

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE MONOGRAFIA II

CLAUDIA DE OLIVEIRA

**DISFLUÊNCIA NA INFÂNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA
DA LITERATURA SOBRE PREVENÇÃO**

Porto Alegre

2018

CLAUDIA DE OLIVEIRA

**DISFLUÊNCIA NA INFÂNCIA: REVISÃO DE ARTIGOS
SOBRE PREVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Rigatti Scherer

Porto Alegre

2018

CLAUDIA DE OLIVEIRA

**DISFLUÊNCIA NA INFÂNCIA: REVISÃO DE ARTIGOS
SOBRE PREVENÇÃO**

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

Porto Alegre, 20 de novembro de 2018.

Profa. Dra. Adriane Ribeiro Teixeira
Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Paula Rigatti Scherer
Doutora em Letras
Orientador - UFRGS

Fga. Dra. Márcia de Lima Athayde
Doutora em Psicologia - Processos Cognitivos, pela Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul (2016)
Examinador - UFRGS

Fga. Me. Viviane Medeiros Pasqualetto
Mestre Profissional em Inclusão Social e Acessibilidade pela Universidade Feevale,
Brasil(2010) Examinador - UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que mais me incentivaram nessa caminhada e trajetória do curso de Fonoaudiologia: meu pai, que não se encontra mais nesse plano, mas que sei que ainda olha por mim, minha mãe, com seu infinito amor e minha irmã médica pediatra com sua imensa paciência e dedicação em me ajudar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos meus irmãos, meus pais e amigos que estiveram próximos de mim no decorrer desse curso.

Quero agradecer em especial a minha orientadora Profa. Dra. Ana Paula Rigatti Scherer por me apoiar na escolha do tema e me ajudar sempre que necessário, não somente nos momentos deste trabalho, mas pelas vezes que se fez presente dentro da faculdade, seja nos estágios ou nas aulas. Sempre com muita paciência e compreensão.

Gostaria também de agradecer a Fga. Dra. Márcia de Lima Athayde que se fez muito presente nos estágios de linguagem me incentivando a ter mais gosto pela área.

SUMÁRIO

Resumo	06
Abstract.....	06
Introdução.....	07
Material e método.....	08
Resultado	08
Discussão	12
Conclusão	13
Referências.....	15
Anexo I	18

Artigo

DISFLUÊNCIA NA INFÂNCIA: REVISÃO DE ARTIGOS SOBRE PREVENÇÃO

Resumo

Introdução: As disfluências são caracterizadas como comuns ou típicas da gagueira. A gagueira desenvolvimental em crianças pré-escolares é provavelmente proveniente de processos de maturação fisiológicos e neuroanatômicos e parece estar intimamente vinculada às habilidades metalinguísticas. **Objetivos:** Verificar o cenário nacional e internacional de estudos em disfluência infantil (2 a 5 anos) com relação à prevenção. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme) e Periódicos Capes, na qual foram utilizados os descritores “gagueira”, “criança”, “pré-escola” e “prevenção” em português e inglês. **Resultados:** Foram encontrados dezesseis artigos relacionados à prevenção em crianças pré-escolares (2 a 5 anos) que foram organizados em sete categorias: fator biológico, gestão em saúde, fator linguístico, intervenção, pais, escola e pesquisa. **Conclusão:** A pesquisa revelou poucos estudos sobre ações de prevenção em gagueira com crianças pré-escolares especificamente com os pais, escola e na clínica fonoaudiológica.

Palavras-chave: gagueira, pré-escolar, criança, prevenção.

Abstract

Introduction: Disfluencies characterize as common or typical of stuttering. Persistent developmental stuttering in preschool children is a physiological and neuroanatomic maturation process and seems to be closely related to metalinguistic abilities. **Objectives:** To verify the national and international scenario of studies on infant disfluency (2 to 5 years) in relation to prevention. **Method:** This is an integrative review of the literature, carried out in the Pubmed, Scielo, BVS (Biblioteca Virtual de Saúde - Bireme) and Periódicos Capes databases, in which the descriptors were "stuttering", "child", "preschool" and "prevention" in Portuguese and English. **Results:** Sixteen articles related to prevention in preschool children (2 to 5 years) were found and organized into seven categories: biological factor, health management, linguistic factor, intervention, parents, school and research. **Conclusion:** The research showed few articles about stuttering prevention in preschool children specifically with parents, school and in the speech-language clinic.

Keywords: stuttering, preschool, child, prevention.

