

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

LÍDIA DINIZ GUEDES

**PERFIL DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ATENDIDOS EM UMA  
CLÍNICA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA**

Belo Horizonte  
2017



LÍDIA DINIZ GUEDES

**PERFIL DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ATENDIDOS EM UMA  
CLÍNICA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA**

Estudo apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Izabel Cristina Campolina Miranda

Belo Horizonte  
2017



**PERFIL DOS PACIENTES SURDOS ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA**

PROFILE OF DEAF PATIENTS ATTENDED IN A HEARING REHABILITATION CLINIC

PERFIL DE LOS PACIENTES SURDOS ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN AUDITIVA

Lídia Diniz Guedes<sup>1</sup>, Izabel Cristina Campolina Miranda<sup>2</sup>

**ESPECIFICAÇÃO DE CADA AUTOR:**

- (1) Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Belo Horizonte, MG, Brasil.
- (2) Professora adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte, MG, Brasil.

**CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS DE CADA AUTOR NA ELABORAÇÃO DO ARTIGO:**

- I. **Lídia Diniz Guedes:** busca e seleção de artigos, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final da versão a ser publicada.
- II. **Izabel Cristina Campolina Miranda:** concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação final da versão a ser publicada.

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO:** Centro Mineiro de Reabilitação Auditiva – CEMEAR.

**TIPO DE MANUSCRITO:** Artigo original de pesquisa.

**ÁREA:** Audiologia e Linguagem.

**AUTOR PARA CONTATO:** Izabel Cristina Campolina Miranda, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento de Fonoaudiologia. Av. Prof. Alfredo Balena, 190, sala 251. Belo Horizonte - MG - Brasil CEP 30130-100. e-mail: [izabelccm@yahoo.com](mailto:izabelccm@yahoo.com)

**CONFLITOS DE INTERESSES:** Inexistentes



## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações.....	7
LISTA DE TABELAS .....	9
LISTA DE FIGURAS.....	11
RESUMO.....	13
PERFIL DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA.....	15
Introdução.....	15
Material e Método .....	18
Resultados.....	18
Discussão .....	19
Conclusão .....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
TABELAS .....	29
Tabela 1: Grupos de idades da amostra analisada.....	29
Tabela 2: Correlação entre faixa etária e momento de instalação da perda auditiva.....	31
Tabela 3: Perda auditiva segundo o grau e orelha acometida .....	33
FIGURAS.....	35
Figura 1: Distribuição espacial dos indivíduos pesquisados .....	35
ANEXOS.....	37
Anexo 1. Termo de Responsabilidade .....	37
Anexo 2. Questionário estruturado para a coleta de dados .....	39
Anexo 3. Normas de formatação estabelecidas pela Revista CEFAC .....	41



**LISTA DE SIGLAS E ABREVIações**

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
Libras	Língua Brasileira de Sinais
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
IC	Implante Coclear
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educaçionais Anísio Teixeira



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: GRUPOS DE IDADES DA AMOSTRA ANALISADA

Tabela 2: CORRELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA E MOMENTO DE INSTALAÇÃO DA PERDA AUDITIVA

Tabela 3: PERDA AUDITIVA SEGUNDO O GRAU E ORELHA ACOMETIDA



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS INDIVÍDUOS PESQUISADOS



## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes com deficiência auditiva atendidos em uma clínica de reabilitação auditiva de Belo Horizonte. **Método:** trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, em que foram analisados os prontuários de 151 pacientes surdos que encontravam-se em atendimento em uma clínica de reabilitação auditiva de Belo Horizonte. Foi realizada análise descritiva das variáveis por meio da distribuição das frequências absoluta e relativa. **Resultados:** Quanto ao perfil dos 151 pacientes surdos pesquisados, verificou-se que são, em sua maioria, do sexo feminino, com faixa etária de 6:0 a 11:11 anos, com perda auditiva profunda, do tipo congênita para o grupo de sujeitos com idade inferior a 18 anos e do tipo adquirida para aqueles acima desta idade. Observou-se ainda, uma maior ocorrência de pacientes surdos usuários de aparelho de amplificação sonora individual, filhos de pais ouvintes, usuários da modalidade de comunicação oral e estudantes da rede pública de ensino. Em relação à distribuição espacial, a maioria dos pacientes pesquisados residem na região metropolitana de Belo Horizonte, apesar de haver sujeitos distribuídos por todas as regionais da capital. **Conclusão:** Os resultados deste estudo apresentam-se como uma valiosa ferramenta para fundamentar, planejar e dimensionar as ações de promoção, proteção, diagnóstico, habilitação e reabilitação auditiva segundo as demandas de um grupo de indivíduos ou região. Dessa forma é possível favorecer a inclusão e minimizar o impacto da surdez no desenvolvimento global do indivíduo surdo.

