



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E COMUNICAÇÃO HUMANA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDIOLOGIA

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA
PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

ANELISE ANDRADE

ORIENTADORA: PROFa. DRa.PRICILA SLEIFER

Porto Alegre, 01 de abril de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO SAÚDE E COMUNICAÇÃO HUMANA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDIOLOGIA

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA
PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

ANELISE ANDRADE

Orientadora: Profa. Dra. Pricila Sleifer

Requisito parcial para a conclusão do Curso de
Especialização em Audiologia da UFRGS.

Porto Alegre, 01 de abril de 2016.

CIP - Catalogação na Publicação

Andrade, Anelise
EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE
AUDITIVA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE / Anelise
Andrade. -- 2016.
43 f.

Orientadora: Dra. Pricila Sleifer.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Especialização em Audiologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2016.

1. Audição. 2. Educação em saúde. 3.
Fonoaudiologia. 4. Agentes comunitários de saúde. 5.
Estratégia Saúde da Família. I. Sleifer, Dra.
Pricila, orient. II. Título.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	5
Lista de Figuras.....	6
Lista de Abreviaturas.....	7
ARTIGO ORIGINAL	8
Resumo	9
Abstract	10
Introdução	11
Métodos.....	13
Resultados.....	16
Discussão.....	18
Conclusão.....	22
Referências.....	23
Tabelas	27
ANEXOS	
Anexo 1: Termo de Autorização Institucional	
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Anexo 3: Instrumento de coleta de dados	
Anexo 4: Instrução aos autores	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características do agente comunitário de saúde e seu conhecimento sobre fonoaudiologia.....	27
Tabela 2. Comparação de acertos entre o início da primeira capacitação, final da primeira capacitação e início da segunda capacitação.....	28
Tabela 3. Comparação de cada questão da atividade número 1 nos três momentos de aplicação do questionário.....	29
Tabela 4. Comparação de cada questão da atividade número 2 nos três momentos de aplicação do questionário.	30

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Análise estatística descritiva de acordo com a pontuação total obtida nos três momentos de aplicação do questionário.....	31
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ESF- Equipe Saúde da Família

JCIH- *Joint Committee on Infant Hearing*

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

TAN- Triagem Auditiva Neonatal

UBS- Unidade Básica de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

WHO- *World Health Organization*

ARTIGO ORIGINAL**Efetividade de um programa de capacitação sobre saúde auditiva para
agentes comunitários de saúde*****Effectiveness of a training proposal for community health agents in
hearing health*****Capacitações em saúde auditiva****Anelise Andrade¹, Pricila Sleifer²**

(1) Programa de Especialização em Audiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

(2) Professora Adjunto IV do Departamento de Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

Trabalho realizado no Núcleo de Estudos em Eletrofisiologia da Audição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS –Porto Alegre (RS), Brasil. Em parceria com a Secretária Municipal de Saúde de Caxias do sul (RS), Brasil.

Endereço para correspondência:

Pricila Sleifer

Departamento de Saúde e Comunicação Humana, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2.600, Porto Alegre (RS), Brasil, CEP: 90035-003.

E-mail: pricilasleifer@uol.com.br

Conflitos de interesse: não

A autora Anelise Andrade participou da concepção e delineamento do estudo, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. A autora Pricila Sleifer participou da concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados e revisão do artigo.

RESUMO

Objetivo: Verificar a efetividade de um programa de capacitação em saúde auditiva para agentes comunitários de saúde. **Métodos:** Participaram 31 agentes comunitários de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Foram oferecidas duas capacitações sobre saúde auditiva em um intervalo de 30 dias. Cada capacitação durou duas horas e foi realizada através de aulas expositivas. Os assuntos abordados foram: o profissional fonoaudiólogo na atenção básica, fatores de risco para perda auditiva, triagem auditiva neonatal, orientações gerais sobre aparelhos auditivos, entre outros. Durante as capacitações, foi aplicado o instrumento de coleta de dados em três momentos distintos: no início e final da primeira capacitação e no início da segunda capacitação. **Resultados:** A amostra foi composta apenas por mulheres. As agentes comunitárias de saúde, na sua maioria não possuíam capacitações anteriores sobre fonoaudiologia. Verificou-se que as capacitações foram efetivas, ocorrendo diferença significativa entre as médias de acerto antes e após a capacitação ($p=0,04$). As questões que apresentaram diferença abordavam como tema a triagem auditiva neonatal, fatores de risco para perda auditiva e a protetização auditiva, em crianças menores de um ano de idade. **Conclusão:** Verificou-se que o programa de capacitação em saúde auditiva proposto foi efetivo no grupo de agentes de saúde que participaram deste estudo. Pode-se inferir que os agentes de saúde participantes da pesquisa possuem mais subsídios para identificar pacientes com queixas fonoaudiológicas, orientar a comunidade que atendem e realizar os encaminhamentos necessários. **Descritores:** Audição; Educação em saúde; Fonoaudiologia; Agentes comunitários de saúde; Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Purpose: To verify the effectiveness of hearing health training program for community agents. **Methods:** 31 community agents from several towns of Rio Grande do Sul took part on the analysis. Two enabling sessions about hearing health were offered, with a 30 day gap between them. Each session took two hours and used expositive classes. The covered subjects were: the audiologist in basic health care, risk factors for hearing loss, newborn hearing screening, general guidance about the hearing aid devices, among others. The data gathering was done in three distinct moments: at the beginning and at the end of the first training session and at the start of the second session. **Results:** The sample was composed only by women. Mostly of these community agents did not have prior training about Audiology. The training session was effective, for we could notice a difference when comparing the average of right answers from before and after the training ($p=0,04$). The questions that lead to a bigger difference were based on the newborn hearing screening, risk factors for hearing loss and usage of hearing aid devices in kids that were less than one year old. **Conclusion:** We could verify that the enabling training about hearing health was effective in the group of health agents. Therefore, the agents that took part on this study have a better judgement in identifying patients with auditory complaints, better guide the community and orient them in searching proper care.

Keywords: Hearing; Health education, Speech-language and hearing sciences, Community health agent, Family health program

INTRODUÇÃO

A atenção primária a saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi institucionalizado em 1994 a partir de experiências desenvolvidas em diversas regiões do Brasil⁽²⁾. O PSF tem como meta a contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Dessa forma, as principais ações deste programa se dão por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁽³⁾.