Introdução

As disfluências ocorrem na fala de qualquer pessoa e são mais incidentes no período de aquisição da linguagem. Ocorrem principalmente devido as incertezas no planejamento linguístico, no uso de palavras pouco conhecidas ou no uso de frases complexas¹.

A gagueira é uma desordem da comunicação oral, complexa, que não pode ser considerada como uma entidade nosológica única, pois tem uma característica multidimensional e é frequentemente experimentada pelo indivíduo como uma perda de controle da própria fala². Existem dois tipos de disfluências na fala: a comum e a gaga. Existem diferenças entre disfluência comum e gaga que veremos a seguir, bem como a definição de um tipo de gagueira, a desenvolvimental.

As diferenças entre disfluência comum e gaga foram observadas em um estudo de Merçon e Nemr³. A quebra da fluência é algo habitual na fala das crianças em idade de estruturação da linguagem, o que contribui para confirmar o termo "disfluência comum", e que difere em vários aspectos quando comparadas com aquelas disfluências consideradas gagas. Um substancial volume de evidências clínicas fornece a base para que se realize o atendimento especializado precoce da gagueira, que se inicia geralmente entre os dois e cinco anos de idade, principalmente por volta dos três anos. Estas evidências clínicas quase sempre recebem influência de fatores orgânicos, como os genéticos, e também de fatores sociais e emocionais.

A gagueira desenvolvimental em crianças pré-escolares é provavelmente proveniente de processos de maturação fisiológicos e neuroanatômicos. Estudos recentes de imagem cerebral indicam que a gagueira possivelmente tem sua origem nos múltiplos centros cerebrais de linguagem, ainda que se aceite que haja também dificuldades no controle motor da fala. Além disso, um meio ambiente acolhedor pode minimizar as manifestações de gagueira, mas não impedir que ela ocorra. Mesmo com essa perspectiva predominantemente neurolinguística, a influência dos outros fatores, como os sociais e emocionais, continua sendo aceita, assim, a ideia da multicausalidade para a gagueira de desenvolvimento permanece válida³.

Ainda sobre o estudo de Merçon e Nemr³ concluiu-se que as manifestações clínicas no início do desenvolvimento de gagueira em crianças pequenas (entre dois e seis anos de idade) se assemelham muitas vezes às manifestações próprias da chamada disfluência comum. Contudo, existem diferenças não só na fala como também na linguagem que parecem contribuir para um diagnóstico diferencial preciso, assim como para a conduta mais adequada para cada caso.

Desta forma, é importante que professores, cuidadores e pais de crianças nessa faixa etária estejam cientes de que existem diferenças entre as disfluências comuns e as gagas e possam atuar como sentinelas na detecção de possíveis distúrbios de fala, otimizando o encaminhamento precoce aos profissionais de saúde habilitados para diagnóstico e tratamento.

A presente pesquisa tem como questão principal a ocorrência de disfluência em crianças de dois a cinco anos no cenário nacional e internacional. Assim, apresentado o planejamento da pesquisa, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de prover dados mundiais da ocorrência de disfluência gaga e comum, visando servir de referência para esclarecer pais, professores e até servir de embasamento de atenção a políticas públicas futuras, tanto no sistema de saúde quanto no de educação.

O objetivo geral é verificar como ocorre a prevenção da disfluência em crianças de 2 a 5 anos. Os objetivos específicos são: verificar como ocorre a prevenção da disfluência em crianças pré-escolares (de dois a cinco anos) com pais, verificar estudos realizados com base na prevenção em escolas que atendem crianças pré-escolares e buscar estudos realizados com crianças de dois a cinco anos com base na prevenção na clínica fonoaudiológica.

Material e Método

O presente projeto é um estudo de revisão integrativa da literatura com base em artigos nacionais e internacionais sobre disfluência na criança em idade pré-escolar (dois a cinco anos), que tratam de prevenção, retirados na base de dados *Pubmed*, Periódicos Capes, Scielo e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde – Bireme) no período de 1965 a 2018, uma busca livre.

Na busca inicial das referências, foram encontrados vinte e um artigos. Desses artigos, foram selecionados dezesseis estudos para serem analisados. Os cinco artigos excluídos não preencheram os critérios da pesquisa.

Os descritores utilizados são *stuttering*, *child*, *preschool* e *prevention* (inglês) e gagueira, criança, pré-escola e prevenção (português).

Foram incluídos artigos originais transversais, longitudinais, descritivo, relato de caso e de revisão, de 1965 a 2018, em português ou inglês, que tratavam da prevenção em disfluência em crianças pré-escolares de dois a cinco anos.

