



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

AMANDA LIMA E LIRA

**ALTERAÇÕES MIOFUNCIONAIS OROFACIAIS EM CRIANÇAS
COM RISCO PARA DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO**

**BRASÍLIA-DF
2021**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

AMANDA LIMA E LIRA

**ALTERAÇÕES MIOFUNCIONAIS OROFACIAIS EM CRIANÇAS
COM RISCO PARA DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Fonoaudiologia, pela Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia, sob orientação da Profa. Dra. Melissa Nara de Carvalho Picinato-Pirola e coorientação da Profa. Dra. Camila de Castro Corrêa.

BRASÍLIA-DF

2021

AMANDA LIMA E LIRA

**ALTERAÇÕES MIOFUNCIONAIS OROFACIAIS EM CRIANÇAS COM RISCO
PARA DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO**

***OROFACIAL MYOFUNCTIONAL ALTERATIONS IN CHILDREN AT RISK FOR
SLEEP-DISORDERED BREATHING***

Data da defesa: 19 outubro de 2021

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Melissa Nara de Carvalho Picinato-Pirola
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
Orientadora

Profa. Dra. Camila de Castro Corrêa
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
Coorientadora

Fga. Esp. Marieli Timpani Bussi
Especialista em Motricidade Orofacial
Fonoaudióloga do Ambulatório Multidisciplinar de Distúrbios do Sono da
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Examinadora

**BRASÍLIA-DF
2021**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	5
1.1 PREFÁCIO	5
CAPÍTULO 2	8
2.1 APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO	8
2.2 RESUMO	10
2.3 ABSTRACT	11
2.4 INTRODUÇÃO	12
2.5 MÉTODO	14
2.6 RESULTADOS	17
2.7 DISCUSSÃO	18
2.8 CONCLUSÃO	22
2.9 AGRADECIMENTOS	23
3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
4 QUADROS/TABELAS	27
5 ANEXOS	30
5.1 APÊNDICE A	30
5.2 APÊNDICE B	32
5.3 ANEXO A	33
5.4 ANEXO B	34
5.5 ANEXO C	36
5.6 ANEXO D	38
5.7 ANEXO E	39
5.8 ANEXO F	40

CAPÍTULO 1

1.1 PREFÁCIO

A Fonoaudiologia esteve presente na minha vida desde os 3 anos de idade, quando necessitei de cuidados durante o meu desenvolvimento infantil. Aos 15 anos, tive um contato com uma fonoaudióloga durante o tratamento de câncer da minha avó Josefina Lima (*in memoriam*), contudo não entendia muito bem do que se tratava. A área da saúde sempre me chamou muito atenção, desde a infância. Passei no vestibular da Universidade de Brasília após 1 ano e meio de muito estudo e dedicação, sempre foi um grande sonho para mim, e desde então, a atuação da Fonoaudiologia dentro da Pediatria vem despertando meu interesse.

Ao longo do curso pude conhecer a quão ampla é a atuação fonoaudiológica e todo o seu potencial de crescimento. Tive a honra de ser aluna de grandes professores que são referência para mim e carregarei comigo todo o aprendizado que me foi confiado. Fiz amizades que também levarei comigo e com muita admiração “gritarei” aos quatro ventos o quão competentes e especiais elas são. Todos eles foram sem dúvidas, fundamentais nessa árdua caminhada.

Em junho de 2019, após ir ao Encontro Brasileiro de Motricidade Orofacial, eu e Giovanna Régis assistimos uma palestra sobre Fonoaudiologia do sono e Motricidade Orofacial, fato que nos motivou a procurarmos a Profa. Dra. Melissa Picinato-Pirola para realizarmos uma pesquisa, que culminaria no nosso Trabalho de Conclusão de Curso. Como coincidência ou destino, a Profa. Dra. Camila Corrêa havia chegado recentemente à Brasília e possuía a linha de pesquisa que estávamos buscando. Com a sua parceria, um grande desafio iniciamos.

Procuramos o bibliotecário da FCE Francisco Rafael e realizamos um treinamento em bases de dados, o qual foi de grande gentileza e ajuda nesse universo da pesquisa. Para compor nosso projeto tivemos a chegada da nossa colega Thaynara Lemos, com objetivo de associarmos a Motricidade Orofacial com a Linguagem dentro da Fonoaudiologia do Sono. Nosso projeto então passou a se chamar “Desempenho Miofuncional Orofacial e de memória associados às queixas de sono em escolares”. Noites em claro passamos e um projeto extenso foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ceilândia.

Muitos foram os desafios enfrentados até o presente momento. No meio de tudo isso chegou a pandemia de Covid-19, veio o choque e a frustração de não podermos ir até a escola para avaliar e ter contato com as crianças. No início pensamos que duraria apenas 1 semestre, mas o cenário foi se agravando e todos nós tivemos que adaptar nossas atividades de ensino e pesquisa da Universidade, nossa segunda casa. Tivemos que readaptar todo o projeto e a nossa coleta de dados, contudo, conseguimos aprovação em PIBIC's e em anais de congressos.

Entretanto, outro desafio enfrentamos: coleta de dados virtual e dificuldades para atingirmos o número de participantes proposto. Veio a fase de análise de dados, onde muitos dados precisariam ser discutidos e analisados, até culminar no presente artigo que escrevo.

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus anjos da guarda, por me darem forças nos momentos de fraqueza e por todas as bênçãos e proteção;

Agradeço à minha família por todo amor, em especial minha mãe Ana Sheyla Pedreira por ser meu alicerce, por sempre batalhar para que eu tivesse a melhor educação e por ser o meu exemplo de dedicação e cuidado;

Agradeço a todos os pais e familiares que se voluntariaram a participar da nossa pesquisa;

Agradeço à coordenação da Escola Classe 45 de Ceilândia por nos permitir realizar o estudo;

Agradeço à colega Raíssa Magalhães por nos ajudar com o design gráfico do projeto;

Agradeço à minha grande amiga Giovanna Régis por estar ao meu lado desde o início da graduação, e ter aceitado vencer esse desafio juntas, desde a elaboração até a conclusão do projeto;

Agradeço à colega Thaynara Lemos pela parceria e contribuição no projeto;

Agradeço às minhas amigas da Fono-UnB, Gabryella Nery, Joceli Fiamoncini, Nataly Santana, Bianca Milhomem, Gabriela Duarte e Geórgia Muniz, por toda a cumplicidade e parceria, tanto em momentos bons quanto difíceis;

Agradeço a compreensão das minhas amigas fora da Universidade pelos momentos de ausência;

Agradeço aos preceptores de estágio, pelas experiências e conhecimentos compartilhados;

Agradeço a todos os professores da minha vida inteira que também contribuíram de uma forma direta e indireta para que eu chegasse até aqui;

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte financeiro;

Agradeço à minha orientadora Profa. Melissa Picinato por toda a paciência e compreensão nos meus momentos difíceis, por todo o apoio e incentivo até aqui.

Agradeço à minha coorientadora Profa. Camila Corrêa pela disponibilidade, conhecimentos compartilhados e tantas oportunidades de pesquisa;

Agradeço à Fonoaudióloga especialista Marieli Bussi, por ter aceitado o convite de participar da banca e pelas suas contribuições em nosso trabalho;

Sinto uma enorme gratidão ao concluir uma importante fase da minha vida e por todas as conquistas e desafios superados.

CAPÍTULO 2

2.1 APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

ALTERAÇÕES MIOFUNCIONAIS OROFACIAIS EM CRIANÇAS COM RISCO PARA DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO

OROFACIAL MYOFUNCTIONAL ALTERATIONS IN CHILDREN AT RISK FOR SLEEP-DISORDERED BREATHING

Amanda Lima e Lira

Graduanda do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Camila de Castro Corrêa

Professora Adjunta do curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal e Professora voluntária da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Melissa Nara de Carvalho Picinato-Pirola

Professora Adjunta do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Departamento onde o Trabalho foi realizado: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

Autora responsável: Profa. Dra. Melissa Nara de Carvalho Picinato-Pirola

Endereço: Faculdade de Ceilândia. Campos Universitário – Centro Metropolitano, Ceilândia Sul, Brasília – DF. CEP: 72220-275

Telefone: +55 (61) 3107-8440.

E-mail: melissapicinato@yahoo.com.br

Conflitos de interesse: Não há

Fonte Financiadora: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Autoria:

1. Concepção e delineamento do estudo: autoras CCC e MNCPP;
2. Coleta, tabulação, análise e interpretação dos dados: autoras ALL, CCC e MNCPP;
3. Redação e revisão do artigo: autoras ALL, CCC e MNCPP;
4. Aprovação da versão final a ser publicada: CCC e MNCPP.

Agradecimentos: Ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de iniciação científica.

ALTERAÇÕES MIOFUNCIONAIS OROFACIAIS EM CRIANÇAS COM RISCO PARA DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO

OROFACIAL MYOFUNCTIONAL ALTERATIONS IN CHILDREN AT RISK FOR SLEEP-DISORDERED BREATHING

2.2 RESUMO

Objetivo: Identificar queixas de alterações miofuncionais orofaciais em crianças de seis a onze anos com risco para o diagnóstico de distúrbios respiratórios do sono e correlacioná-las com os hábitos de sono. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo, realizado com pais de crianças de ambos os sexos, em faixa etária escolar. Foi aplicado um formulário online em que consistiu em questões semiestruturadas/anamnese e na aplicação dos protocolos *Nordic Orofacial Test-Screening* - entrevista, *Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool* e *Children's Sleep Habits Questionnaire* - Versão em Portuguesa. A análise estatística foi realizada utilizando a Correlação de Spearman. **Resultados:** Conforme a análise realizada, verificou-se que os principais problemas de saúde relatados pelos pais foram asma, rinite, sinusite, ronco, respiração oral noturna isolada ou associada ao ronco. As queixas miofuncionais orofaciais encontradas foram relacionadas às funções de respiração, mastigação, deglutição e hábitos. Todos os protocolos utilizados se correlacionaram entre si de maneira positiva, evidenciando que o risco para distúrbios respiratórios do sono em crianças está relacionado às alterações miofuncionais orofaciais e à baixa qualidade de sono. **Conclusão:** As principais queixas miofuncionais orofaciais encontradas foram relacionadas ao sistema respiratório, visto que essas queixas podem levar a um possível risco para presença de distúrbios respiratórios do sono, comprometendo o equilíbrio das funções estomatognáticas e dos bons hábitos/qualidade de sono de crianças em faixa etária escolar.

