br>.

**Da terceira página em diante**, o texto do artigo, assim dividido:

- **Artigos Originais:** a) introdução com objetivo; b) método; c) resultados; d) discussão; e) conclusões; f) referências bibliográficas. As informações contidas em tabelas e figuras não devem ser repetidas no texto. Estudos envolvendo seres humanos e animais devem fazer referência ao número do protocolo de aprovação pelo respectivo Comitês de Ética em Pesquisa da instituição à qual está vinculada a pesquisa. Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho original com contribuições significativas e válidas. Os leitores devem extrair de um artigo geral conclusões objetivas que vão ao encontro dos objetivos propostos.

- **Artigos de Revisão da Literatura:** a) introdução; b) revisão de literatura; c) discussão; d) comentários finais; e) referências bibliográficas. Artigos de revisão devem abranger a

literatura existente e atual sobre um tópico específico. A revisão deve identificar, confrontar e discutir as diferenças de interpretação ou opinião.

- **Artigos de Atualização:** a) introdução; b) revisão de um determinado tema; c) discussão; d) comentários finais; e) referências bibliográficas. O artigo de atualização é uma produção científica que explora um determinado tema, desenvolvido a partir de dados atuais disponíveis pelos autores. Tem por finalidade organizar um discurso explorando um assunto específico, com base em obras publicadas recentemente.

- **Artigos de Relato de Caso:** a) introdução; b) revisão de literatura com diagnóstico diferencial c) apresentação de caso clínico; d) discussão; e) comentários finais; f) referências bibliográficas. Relatos de caso deverão apresentar características inusitadas ou cientificamente relevantes. Será dada prioridade a relatos de cunho multidisciplinar, interdisciplinar e/ou prático.

- **Artigos de Opinião e Carta ao Editor:** deverão ser feitos sob convite do Editor.

**Referências bibliográficas** - as referências devem ser apresentadas em ordem de aparecimento no texto e identificadas no texto em numerais arábicos entre parênteses. As abreviaturas dos periódicos devem ser baseadas no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", disponível pelo site <http://www.icmje.org>. Todos os autores deverão ser incluídos quando houver até seis; quando houver sete ou mais, os primeiros seis devem ser listado e 'et al.' Adicionado para os subsequentes. Serão aceitas no máximo 90 referências para artigos originais, 120 para artigos de revisão ou de atualização e 15 para relatos de casos.

#### **Exemplos:**

- **Periódicos:** Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Artigo. Abreviaturas do Periódico. ano; volume: página inicial - página final. **Ex: Hueb MM, Goycoolea MV, Muchow DC, Duvall AJ, Paparella MM, Sheridan C. In search of missing links in otology III. Development of a new animal model for cholesteatoma. Laryngoscope. 1993, 103:774-84.**

- **Teses:** Sobrenome do Autor e Iniciais. Título da Tese. Cidade, ano, página (Tese de Mestrado ou Doutorado - Nome da Faculdade). **Ex: Hueb MM. Colesteatoma Adquirido: Avanços experimentais na compreensão de sua patogênese. São Paulo, 1997, p. 100, (Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo);**

- **Livros:** Sobrenome do(s) Autor(es) e Iniciais. Título do Livro, no da edição. Cidade: Editora; ano. **Ex: Bento RF, Miniti A, Marone, SAM. Tratado de Otologia. 1a ed. São Paulo: Edusp, Fundação Otorrinolaringologia, FAPESP; 1998;**

- **Capítulos de Livros:** Sobrenome do(s) Autor(es) do capítulo e Iniciais. Nome do capítulo. In: Sobrenome do(s) Autor(es) do Livro e Iniciais. Título do Livro. Número da edição. Cidade: Editora; ano, página inicial - página final. **Ex: Hueb MM, Silveira JAM e Hueb AM. Otosclerose. Em: Campos CAH, Costa HOO (eds). Tratado de Otorrinolaringologia. 1ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2003, Vol. 2, pp. 193-205.**

- **Material eletrônico:** para artigos na íntegra retirados da internet, seguir as regras prévias, acrescentando no final "disponível em: endereço do site".

- **Abreviaturas e Unidades:** a revista reconhece o Sistema Internacional (SI) de unidades. As abreviaturas devem ser usadas apenas para palavras muito frequentes no texto.

- **Tabelas e Gráficos:** cada tabela deve ser apresentada com números arábicos, por ordem de aparecimento no texto, em página separada com um título sucinto, porém explicativo, não sublinhando ou desenhando linhas dentro das tabelas. Quando houver tabelas com grande número de dados, preferir os gráficos (em preto e branco). Se houver abreviaturas, providenciar um texto explicativo na borda inferior da tabela ou gráfico.

**Ilustrações:** enviar as imagens e legendas conforme instruções de envio do Sistema de Gestão de Publicações (SGP) no site <http://www.arquivosdeorl.org.br>. Até um total de 8 figuras será publicado sem custos para os autores; fotos coloridas serão publicadas dependendo de decisão do editor.

### ***GUIA PARA AUTORES***

- Título em português e inglês; nome e titulação dos autores; instituição; endereço para correspondência; apresentação em congresso; fonte de financiamento;

- Resumo estruturado em tópicos e palavras-chave em português e inglês;

- Texto em português;

- Agradecimentos;

- Referências Bibliográficas;

- Tabelas e gráficos;

- Ilustrações (fotos e desenhos);

- Legendas das ilustrações.

- Declaração por escrito de todos os autores que o material não foi publicado em outros locais, permissão por escrito para reproduzir fotos/figuras/gráficos/tabelas ou qualquer material já publicado ou declaração por escrito do paciente em casos de fotografias que permitam a sua identificação.

- Declaração por escrito sobre a "Transferência dos Direitos Autorais" e sobre a "Declaração de Conflitos de Interesse".

- **Autorização da Comissão de Ética da Instituição de origem para estudos em humanos ou animais (pode estar incorporado no capítulo Método, com o número de protocolo de aprovação).**

O autor que submeteu o trabalho poderá acompanhar a sua tramitação a qualquer momento pelo SGP da revista, através do código de **fluxo gerado automaticamente pelo SGP ou ainda pelo título de seu trabalho.**

Importante: Como o sistema gera e-mails automaticamente conforme seu artigo estiver tramitando é imprescindível que o autor **DESABILITE** seus filtros de SPAM em seus respectivos provedores ou que configure suas contas de e-mail para **ACEITAR** qualquer mensagem dos domínios **ARQUIVOSDEORL.ORG.BR** e **FORL.ORG.BR**. Para informações sobre como configurar seu filtro de spam entre em contato com seu provedor de acesso.