Foram excluídos artigos que envolviam a participação de sujeitos com outras alterações além da disfluência.

Com base nos artigos encontrados foram utilizados os seguintes eixos para análise em cima do fator biológico na gagueira, a gestão em saúde, o fator linguístico, a intervenção, os pais, a escola e a pesquisa.

Resultado

Os resultados encontrados foram organizados em dois blocos: informações quanto à metodologia e quanto aos temas pesquisados nos artigos.

1 Quanto à metodologia

No quadro 1, apresenta-se a distribuição quanto ao ano de publicação e país, bem como as informações a respeito do tipo de estudo e idade dos sujeitos dos artigos.

Utilizando os descritores *stuttering*, *child*, *preschool* e *prevention* em inglês e gagueira, criança, pré-escolar e prevenção, em português foram encontrados dezesseis artigos, sendo que nove são dos últimos dez anos e os demais distribuídos de 1965 a 2008. O maior número de estudos, tem sido na última década.

Foram publicados mais artigos nos EUA, onde foram encontrados nove, e somente um no Brasil. Os tipos de estudos que mais se destacaram foram o

longitudinal e o de revisão. Quanto as idades, onze estudos iniciam com crianças aos dois anos e seguem até seis anos, indicando que a prevenção é mais estudada nesta faixa etária.

2 Quanto aos temas pesquisados

Para categorizar os temas pesquisados junto à prevenção em gagueira, os artigos foram distribuídos em sete grupos: *fator biológico*, *gestão em saúde*, *fator linguístico*, *intervenção*, *país*, *escola* e *pesquisa*. Dos 16 artigos selecionados foram encontrados 21, quatro são referentes ao fator biológico, três referentes à gestão em saúde, um ao fator linguístico, quatro com relação a intervenção, um com o tópico central voltado a país, dois enfocando a escola e um voltado para pesquisa. Foram abordadas todas essas categorias e cada artigo classificado de acordo com o enfoque dado na prevenção em gagueira.

Abaixo é apresentado o quadro 2 com o título de cada artigo que foi encontrado com seus respectivos autores, ano e tema abordado nesse estudo.

2.1 Fator biológico

Por ser o fator biológico o assunto mais em evidência na pesquisa dos artigos, será o primeiro a ser abordado. Temos em Mawson, Radford, Jacob (2016)⁴ a hipótese de que gagueira desenvolvimental persistente em crianças de 2 a 4 anos é um distúrbio neuromotor resultante de lesão hipóxico-isquêmica perinatal ou tardia (HII) e que a gagueira crônica e seus correlatos comportamentais são manifestações de transientes recorrentes, episódios isquêmicos que afetam as vias fonoaudiológicas. O artigo também sugere que intervenções para aumentar a perfusão cerebral diretamente poderiam ser eficazes tanto no tratamento da gagueira quanto na sua prevenção no momento do nascimento ou posterior trauma.

Em Mahurin-Smith e Ambrose (2013)⁵ investigou-se a hipótese de que a amamentação na infância pode proteger contra a gagueira persistente em crianças devido ao perfil de ácidos graxos do leite humano, com seu potencial para afetar tanto a expressão gênica quanto a composição do tecido neural, porém mais pesquisas são necessárias. Ambos os artigos trataram de prevenção em crianças pré-escolares sendo que o segundo artigo trata também de bebês. Boulet, Schieve e Boyle, (2011)⁶ avaliaram a associação entre a distribuição do peso ao nascer e a prevalência de deficiências específicas do desenvolvimento e medidas relacionadas à utilização de serviços de educação especial e de saúde em crianças americanas. Foram observadas tendências de diminuição da prevalência dessas deficiências específicas do desenvolvimento, como a gagueira, como indicador com o aumento do peso ao nascer até um platô.

Em Jones⁷ foi verificado que altos níveis de ansiedade após cirurgia podem levar à regressão no desenvolvimento mental de uma criança, incluindo a gagueira, que é uma regressão a um padrão de fala mais precoce e falha no desenvolvimento de fala fluente. Dois casos são relatados em que as crianças desenvolveram gagueira após tratamento inadequado ou abusivo pelos departamentos de anestesia dos hospitais em que foram operados para estrabismo. Caso houvesse um cuidado no pré-operatório por parte da equipe cirúrgica para redução do nível de ansiedade dos pacientes, possivelmente diminuiria o risco de gagueira. Esses últimos dois artigos também tratam de prevenção ligada diretamente a crianças.