Descritores: Criança; Sistema Estomatognático; Apneia Obstrutiva do Sono; Transtornos do Sono; Fonoaudiologia.

2.3 ABSTRACT

Purpose: Identify complaints of orofacial myofunctional alterations in children aged six to eleven years at risk for the diagnosis of sleep-disordered breathing and correlate them with sleep habits. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, quantitative study carried out with parents of children of both sexes, in school-age. An online form was applied which consisted of semi-structured questions/anamnesis and the application of protocols of the Nordic Orofacial Test-Screening – interview, Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool and Children Sleep Habits Questionnaire – Portuguese Version. Statistical Analysis was performed using Spearman´s Correlation. **Results:** According to the analysis performed, it was found that the main health problems reported by parents were asthma, rhinitis, sinusitis, snoring, nighttime mouth breathing, isolated or associated with snoring. The orofacial myofunctional complaints found were related to the functions of breathing, chewing, swallowing and habits. All the protocols used were positively correlated each other, showing that the risk of sleep-disordered breathing in children is related to orofacial myofunctional changes and poor sleep quality. **Conclusion:** The presence of orofacial complaints and sleep disorders can compromise the balance of stomatognathic functions in school-age children at risk of sleep-disordered breathing.

Keywords: Child; Stomatognathic System; Sleep Apnea, Obstructive; Sleep Disorders; Speech, Language and Hearing Sciences.

2.4 INTRODUÇÃO

Os distúrbios respiratórios do sono (DRS) são desordens que englobam aspectos caracterizados por Síndrome de Resistência das Vias Aéreas Superiores (SRVAS), ronco primário e Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)⁽¹⁾. Esta última se deve aos eventos rotineiros de bloqueio parcial ou total da passagem de ar no trato respiratório superior, em consequência de uma obstrução anatômica no tecido linfóide da faringe, favorecendo o seu colapso durante o sono⁽²⁾. Em crianças, as principais causas envolvidas se devem a fatores como hipertrofia de tonsilas faríngeas e palatinas, obesidade/sobrepeso, doenças neuromotoras e síndromes ou alterações do complexo craniofacial⁽¹⁻⁴⁾. Tais aspectos podem comprometer o desenvolvimento global de crianças, principalmente em fase escolar, acarretando em prejuízos de crescimento ponderal e craniofacial, cardiopulmonares, neuropsicomotores, comportamentais, hábitos orais deletérios, sonolência diurna excessiva e até outros transtornos e hábitos desfavoráveis ao sono reparador^(3,5,6).

O exame objetivo de referência mundial para estabelecer o diagnóstico de DRS é a polissonografia (PSG), entretanto, em decorrência de seu elevado custo e das dificuldades no acesso por grande parte da população mundial, a ciência nos últimos tempos vem avançando cada vez mais, para o desenvolvimento de questionários padronizados capazes de rastrear os riscos para DRS (e também para outros transtornos do sono), o que parece favorável ao elencar as prioridades para realização do exame e a importância do tratamento precoce quando necessário⁽⁷⁻¹¹⁾.

Sabe-se que para os DRS obstrutivos pediátricos, o tratamento padrão-ouro é a adenotonsilectomia⁽¹⁾. Todavia, os estudos mostram que mesmo após a realização da cirurgia muitas crianças continuam a apresentar alterações funcionais em seu sistema estomatognático, em decorrência do padrão orofacial antigo que possuíam antes da intervenção⁽¹²⁾, com alterações na estrutura craniofacial e na musculatura⁽¹³⁾, bem como nas funções de respiração, mastigação, deglutição e fala^(14,15).

Faz-se necessário portanto, uma avaliação orofacial estruturada e um acompanhamento com realização de terapia miofuncional orofacial, mesmo após a cirurgia de adenotonsilectomia para que seja alcançada fundamentalmente, uma boa qualidade de vida para a população pediátrica^(12,15). Tendo em vista as questões acima levantadas, este estudo se propôs identificar queixas de alterações miofuncionais

orofaciais em crianças de seis a 11 anos com risco para o diagnóstico de distúrbios respiratórios do sono e correlacioná-las com os hábitos de sono.

2.5 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo no qual participaram 71 pais ou responsáveis de crianças de uma escola pública da cidade de Ceilândia – Distrito Federal, do segundo ano pré-escolar ao quinto ano do Ensino Fundamental I, no período de outubro de 2020 a abril de 2021. A faixa etária incluiu crianças de seis a 11 anos de idade, de ambos os sexos. Os critérios de inclusão foram estudantes que estavam regularmente matriculados na instituição de ensino envolvida, possuísem idades entre seis a 11 anos, às quais seus respectivos responsáveis tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB), sob o parecer 4.227.063; bem como todo o formulário solicitado. Foram excluídas do estudo, as crianças que utilizavam medicações para estimular o sono, possuíam diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) e síndromes que comprometessem o desenvolvimento craniofacial e/ou neurocognitivo. Além disso, aquelas cujos pais ou responsáveis não se voluntariaram, não assinaram o TCLE ou preencheram de forma incompleta os questionários solicitados também foram excluídos.

A coleta de dados foi realizada de forma remota, em uma única etapa, sendo aplicado um formulário por meio da plataforma *Google Forms*. A pesquisa foi adaptada para coleta de dados online devido às medidas de isolamento social para segurança no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Desse modo, os pais ou responsáveis pelas crianças foram convidados a preencher questões semiestruturadas, contendo perguntas relacionadas à idade, sexo, peso, altura, saúde geral, doenças do aparelho respiratório, medicamentos, aspectos alimentares, síndromes, dificuldades de mastigação e deglutição, fundamentalmente. No mesmo formulário, também foram aplicados três protocolos, sendo eles: o *Nordic Orofacial Test-Screening (NOT-S)* - entrevista, traduzido e validado para o Português Brasileiro⁽¹⁶⁾, o *Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool Questionnaire (PosaST)* - instrumento traduzido e validado para a Língua Portuguesa⁽¹¹⁾ e o *Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT)* versão em português⁽⁵⁾.

O *Nordic Orofacial Test-Screening* (NOT-S)⁽¹⁶⁾ é um protocolo que pode ser aplicado em diversas faixas etárias e possui o objetivo de detectar/diagnosticar alterações miofuncionais orofaciais. Possui duas partes, a saber: a entrevista inicial, que contém aspectos referentes à (I) função sensorial, (II) respiração, (III) hábitos, (IV) mastigação e deglutição, (V) salivação e (VI) secura da boca, e o exame clínico. Para a presente pesquisa, foi utilizada somente a entrevista, com o intuito de rastrear possíveis disfunções oromiofuncionais. Dessa forma, cada domínio possui de um a cinco itens, que devem ser preenchidos com “X”, indicando presença de alteração, ou “0”, indicando ausência, podendo sofrer uma variação de zero a seis pontos (um a 12 para o protocolo completo), sendo as pontuações mais altas indicativas de alterações

O *Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool Questionnaire* (PosaST) – versão brasileira⁽¹¹⁾ possui alta sensibilidade para o rastreio de queixas de distúrbios respiratórios obstrutivos do sono em crianças na fase escolar e pré-escolar. Consiste basicamente em uma entrevista/questionário a ser realizado com os pais/responsáveis pelas crianças com sintomas de distúrbios respiratórios do sono. Ele é composto por seis questões, cujo padrão de resposta é baseado na frequência com que ocorrem os episódios: “nunca” (0), “raramente” (1 vez por semana), “ocasionalmente” (2 vezes por semana), “frequentemente” (3 a 4 vezes por semana) e “quase sempre” (mais do que 4 vezes por semana). Entretanto, apenas no item sobre intensidade do ronco, a pontuação é fundamentada em: “baixo” (0), “um pouco alto” (1), “alto” (2), “muito alto” (3) e “extremamente alto” (4). Após isso, deve ser calculada a média das 6 questões, utilizando a fórmula: $A = (Q1+Q2)/2$; $B = (A+Q3)/2$; $C = (B+Q4)/2$; $D = (C+Q5)/2$. Para análise final deve ser considerado o escore somatório = $(D+Q6)/2$, Sendo Q1 referente à questão 1 e assim sucessivamente, onde a pontuação $\geq 2,72$ representa um valor sugestivo de elevado risco para DRS.