O programa de agentes comunitários de saúde é considerado uma estratégia do PSF. Este tem como objetivo realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde sob supervisão do gestor local do SUS⁽³⁾. Nesta perspectiva, o ACS torna-se um recurso estratégico para a possibilidade de implementações de ações de promoção de saúde e de novas formas para a prática de ações a atenção à saúde, sendo uma das formas de entrada da população para os serviços de saúde do SUS⁽⁴⁾.

Em 2008 como uma das estratégias de fortalecimento da atenção básica, foram criados, pelo Ministério da Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tendo como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e

regionalização a partir da atenção básica⁽⁵⁾. Dessa forma, houve a inserção de profissionais nas Equipes Saúde da Família (ESF) das diferentes áreas de conhecimento entre eles o fonoaudiólogo⁽⁵⁾.

O fonoaudiólogo possui um papel significativo na manutenção da saúde e da qualidade de vida, uma vez que a comunicação permeia todas as relações humanas, propicia a participação social, a aprendizagem e contribui para a integridade emocional. Assim a fonoaudiologia na ESF tem como objetivo buscar sempre a qualidade de vida da população, através de ações que visem a promoção da saúde⁽⁶⁾. Um dos objetivos do trabalho do fonoaudiólogo no programa saúde da família é a capacitação, orientação e suporte às ações dos agentes comunitários de saúde⁽⁷⁾. É importante garantir aos agentes comunitários de saúde uma educação efetiva e constante para que estas possam desenvolver plenamente seu trabalho, estimulando-os a realizar seus objetivos de maneira reflexiva e transformadora⁽⁸⁾.

O ACS por pertencer à população na qual atua possui o privilégio de ter um maior vínculo com a comunidade. Além disso, tem acesso às residências através da visita domiciliar. Torna-se então um facilitador do diálogo entre a equipe de saúde e as famílias que visita⁽⁹⁾. Assim, quando capacitado o ACS pode auxiliar na prevenção da deficiência auditiva através do acompanhamento do desenvolvimento de linguagem e audição. Pode também oferecer suporte às famílias no momento do diagnóstico audiológico e reabilitação auditiva⁽¹⁰⁾.

Diante disto, este estudo teve por objetivo verificar a efetividade de um programa de capacitação em saúde auditiva para os agentes comunitários de saúde.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Rio Grande do Sul, sob o protocolo 44965015.8.1001.5334 e autorizado pela Secretária Municipal de Saúde de Caxias do Sul-RS através do Núcleo de Educação Permanente em Saúde. A pesquisa atendeu todos os pré-requisitos obrigatórios para pesquisas com seres humanos (Resolução Nº 466/12).

Trata-se de um ensaio clínico de braço único. A amostra foi composta por três Unidades Básicas de Saúde (UBS) escolhidas de forma aleatória, estas possuíam ACS e estes estavam em pleno exercício de suas atividades. Todos os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e foram convidados a participar de maneira voluntária, assinando assim o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da amostra todos os ACS que estavam afastados por motivos de saúde, em férias, que não preencheram o questionário de forma correta, ou então, que não assinaram o TCLE.

A fim de alcançar os objetivos da pesquisa foram oferecidas duas capacitações iguais para cada UBS em um intervalo de 30 dias. Cada capacitação durou duas horas e foi realizada através de aulas expositivas. Estas capacitações foram aprovadas e promovidas pela Secretaria da Saúde da cidade e tinham como objetivo fornecer orientações a cerca da saúde auditiva e orientações práticas para o dia a dia do ACS. A apresentação para os ACS foi adaptada através do material proposto da World Health Organization (WHO): *primary ear and hearing care training resource - basic, intermediate and advanced levels*⁽¹¹⁾ e composta pelos seguintes itens: o profissional fonoaudiólogo (formação e papel no PSF), anatomia e fisiologia auditiva básica, deficiência auditiva e fatores de risco para perda auditiva, TAN (Triagem Auditiva Neonatal) e sua importância e conceitos básicos sobre cuidados

com aparelhos auditivos. Na primeira capacitação foram trabalhados todos estes itens. A segunda capacitação teve como objetivo o esclarecimento de dúvidas dos ACS, discussão de casos e revisão dos assuntos trabalhados e debatidos na primeira capacitação.

Durante as capacitações foi aplicado o instrumento de coleta de dados em três momentos distintos: no início e final da primeira capacitação e no início da segunda capacitação. Como não há nenhum instrumento de coleta de dados validado no Brasil com ACS, o questionário foi baseado no questionário proposto por *WHO*⁽¹¹⁾ e nos trabalhos de Santos et al.⁽¹²⁾ e Alvarenga et al.⁽¹⁰⁾, neste estudo os autores investigaram a percepção dos agentes comunitários sobre os aspectos relacionados à saúde fonoaudiológica e saúde auditiva da população usuária de um programa de saúde da família.

O questionário do nosso estudo foi composto por duas partes, a primeira parte tinha como objetivo levantar dados a respeito do perfil e atuação do ACS observando as características de idade, gênero, escolaridade, tempo de atuação no PSF e se já havia identificado indivíduos com queixas fonoaudiológicas. A segunda parte possuía duas atividades a primeira (atividade um) com sete perguntas fechadas, referentes a situações o qual o ACS pode vivenciar na sua prática diária. A segunda (atividade dois) continha nove questões a respeito de saúde auditiva onde o participante deveria responder com as seguintes possibilidades de resposta: verdadeiro ou falso.

Os ACS responderam ao questionário individualmente, durante as capacitações, e na existência de dificuldades ou dúvidas, as pesquisadoras explicaram o conteúdo da questão.

Os dados coletados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2007*[®]. As análises estatísticas foram realizadas no programa *The SAS System for Windows* versão 9.2. Para a comparação do desempenho no questionário entre as três avaliações foram utilizados o teste de *Friedman* seguido do teste de *Wilcoxon*. Na comparação das variáveis categóricas entre as três avaliações foram usados o teste de *Cochran* para amostras relacionadas, e o teste de *McNemar* para comparações entre duas avaliações. Afim de comparar o desempenho no questionário, o tempo de atuação e a escolaridade foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($P < 0.05$).

RESULTADOS

A amostra contou com 31 ACS, todas entrevistadas eram do gênero feminino e estavam inseridas em equipes do PSF. A média de famílias visitadas por mês é de 134 famílias (mínimo=80 famílias, máximo=230 famílias, com desvio padrão igual a 39,21). Apenas 19,35% das entrevistadas referem ter recebido capacitações sobre o trabalho do fonoaudiólogo anteriormente a esta pesquisa. Destas, 50% receberam orientações sobre audição (Tabela 1).