**Descritores:** Epidemiologia; Comunicação; Surdez; Perda auditiva; Linguagem; Fonoaudiologia.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the profile of hearing impaired patients attended at a hearing rehabilitation clinic in Belo Horizonte. **Method:** This is an observational cross-sectional study, in which the medical records of 151 deaf patients who were attending a hearing rehabilitation clinic in the city of Belo Horizonte were analyzed. A descriptive analysis of the variables was performed through the distribution of the absolute and relative frequencies. **Results:** About the profile of the 151 deaf patients surveyed, it was found that to be mostly female, with ages ranging from 6:0 to 11:11 years, with profound hearing loss of the congenital type for the group of subjects aged less than 18 years and of the type acquired for those above this age. It was also observed a higher occurrence of deaf patients using individual sound amplification equipment, children of hearing parents, users of oral communication and students of the public school system. Regarding the spatial distribution, the majority of the patients studied reside in the metropolitan area of Belo Horizonte, although there are subjects distributed by all the regional of the capital. **Conclusion:** The results of this study are presented as a valuable tool to inform, plan and measure the actions of promotion, protection, diagnosis, hearing habilitation and rehabilitation according to the demands of a group of individuals or region. In this way, it is possible to favor inclusion and to minimize the impact of deafness on the overall development of the deaf individual.

**Keywords:** Epidemiology; Communication; Deafness; Hearing Loss; Language; Speech therapy.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil de los pacientes con deficiencia auditiva atendidos en una clínica de rehabilitación auditiva en la ciudad de Belo Horizonte. **Método:** se trata de un estudio observacional del tipo transversal, en el que se analizaron los prontuarios de 151 pacientes sordos que se encontraban en atención en una clínica de rehabilitación auditiva en la ciudad de Belo Horizonte. Los datos fueron recogidos, insertados en planilla Excel y posteriormente se realizó un análisis descriptivo de las variables por medio de la distribución de las frecuencias absoluta y relativa. **Resultados:** Se realizó un análisis descriptivo de las variables por medio de la distribución de las frecuencias absoluta y relativa. **Resultados:** En cuanto al perfil de los 151 pacientes sordos investigados, se verificó que son, en su mayoría, del sexo femenino, con rango de edad de 6: 0 a 11:11 años, con pérdida auditiva profunda, del tipo congénita para el grupo de sujetos menores de 18 años y del tipo adquirido para aquellos por encima de esta edad.. Se observó además, una mayor ocurrencia de pacientes sordos usuarios de aparato de amplificación sonora individual, hijos de padres oyentes, usuarios de la modalidad de comunicación oral y estudiantes de la red pública de enseñanza. En cuanto a la distribución espacial, la mayoría de los pacientes encuestados residen en la región metropolitana de Belo Horizonte, a pesar de haber sujetos distribuidos por todas las regionales de la capital. **Conclusión:** Los resultados de este estudio se presentan como una valiosa herramienta para fundamentar, planificar y dimensionar las acciones de promoción, protección, diagnóstico, habilitación y rehabilitación auditiva según las demandas de un grupo de individuos o región. De esta forma es posible favorecer la inclusión y minimizar el impacto de la sordera en el desarrollo global del individuo sordo.