2.2 Gestão em saúde

Os próximos achados fazem parte do tema gestão em saúde, no qual foram encontrados dois artigos que se relacionam com a prevenção da gagueira. Segundo Boyle, Boulet, Schieve, Cohen, Blumberg, Yeargin-Allsopp et al⁸ o número de crianças americanas com deficiências de desenvolvimento selecionadas (gagueira, autismo, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e outros atrasos no desenvolvimento) aumentou num período de doze anos, exigindo mais serviços de saúde e educação.

Segundo Boulet, Boyle e Schieve⁹ as deficiências de desenvolvimento afetam profundamente a saúde e o funcionamento das crianças. Esses dados podem informar estratégias de prevenção direcionadas baseadas em evidências para minimizar as limitações funcionais e a incapacidade vitalícia. Fibiger, Peters, Euler e Neumann¹⁰ afirmam que a Associação Internacional de Logopedia e Foniatria (IALP) avaliou o status da terapia de distúrbios de fluência, oportunidades de serviço e educação de logopedistas, (fonoaudiólogos) com uma pesquisa por correio na Europa Oriental. A terapia da gagueira para crianças está disponível em muitos países e é frequentemente fornecida pelo sistema educacional na Europa Oriental. A terapia para adultos é oferecida melhor pelos serviços de saúde, mas não está satisfatoriamente disponível em todos os lugares.

Os artigos apresentados acima retratam uma carência no quadro de gestão em saúde frente às deficiências do desenvolvimento e também mostram a falta de programas que estejam engajados na prevenção de disfluência em crianças.

2.3 Fator linguístico

Em Tarkowski, Humeniuk e Dunaj¹¹ é apresentada uma revisão das pesquisas mais recentes sobre gagueira em idade pré-escolar. A pesquisa diz respeito principalmente ao fator linguístico e está focada na disfluência da fala, enquanto os estudos sobre os fatores biológicos, psicológicos e sociais são insuficientes. A pesquisa sobre as relações entre eles é rara. Apesar dos esforços de vários pesquisadores, o diagnóstico diferencial da gagueira pré-escolar e da disfluência natural da fala ainda é controverso, assim como a intervenção terapêutica precoce. Na pesquisa, geralmente é omitido que a essência da disfluência da fala é a sua mutabilidade. Ela aparece e desaparece continuamente. As causas desse fenômeno misterioso ainda são desconhecidas.

Aqui, o fator linguístico e o tipo de prevenção que está sendo abordada tem a ver diretamente com a criança. A prevenção a gagueira se dá nesse contexto de diagnosticar precocemente e de forma exata. O diagnóstico diferencial entre disfluência comum e gagueira, se feito logo, e detectada disfluência gaga, a intervenção pode começar logo prevenindo de piores consequências na fala da criança.

2.4 Intervenção

Com relação à intervenção da gagueira e a prevenção, foram encontrados quatro artigos. Segundo Shenker e Santayana¹² o tratamento da gagueira durante os anos pré-escolares é considerado a melhor prevenção para persistência da gagueira crônica. Entretanto, muitos clínicos não se sentem à vontade para tratar a gagueira e podem estar confusos sobre a escolha de uma intervenção. É fornecido uma atualização dos tratamentos contemporâneos e discutido questões relacionadas ao momento do tratamento.

Franken¹³ observou que durante os últimos cinquenta anos, três fases puderam ser distinguidas no controle da gagueira desenvolvimental, caracterizada por uma mudança no estresse dos fatores ambientais para o papel dos fatores orgânicos, isto é, não-psicológicos. Desde 2000, uma abordagem foi introduzida na Holanda, na qual os pais são ensinados a responder verbalmente a fala fluente e não fluente. Ênfase é dada ao discurso fluente recompensador, como no Programa Lidcombe Australiano¹⁴, mas os pais também são ensinados a reagir à fala gaguejada esporadicamente. Atualmente, o tratamento precoce é aceito como uma forma de prevenir a gagueira crônica, mesmo que isso signifique que algumas crianças serão tratadas e que, de qualquer maneira, a recuperação exata ainda não está clara. A prática clínica mostra que o tratamento precoce quase sempre consegue limitar a gravidade da gagueira a uma forma leve.