O *Children’s Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT) é um questionário que foi adaptado para a língua portuguesa⁽⁵⁾ e possui a função de avaliar os hábitos do sono em crianças de 2 a 10 anos, por meio da percepção dos pais durante a semana anterior ou a mais próxima da avaliação. Essa versão é composta por 33 itens, que possuem 8 subescalas refletindo os seguintes domínios do sono: (1) resistência em ir para a cama (itens 1, 3, 4, 5, 6 e 8); (2) início do sono; (3) duração do sono (itens 9, 10 e 11); (4) ansiedade do sono (itens 5, 7, 8 e 21); (5) despertares noturnos (itens

16, 24 e 25); (6) parassonias (itens 12, 13, 14, 15, 17, 22 e 23); (7) distúrbios respiratórios do sono (itens 18, 19 e 20) e (8) sonolência diurna (itens 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33). A frequência em que ocorrem os comportamentos é classificada em: habitualmente (5-7 vezes por semana, valor total 3 pontos); às vezes (2-4 vezes por semana, valor total 2 pontos) e raramente (0-1 vez por semana, valor total 1 ponto). Os escores dos itens 1, 2, 3, 10, 11 e 26 são inversas, onde a pontuação mais alta representa uma maior alteração do sono, e assim foi estabelecido que 41 pontos de corte seja capaz de detectar a presença de um distúrbio do sono.

A análise estatística descritiva foi expressa no formato de média, desvio padrão e respectiva porcentagem. Com o objetivo de correlacionar os achados de motricidade orofacial, sono e distúrbios respiratórios obstrutivos do sono, foi aplicada a Correlação de Spearman entre os escores finais dos respectivos questionários NOT-S, CSHQ-PT e PosaST. O software utilizado foi o SPSS, versão 23 e o nível de significância adotado foi de 5%.

2.6 RESULTADOS

Conforme a análise realizada, foram incluídos 71 pais ou responsáveis de crianças. Dentre elas, 29 eram do sexo feminino (40,8%) e 42 do sexo masculino (59,2%), com média de idade de 8,52 anos. Apesar de todas as crianças apresentaram um baixo risco para DRS, na anamnese houve presença de problemas de saúde que foram relatados pelos pais, relacionadas às doenças do sistema respiratório, como asma (9,9%), rinite (4,2%), sinusite (8,5%), ronco (4,2%), respiração oral noturna (8,5%) e respiração oral noturna associada ao ronco (7,0%). Os dados estão descritos no **quadro 1**.

<Inserir quadro 1>

Em relação ao protocolo NOT-S as principais queixas miofuncionais orofaciais encontradas foram em relação aos domínios de respiração (35,2%), hábitos (33,8%), mastigação e deglutição (32,4%). Os resultados estão expressos na **tabela 1**.

<inserir tabela 1>

A partir da Correlação de Spearman foi possível observar que houve relação positiva entre o risco de desenvolver distúrbios respiratórios obstrutivos do sono (PosaST) e a presença de queixas miofuncionais orofaciais detectadas através da entrevista contida no protocolo NOT-S ($p=0,033$). Além disso, verificou-se que a presença de risco de distúrbio respiratório obstrutivo do sono (PosaST) está relacionada com a presença de alterações no sono (CSHQ-PT) ($p=0,007$). Este por sua vez também se relacionou de maneira positiva com a presença de queixas miofuncionais orofaciais (NOT-S) ($p=0,000$). Os resultados estão descritos na **tabela 2**.

<inserir tabela 2>

2.7 DISCUSSÃO

O presente estudo procurou levantar as queixas miofuncionais orofaciais relacionadas aos DRS, que são mais recorrentes em uma determinada população escolar, que mesmo pequena, demonstrou ser significativa, a partir dos relatos dos pais ou familiares mais próximos aos estudantes. Inicialmente foi aplicada uma anamnese com questões semiestruturadas, que foram preenchidas pelos pais ou responsáveis, a fim de investigar o histórico clínico dos estudantes, bem como sua inclusão ou exclusão da pesquisa. Dessa forma, o principal relato dos pais foi relacionado à presença de doenças do sistema respiratório descritas no **quadro 1**.

De acordo com a literatura, crianças em faixa etária pré-escolar e escolar que possuem um risco para DRS costumam apresentar ronco^(3,17,18,). Apesar da presente amostra ter sido de um baixo risco para DRS, foi possível encontrar resultados similares aos da literatura. Outros estudos trazem condições como rinite alérgica, sinusite e asma como fatores predisponentes para o desenvolvimento de DRS, e conseqüentemente podendo provocar obstrução na faringe e dificultando o fluxo ventilatório durante o sono^(9,18,19). Além disso, um estudo apontou a relação de hipertrofia de tonsilas e rinite alérgica em crianças de até 7 anos, sendo encontrado em (5,5%) dos casos⁽¹⁹⁾. Esse mesmo estudo encontrou a prevalência de sinusite (17,7%), respiração oral (12,9%), asma (9,1%) e roncos noturnos (5,7)⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que estes achados corroboram com o presente estudo, apesar da faixa etária estudada ser maior e de não terem sido realizados exames complementares e avaliações clínicas que diagnosticassem a presença de hipertrofia de tonsilas.

Em relação às principais queixas miofuncionais orofaciais encontradas na **tabela 1**, um estudo foi realizado com crianças brasileiras de oito a dez anos de uma escola pública, utilizando o NOT-S, porém sem associação direta com DRS, verificou que na entrevista 50,8% das crianças apresentavam dificuldades para mastigar alimentos sólidos e o ronco estava presente em 24,4%⁽²⁰⁾. Além disso, o estudo também mostrou que os domínios mais comprometidos foram mastigação e deglutição (50,5%), hábitos (41,4%) e respiração (26,4%)⁽²¹⁾, evidenciando que tais aspectos podem comprometer o desenvolvimento infantil. Destaca-se que apesar da não associação de maneira direta com os DRS, estes achados foram similares ao presente estudo.

Um fator que deve ser considerado é que em decorrência das medidas de segurança sanitária no combate à pandemia de Covid-19, não foi possível aplicar a parte de avaliação clínica proposta no protocolo NOT-S – fato que refuta alguns estudos da literatura^(14,16,20,21) que aplicaram o protocolo na íntegra a fim de estabelecer de forma mais precisa o diagnóstico de uma disfunção orofacial.

Em contrapartida, um outro estudo prévio foi realizado com crianças de seis a 11 anos com diagnóstico de apneia obstrutiva do sono e ronco primário em comparação às crianças saudáveis. Diferentemente do presente estudo, foi aplicado o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE), associado a exames de PSG e eletromiografia, e foi verificado que as crianças com apneia obstrutiva do sono apresentam alterações de força/contração, postura, mobilidade de músculos mastigatórios e coordenação, o que desfavorece o bom desempenho das funções de mastigação, deglutição e respiração, sendo esta predominantemente oral⁽¹²⁾. Ressalta-se que no presente estudo não foram utilizados exames objetivos e protocolos de avaliação a fim de determinar o aspecto das funções orofaciais alteradas, e não houve divisão dos participantes em grupo controle e grupo empírico.

Com a aplicação da versão brasileira do questionário PosaST foi verificado que todas as crianças do presente estudo apresentaram um baixo risco para DRS, fato que dificultou a divisão da população entre grupo de risco e grupo controle como propõe o instrumento. Entretanto, conforme descrito no estudo de validação brasileira⁽¹¹⁾, o questionário PosaST apresentou-se ser bastante sensível para rastrear principalmente os sintomas de DRS leve, que em 80% dos casos atinge a cura com o uso de medicações e/ou terapia miofuncional orofacial, sem haver necessidade da cirurgia de adenotonsilectomia. A escolha deste instrumento para o presente estudo se deve ao fato de possuir alta sensibilidade e especificidade, ser rápido e prático, onde inclui crianças em faixa etária pré-escolar e escolar. No Brasil, até o momento não foram encontrados outros estudos que aplicaram o PosaST, e além dele foi encontrado somente um único questionário que rastreia especificamente os DRS, entretanto também é capaz de incluir a população hebiátrica⁽²²⁾.

Um aspecto pertinente é que grande maioria dos questionários relacionados aos distúrbios do sono infantil foram elaborados para serem aplicados sob forma de entrevistas com os responsáveis das crianças, como uma alternativa de triagem ao acesso à PSG^(5,8,11), cujo exame é padrão-ouro e capaz de diagnosticar qualquer distúrbio do sono, incluindo determinar o tipo de DRS, bem como definir o grau da

obstrução faríngea a partir do Índice de Apneia e Hipopneia (IAH). Dessa forma, foi considerado no presente estudo o termo DRS, pois segundo os *guidelines* internacionais e revisões sistemáticas é o termo utilizado para expressar um grupo manifestações respiratórias durante o sono capazes de provocar interrupção do fluxo ventilatório nas vias aéreas superiores, ocasionando microdespertares^(1,9).

Conforme **tabela 2**, foi observado que todos os protocolos utilizados no presente estudo apresentaram correlações entre si. Entretanto, não foram encontrados na literatura estudos que aplicaram pelo menos dois dos três protocolos juntos, sendo o presente estudo inovador neste quesito. Desse modo foi possível observar que quanto maior o risco para presença de DRS, maiores serão os comprometimentos nas funções estomatognáticas. Apesar de não ter sido aplicado o PosaST e o NOT-S, um estudo realizado com 86 crianças brasileiras e italianas, na faixa etária de 4 a 11 anos de idade, utilizando outros instrumentos para rastreamento de DRS e queixas orofaciais, verificou que crianças DRS apresentavam alterações no complexo craniofacial e conseqüentemente nas funções orofaciais, mostrando a relação existente entre os dois aspectos⁽²³⁾. Além disso, outro estudo também evidenciou que há uma associação de queixas de DRS com alterações miofuncionais orofaciais⁽²⁴⁾, como destacou o presente estudo.

Em relação aos aspectos abordados na relação expressa entre o PosaST e o CSHQ-PT, evidenciou-se que quanto maior o risco de DRS maior será o prejuízo ocasionado na qualidade de sono, o que se deve ao comprometimento nos padrões de latência, duração e eficiência do sono, em crianças com DRS, provocando sonolência diurna excessiva e múltiplos despertares, conforme os relatos da literatura^(1,6).