**Descriptores:** Epidemiología; Comunicación; Sordera; Pérdida auditiva; Lenguaje; Fonoaudiología.

## PERFIL DOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA

### PROFILE OF HEARING IMPAIRED PATIENTS ATTENDED AT A HEARING REHABILITATION CLINIC

### PERFIL DE LOS PACIENTES COM DEFICIENCIA AUDITIVA ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN AUDITIVA

## INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a deficiência auditiva é um dos déficits sensoriais mais frequentes na população humana, com mais de 360 milhões de pessoas em todo o mundo com surdez incapacitante. As causas são diversas, como exposição a ruídos, condições genéticas, complicações no nascimento, doenças, envelhecimento, entre outras<sup>(1)</sup>.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil existiam cerca de 9,7 milhões de sujeitos com deficiência auditiva. O estado de Minas Gerais (MG), por sua vez, detinha cerca de 1.001.344 indivíduos com algum grau de deficiência auditiva, dos quais, aproximadamente, 111.603 encontravam-se na capital Belo Horizonte. Já o levantamento divulgado em 2015, referente ao ano de 2013, realizado pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, revelou que 6,2% da população brasileira possuía algum tipo de deficiência, sendo que 1,1% correspondia às pessoas com deficiência auditiva<sup>(2,3)</sup>.

A audição é uma importante função para o desenvolvimento da linguagem oral e o impacto causado pela privação desse sentido será influenciado pelo tipo e grau da perda auditiva. O tipo da perda auditiva está relacionado ao segmento anatômico em que a lesão se encontra, podendo ser classificada como perda auditiva condutiva, na qual as ondas sonoras não atingem a orelha interna de forma adequada em decorrência de alterações na orelha externa e/ou média (membrana do tímpano, cadeia ossicular, janelas redonda ou oval, ou mesmo a tuba auditiva); perda auditiva neurossensorial, que refere-se a lesões localizadas na cóclea e/ou no nervo coclear; perda auditiva mista, na qual o indivíduo possui componentes condutivos e neurossensoriais na mesma orelha; e perda auditiva central, em que as lesões encontram-se na via auditiva central<sup>(4,5)</sup>. Já a classificação quanto ao grau de acometimento da perda auditiva leva em consideração a idade do indivíduo, sendo para os adultos segundo Davis e Silvermann: audição normal 0 a 25 dB; perda leve 26 a 40 dB; perda moderada 41 a 70 dB; perda severa 71 a 90 dB; perda profunda acima de 91 dB. Para crianças a classificação quanto ao grau segundo Northern e Downs é: audição normal 0 a 15 dB; perda discreta 16 a 25 dB; perda leve 26 a 40 dB; perda moderada 41 a 70 dB; perda severa 71 a 90 dB; perda profunda acima de 91 dB<sup>(4)</sup>.

As deficiências auditivas ainda podem ser classificadas segundo o seu momento de instalação, sendo *perda auditiva congênita* quando é decorrente de fatores pré e peri-natais e *perda auditiva adquirida* quando é causada por fatores pós-natais. As intercorrências que afetam o embrião durante a gestação são denominadas como fatores pré-natais, possuindo como etiologias a rubéola materna, alterações genéticas, a sífilis, a toxoplasmose, entre outros. Por sua vez, as causas peri-natais são fatores que comprometem o recém-nascido desde o início do trabalho de parto até cerca de 8 dias após o nascimento, como é o caso do parto

prolongado, a prematuridade, a anóxia e o kernicterus. Já as causas pós-natais são adquiridas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo, por infecções como no caso da meningite, uso de medicamentos ototóxicos, exposição contínua a ruídos, etc<sup>(6)</sup>.

A gravidade dos efeitos causados pela deficiência auditiva impulsiona pesquisas que visam caracterizar o perfil do indivíduo com surdez, de modo a fornecer dados norteadores para o desenvolvimento de ações e estratégias em saúde, bem como colaboram para a adoção de políticas de saúde pública<sup>(7)</sup>. Como exemplo, temos a instituição da Política Nacional de Saúde Auditiva pela Portaria MS/GM Nº 2.073 de 2004, que prevê a realização do diagnóstico e intervenção precoces, no sentido de possibilitar um melhor prognóstico em relação ao desenvolvimento da linguagem oral. Outra estratégia adotada refere-se à Triagem Auditiva Neonatal Universal – TANU, garantida pela Lei Federal Nº 12.303 em 2010, que também visa o diagnóstico precoce, ou seja, diminuir o intervalo de tempo existente entre a suspeita da deficiência auditiva e a intervenção médica e fonoaudiológica<sup>(8)</sup>.