<Inserir Tabela 1>

Neste estudo, 61,29% das ACS já identificaram um ou mais indivíduos que necessitavam de atendimento fonoaudiológico. A queixa fonoaudiológica mais encontrada foi relacionada à fala seguida pela audição. Quando questionadas se realizaram encaminhamentos de indivíduos para atendimento fonoaudiológico apenas 25,81% das ACS referem ter esta conduta. Assim 74,19% das entrevistadas nunca realizaram encaminhamento para o fonoaudiólogo. A maioria destas, 86,96% referiram não perceberem necessidade.

A média de acertos no segundo momento de aplicação do questionário foi maior do que aquela do primeiro momento. Houve diferença entre os resultados, como também na média mínima de acertos no primeiro momento e segundo momento demonstrando que as ACS adquiriram conhecimentos por meio das capacitações fonoaudiológicas (Tabela 2).

<Inserir Tabela 2>

<Inserir Figura 1>

Quanto ao desempenho nas questões que abordavam situações na qual o ACS pode deparar-se na prática diária (atividade número um) uma das perguntas apresentou diferença. A questão abordava como tema a TAN e apresentou valor

significativo. Pode-se observar um aumento no número de acertos na maioria das questões, entre os três momentos de aplicação do questionário (Tabela 3).

<Inserir Tabela 3>

Três das dez questões da atividade onde o ACS deveria responder se a alternativa era verdadeira ou falsa (atividade número dois) apresentaram valor relevante. As questões estão relacionadas com a TAN, fatores de risco para perda auditiva e a protetização de crianças menores de um ano de idade. Podemos perceber que os ACS não possuem conhecimento prévio em relação aos fatores de risco para a perda auditiva e a protetização de crianças menores de um ano de idade (Tabela 4).

<Inserir Tabela 4>

Não foi verificada associação entre a escolaridade e o desempenho nas capacitações ($p=0,8$). Como também não foi verificada comparação entre o tempo de atuação do ACS e desempenho nas capacitações ($p=0,72$).

DISCUSSÃO

Em um estudo semelhante realizado no estado de São Paulo também foi encontrada a prevalência de ACS do gênero feminino⁽¹³⁾. Estes resultados são similares a outros estudos realizados em alguns municípios brasileiros^(14,12). Cada vez mais mulheres estão envolvidas nos atos em saúde. Como também para as ACS trabalhar no seu bairro torna mais fácil o acompanhamento do cotidiano da família⁽¹³⁾.

Em uma pesquisa realizada com 38 ACS foi verificado que 61,5% dos profissionais possuem ensino médio completo⁽¹⁵⁾. Esta informação é semelhante aos resultados encontrados no nosso estudo e pode ser definida pela maior acessibilidade ao estudo fornecida pela rede de educação. Como também por um maior interesse técnico-científico por parte do ACS⁽¹³⁾ e conforme a lei que regulamenta a escolaridade do ACS.

As maiorias dos ACS nunca receberam capacitações com assuntos fonoaudiológicos ou trabalharam em conjunto com um fonoaudiólogo. Por isso foi fundamental, a criação da Portaria Ministerial do NASF que institui o papel do fonoaudiólogo na atenção básica. Desta forma, o fonoaudiólogo possui uma excelente oportunidade para contribuir com a capacitação de outros profissionais e promover a qualidade de vida da população⁽⁶⁾. O ACS na maioria das vezes identifica a necessidade de encaminhamento, no entanto não faz a devida orientação ou o encaminhamento necessário. Isto mostra que o ACS desta pesquisa como em outros estudos possuem percepção de muitas situações de risco à saúde fonoaudiológica. Entretanto, esta percepção está apenas ligada à identificação do problema, não sendo gerados atos para ligação entre a comunidade e o serviço de saúde^(12,16,17).

Através das capacitações realizadas foi possível observar uma diferença entre o desempenho obtido no início da primeira capacitação e ao final desta. O ACS, por estar inserido na comunidade que atua, torna-se o profissional que melhor entende a realidade da população e consegue criar vínculo com os moradores através do seu convívio diário no bairro e nas visitas domiciliares. Torna-se um facilitador na abordagem integral da saúde e possui papel na identificação de riscos para a saúde⁽¹⁸⁾. Um dos papéis do fonoaudiólogo, na atenção primária é a capacitação dos ACS. Dessa forma, torna-se importante um número maior de fonoaudiólogos atuando na Saúde Coletiva especificamente no SUS. Soma-se a isso a necessidade de maior atenção por parte do governo, ao que se refere às políticas públicas em fonoaudiologia e em saúde auditiva^(10,19).

Em uma capacitação com ACS, realizada no estado do Ceará, foi observado que os ACS não possuem fonoaudiólogo na sua equipe e obtêm pouco conhecimento relacionado à fonoaudiologia. Acredita-se que é necessário existir fonoaudiólogos atuando de maneira constante e participativa nos centros de atenção a Saúde da Família⁽¹⁷⁾.

A quarta pergunta da atividade número um esta descrita na tabela 3 e foi a única que apresentou diferença. No primeiro momento da capacitação os ACS acreditavam que não havia risco a criança ter três anos, falar poucas palavras e nunca ter realizado o teste da orelhinha. É possível que este resultado esteja relacionado ao fato dos ACS acreditarem que as crianças que não falam com esta idade podem apresentar fatores emocionais e sociais e não fatores auditivos. Além disso, a lei nº 12.303, que torna obrigatório o teste da orelhinha, foi criada em agosto de 2010 e pode ser desconhecida por muitos ACS já que estes na sua maioria não possuem capacitações em saúde auditiva^(6,10,12,17,20).

Entre as questões de verdadeiro e falso, elaboradas para a avaliação do conhecimento em saúde auditiva, houve um melhor desempenho após a capacitação. Os ACS apresentaram um conhecimento maior sobre os fatores de risco para a deficiência auditiva. O *Joint Committee on Infant Hearing* (JCIH) recomenda a identificação de crianças com risco para perdas auditivas, por meio da utilização de uma lista de indicadores de risco. Esta lista de tem sido aplicada na América do Norte e tem como finalidade o monitoramento médico após a triagem neonatal devido à possibilidade de perda progressiva de audição, ou seja, perda auditiva tardia⁽²¹⁾. Percebe-se que estes indicadores de risco para perda auditiva, ainda são desconhecidos pelos ACS. Sendo assim, é necessário um processo de formação do profissional de saúde, para que seja orientado e capacitado, por meio de uma proposta contínua e articulada. É necessária uma reestruturação e reorganização do processo de saúde visando às necessidades da população e atualizações científicas⁽²²⁾.