Na correlação expressa entre os escores do NOT-S e do CSHQ-PT foi evidenciado que a presença de perturbações no sono influencia de maneira direta no equilíbrio das funções orofaciais. Achados similares foram encontrados na literatura, como em um estudo brasileiro que utilizou o NOT-S para investigar as queixas miofuncionais orofaciais, todavia ao invés do CSHQ-PT foi utilizado o Índice de qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), onde observou-se que 38% da amostra apresentou uma baixa qualidade de sono⁽²⁵⁾. Assim, todos os aspectos relatados anteriormente estão estreitamente interligados e contribuem para provocar um impacto negativo na qualidade de vida e no desenvolvimento de crianças em fase escolar^(5,26).

As limitações encontradas no presente estudo, deve-se principalmente ao fato de não conseguir realizar uma divisão das crianças em grupo controle e grupo experimental, tendo em vista que todas as crianças apresentaram um baixo risco para presença de DRS. Outro fator de grande impacto foi a impossibilidade de realização da coleta de dados de modo presencial - em decorrência das medidas de enfrentamento à pandemia de COVID-19 - com o intuito de utilizar a avaliação clínica contida no protocolo NOT-S, a fim de estabelecer-se com maior precisão a natureza das alterações orofaciais. Além disso, a aplicação de maneira remota dos protocolos descritos pode ter causado certas dificuldades de interpretação dos itens por parte dos pais e/ou responsáveis, dúvidas estas que poderiam ter sido melhor sanadas quando realizado o levantamento de modo presencial. Outro fator limitante, foi a população da amostra ser reduzida, em comparação a outros estudos mais robustos que aplicaram os referidos protocolos. Para estudos futuros ressalta-se a importância da utilização de avaliações e/ou exames objetivos, a fim de determinar o diagnóstico das disfunções orofaciais em populações de maior amostra, bem como a realização da divisão entre grupo experimental e grupo controle, com o objetivo de melhor determinar a prevalência do risco para DRS e suas implicações na qualidade de sono infantil e características relacionadas ao sistema estomatognático.

2.8 CONCLUSÃO

As principais queixas miofuncionais orofaciais encontradas foram relacionadas as funções de respiração, mastigação, deglutição e hábitos, visto que essas queixas podem levar a um possível risco para presença de distúrbios respiratórios obstrutivos do sono, comprometendo o equilíbrio das funções estomatognáticas e dos bons hábitos/qualidade de sono de crianças em faixa etária escolar.

2.9 AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte financeiro.

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, Gozal D, Halbower AC, Jones J, *et al.* Diagnosis and management childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2012;130:e714-e755.
2. Zhifei X, Yunxiao W, Jun T, Guoshuang F, Wentong G, Li Z, Zhe Z, Xin N. Risk factors of obstructive sleep apnea syndrome in children. *Journal of Otolaryngology-head and neck surgery*. 2020;49(1):11-17.
3. Kaditis AG, Alvarez MLA, Boudewyns A, Alexopoulos E I., Ersu R, Joosten K, *et al.* Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management. *European Respiratory Journal*. 2016;47(1):69-94.
4. Miranda VGS, Buffon G, Vidor DDGM. Orofacial myofunctional profile of patients with sleep disorders: relationship with result of polysomnography. *CoDAS*. 2019;31(3) e20180183.
5. Silva FG, Silva CR, Braga LB, Neto AS. Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. *J Pediatr Rio J*. 2014;90:78-84.
6. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, and preschool-age children. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*. 2017;47(2):29-42.
7. Kljajić Z, Roje Ž, Bečić K, Čapkun V, Vilović K, Ivanišević P, *et al.* Formula for the prediction of apnea/hypopnea index in children with obstructive sleep apnea without polysomnography according to the clinical parameters: is it reliable? *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*. 2017;100:168–173.
8. Cavalheiro MG, Corrêa CC, Maximino LP. Sleep quality in children: questionnaires available in Brazil. *Sleep Sci*. 2017;10(4):154-160.
9. Kang KT, Weng WC, Lee CH, Hsiao TY, Lee PL, Hsu WC. Clinical risk of assessment model for pediatric obstructive sleep apnea. *Laryngoscope*. 2016;126:2403-2409.
10. Fernandes FMVS, Teles RCVV. Application to the Portuguese Version of the Obstructive Sleep Apnea-18 survey to children. *Braz J. Otorhinolaryngol*. 2013;79(6):720-726. DOI:10.5935/1808-8694.20130132.

11. Pires PJS, Mattiello R, Lumertz MS, Morsch TP, Fagundes SC, Nunes ML, *et al.* Validation of the Brazilian version of the Pediatric Obstructive Sleep Apnea Screening Tool questionnaire. *J. Pediatr. (Rio J)*. 2019;95(2):231-237.
12. de Felício CM, Dias FVS, Folha GA, Almeida LA, Souza JF, Anselmo-Lima WT, *et al.* Orofacial motor functions in pediatric obstructive sleep apnea and implications for myofunctional therapy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016;90:5-11.
13. Hotwani K, Sharma K, Jaiswal A. Evaluation of tongue/mandible volume ratio in children with obstructive sleep apnea. *Dental Press J. Orthod*. 2018;23(4):72-78.
14. Cheng SY, Kwong SHW, Pang WM, Wan LY. Effects of an oral-pharyngeal motor training programme on children with obstructive sleep apnea syndrome in Hong Kong: A retrospective pilot study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 2017;30:1-5
15. Soares JP, Giacomini A, Cardoso M, Serra-Negra JM, Bolan M. Association of gender, oral habits, and poor sleep quality with possible sleep bruxism in schoolchildren. *Braz. Oral. Res*. 2020;34:1-7.
16. Leme MS, Barbosa TS, Gavião MBD. Versão brasileira do *The nordic orofacial test-screening* (NOT-S) para avaliação de disfunções orofaciais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*. 2011(2):281-289.
17. Andersen IG, Holm JC, Homoe P. Obstructive sleep apnea in children and adolescents with and without obesity. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2019;276:871-878.
18. Abtahi S, Witmans M, Alsufyani NA, Mayor MP, Mayor PW. Pediatric sleep-disordered breathing in the orthodontic population: Prevalence of positive risk and associations. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2020;157(4):466-473.
19. Cardoso FB, Zanette LCN, Sônego M, Madeira K. Hipertrofia de adenoide correlacionada com outras patologias respiratórias em crianças de 2 a 7 anos. *Journal Health NPEPS* 2020;5(2):89-102.
20. Linas N, Peyron MA, Hennequin M, Eschevins C, Nicolas E, Delfosse C, *et al.* Masticatory behavior for different solid foods in preschool children according to their oral state. *Journal of Texture Studies*. 2019;50(3):224-236.

21. Cavalcante-Leão BP, Todero SRB, Ferreira FM. Profile of orofacial dysfunction in Brazilian children using the Nordic Orofacial Test-Screening. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2017;75(4):262-267.
22. Leite JMRS, Ferreira VR, Prado LF, do Prado GF, de Carvalho LBC. Instrumento de Tucson (TuCASA) para avaliação de apneia do sono em crianças: Tradução e adaptação transcultural. 2014;22(3):395-403.
23. Corrêa CC, Weber SAT, Evangelisti M, Villa MP. The short evaluation of orofacial myofunctional protocol (ShOM) and the sleep clinical record in pediatric obstructive sleep apnea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020; 137:1-5.
24. Baidas L, Al-Jobair A, Al-Kawari H, AlShehri A, Al-Madani S, Al-Balbeesi H. Prevalence of sleep-disordered breathing and associations with orofacial symptoms among Saudi primary school children. *BMC Oral Health*. 2019;19:43.
25. Weyrich CC, Santos AHL, Carvalho SS, Hapner AVP, Stechman-Neto J, Cavalcante-Leão BL. Evaluation of sleep quality and relationship with orofacial dysfunction in children. *OMDH*. 2018;17(4):1-5.
26. Hacı C, Açıkalın RM, Gezginadam Z, Coşkun SÇ. Uyku Apnesi Hastalarında Gündüz Aşırı Uykululuk Halinin Değerlendirilmesi ve Hayat Kalitesi ile Olan İlişkinin Saptanması. *Med Bull Haseki*. 2019;57:79-84.

4 QUADROS/TABELAS

Quadro 1. Descrição da amostra com base nos principais problemas de saúde relatados pelos pais/responsáveis.

PS	F (%)
Asma	7 (9,9%)
Rinite	3 (4,2%)
Sinusite	6 (8,5%)
Ronco	3 (4,2%)
Respiração oral noturna	6 (8,5%)
Respiração oral noturna associada ao ronco	5 (7,0%)

Legenda: PS = Problemas de Saúde; F = Frequência em porcentagem.

Tabela 1. Distribuição da amostra quanto às queixas miofuncionais orofaciais referidas pelos pais ou responsáveis a partir do protocolo *Nordic Orofacial Test- Screening* (NOT-S)

NOT-S Domínios	Porcentagem	
	Presente	Ausente
Função sensorial	13 (18,3%)	58 (81,7%)
Respiração	25 (35,2%)	46 (64,8%)
Hábitos	24 (33,8%)	47 (66,2%)
Mastigação e deglutição	23 (32,4%)	48 (67,6%)
Salivação	1 (1,4%)	70 (98,6%)
Secura de boca	10 (14,1%)	61 (85,9%)
	Média±DP	
Total domínios	1,35±1,23	

Legenda: NOT-S = *Nordic Orofacial Test -Screening*; DP = Desvio Padrão.

Tabela 2. Correlação entre distúrbios respiratórios do sono, motricidade orofacial e hábitos de sono.