Os autores Madeiras, Shearsby, Onslow e Burnham¹⁴ afirmam que o Programa Lidcombe é um tratamento operante para a gagueira em crianças pré-escolares para as quais foram publicados dados de resultados favoráveis e validade social. O tratamento envolve o elogio dos pais para a fala livre de gagueira em ambientes de fala cotidiana das crianças, e correção ocasional de fala gaguejada. Perspectivas teóricas sobre as origens da gagueira geraram sugestões de que o Programa Lidcombe pode ter um impacto psicológico negativo sobre as crianças. De fato, dados do CBCL (*Child Behavior Checklist*) sugeriram melhorias nas crianças após o tratamento. Conclui-se que não há razão para duvidar que o Programa Lidcombe seja um tratamento seguro. Nos três artigos acima mencionados, pudemos evidenciar os benefícios que o tratamento em gagueira pode trazer, mesmo que não leve a cura total, a melhora é sempre visível. Portanto, a prevenção aqui está direcionada às crianças, mas também como no caso do Programa Lidcombe envolvendo os pais nesse contexto.

Os autores Azrin e Nunn¹⁵ descreveram um procedimento de reversão do hábito para eliminar hábitos de inquietude aplicado ao problema da gagueira. No novo procedimento, o orador interrompeu sua fala em momentos de gagueira real ou antecipada e em pontos de pausa naturais, e voltou a falar imediatamente após respirar profundamente durante a pausa. Além dessa pausa e respiração regularizadas, o programa incluiu outros fatores como formulação de pensamentos antes de falar, identificação de situações propícias à gagueira, identificação de maneirismos associados à gagueira, falas por curtos períodos quando tensos ou nervosos, exercícios respiratórios diários, procedimentos de relaxamento para ansiedade, exibição imediata de conversas melhoradas e apoio da família para o progresso.

O resultado foi que cada um dos clientes melhorou em pelo menos 93%. O novo procedimento parece ser mais rápido e eficaz do que os procedimentos alternativos. Importante salientar que participaram deste estudo desde crianças de quatro anos até adultos de sessenta e quatro anos, o que nos leva a acreditar que tais procedimentos além de serem aplicáveis a qualquer faixa etária, são eficientes em todas elas, inclusive em crianças pré-escolares.

A intervenção precoce já é a própria forma de prevenir a gagueira. Quanto antes se diagnosticar o tipo de disfluência na criança, melhor para o seu acompanhamento terapêutico futuro caso seja disfluência gaga. Se a criança tiver uma disfluência comum, já está livre de um possível tratamento na clínica fonaudiológica. As intervenções propostas acima são preventivas para gagueira de forma que se mais precoce a intervenção melhores os resultados.

2.5 Pais

Com referência a pais, somente um artigo foi encontrado sobre este tema. De acordo com os autores Miles e Ratner¹⁶ muitos programas para o gerenciamento indireto da gagueira na infância recomendam o ajuste dos modelos de linguagem dos pais, presumindo-se que exerçam uma influência exacerbante na fluência das crianças vulneráveis. Foram examinados os níveis relativos de demanda linguística em linguagem materna para crianças gagas e não gagas, ajustadas para o nível atual de desenvolvimento linguístico de cada criança. Nenhuma diferença significativa ou observável foi detectada no nível relativo de demanda linguística representada pelos pais de crianças gagas muito próximas do início dos sintomas. A prevenção em gagueira se dá aqui a partir do momento que a criança começa a gaguejar e os pais se colocarem como observadores desse hábito, intervindo e já direcionando a criança para a clínica fonoaudiológica. Presumimos então que não há um grande impacto dos pais sobre o início da gagueira, só poderão ser úteis no estágio da prevenção da piora da gagueira no tratamento.

2.6 Escola

Quanto ao tema 'escola', foram encontrados dois artigos, o primeiro deles de Boyle, Decouflé e Yeargin-Allsopp¹⁷. Este trabalho trata de um estudo realizado nos Estados Unidos, examinando dados relativos a prevalência de deficiências de desenvolvimento e seu impacto em crianças de zero a dezessete anos. Através de uma entrevista pessoal estruturada com um dos pais ou outro familiar adulto, foram examinadas: surdez ou dificuldade auditiva, cegueira, epilepsia ou convulsões, gagueira e outras alterações de fala, paralisia cerebral, atraso no crescimento ou desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais ou comportamentais.

O impacto foi definido por medidas de saúde, desempenho e frequência escolar e a utilização da atenção em saúde. Em torno de 17% das crianças nos Estados Unidos apresentam alguma deficiência no desenvolvimento. A extensão desse impacto foi muito maior entre crianças com deficiências múltiplas ou com paralisia cerebral, epilepsia ou convulsões, atrasos no crescimento e desenvolvimento ou problemas emocionais ou comportamentais. O impacto no desempenho escolar foi maior nas crianças que relataram ter dificuldades de aprendizagem.