Conforme a sexta questão as crianças que ficarem internadas na UTI Neonatal por mais de cinco dias devem repetir o exame após seis meses. A permanência por mais de cinco dias na UTI Neonatal é considerado um indicador de risco para perda auditiva, pelo JCIH, desta forma, é necessário o monitoramento auditivo até dois anos de idade⁽²²⁾. É necessário viabilizar e implantar estratégias específicas a fim de reduzir a evasão os programas de triagem auditiva neonatal (TAN). Os ACS podem ser uma estratégia para esta problemática. A capacitação destes profissionais, na área de saúde auditiva infantil tem sido eficaz na orientação de famílias e resgate para o monitoramento auditivo^(10,23,24). Assim a presença do fonoaudiólogo e o trabalho em conjunto com o ACS, na saúde pública podem

contribuir para uma rede de cuidados em saúde auditiva, criando estratégias eficazes^(16, 17,19).

Mesmo após as capacitações, verificou-se que os ACS permaneceram com algumas dúvidas em relação ao uso de aparelhos auditivos em crianças menores de um ano. Isto pode estar relacionado ao fato que mesmo com a realização da TAN que tem como objetivo promover a identificação de distúrbios auditivos nos primeiros meses de vida⁽²⁴⁾, as crianças ainda estão sendo recebidas para reabilitação e intervenção auditiva de maneira tardia, prejudicando, assim o desenvolvimento de habilidades auditivas, cognitivas e de linguagem oral⁽²⁵⁾.

Cabe enfatizar, que a visita domiciliar é uma das mais importantes atividades desempenhada pelo ACS. Esta proporciona momentos de transmissão de informação e é capaz de aproximar a população dos serviços de saúde⁽²⁶⁾. É necessário um programa efetivo de treinamento, realizados por fonoaudiólogos e outros profissionais da saúde, para que os ACS possam detectar alterações e dificuldades da comunicação e realizar as orientações necessárias, e assim, contribuir para a promoção da saúde fonoaudiológica. Deve-se investir em capacitação adequada e permanente aos ACS⁽²⁷⁾, permitindo maior confiança para orientação das famílias quanto à prevenção, identificação de perdas auditivas e no suporte às famílias para adesão ao processo de (re) habilitação auditiva.

Torna-se importante a elaboração de um material educativo em português para ACS. Como também a presença do fonoaudiólogo no NASF e o seu trabalho com outros profissionais dentre ele o ACS.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram a efetividade do programa de capacitação em saúde auditiva para agentes comunitários de saúde. Estes devem receber orientações através de capacitações que lhes deem subsídios para que possam identificar indivíduos com queixas fonoaudiológicas, realizar os encaminhamentos e dar as orientações necessárias para a comunidade que atendem. Sendo assim, é necessário que os agentes comunitários possuam um conhecimento prévio sobre o trabalho do fonoaudiólogo e as suas áreas de abrangência para poderem realizar seu trabalho de forma humanizada e integrada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 60p.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 114p.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 40p.
4. Jesus AS, Santos FPA, Rodrigues VP, Nery AA, Machado JC, Couto TA. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. Rev Enferm UERJ. 2014;22(2):239-44.
5. Brasil. PORTARIA GM Nº 154, DE 24/01/2008. Brasília (DF); 2008.
6. Avejonas DRM, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Rev Soc Bras de Fonoaudiol. 2010;15(3):465-74.
7. Antoniazzi, MR. Estratégia de Saúde da Família –ESF. [Internet] Caxias do Sul: Prefeitura de Caxias do Sul; [acesso em 04 Out 2015]; Disponível em: <http://www.caxias.rs.gov.br/saude/texto.php?codigo=313>.
8. Costa SM, Araujo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araujo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):2147-56.
- 9- Nascimento LG, Melo W, Silva MV. Oficinas de intervenção psicossocial com agentes comunitários de saúde: reflexões e intervenções dialogadas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):336-42.

10. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. *Pró-Fono*. 2008;20(3):171-6.
11. World Health Organization: primary ear and hearing care training resource: basic, intermediate and advanced levels. [cited 2015 Nov 30]. Available from: http://www.who.int/pbd/deafness/activities/hearing_care/en/index.html.
12. Santos JN, Rodrigues ALV, Silva AFG, Matos EF, Jerônimo NS, Teixeira LC. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. *Rev Soc Bras de Fonoaudiol*. 2012;17(3): 333-9.
13. Gouvêa GR, Silva MAV, Pereira AC, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Guerra LM. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1185-97.
14. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):525-36 .
15. Cipriano FG, Ferreira LP, Servilha EAM, Marsiglia RMG. Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitários de Saúde do município de São Paulo. *CoDAS*. 2013;25(6):548-56.
16. Arakawa AM, Sitta EI, Maia Junior AFM, Carleto NG, Santo CE, Bastos RS et al. Avaliação de um programa de capacitação em fonoaudiologia para agentes comunitários de saúde na Amazônia brasileira. *Distúrb Comum*. 2013;25(2):203-10.
17. Costa HO, Chagas MIO, Correia RBF, Araújo-Dias MS, Souza FL et al. Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde frente aos problemas

fonoaudiológicos da população na atenção básica. SANARE, Sobral. 2013;11(2):32-43.

18. Bornstein VJ, David HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. Trab Educ Saúde. 2014;12(1):107-28.

19. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Rev CEFAC. 2009;11(3):516-21.

20. Alvarenga KF, Araujo ES, Melo TM, Martinez MAN, Bevilacqua MC. Questionário para monitoramento do desenvolvimento auditivo e de linguagem no primeiro ano de vida. CoDAS. 2013;25(1):16-21.

21. Joint Committee of Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007;120(4):898-921.

22. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2013;66(3):412-9

23. Alvarenga KF, Gadret JM, Araujo ES, Bevilacqua MC. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das família no processo de detecção precoce. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(3):241-7.

24. Lewis DR. Evidências para a realização da triagem auditiva neonatal universal. In Bevilacqua MC, Martinez MAR, Balen SA, Pupo AC, Reis ACMB, Frota S. (Orgs.). Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos, 2011.p. 495-515.

25. Pinto MM, Raimundo JC, Samelli AG, Carvalho ACM, Matas CG, Ferrari GMS, et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. Arq Int Otorrinolaringol. 2012;16(1):44-9.