Variáveis	M±DP	1	R	CS	2	R	CS	3	R	CS
1.PosaST	0,197±0,434				0,033*	0,168	0,254	0,007*	0,372	0,319
2.NOT-S	1,535±1,519							0,000*	0,449	0,438
3.CSHQ-PT	1,360±0,248									

Teste estatístico: Correlação de Spearman. *Significativo = $p < 0,05$.

Legenda: PosaST = *Pediatric Obstrutive Sleep Apnea Screening Tool*; NOT-S = *Nordic Orofacial Test Screening*; CSHQ-PT = *Children Sleep Habits Questionnaire – Versão em português*; M = Média; DP = Desvio Padrão; R = Coeficiente de proporcionalidade da correlação expressa; CS = Correlação de Spearman.

5 ANEXOS

5.1 APÊNDICE A



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Graduação em Fonoaudiologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezado responsável,

O(a) menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Desempenho miofuncional orofacial e de memória associados às queixas de sono em escolares”, das alunas Amanda Lima e Lira, Giovanna Régis Viana e Thaynara Lemos Batista Santos, sob a responsabilidade das pesquisadoras Melissa Nara de C. Picinato-Pirola e Camila de Castro Corrêa, pertencentes à Universidade de Brasília (UnB)

A pesquisa consiste em um estudo com crianças de 6 a 11 anos, cujo objetivo é avaliar as funções e características do rosto e da boca, e da memória auditiva (audição), visual (visão) e fonológica (linguagem) de curto prazo em crianças com baixa qualidade de sono, com risco para alterações de respiração durante o sono e/ou hábitos desfavoráveis a ele. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome e de seu filho(a) não aparecerão, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitem identificá-los(as).

Esta pesquisa será realizada em duas partes. A primeira se dará pela participação do senhor(a) por meio do preenchimento de um formulário online que aborda os seguintes temas: qualidade e hábitos do sono; memória; características do rosto e da boca de seu filho(a); funções de respiração, mastigação, ato de engolir (deglutição), além da realização de uma breve entrevista sobre a saúde geral dele(a). Esta etapa será realizada exclusivamente via internet, através da plataforma *Google Forms*, que é um serviço gratuito utilizado para criação de formulários online, via internet. Dessa forma, iremos coletar informações importantes como a idade, peso, altura, dificuldades alimentares e a presença de problemas de saúde anteriores e/ou atuais, e se há utilização de medicamentos.

Caso o senhor (a) autorize, seu filho(a) passará para a segunda etapa, que apenas será realizada quando for estabelecido o fim do isolamento social, através dos decretos regidos pelo Governo do Distrito Federal (GDF) e das autoridades de saúde, devido a pandemia da COVID-19. Com isso, faremos quatro avaliações das estruturas do rosto e da boca dele(a), que serão aplicados individualmente. Durante a realização dos exames, a criança permanecerá sentada. Em todo momento, seu filho (a) estará protegido, uma vez que as pesquisadoras estarão usando materiais de segurança descartáveis. Com isso, será observada a mobilidade dos lábios, da língua e das bochechas, onde seu filho(a) precisará atender às orientações dadas pelas avaliadoras.

Nas avaliações de mastigação e do ato de engolir (deglutição) será necessária a gravação de vídeos de seu filho(a). Durante a mastigação, a criança será solicitada a comer um biscoito recheado sabor chocolate, de acordo sua própria maneira. Na parte de deglutição, a criança deverá tomar um copo de água, também a seu próprio modo. Em seguida, as avaliadoras tocarão levemente no queixo e no pescoço de seu filho(a), para verificarem se houve alguma alteração. Vale ressaltar, que nenhum desses procedimentos causarão dor e ele(a) estará totalmente seguro(a).

Para avaliação da memória de curto prazo, em todos os testes, primeiro serão ditadas uma sequência de palavras que não existem e que existem, onde ela irá repetir. Após isso serão ditas sequências de números em ordem direta e em ordem contrária, em que a criança também deverá repetir. Em seguida, será mostrada uma sequência de figuras durante 1 minuto, em que ela deverá colocar as figuras na mesma ordem em que foi mostrado. Por último, serão apresentados para a criança instrumentos musicais, os quais ela deverá tocá-los para ouvir seus sons. Logo após, ela ficará com os olhos vendados e ouvirá os sons em ordens diferentes. Com a retirada da venda, ela deverá dizer a sequência em que ouviu o som.

As avaliações serão realizadas na e na **Escola Classe 45 de Ceilândia**, a fim de garantir maior conforto e segurança ao/a seu/sua filho(a), com um tempo estimado de 15 a 30 minutos, de acordo com cada instrumento, que serão aplicados em dias diferentes, com o intuito de evitar o cansaço da criança e não causar prejuízos ao seu aprendizado.

Os riscos decorrentes da participação do seu filho(a) na pesquisa se deve ao fato dele (a) sentir um possível cansaço, desconforto e/ou constrangimento. Contudo, se ele(a) relatar desinteresse ou qualquer um destes aspectos citados acima durante as avaliações poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Assim como, se o(a) senhor(a) sentir incômodo com alguma pergunta dos questionários ou da entrevista, não possui a obrigatoriedade de respondê-las, podendo também desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Se o senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para o bem-estar de seu filho(a), permitindo que o senhor(a) fique ciente sobre o real estado de saúde dele(a), em relação às suas características e funções do rosto e da boca, da memória e do sono e, quando se fizer necessário, permitir que medidas de prevenção e orientações possam ser fornecidas. Além disso, contribuirá para o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área, com o intuito de promover o benefício de toda comunidade em relação a estes problemas.

Não haverá despesas pessoais para o senhor(a) em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à participação da criança pela qual é responsável, sendo, portanto, voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, exames para realização da pesquisa), a mesma será absorvida pelo próprio orçamento do projeto.

A divulgação dos dados da pesquisa serão publicados posteriormente para a comunidade científica, por meio de eventos da área, e artigos apresentados em periódicos científicos. Dessa forma, os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) possuir qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato por telefone para: **Melissa Nara de C. Picinato-Pirola**, na **Faculdade de Ceilândia**, pelo **telefone (61) 3107-8400 ou (61) 3547-9499**, disponível inclusive para ligação a cobrar; ou pelo **e-mail: melissapicinato@yahoo.com**.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. As **dúvidas** com relação à assinatura do TCLE ou dos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas **pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT 07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.**

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome/Assinatura

Melissa Nara de C. Picinato-Pirola
Pesquisadora Responsável

Brasília, _____ de _____ de _____

5.2 APÊNDICE B



*Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Graduação em Fonoaudiologia*

Brasília, 19 de outubro de 2021.

Permissão para Reprodução de Material

Encaminhamos o artigo “Alterações miofuncionais orofaciais em crianças com risco para distúrbios respiratórios do sono”, de autoria de Amanda Lima e Lira; Camila de Castro Corrêa; Melissa Picinato-Pirola para análise do Corpo Editorial e publicação na Revista CoDAS.

Declaramos que as autoras Melissa Picinato-Pirola e Camila de Castro Corrêa participaram da concepção e delineamento do estudo; Amanda Lima e Lira, Melissa Picinato-Pirola e Camila de Castro Corrêa participaram da coleta, tabulação, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Melissa Picinato-Pirola e Camila de Castro Corrêa aprovaram a versão final para a publicação. O manuscrito não foi publicado e nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, impresso ou eletrônico, quer em parte ou na íntegra.

Declaramos ainda que o artigo cumpre as normas para publicação, as quais foram lidas e acatadas por todos os autores. Em caso de aceitação do artigo para publicação, concordamos que os direitos autorais a ele referentes serão de propriedade exclusiva da revista CoDAS, sendo a nós vedada sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores da CoDAS.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário.

Amanda Lima e Lira

Camila de Castro Corrêa

Melissa Picinato-Pirola

5.3 ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESEMPENHO MIOFUNCIONAL OROFACIAL E DE MEMÓRIA ASSOCIADOS ÀS QUEIXAS DE SONO EM ESCOLARES

Pesquisador: Melissa Nara de Carvalho Picinato Pirola

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33422820.4.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.227.063

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 20 de Agosto de 2020

5.4 ANEXO B



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Graduação em Fonoaudiologia

PROTOCOLO DE ANAMNESE

Nome do(a) responsável: _____
E-mail do(a) responsável: _____
Nome do(a) participante: _____ () FEMININO () MASCULINO

Idade: _____ Série/Ano: _____

Telefones do Responsável: móvel (____) _____ fixo (____) _____

Peso: _____ Altura: _____

1. Dificuldades escolares? () SIM () NÃO. Há quanto tempo: _____

2. Como você avalia o desempenho escolar de seu filho:

() Fraco () Não satisfatório () Satisfatório () Bastante satisfatório () Excelente

4. Foi submetido a alguma cirurgia de cabeça e pescoço: () SIM () NÃO Qual: _____

7. Apresenta doenças do aparelho respiratório:

Adenóide hipertrófica	Resfriados frequentes
Amígdala hipertrófica	Dor de garganta frequente
Rinite	Asma
Sinusite	Outros:

8. Possui algumas destas características quanto ao sono:

Respira pela boca durante o dia.	Apneia
Dorme com a boca aberta.	Ronco
Acorda a noite para beber água.	Sonolência diurna excessiva.
Acorda com a boca seca.	Engasgos durante o sono
Despertares recorrentes	Dificuldade de concentração