Wyatt¹⁸ refere que desvios ou distúrbios do desenvolvimento, como a gagueira, interferem de maneira marcante na adaptação inicial da escola. Se não houver ajuda adequada, os sintomas podem aumentar em gravidade e interferir na realização e adaptação social das crianças envolvidas. Com relação ao gênero, o estudo mostrou que a gagueira ocorre em 75% de meninos e 25% de meninas. Desta forma, pode-se inferir que a gagueira também deva ser prevenida dentro das escolas desde cedo, para que a criança não sofra com as consequências futuras. Esse artigo tratou de prevenção em crianças e na escola, bem como o anterior.

A prevenção da gagueira nesses casos, ocorre desde a entrada da criança na escola de maneira que professores e funcionários da escola estarão atentos a essa escuta e poderão ajudá-la e direcioná-la a um possível tratamento e até mesmo intervir em questões psicológicas e emocionais dando suporte à deficiência frente as dificuldades de sociabilização com colegas e professores, prevenindo ainda mais dificuldades futuras.

2.7 Pesquisa

A pesquisa é mais um tema verificado nos artigos. Carvalho e Friedman¹⁹ descreveram as características da produção científica internacional sobre gagueira publicada em periódicos no período entre 2005 e 2010. Pesquisa documental em que se analisaram artigos *online*, considerando-se: distribuição da frequência por período, temática, vertente epistemológica, procedimento metodológico e faixa etária. A conclusão que chegaram é que a produção internacional sobre gagueira apresenta crescimento discreto. Faltam pesquisas sobre prevenção e promoção de saúde, delineamentos de *Estudo de Caso Clínico* e estudos sobre adolescentes.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento inicial da fala de algumas crianças pode ser marcado por rupturas. Isso ocorre como parte do processo de aquisição motora da linguagem, e tem curta duração. Tais disfluências iniciam-se entre os 2 e 5 anos de idade e duram até oito ou dez semanas, geralmente. O diagnóstico diferencial para gagueira deve ser realizado imediatamente após essas oito semanas. Se as rupturas não diminuírem e até mesmo aumentarem poderá não ser uma disfluência comum, e sim, um transtorno, a gagueira do desenvolvimento¹. Esse diagnóstico é pouco realizado, pois trata de prevenção e possível intervenção na gagueira. Além disso, foi verificado que esse diagnóstico de disfluência comum e gagueira é de difícil diferenciação. Os estudos aqui analisados detectam que a prevenção em gagueira na criança em idade pré-escolar não possui muitos estudos e investigações.

Verificando a situação educacional e o impacto no desempenho escolar verificou-se que esse fator foi maior nas crianças que relataram não necessariamente possuírem gagueira, mas sim, ter alguma dificuldade de aprendizagem, o que poderia estar associado¹⁷. Também foi relatado que desvios ou distúrbios do desenvolvimento, como a gagueira, interferem de maneira marcante na adaptação inicial da escola, e a prevalência sendo maior em meninos que meninas¹⁸. Um estudo nos EUA afirmou que essas doenças do desenvolvimento aumentaram, num período de 12 anos, exigindo mais serviços de saúde e educação⁸. Já um estudo da Europa Oriental afirma ter tratamento para gagueira no sistema educacional para crianças¹⁰, mas não citam prevenção dentro das escolas, bem como todos esses outros estudos^{17,18,8}.

Também não foram encontrados artigos que relacionem crianças pré-escolares, prevenção e professores. Porém, para complementar os achados, foi encontrado na literatura fora esses estudos já vistos nesse trabalho, que não só para crianças pré-escolares que existe a necessidade de reforçar as ações fonoaudiológicas na escola, mas também a parceria entre fonoaudiólogos e professores. Existe uma carência de informações sobre aquisição de linguagem e desenvolvimento da escrita em crianças no geral²⁰.

Falando de pais e associando a prevenção em gagueira de crianças pré-escolares encontrou-se somente um estudo voltado para essa preocupação, sendo que trata exatamente de não haver relação entre sinais iniciais de gagueira e fala dos pais¹⁶. Porém, o que poderia ser feito, assim que detectada a gagueira, é a adesão dos pais ao tratamento, como cita no Programa Lidcombe Australiano. Isso ocorre para auxiliar no processo de intervenção terapêutica e melhora da gagueira. Assim, já estaríamos considerando essa intervenção junto da prevenção¹⁴, pois feito o diagnóstico de gagueira o tratamento já estaria prevenindo de uma possível piora dos sinais e sintomas de gagueira.