26. Machado LM, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Estratégia saúde da família: A percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. *Cienc Cuid Saúde*. 2015;14(2):1105-12.

27. Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(5):843-49.

Tabela 1. Características do Agente Comunitário de Saúde e seu conhecimento sobre fonoaudiologia.

Variável	Categoria	n	%	Média (DP)
Idade (em anos)	< 20	1	3,2	41,7 (11,22)
	20 a 39	12	38,7	
	40 a 59	16	51,7	
	>60	2	6,4	
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental	4	12,9	
	Ensino Médio Completo	17	54,8	
	Superior Incompleto	5	16,1	
	Superior Completo	5	16,1	
Tempo de Trabalho como ACS (em anos)	< 1	3	9,6	
	1-2	6	19,3	
	3-5	12	38,7	
	> 5	10	32,2	
Já recebeu orientação de um Fonoaudiólogo	Sim	5	16,1	
	Não	26	83,6	
Aprendeu sobre fonoaudiologia nas capacitações anteriores	Sim	6	19,3	
	Não	25	80,6	

Legenda: N = número de sujeitos; DP= desvio-padrão; ACS = Agente comunitário de saúde

Tabela 2. Comparação de acertos entre o início da primeira capacitação, final da primeira capacitação e início da segunda capacitação.

ACERTOS	CAPACITAÇÕES			Valor de p
	Início da 1ª capacitação	Fim da 1ª capacitação	Início da 2ª capacitação	
Média de Acertos (DP)	87,27 (11,02)	93,13 (6,73)	93,12 (6,32)	0,04* 1≠2, 1≠3
Valor Máximo	100	100	100	
Valor Mínimo	56,2	81,2	75,0	
Mediana	87,5	93,7	93,7	

*Valores Estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) - Teste de *Friedman*

Legenda: DP= desvio-padrão

Tabela 3: Comparação dos escores de cada questão da atividade número 1 nos três momentos de aplicação do questionário.

Questão	Categoria	Início 1ª capacitação		Fim 1ª capacitação		Início 2ª capacitação		Valor de p
		n	%	n	%	n	%	
Encontra a Televisão e o som ligado com o volume alto, crianças brincando na sala onde estão os aparelhos e pessoas conversando.	Não há riscos para a audição	1	3,23	0	0	0	0	0,36
	Percebe risco para a audição	30	96,77	31	100	31	100	
Quando é recebido pelo idoso percebe que o mesmo pede para repetir várias vezes o que você fala.	Não há riscos para a audição	1	3,23	0	0	0	0	0,36
	Percebe risco para a audição	30	96,77	31	100	31	100	
Mãe relata que seu filho tem um ano e meio, nasceu prematuro, não reage a sons altos, mas realizou o teste da orelhinha e teve resultado normal.	Não há riscos para a audição	6	19,35	1	3,23	3	9,68	0,12
	Percebe risco para a audição	25	80,65	30	96,77	28	90,32	
A criança tem três anos e fala poucas palavras. Nunca realizou o teste da orelhinha.	Não há riscos para a audição	7	22,58	1	3,23	0	0	0,002*
	Percebe risco para a audição	24	77,42	30	96,77	31	100	
Um homem de 35 anos trabalha em casa como marceneiro e há muito barulho. Nunca usou nenhuma proteção nos ouvidos.	Não há riscos para a audição	0	0	0	0	0	0	1,0
	Percebe risco para a audição	31	100	31	100	31	100	
Uma idosa relata que não está conseguindo utilizar o aparelho, pois o mesmo está fazendo muito barulho. Então o deixa guardado na gaveta.	Não há riscos para a audição	2	6,45	0	0	0	0	0,13
	Percebe risco para a audição	29	93,55	31	100	31	100	
O bebê foi encaminhado para realizar o teste da orelhinha pelo pediatra e o mesmo orientou sobre a sua importância	Não há riscos para a audição	21	67,74	23	74,19	24	77,42	0,67
	Percebe risco para a audição	10	32,26	8	25,81	7	22,58	

*Valores Estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) - Teste de *Cochran e McNem*.

Legenda: N= número de sujeitos

Tabela 4. Comparação dos escores de cada questão da atividade número 2 nos três momentos de aplicação do questionário.

Questão	Categoria	Início 1ª capacitação		Fim 1ª capacitação		Início 2ª capacitação		Valor de p
		N	%	N	%	N	%	
O teste da orelhinha deve ser feito em todos os recém-nascidos e é obrigatório por lei	Verdadeiro	30	96,77	30	96,77	100	100	0,60
	Falso	1	3,23	1	3,23	0	0	
As infecções Congênicas (Rubéola, citomegalovírus, varicela, HIV, Sífilis e Herpes) não são riscos para a deficiência auditiva.	Verdadeiro	7	22,58	13	41,94	6	19,35	0,04*
	Falso	24	77,42	18	58,06	25	80,65	
Os aparelhos auditivos devem ser bem cuidados, limpos e as pilhas devem ser trocadas. É importante realizar revisões nos aparelhos em média a cada seis meses.	Verdadeiro	31	100	30	96,77	29	93,55	0,36
	Falso	0	0	1	3,23	2	6,45	
Uma criança que teve muitas vezes dores de ouvido com "pus" não corre o risco de ter perda auditiva.	Verdadeiro	5	16,13	7	22,58	6	19,35	0,71
	Falso	26	83,87	24	77,42	25	80,65	
Escutar fones de ouvidos por longos períodos com o som muito alto ao longo do tempo pode causar perda auditiva.	Verdadeiro	31	100	30	96,77	31	0	0,36
	Falso	0	0	1	3,23	0	100	
Crianças que ficarem internadas na UTI Neonatal mesmo que passem no teste da orelhinha devem repetir o exame após seis meses.	Verdadeiro	23	74,19	30	96,77	30	96,77	0,004*
	Falso	8	25,81	1	3,23	1	3,23	
Uma idosa relata que não está conseguindo utilizar o aparelho, pois o mesmo está fazendo muito barulho. Então o deixa guardado na gaveta.	Verdadeiro	21	67,74	23	74,19	30	77,42	0,67
	Falso	10	32,26	8	25,81	7	22,58	
Uma criança que possui deficiência auditiva e não for diagnóstica perde o período mais importante para o desenvolvimento da linguagem e audição.	Verdadeiro	27	87,1	30	96,77	31	100	0,07
	Falso	4	12,9	1	3,23	0	0	
Uma criança só pode usar aparelhos auditivos depois de 1 ano de idade.	Verdadeiro	17	54,84	4	12,90	8	25,81	0,001*
	Falso	14	45,16	27	87,10	23	74,19	
O teste da orelhinha é uma estratégia barata capaz de detectar precocemente as perdas auditivas.	Verdadeiro	31	100	30	96,77	31	100	0,36
	Falso	0	0	1	3,23	0	0	