9. Problemas de saúde anteriores ou atuais? () SIM () NÃO. Se sim, qual:

10. Utiliza algum medicamento? () SIM () NÃO. Se sim, qual:

11. Utiliza medicamentos para induzir o sono? () SIM () NÃO. Se sim, qual:

12. Possui alguma alergia alimentar? () SIM () NÃO. Se sim, a quais alimentos?

13. Possui diagnóstico de distúrbios comportamentais tais como TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) e/ou dislexia? () SIM () NÃO

14. Possui diagnóstico de transtornos invasivos do desenvolvimento (TID) tais como autismo, síndrome de Asperger e/ou síndrome de Rett? () SIM () NÃO

15. Possui diagnóstico de síndromes que comprometam o desenvolvimento craniofacial e/ou intelectual? () SIM () NÃO

17. HÁBITOS ORAIS:

Sucção digital	Morder bochecha
Uso de chupeta e/ou bico	Mascar chiclete
Morder lábios	Apertar/Ranger os dentes (Bruxismo)
Morder objetos	

Outros hábitos orais presentes? _____

18. Atualmente a alimentação da criança é: () sólida () macia () pastosa () líquida () sem restrições

19. É necessário ingerir líquidos para ajudar na deglutição: () SIM () NÃO () NÃO SABE

20. É necessário ingerir líquidos para ajudar na mastigação: () SIM () NÃO () NÃO SABE

21. Apresenta dificuldade para engolir alguma dessas consistências: () SÓLIDO () PASTOSO () LÍQUIDO () NENHUMA

23. Possui algum familiar com histórico de distúrbio obstrutivo do sono e/ou hipertrofia de adenoide e amígdala? () SIM () NÃO.

Se sim, qual o grau de parentesco:

5.5 ANEXO C

THE NORDIC OROFACIAL TEST-SCREENING

Leme MS, Barbosa TS, Gavião MBD. Versão brasileira do *The nordic orofacial test-screening* (NOT-S) para avaliação de disfunções orofaciais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2011(2):281-289.

Leme, Barbosa e Gavião – Versão Brasileira do The Nordic Orofacial Test – Screening



Nordic Orofacial Test - Screening NOT-S

O NOT-S foi desenvolvido por Merete Bakke, Copenhagen; Birgitta Bergendal, Jönköping; Anita McAllister, Linköping; Lotta Sjögren, Göteborg; and Pamela Åsten, Oslo; com a ajuda da Associação Nórdica de Disfunção e Saúde Oral, NFC.

Esta avaliação está disponibilizada no site www.mun-h-center.se.

Deve ser utilizado com o manual ilustrado que pode ser pedido através da loja virtual ou do telefone +46 31 750 92 00.

Nordic Orofacial Test NOT-S – exame

O NOT-S é usado quando um paciente tem dificuldade para falar, mastigar ou engolir.

A seção de anamnese é conduzida como uma entrevista estruturada. O examinador faz a pergunta, explica, e faz perguntas adicionais quando necessário, interpreta a resposta e preenche o questionário.

A entrevista do NOT-S contém seis seções: Função Sensorial, Respiração, Hábitos, Mastigação e Deglutição, Salivação e Secura da Boca (I-VI).

O exame do NOT-S contém seis seções: Face em Repouso, Respiração Nasal, Expressão Facial, Músculos Mastigatórios e Função Mandibular, Função motora oral e Fala (1-6).

O manual ilustrado deve ser utilizado durante o exame.

País _____

Examinador Fonoaudiólogo Dentista Médico Fisioterapeuta Outros _____

Data do exame ____/____/____

Data de nascimento ____/____/____ ♀ ♂

Nome: _____

Primeiro Diagnóstico Médico (especificar somente um): _____

Código de diagnóstico (ICD-10): _____

		Pontuação	
I	Função Sensorial A- Escovar seus dentes faz você ter ânsia de vômito? Isso acontece muitas vezes? Desconforto óbvio como enjôo, vômito, ou refluxo – aumento de sensibilidade.	<input type="checkbox"/>	
	B- Você coloca tanta comida na boca que fica difícil de mastigar? Isso acontece todo dia? Não consegue perceber quando a boca está cheia – diminuição da sensibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II	Respiração A- Você respira normalmente ou usa algum suporte para respirar? CPAP, Oxigênio, respirador, outros.	<input type="checkbox"/>	
	B- Você ronca muito quando dorme? Isso acontece toda noite? Ronco ou apnéia; não se aplica a sintomas de asma ou alergias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III	Hábitos A- Você roe as unhas, ou chupa os dedos ou outros objetos todos os dias? Hábito de sucção de chupeta e dedos não é avaliado abaixo dos 5 anos.	<input type="checkbox"/>	
	B- Você chupa ou morde seus lábios, língua ou bochechas todos os dias?	<input type="checkbox"/>	
	C- Você aperta forte seus dentes ou os range durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV	Mastigação e Deglutição A- Não come com a boca Tubo nasogástrico, gastrostomia, outros – pular perguntas B-E	<input type="checkbox"/>	
	B- Você acha difícil comer alimentos com certa consistência (mais duros)? Excluir alergias e dietas especiais como vegetarianismo e intolerância ao glúten	<input type="checkbox"/>	
	C- Você demora mais do que 30 minutos para comer uma refeição completa?	<input type="checkbox"/>	
	D- Você engole grandes pedaços sem mastigar?	<input type="checkbox"/>	
	E- Você costuma tossir durante as refeições? Acontece em quase todas as refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.6 ANEXO D

**THE PEDIATRIC OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SCREENING TOOL
QUESTIONNAIRE**

Pires PJS, Mattiello R, Lumertz MS, Morsch TP, Fagundes SC, Nunes ML, *et al.*
Validation of the Brazilian version of the Pediatric Obstructive Sleep Apnea
Screening Tool questionnaire. J. Pediatr. (Rio J). 2019;95(2):231-237

	Nunca	Raramente (1 vez por semana)	Ocasionalmente (2 vezes por semana)	Frequentemente (3-4 vezes por semana)	Quase Sempre (mais de 4 vezes por semana)
O seu filho(a) para de respirar durante o sono?					
O seu filho(a) tem dificuldade para respirar durante o sono?					
Você alguma vez teve que sacudir seu filho(a) para fazê-lo voltar a respirar durante o sono?					
Com que frequência o seu filho(a) ronca?					
Você tem alguma preocupação sobre a respiração do seu filho(a) enquanto ele dorme?					
Quanto de alto é o ronco do seu filho(a)?	Baixo	Um pouco alto	Alto	Muito Alto	Extremamente Alto

5.7 ANEXO E

CHILDREN'S SLEEP HABITS QUESTIONNAIRE (CSHQ-PT)

Silva FG, Silva CR, Braga LB, Neto AS. Portuguese Children's Sleep Habits

Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. J Pediatr Rio J.

2014;90:78-84.

HORA DE DEITAR		pontuação: (3) (2) (1)		
Durante a semana: ___ horas e ___ minutos		No fim de semana: ___ horas e ___ minutos		
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)	
Deita-se sempre à mesma hora (R)(1)	()	()	()	
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer (R)(2)	()	()	()	
Adormece sozinha na sua própria cama (R)(3)	()	()	()	
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos (4)	()	()	()	
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer (5)	()	()	()	
"Luta" na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.)(6)	()	()	()	
Tem medo de dormir no escuro (7)	()	()	()	
Tem medo de dormir sozinha (8)	()	()	()	
COMPORTAMENTO DURANTE O SONO				
Tempo total de sono diário: _____ horas e _____ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)				
A criança...	Habitualmente (5-7 vezes)	Às vezes (2-4 vezes)	Raramente (0-1 vez)	
Dorme pouco (9)	()	()	()	
Dorme o que é necessário (R)(10)	()	()	()	
Dorme o mesmo número de horas todos os dias (R)(11)	()	()	()	
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos) (12)	()	()	()	
Fala a dormir (13)	()	()	()	
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir (14)	()	()	()	
Anda a dormir, à noite (sonambulismo) (15)	()	()	()	
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite (16)	()	()	()	
Range os dentes durante o sono (17)	()	()	()	
Ressona alto (18)	()	()	()	
Parece parar de respirar durante o sono (19)	()	()	()	
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono (20)	()	()	()	
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.) (21)	()	()	()	
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável (22)	()	()	()	
Acorda assustada com pesadelos (23)	()	()	()	
ACORDAR DURANTE A NOITE				
Acorda uma vez durante a noite (24)	()	()	()	
Acorda mais de uma vez durante a noite (25)	()	()	()	
ACORDAR DE MANHÃ				
Hora de acordar nos dias de semana: ___ horas e ___ minutos		no fim de semana: ___ horas e ___ minutos		
A criança...	Habitualmente (5-7 vezes)	Às vezes (2-4 vezes)	Raramente (0-1 vez)	
De manhã, acorda por si própria (R)(26)	()	()	()	
Acorda mal-humorada (27)	()	()	()	
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos (28)	()	()	()	
Tem dificuldade em sair da cama de manhã (29)	()	()	()	
Demora a ficar bem acordada (30)	()	()	()	
SONOLÊNCIA DURANTE O DIA				
Parece cansada (31)	()	()	()	
Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em alguma destas situações?	Não ficou sonolenta (1)	Ficou muito sonolenta (2)	Adormeceu (3)	
A ver televisão (32)	()	()	()	
A andar de carro (33)	()	()	()	

5.8 ANEXO F

NORMAS DA REVISTA CoDAS

Instruções e políticas

Escopo e política

CoDAS (on-line ISSN 2317-1782) é uma revista científica e técnica de acesso aberto publicada bimestralmente pela Sociedade Brasileira de Audiologia e Fonoaudiologia (SBFa). É uma continuação da anterior "Revista de Atualização Científica Pró-Fono" - ISSN 0104-5687, até 2010 e "Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (JSBFa)" - ISSN 2179-6491, até 2012.