Na clínica fonoaudiológica, acontece da mesma forma que citado acima: quanto mais precoce a intervenção, melhores os resultados terapêuticos. Isso foi detectado em dois dos estudos vistos que tratam de intervenção^{12, 13}. Na literatura, verifica-se que a orientação fonoaudiológica realizada com familiares de crianças com gagueira favorece a promoção da fluência na fala da criança, mostrando-se relevante na área da fluência infantil²¹. Esse achado corrobora com outros dois estudos encontrados nos resultados deste trabalho, sendo que um deles é o estudo que discute o Programa Lidcombe que é uma intervenção que necessita da adesão dos pais junto a criança favorecendo sua melhora na fluência e minimiza os sintomas da gagueira^{13,14}.

CONCLUSÃO

Com a presente pesquisa foi possível verificar que há poucos estudos sobre ações de prevenção em gagueira com crianças pré-escolares especificamente com os pais, escola e na clínica fonoaudiológica.

Os temas mais encontrados foram os estudos que abrangiam o fator biológico, a gestão em saúde e intervenção em gagueira. Os achados mais relevantes dessas categorias no que diz respeito ao fator biológico são os fatores de risco para gagueira vistos em todos os artigos com a exceção de um deles onde mostra a amamentação como um fator de proteção e prevenção da gagueira. Nos estudos da categoria gestão em saúde, chega-se a uma conclusão da escassez dos serviços de saúde e educação quanto a prevenção de gagueira e naqueles que estudam diretamente a intervenção na gagueira, um ponto em comum nessa questão, quanto mais precoce o tratamento, melhor para se obter bons resultados.

Entre os 2 e 5 anos, período de plena aquisição de linguagem, são decisivas as ações preventivas ou terapêuticas para o posterior desenvolvimento social, escolar e intelectual da criança. Torna-se necessário realizar e intensificar ações de prevenção da gagueira nesta faixa etária, principalmente no Brasil.

QUADRO 1

Ano de publicação	Origem	Tipo de estudo	Faixa etária dos sujeitos
2018	Canadá	revisão	2 a 5 anos
2016	EUA	revisão	2 a 4 anos
2013	EUA	longitudinal	2 a 6 anos
2013	Brasil	revisão	0 a 10 anos e adultos
2011	EUA	longitudinal	3 a 17 anos
2011	EUA	longitudinal	3 a 17 anos
2010	Polônia	revisão	2 a 5 anos
2009	EUA	longitudinal	3 a 17 anos
2008	Dinamarca	descritivo	2 a 5 anos e adultos
2004	Holanda	revisão	2 a 5 anos
2002	Austrália	longitudinal	2 a 5 anos
2001	EUA	transversal	2 a 5 anos
1994	EUA	transversal	0 a 17 anos
1986	Reino Unido	relato de caso	2 a 4 anos
1974	EUA	longitudinal	4 a 64 anos
1965	EUA	revisão	2 a 4 anos

QUADRO 2

Artigo	Autores	Ano	Assunto
Em direção a uma teoria da gagueira.	Mawson, Radford, Jacob	2016	Fator biológico
A amamentação pode proteger contra a gagueira persistente.	Mahurin-Smith e Ambrose	2013	Fator biológico
Peso ao nascer e resultados de saúde e desenvolvimento em crianças norte-americanas, 1997-2005.	Boulet, Schieve e Boyle	2011	Fator biológico
Gagueira como uma complicação da cirurgia de estrabismo.	Jones	1986	Fator biológico
Tendências na prevalência de deficiências de desenvolvimento em crianças norte-americanas, 1997-2008.	Boyle, Boulet, Schieve, Cohen, Blumberg, Yeargin-Allsopp et al.	2011	Gestão em saúde
Uso de cuidados de saúde e saúde e impacto funcional de deficiências de desenvolvimento entre crianças dos EUA, 1997-2005.	Boulet, Boyle, Schieve	2009	Gestão em saúde
Saúde e serviços humanos para pessoas que gaguejam e educação de logopedistas em países do Leste Europeu.	Fibiger, Peters, Euler, Neumann	2008	Gestão em saúde
Gagueira em idade pré-escolar: um levantamento de estudos	Tarkowski, Humeniuk e Dunaj	2010	Fator linguístico
Quais são as opções para o tratamento da gagueira em crianças pré-escolares?	Shenker e Santayana	2018	Intervenção
Cinquenta anos de tratamento da gagueira em crianças pequenas	Franken MC	2004	Intervenção
Impacto psicológico do Programa Lidcombe de intervenção precoce na gagueira.	Madeiras, Shearsby, Onslow e Burnham	2002	Intervenção
Um método rápido de eliminar a gagueira por uma abordagem de respiração regulada.	Azrin e Nunn	1974	Intervenção
Entrada de linguagem dos pais para crianças no início da gagueira.	Miles, Ratner	2001	Pais
Prevalência e impacto na saúde de deficiências de desenvolvimento em crianças americanas.	Boyle, Decouflé, Yeargin-Allsopp	1994	Escola
Distúrbios de fala e linguagem em pré-escolares: uma abordagem preventiva.	Wyatt	1965	Escola
Análise da produção científica internacional sobre gagueira.	Carvalho e Friedman	2013	Pesquisa