*Valores Estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) - Teste de Cochran e McNemar

Legenda: N= número de sujeitos; HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; UTI = Unidade de terapia intensiva

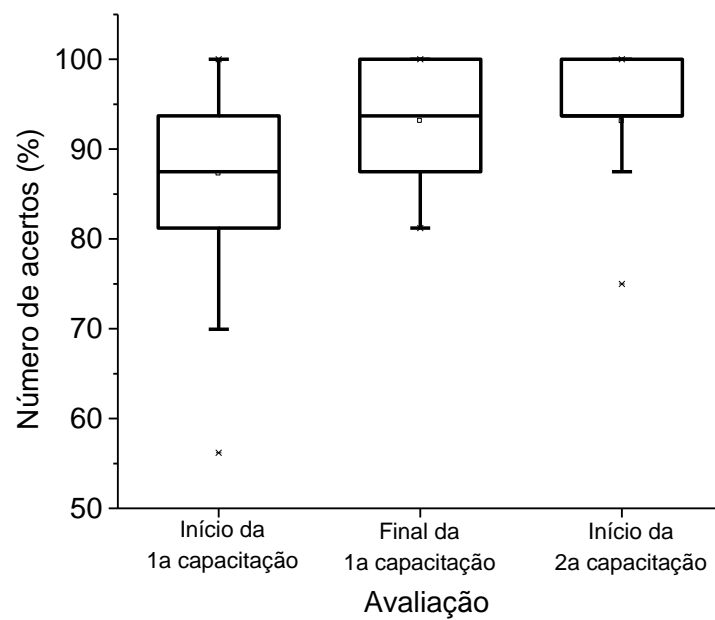


Figura 1. Análise estatística descritiva de acordo com a pontuação total obtida nos três momentos de aplicação do questionário

Anexo 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Caxias do Sul
Secretaria Municipal da Saúde

PARECER SOBRE SOLICITAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa "EFICIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SAÚDE AUDITIVA" da pesquisadora **Anelise Andrade**, do curso de Especialização em Audiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul conforme protocolo nº 389/15, esta Secretaria manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que o pesquisador cumpra os seguintes requisitos:

- Fornecimento de cópia da conclusão do trabalho a SMS;
- Inclusão do nome da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul/SMS em possíveis publicações científicas;

Caxias do Sul, 19 de maio de 2015


Dilma Maria Tonoli Tessari
Secretária Municipal de Saúde

Assinatura do Pesquisador: Anelise Andrade

Data prevista para entrega do material: _____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O Curso de especialização em Audiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolverá um projeto de EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SAÚDE AUDITIVA.

O motivo que nos leva a realizar capacitação e avaliações de ACS sobre a saúde auditiva é o fato de que a parceria entre fonoaudiólogo e ACS resulta em benefícios tanto para Fonoaudiologia quanto para o trabalho dos ACS proporcionando diretamente uma melhor qualidade de vida para a população. Sendo assim é de extrema importância conhecer o trabalho do fonoaudiólogo já que este pode auxiliar e orientar os ACS no seu trabalho na comunidade.

O objetivo dessa pesquisa é Verificar a efetividade de um programa de capacitação em saúde auditiva para os agentes comunitários de saúde de Caxias do Sul –RS.

Para a coleta de dados será realizado a aplicação de um questionário, com duração prevista de 20 minutos. Após você será convidado a participar de uma capacitação com os seguintes temas O profissional fonoaudiólogo (formação e papel no PSF), Anatomia e fisiologia auditiva básica, Deficiência auditiva e fatores de risco para perda auditiva, TAN e sua importância (teste da orelhinha) e Conceitos básicos sobre cuidados com Aparelhos Auditivos.

Todas as informações necessárias ao projeto de pesquisa serão confidenciais, sendo utilizadas apenas para a presente pesquisa. Os dados serão mantidos em sigilo e serão analisados em conjunto com os de outros indivíduos, sendo armazenados por 5 anos após o término da pesquisa e destruídos após este período.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O risco é mínimo, os riscos ou desconfortos que poderão acontecer serão, o desconforto de responder ao questionário e o tempo que será usado para realizar a capacitação. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao projeto de pesquisa e outra será fornecida a você. A sua participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional em caso de haver gastos de tempo, transporte, alimentação, etc.

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A acadêmica Anelise Andrade e a professora orientadora PricilaSleifer certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei contatar a professora orientadora no telefone [\(51\) 3308-6000](tel:51-3308-6000) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do telefone (51) 3308-3738 ou pelo endereço Rua Ramiro Barcelos, nº2600, Térreo, Porto Alegre/RS – Brasil. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Diante disso, concordo em participar desse estudo.

Data: __/__/____

Assinatura do Participante

ANEXO 3
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeira parte:

Nome: _____

UBS: _____

1) Idade: _____

2) Gênero: 1 () Feminino 2 () Masculino

3) Grau de escolaridade:

1 () Ensino fundamental completo

2 () Ensino médio incompleto

3 () Ensino médio completo

4 () Curso superior incompleto

5 () Curso superior completo. Se sim, Qual: _____

4) Quantas famílias você visita mensalmente? _____

5) Quanto tempo trabalha como agente de saúde? _____

6) Você já recebeu orientação de um fonoaudiólogo?

1 () SIM 2 () NÃO

7) Em algum momento durante as suas capacitações você aprendeu algo sobre o trabalho do fonoaudiólogo?

1 () SIM 2 () NÃO

8) Se sim, o quê _____

9) Você já identificou um indivíduo que precisava de acompanhamento com o fonoaudiólogo?

1 () SIM 2 () NÃO

10) Se sim, qual(is) era a queixa? (Nesta questão você pode assinalar mais de uma alternativa)

1 () Fala 2 () Audição 3 () Leitura- Escrita 4 () Síndromes 5 () Voz

6 () Gagueira 7 () Motricidade orofacial (Respiração oral, alteração mastigação, dificuldade no ato de engolir) 8 () Outro

11) Você já encaminhou um indivíduo que necessitava de acompanhamento fonoaudiológico?

1 () SIM 2 () NÃO

12) Se nunca encaminhou, qual o motivo?