O nome da revista CoDAS foi criado com base nas áreas principais de "Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Deglutição" e foi concebido para ser curto e fácil de lembrar.

A missão da revista é contribuir para a disseminação de conhecimentos científicos e técnicos no campo das Ciências e Distúrbios da Comunicação - especificamente nas áreas de Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Disfagia e Saúde Pública.

A CoDAS não cobra taxas de submissão e aceita manuscritos de pesquisas produzidas no Brasil ou no exterior por pesquisadores, acadêmicos e profissionais nacionais ou internacionais. Os artigos submetidos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

Os artigos aceitos originalmente enviados em português ou espanhol serão traduzidos e publicados tanto na sua língua original como em inglês. A tradução correrá a expensas dos autores e deverá ser conduzida por empresas designadas pela CoDAS ou empresas com experiência comprovada na tradução de artigos científicos na área. Os falantes nativos ou nativos do inglês podem submeter seu manuscrito diretamente em inglês; Caso em que a publicação não será traduzida para o português, mas a versão em inglês será avaliada e, se necessário, será necessária uma revisão da língua inglesa, a expensas dos autores.

Políticas da revista completa podem ser encontradas nas Instruções para Autores.

Tipos de artigos

A revista publica os seguintes tipos de artigos: “Artigos originais”, “Artigos de Revisão” (Revisões sistemáticas com ou sem meta-análises e Revisão Crítica), “Comunicações breves”, “Relatos de casos”, “Cartas ao editor”.

A. ARTIGO ORIGINAL:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica e devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências.

O **resumo** deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A **introdução** deve apresentar breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. O **método** deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os **resultados** devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos a análise estatística inferencial quando pertinente. A **discussão** não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das **referências** citadas (máximo 30), pelo menos 90% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e estrangeira preferencialmente **nos últimos cinco anos**. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados na sessão do método. O documento

de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser digitalizados e anexados no sistema, no momento da submissão do artigo.

B. ARTIGO DE REVISÃO

- **Revisão sistemática com ou sem meta-análises:**

Artigos destinados a responder uma pergunta de pesquisa e analisar criticamente todas as evidências científicas a respeito dessa questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar, com estratégia adequada de busca para esse tipo de estudo, as pesquisas que testaram uma mesma hipótese, e reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos com meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, objetivos, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas. Para mais informações acesse o Editorial Convidado:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822015000500409&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- **Revisão crítica ou revisão de escopo:**

O artigo deve apresentar caráter descritivo-discursivo e dedica-se à discussão crítica de temas de interesse científico, respeitando o escopo da CoDAS. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva, ou ainda apresentar revisão de consenso ou de escopo. Deve ser elaborada por pesquisadores especialistas de reconhecido saber, a convite dos Editores Chefes ou indicadas por Editores Associados. O artigo deve conter no máximo 20 páginas (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número máximo de tabelas e figuras: 5. O número de referências é ilimitado. Resumos com até 150 palavras.

C. RELATO DE CASO OU RELATO DE EXPERIÊNCIA:

Artigos que apresentam casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, de caso único ou série de casos, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Deve conter: resumo e descritores, abstract e *keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e referências (máximo 15). O arquivo não deve conter mais do que 20 páginas. A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, no momento da submissão do artigo, deve-se anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para reprodução das imagens em periódicos científicos.

D. COMUNICAÇÃO BREVE:

Artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a área dos distúrbios da comunicação, audiologia e deglutição, com limite de 2.500 palavras (da introdução à conclusão). Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: resumo e descritores, abstract e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Devem conter no máximo duas tabelas/quadros/figuras e 15 referências, das quais pelo menos 80% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

E. CARTA AO EDITOR:

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade desde que relacionado com algum artigo publicado na CoDAS. As cartas serão publicadas a critério dos Editores. As cartas devem ser breves, com limite de até 1.200 palavras.

Outras informações:

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

A revista **CoDAS** está alinhada com a política de boas práticas científicas, e portanto, atenta a casos de suspeita de má conduta científica, seja na elaboração de projetos, execução de pesquisas ou divulgação da ciência. O plágio e o autoplágio são formas de má conduta científica que envolvem a apropriação de ideias ou contribuição intelectual de outros, sem o devido reconhecimento em forma de citação. Sendo assim, adotamos o sistema **Ithenticate** para identificação de similaridades de texto que possam ser consideradas plágio. Ressalta-se que o conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores.

Forma e preparação de manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo "Uniform requirements for manuscripts

submitted to Biomedical journals", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

Submissão do manuscrito

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração Online, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à **CoDAS** é composto por 3 etapas:

2. AVALIAÇÃO TÉCNICA:

Todos os artigos submetidos são checados quanto aos requisitos descritos nas normas de submissão. Aqueles que não estejam de acordo ou não apresentem todos os documentos solicitados são devolvidos aos autores com as indicações para adequação. Artigos de acordo com as normas e acompanhados de todos os documentos necessários passam para a próxima etapa.

2. AVALIAÇÃO DE ESCOPO E INTERESSE:

Os artigos que passam na avaliação técnica são encaminhados para os Editores chefes, juntamente com o relatório de similaridade (via iThenticate). Os editores verificam o relatório de similaridade e realizam a avaliação científica preliminar quanto a área, escopo, relevância e interesse para publicação. Artigos com muitos problemas, fora de escopo ou sem relevância ou interesse para a missão da revista podem ser "Rejeitados imediatamente", como decisão editorial. Artigos com potencial de publicação seguem para avaliação por pares.

3. AVALIAÇÃO POR PARES:

Os artigos são avaliados por no mínimo dois pareceristas da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e internacionais, de comprovada produção científica. Artigos podem receber parecer de "Aprovado", "Aprovado com pequenas modificações", "Aprovado com grandes modificações"

e “Rejeitado”. Os pareceres de recusa ou de aceite com modificações sempre são acompanhados da avaliação dos revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis. Na ocorrência de pareceres conflitantes, um dos Editores Associados da área pode ser consultado. Se houver dúvidas ou contestação de alguma decisão editorial os autores podem contatar os Editores Chefes que devem receber as justificativas e esclarecer as dúvidas do processo.

Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor-chefe poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na CoDAS em outro periódico.

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

Documentos necessários para submissão

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, os seguintes documentos:

a) carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review” (modelo disponível [aqui](#));

b) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

c) cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de imagem, quando for o caso. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

d) declaração de conflitos de interesse, quando pertinente. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

e) Página de identificação do manuscrito. Todos os dados de autoria devem estar na Página de identificação ([clique aqui](#) para fazer o download do modelo). O manuscrito não deve conter dados de autoria. No sistema tipifique como “*Title Page*”;

f) Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências. Devem ser apresentados também em anexo, no sistema de submissão. Tabelas e quadros devem ser apresentadas em formato DOC ou DOCX. Figuras, gráficos, ilustrações e fotografias devem ser apresentadas no mínimo em 300 dpi, com boa resolução e nitidez. No sistema tipifique como “Table”, “Figure” ou “Image”;

g) Manuscrito (veja abaixo como preparar este documento). No sistema tipifique como “Main Document”.

h) Com relação à submissão do Manuscrito revisado após sugestão dos revisores, sugere-se que os autores redijam uma “Carta de resposta aos revisores” com a finalidade de responder possíveis questionamentos e justificar quando for pertinente. No texto da versão revisada sinalizar as mudanças pontuais realçadas com a cor amarela, ao longo do texto. A “Carta de resposta aos revisores” deve ser inserida no sistema de submissão de artigos no item “Supplemental File for Review”, juntamente com a submissão da nova versão do manuscrito.

Preparo do manuscrito

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, resumo e descritores, abstract e keywords, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citados no texto e anexos, ou apêndices, com suas respectivas legendas.

Consulte a seção "Tipos de artigos" destas Instruções para preparar seu artigo de acordo com o tipo e as extensões indicadas.

Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima. A parte do manuscrito, em uma folha separada, apresente a página de identificação, tal como indicado anteriormente. O manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

TÍTULO, RESUMO E DESCRITORES

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, seguido do resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos.

Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, método, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, methods, results, conclusion. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

TEXTO

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

“... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13) ...”

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso. No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostos ao final do artigo, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima.

REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>.

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

Recomendações gerais:

Utilizar preferencialmente referências publicadas em revistas indexadas nos últimos cinco anos.

Sempre que disponível devem ser utilizados os títulos dos artigos em sua versão em inglês.

Devem ser evitadas as referências de teses, dissertações ou trabalhos apresentados em congressos científicos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ Jr, 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.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. Hearing in children. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Irwin J. Pragmatics: the role in language development. La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (MESMA AUTORIA)

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

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

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

TABELAS

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela

deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

QUADROS

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros. Apresentar os quadros separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-los também em anexo, no sistema de submissão.

FIGURAS (GRÁFICOS, FOTOGRAFIAS E ILUSTRAÇÕES)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ser apresentadas também em anexo, no sistema de submissão. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens (“scan”) deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/RGB ou grayscale.

Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

LEGENDAS

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ORCID ID

Todos os autores devem ter o número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <http://orcid.org/>) associados aos seus respectivos cadastros no sistema ScholarOne.

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Taxa de Processamento de Artigos, após a APROVAÇÃO para publicação

No momento em que o artigo é aprovado será cobrada uma taxa de processamento de artigos (*Article Processing Charges - APC*) para **artigos submetidos a partir do dia 10/junho/2021**.

Critérios de isenção da taxa: é necessário que pelo menos dois autores sejam sócios ativos da SBFa, sendo, pelo menos um deles na categoria “profissional sócio”.