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CMC, Bohnen AJ. Diagnóstico diferencial dos distúrbios da fluência. Em: Lamônica DAC, Britto DB de O e. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. São Paulo: Booktoy. 2017;177-182.
2. Oliveira BV, Domingues CEF, Juste FS. Gagueira desenvolvimental persistente familiar: perspectivas genéticas. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17 (4):489-494.
3. Merçon S.M.A.; Nembr K. Gagueira e disfluência comum na infância: análise das manifestações clínicas nos seus aspectos qualitativos e quantitativos. RevCEFAC.São Paulo, Apr/Jun 2007;9(2).
4. Mawson AR, Radford NT, Jacob B. Toward a Theory of Stuttering.Eur Neurol.2016 Out;76(5-6):244-251.

5. Mahurin-Smith J, Ambrose NG. Breastfeeding may protect against persistent stuttering. *J Commun Disord.* 2013; Jul-Aug; 46 (4): 351-60.
6. Boulet SL, Schieve LA, Boyle CA. Birth weight and health and developmental outcomes in US children, 1997-2005. *Matern Child Health J.* 2011; 15 (7): 836-44.
7. Jones ST. Stuttering as a complication of strabismus surgery. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 1986 Jan/Feb; 23 (1): 38-40.
8. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatric.* 2011; 127 (6): 1034-42.
9. Boulet SL, Boyle CA, Schieve LA. Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997-2005. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163 (1): 19-26.
10. Fibiger S, Peters HF, Euler HA, Neumann K. Health and human services for persons who stutter and education of logopedists in East-European countries. *J Fluency Disord.* 2008 Mar; 33 (1): 66-71.
11. Tarkowski Z, Humeniuk E, Dunaj J. Stuttering in preschool age: a survey of studies. *Psiquiatric Pol.* 2010 Set/Oct; 44 (5): 703-12.
12. Shenker RC, Santayana G. What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children? *Semin Speech Lang.* 2018 Sep; 39(4):313-323.
13. Franken MC. Fifty years of treating stuttering in young children. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2004 Aug; 148(33):1622-6.
14. Madeiras S, Shearsby J, M Onslow, Burnham D. Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Int J Lang Commun Disord.* 2002 Jan-Mar; 37 (1): 31-40.
15. Azrin NH, Nunn RG. A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach. *Behav Res Ther.* 1974 Nov; 12(4):279-86.
16. Miles S, Ratner NB. Parental language input to children at stuttering onset. *J Speech Lang Ouvir Res.*, 2001 Oct; 44 (5): 1116-30.
17. Boyle CA, Decouflé P, Yeargin-Allsopp M. Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children. *Pediatric*, 1994 Mar; 93 (3): 399-403.
18. Wyatt GL. Speech and language disorders in preschool children: a preventive approach. *Pediatrics.* 1965 Oct; 36(4):637-47.
19. Carvalho A V, Friedman S. Análise da produção científica internacional sobre gagueira. *Rev CEFAC.* São Paulo, 2013 Set/Out; 15, n.5.

20. Maranhão PCS, Pinto SMPC, Pedruzzi CM. Fonoaudiologia e educação infantil: uma parceria necessária. Rev CEFAC. 2009 Jan-Mar; 11(1):59-66.

21. Oliveira CMC, Yasunaga CM, Sebastião LT, Nascimento EM. Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010; 15(1): 115-24.

Anexo I

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:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Submeter no campo documento suplementar a carta de aprovação do Comitê de Ética da instituição de origem, no caso de pesquisas com seres humanos.
5. 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.
6. 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.
7. 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, 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). 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

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.

Dúvidas: entrar em contato com o e-mail: revistadic@gmail.com

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
3. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação pelos Pares Cega foram seguidas](#).

Declaração de Direito Autoral

Os autores concedem à revista todos os direitos autorais referentes aos trabalhos publicados. Os conceitos emitidos em artigos assinados são de absoluta e exclusiva responsabilidade de seus autores.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.