1 () Não sei para onde encaminhar

2 () Me sinto insegura para encaminhar

3 () Nunca precisei encaminhar

Segunda Parte:

13) Analise as situações abaixo e circule se é uma situação que normal que não há risco ou se percebe risco a saúde auditiva

EXEMPLO:

Escutar musica muito alto	Não há riscos para audição	Percebe risco para audição
---------------------------	----------------------------	----------------------------

Ao se deparar com a seguinte situação:		
Encontra a televisão e o som ligado com volume alto, crianças brincando na sala onde estão os aparelhos e pessoas conversando.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição
Quando é recebido pelo idoso percebe que o mesmo pede para repetir várias vezes o que você fala.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição
Mãe relata que seu filho tem 1 ano e meio nasceu prematuro não reage há alguns sons altos porém realizou o teste da orelhinha e passou.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição
A criança tem três anos e fala poucas palavras e nunca realizou o teste da orelhinha.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição
Um homem de 35 anos trabalha em casa como marceneiro com muito barulho e não usa nenhuma proteção nos ouvidos.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição
Uma idosa relata que não está conseguindo usar o aparelho, pois o mesmo faz muito barulho e então o deixa guardado na gaveta.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição
O bebê foi encaminhado para realizar o teste da orelhinha pelo pediatra e o mesmo orientou sobre sua importância.	Não há riscos para a audição	Percebe risco para audição

14) Responda se as seguintes questões escrevendo no espaço em branco de cada pergunta se é verdadeira ou falsa.

PERGUNTA:	Verdadeiro ou falso
O teste da orelhinha deve ser feito em todos os recém-nascidos e é obrigatório por lei.	
As infecções congênitas (Rubéola, Citomegalovirus, Varicela, HIV, Sífilis, Herpes) não são riscos para a deficiência auditiva.	
Os aparelhos auditivos devem ser bem cuidados, limpos e as pilhas devem ser trocadas. É importante realizar revisões nos aparelhos em média a cada seis meses.	
Uma criança que teve muitas vezes dores no ouvido com pus não corre risco de ter perda auditiva.	
Escutar fones de ouvidos por longos períodos com som muito alto ao longo do tempo pode causar perda auditiva.	
Crianças que ficarem internadas na UTI neonatal mesmo que passarem no teste da	

orelhinha devem repetir o exame depois de 6 meses.	
Uma criança que possui deficiência auditiva e não for diagnosticada perde o período mais importante para estimulação da linguagem e audição.	
Uma criança só pode usar aparelhos auditivos depois de 1 ano de idade.	
O teste da orelhinha é uma estratégia barata capaz de detectar precocemente as perdas auditivas.	

ANEXO 4

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

Audiology - Communication Research (ACR) 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 (www.icmje.org), em www.who.int/ictpr/network/primary/en/index.html ou www.ensaiosclinicos.gov.br/. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

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* e publicado no artigo "Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals", versão de abril de 2010, disponível em: www.icmje.org/urm_full.pdf.

A ACR publica os seguintes tipos de artigos: Artigos originais, Relato de casos originais, Artigos de revisão sistemática ou meta-análises, Comunicações breves e Cartas ao editor. Não serão aceitos relato de casos simples, revisão simples de literatura, resumos, resenhas e relatórios técnicos.

O texto deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de artigo.

Artigos originais

São trabalhos destinados à divulgação de resultados originais e inéditos de pesquisa científica. Devem conter os seguintes itens: Resumo e descritores, *Abstract e keywords*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

- **Introdução:** deve apresentar uma breve revisão de literatura, contextualizando o trabalho, que justifique os objetivos do estudo. Os objetivos devem ser apresentados ao final da introdução, sem iniciar uma nova seção.

- **Métodos:** devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido.

- **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 recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos.

- **Discussão:** os resultados devem ser discutidos e comparados aos estudos da literatura pertinente. Não deve repetir os resultados nem a introdução.

- **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.

- **Referências:** das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

O número de aprovação do **Comitê de Ética em Pesquisa**, bem como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução MS/CNS/CNEP nº

196/96 de 10 de outubro de 1996), no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados no item Métodos.

Relato de casos originais

Descrevem casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, que representem originalidade de uma conduta ou tratamento e ilustrem situações pouco frequentes, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados.

Devem conter: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução (com breve revisão da literatura), Apresentação do caso clínico, Discussão, Comentários finais e Referências.

A Apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram do 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 indivíduos, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

Devem ser apresentadas, no máximo 15 referências.

Artigos de revisão sistemática ou meta-análises

São artigos destinados a identificar sistematicamente e avaliar criticamente todas as evidências científicas a respeito de uma questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar estudos que testam uma mesma hipótese, sistematicamente 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 de meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica.

Devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, Introdução, Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Análise dos dados, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências.

Não há limitação para o número de referências. Das referências citadas, pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Comunicações breves

São artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a Fonoaudiologia. São limitados a 1500 palavras (da introdução à conclusão).

Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Devem ser apresentadas, no máximo 15 referências, das quais pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Cartas ao editor

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. Serão publicadas a critério dos Editores. Devem ser breves (até 500 palavras).

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, **obrigatoriamente**, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

1. 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 (modelo disponível em: http://www.audiolcommres.org.br/normas_carta_1.doc);
2. Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o estudo, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;
3. Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), somente quando for necessária a autorização do uso de imagem;
4. Declaração de conflitos de interesse, quando pertinente (potenciais conflitos de interesses disponível em: http://www.audiolcommres.org.br/normas_conflitos_1.doc).

FORMATAÇÃO E PREPARO DO MANUSCRITO

Forma: O texto deve ser formatado em Microsoft Word, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm),

Margem: 2,5 cm de cada lado

Fonte: Arial tamanho 12 para texto. Para tabelas, quadros, figuras e anexos: fonte Arial 8

Espaçamento entre linhas: espaço duplo (inclusive tabelas, quadros e anexos)

Recuos e espaçamentos: zero

Alinhamento do texto: justificado

Tabulação de parágrafo: 1,25 cm

Manual de formatação: para detalhes e outras especificações de formatação, acesse: http://www.audiolcommres.org.br/normas_manual_1.pdf

Extensão do manuscrito: a extensão do manuscrito (incluindo página de identificação, resumo e *abstract*, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas, 20 páginas para Relatos de casos e Comunicações breves e 500 palavras para Cartas aos editores.

Sequência do artigo: cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: página de identificação, Resumo e descritores, *Abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários à seção para a qual o artigo foi enviado), Agradecimentos, Referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas.