- Autores Brasileiros

- Associados à Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa): **isento**, vide maiores informações acima.
- Artigos originais e de Revisão: R\$ 800
- Notas (outros tipos de artigo): R\$ 500
- Autores internacionais
 - Artigos originais e Revisão: USD 150
 - Notas (outros tipos de artigo): USD 100

O pagamento da taxa de publicação somente acontecerá depois que os autores receberem a carta de aceite, em link privado.

CoDAS Cover Letter and checklist

AUTHORS:

>>> Start on page 2 and Fill-in only the **green rows** marked with "Filled by: Author" <<<

DO NOT REMOVE ROWS OR COLUMNS. **DO NOT EDIT** THE LEFT COLUMN
NÃO EXCLUIR LINHAS OU COLUNAS. **NÃO EDITAR** A COLUNA DA ESQUERDA

Tipo XML Journal Staff	Filled by: Tipo XML: 55
Indicar o tipo para XML a partir desta documentação . Article DOI Journal Staff (ex.: ID: CODAS-2014-0128 ⇒ 10.1590/2317-1782/20162014128⇒ ano do código+três últimos números Editorial 10.1590/2317-1782/2016000000X	Filled by:
Running Authors Journal Staff Ex:making sure to include the funding source and grant numbers in that order <ul style="list-style-type: none"> • Sobrenome Parentesco • Acima de 1 autor: primeiro + et al. 	Filled by:
Article Type (main language) Journal Staff Tipo do artigo para tarja no PDF e/ou classificação no no sumário. <ul style="list-style-type: none"> • Escrever em Title Case • Tipos aceitos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Artigo Original/Original Article ○ Comunicações Breves/Brief Communication/Comunicaciones Cortas ○ Relato de Caso/Case Report; ○ Revisão Sistemática/Systematic Review ○ Carta aos Editores/Letter to the editors 	Filled by:
Article Type (Translated) Journal Staff Idem acima.	Filled by:
Article E-Location Journal Staff elocation (e + os 8 dígitos do código do artigo).	Filled by:
Publication Volume Journal Staff	Filled by:
Publication Issue Journal Staff	Filled by:
Publication Year Journal Staff	Filled by:
Publication Season Publisher	Filled by: xxx.-xxx.
Article First Page Publisher	Filled by: 0
Article Last Page Publisher	Filled by: 0
Article Page Count Publisher	Filled by: 0
License Paragraph Journal Staff <ul style="list-style-type: none"> • Usar no mesmo idioma do artigo • Usar texto próprio ou estas sugestões. 	Filled by: Este é um artigo publicado em acesso aberto (<i>Open Access</i>) sob a licença Creative Commons Attribution , que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

<p>Article Title (main language) Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Make sure you use <i>sentence case</i> like this • <u>Do not</u> use a period in the end 	
<p>Article Title/body (Translated) Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Same as above but <i>translated</i> 	
<p>Authors full names Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must be written in full without abbreviations • Use an asterisk to mark corresponding author • Use superscript numbers to identify the affiliation • One author per line <p>Example: Given Name Surname (https://orcid.org/0000-0002-2833-1923)^{1*} Other Author Full Name² Last Author With Degree (https://orcid.org/0000-0002-2833-1921)³</p> <p>If necessary, use the following symbols: † <i>in memoriam</i> * <i>corresponding author</i></p> <p>ORCID: Authors without an ORCID are encouraged to register at https://orcid.org/register</p> <p>Important: All authors must fill and send a letter signed by all the authors containing permission to reproduce the material and the copyright transfer. For further information visit the Author's Guidelines page.</p>	
<p>Article Notes Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use the option in the same language as the manuscript • Type in this order: Institution – ACRONYM, City (State), Country. 	<p>Study conducted at _____. Trabalho realizado na _____. Trabajo realizado en _____.</p>
<p>Affiliations Filled by: Author</p> <p>(Names must be in the institution country language, or in English when main language is not in roman alphabet).</p> <p>Model: ¹Department, Institution, City, State, Country.</p> <p><i>Same institution for different authors must be grouped.</i></p> <p>Example: ¹Departamento, Faculdade, Instituto, Universidade – SIGLA - Cidade (UF), País. ²Programa de Pós-graduação, Universidade – SIGLA - Cidade (UF), País. ³Laboratório, Departamento, Faculdade, Instituto, Universidade – SIGLA - Cidade (UF), País.</p>	
<p>Financial disclosure (main language) Filled by: Author</p> <p>Type all funding information received <u>making sure to include the funding source and grant numbers in that order.</u></p> <p>Example: FAPESP (1234/2017, 3241/2017), NIH (64233-17, 62346-18).</p> <p>If you did not receive funding state the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nada a declarar. • nothing to declare. • nada que declarar. 	<p>Financial support: _____. Fonte de financiamento: _____. Apoyo financiero: _____.</p>

<p>Conflict of Interest Statement (main language) Filled by: Author</p> <p>Type your author's conflict of interest statement after the colon. If all authors have nothing to declare add one of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nada a declarar. • nothing to declare. • nada que declarar. <p>Learn more at http://www.codas.org.br</p>	<p>Conflict of interests: _____ Conflito de interesses: _____ Conflicto de interés: _____</p>
<p>Abstract (main language) Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use according to translated language: <ul style="list-style-type: none"> ○ ABSTRACT ○ RESUMO ○ RESUMEN • Maximum of 250 words • Structured according to the article type: <ul style="list-style-type: none"> ○ original article: purpose, method, results, conclusion; ○ systematic and meta-analysis reviews: purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion; ○ case reports: unstructured abstract 	<p>ABSTRACT RESUMO RESUMEN</p>
<p>Keywords (main language) Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum 5 and maximum 10 • All descriptors must found in DeCS, available at: http://decs.bvs.br • Use Title Case • One keyword per line • Do not use punctuation 	<p>Keywords Descritores Descriptores</p>
<p>Abstract (Translated) Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use according to translated language: <ul style="list-style-type: none"> ○ ABSTRACT ○ RESUMO ○ RESUMEN • Maximum of 250 words • Structured according to the article type: <ul style="list-style-type: none"> ○ original article: purpose, method, results, conclusion; ○ systematic and meta-analysis reviews: purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion; ○ case reports: unstructured abstract 	<p>ABSTRACT RESUMO RESUMEN</p>
<p>Keywords (Translated) Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use according to the translated language: <ul style="list-style-type: none"> ○ Keywords ○ Descritores ○ Descriptores • Same list as above but in the second (translated) language. 	<p>Keywords Descritores Descriptores</p>
<p>Correspondence Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> • Follow the example: *Correspondence address: ↓ Name Author's full name ↓ Department, College, Institute, University – ACRONYM ↓ Address, City (State), Country, Zip Code: xxxxx-xxx. ↓ E-mail: email@email.com.br 	<p>*Correspondence address: *Endereço para correspondência: *Dirección para la correspondencia:</p>
<p>History Filled by: Journal Staff</p>	

Datas de Tramitação:

- Recebido em: Mês por extenso. dd, aaaa; Aceito em: Mês por extenso. dd, aaaa
Received: Mês por extenso. dd, aaaa; Accepted: Mês por extenso. dd, aaaa
Recibido: Mês por extenso. dd, aaaa; Aprobado: Mês por extenso. dd, aaaa

Check list

<p>[Back] Acknowledgement (Optional): If there is nothing to declare, use "nothing to declare".</p> <p style="text-align: right; color: red;">Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> Example: <p>ACKNOWLEDGEMENTS Nothing to declare</p> <p>AGRADECIMENTOS Nada a declarar</p> <p>AGRADECIMIENTOS Nada que declarar</p> 	
<p>[Back] References</p> <p style="text-align: right; color: red;">Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> Numbered citation Vancouver reference style 	<p>How many References are in the list? [??]</p> <p>Are all References properly* cited? [] Yes [] No</p> <p>Are the references stylized in the Journal style**? [] Yes [] No</p>
<p>[Back] Author footnotes</p> <p style="text-align: right; color: red;">Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> Use the same as the main language Type all authors contributions PNS was responsible for study design; DC was responsible for data collection 	<p>Author contributions: Contribuição dos autores: Contribuciones de los autores:</p>
<p>Figures</p> <p style="text-align: right; color: red;">Filled by: Author</p> <ul style="list-style-type: none"> Must be organized in ascending and sequential order. Titles and footnote of all figures must be in editable format. 	<p>How many Figures did you use? [??]</p> <p>Are all Figures cited? [] Yes [] No [] Does not apply</p> <p>Is the Figure's content presented in the same language of the article? [] Yes [] No [] Does not apply</p> <p>Are <u>all text and numbers</u> <i>perfectly legible</i> in every Figure? [] Yes [] No [] Does not apply</p>
<p>Tables and Charts</p> <p style="text-align: right; color: red;">Filled by: Author</p> <p>All tables and charts must be in editable format.</p>	<p>How many Tables did you use? [??]</p> <p>Are all Tables cited? [] Yes [] No [] Does not apply</p> <p>Are all symbols used presented as a footnote? [] Yes [] No [] Does not apply</p>
<p>Appendix/Annex</p> <p style="text-align: right; color: red;">Filled by: Author/Journal</p> <p>Supplementary Material: for those kind of material, use the following instructions: https://docs.google.com/document/d/1F2Z0TXd6CUnyShUaL6HV2Dy-5bN4Ahh7hO4UzRCjKU8/edit#</p>	<p>How many did you use? [??]</p> <p>Are they all cited? [] Yes [] No [] Does not apply</p> <p>How should they be published? [] As Appendix/Annex in the article's body text (after reference list). [] As Supplementary Material (with link to external files). [] Does not apply</p>