Página de identificação

Deve conter, obrigatoriamente, na seguinte sequência:

- a) título do artigo, em português e em inglês. O título deve ser conciso, porém informativo.
- b) título do artigo resumido com até 40 caracteres (considerando espaços).
- c) nome completo de cada autor, seguido do respectivo departamento e/ou instituição. Não devem ser incluídas titulações.
- d) departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
- e) nome, telefone, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
- f) fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
- g) declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor;

- h) texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado.

Autoria

São considerados autores aqueles que têm efetiva contribuição intelectual e científica na realização do trabalho. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do artigo e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado por contribuições substanciais durante:

1. Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados
2. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante
3. Aprovação final da versão a ser publicada

As pessoas que não cumprem estes requisitos e que tiveram participação puramente técnica (ato operatório, revisão bibliográfica, chefes de departamento, serviços ou financiados) devem ser listadas nos agradecimentos. A participação limitada à obtenção de fundos, coleta de dados, supervisão geral ou chefia de um grupo de pesquisa não justifica autoria.

Resumo e descritores

A segunda página deve conter o resumo, em português e inglês, de no máximo 250 palavras. O resumo em português deve ser apresentado primeiro, seguido pelo *abstract*, com quebra de página entre eles. O texto deve ser corrido, sem parágrafo. O resumo e o *abstract* devem conter exatamente as mesmas informações.

O resumo deverá conter informações relevantes do estudo, que constem no texto e que incentivem a leitura do artigo. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Não deve conter a instituição em que o estudo foi realizado e não deve conter resultados numéricos ou estatísticos.

Assim, para Artigos originais e Comunicações breves, a estrutura deve ser, em português: Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão; em inglês: *Purpose, Methods, Results, Conclusion*.

Para Artigos de revisão sistemática ou meta-análises, devem seguir a estrutura, em português: Objetivos, Estratégia de pesquisa, Critérios de seleção, Resultados, Conclusão; em inglês: *Purpose, Researchstrategy, Selectioncriteria, Results, Conclusion*.

Para Relatos de caso originais o resumo não deve ser estruturado e não deve apresentar *headlines*.

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 SubjectHeadings*) da *NationalLibraryof Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

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

"Embora a medicação seja necessária e fundamental para muitos indivíduos proporcionando melhoras significativas, aumentando a sobrevida desses indivíduos(7), existem relatos na literatura que discutem seus efeitos adversos(8,9)."

Gramática e ortografia: devem ser utilizadas as novas regras gramaticais da língua portuguesa. Palavras ou expressões em inglês que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico.

Numerais: até dez devem ser escritos por extenso. Somente a partir do 11 é que devem ser indicados por numerais arábicos.

Idade: descrever a idade sempre em anos e meses (exemplo: 7 anos e 11 meses). Deve ser sempre indicada por numerais.

Utilizar a expressão "média de idade".

Sujeitos: ao descrever sujeitos, evitar "sexo" (sexo masculino, sexo feminino); utilizar "gênero" (gênero masculino, gênero feminino).

Agradecimentos

Incluem reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso.

Referências

Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, de acordo com a ocorrência no texto. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados em: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/liweb.pdf>.

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

Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Musiek FE, Shinn JB, Jirsa R, Bamiou DE, Baran JA, Zaida E. The GIN (Gaps in Noise) test performance in subjects with confirmed central auditory nervous system involvement. *EarHear*. 2005Dec;26(6):608-18.

LIVROS

Coates V, Beznos GW, França LA. *Medicina do adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. 731p.

CAPÍTULO DE LIVRO

Santos MFC, Pereira LD. Escuta com Dígitos. In: Pereira LD, Schochat E. (Org.) *Processamento auditivo: manual de avaliação*. São Paulo: Lovise, 1997. p.15-32.

CAPÍTULO DE LIVRO (mesma autoria)

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

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: *Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research*; 1984 Sep 6-10; Toronto. *Proceedings*. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

DISSERTAÇÕES E TESES

Linares AE. *Correlação do potencial auditivo de estado estável com outros achados em audiologia pediátrica [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

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

Devem ser apresentadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. 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. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada tabela. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentadas em preto e branco, com linhas simples, sem nenhum destaque. 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

Os quadros deverão ser encaminhados separadamente do texto, cada um em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que pode ter traçado vertical e deve ser fechado lateralmente. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada quadro. Todos os quadros deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima do quadro, sem abreviações ou siglas. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do artigo, após as referências. Devem ser numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Deve ser indicado no texto o local de inserção de cada figura. No rodapé deve constar legenda para abreviaturas e siglas. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou em escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título sem abreviações ou siglas, digitado em fonte Arial 8, abaixo da figura. 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.

Anexos

São dados necessários à compreensão do texto. Podem ser apresentados como listas, protocolos, formulários, testes etc. Devem ser digitados com espaço duplo e fonte Arial 8, numerados sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Devem ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima do conteúdo, sem abreviações ou siglas. Devem ser apresentados em preto e branco.

Legendas

Devem ser apresentadas em fonte Arial 8, usando espaço duplo, justificado, 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. Nas legendas das tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar o significado das abreviaturas e siglas por extenso. Não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Notas de rodapé

Quando houver nota de rodapé, deve ser identificada com um asterisco (*). No caso de ocorrência de mais de uma nota de rodapé, as seguintes devem acrescentar asteriscos. No rodapé, a nota deve ser formatada em fonte Arial 10, com parágrafo justificado.

Unidades de medida

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser apresentadas em unidades métricas (metro, quilograma, litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem ser expressas em graus Celsius e as pressões sanguíneas devem ser expressas em milímetros de mercúrio.

Tradução

Todos os trabalhos terão publicação bilíngue português/inglês. Os artigos podem ser encaminhados em português ou em inglês. Nos casos dos artigos redigidos em inglês será solicitada uma cópia em português da versão final.

A versão do artigo em inglês é de responsabilidade exclusiva dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em português os autores serão orientados a realizarem a tradução do documento para a língua inglesa, garantindo pelo menos a revisão por empresa especializada com experiência internacional.

Representações comerciais

Agentes terapêuticos devem ser indicados pelos seus nomes genéricos seguidos, entre parênteses, pelo nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. Todos os instrumentos ou aparelhos de fabricação utilizados devem ser citados com o seu nome comercial, fabricante, cidade, estado e país de origem. É necessária a colocação do símbolo (sobrescrito) de marca registrada ® ou ™ em todos os nomes de instrumentos ou outras representações