Se as crianças deficientes auditivas não são identificadas precocemente, torna-se difícil para muitas delas adquirirem habilidades fundamentais de linguagem, cognição e socialização, tendo em vista que os primeiros anos de vida são considerados como período crítico para a aquisição e desenvolvimento de tais habilidades, já que é o momento em que ocorre a maturação do sistema auditivo central. Além disso, o diagnóstico e intervenção precoce da surdez elevam significativamente as chances de progresso da criança, contribuindo para que ela seja um membro mais ativo e produtivo na sociedade<sup>(9,10)</sup>.

Como uma importante alternativa de intervenção para a surdez podemos citar a utilização da Língua Brasileira de Sinais (Libras), estabelecida pela Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002 e regulamentada pelo decreto Nº 5626, de 22 de dezembro de 2005, como segunda língua oficial do Brasil. Ela é considerada a língua natural do surdo e contribui para o desenvolvimento de habilidades de linguagem, cognição e socialização, bem como a aquisição de uma segunda língua. A utilização de tecnologias assistivas no âmbito da saúde, também pode ser apontada como outra alternativa de intervenção para a surdez, como é o caso da utilização de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), Implante Coclear (IC) e outros recursos para conceder maior autonomia e funcionalidade aos deficientes auditivos<sup>(11)</sup>.

Muitos dos sujeitos com deficiência auditiva são beneficiados com o uso de AASI, porém, por ser um amplificador sonoro, a prótese auditiva necessita de uma reserva coclear suficiente para que haja boa percepção do som e discriminação da fala. Nos indivíduos com pouca reserva coclear e que não possuem boa discriminação mesmo com amplificação sonora, o IC é uma alternativa para reabilitação da deficiência auditiva<sup>(12)</sup>.

A escolha da utilização ou não de aparelhos auditivos, assim como a modalidade de comunicação (oral, sinalizada ou bilíngue) sofre forte influência do modo como a surdez é concebida pelo indivíduo, familiares e/ou comunidade em que vive. Pela concepção clínico-terapêutica, a surdez é vista como uma patologia que deve ser tratada e reabilitada, sendo o insucesso da aquisição e desenvolvimento da língua oral padrão decorrente de uma “deficiência”, que limitaria a capacidade do sujeito. Já a concepção sócio-antropológica ou sócio-cultural trata a surdez como uma “diferença” e sugere que as dificuldades do indivíduo estariam relacionadas a um método educacional inadequado e despreparado para favorecer o desenvolvimento do sujeito, vislumbrando a língua de sinais como um caminho

fundamental para a construção da criança surda. Além disso, a concepção antropológica considera que os surdos não seriam diferentes unicamente porque não ouvem, mas porque desenvolveriam potencialidades psicoculturais diferentes daquelas dos ouvintes surdos<sup>(13,14)</sup>.

Diante disso, os indivíduos surdos podem ser caracterizados como sinalizados, oralizados ou bilíngues, conforme a modalidade de comunicação escolhida. Os surdos sinalizados correspondem aos surdos que optam por se comunicar pela Libras, já reconhecida como segunda língua oficial do Brasil. Os surdos oralizados são aqueles que utilizam as línguas orais-auditivas para se comunicarem, apoiando-se nos benefícios da leitura labial, de aparelhos de amplificação e/ou implante coclear. Já os surdos bilíngues utilizam os dois recursos comunicativos: a Libras e a língua oral-auditiva<sup>(15)</sup>.

Muitas das intervenções adotadas para indivíduos surdos ainda são pautadas pela perspectiva oralista, apoiada na normalização da oralidade. Em consequência, grande parte dos surdos não é beneficiada pelo oralismo, uma vez que não se apropriam efetivamente da modalidade oral de linguagem, nem do português escrito, cujo ensino é baseado em estratégias orais. Dessa forma, a abordagem bilíngüe se reafirma cada vez mais como uma possibilidade de atuação muito eficaz, enquanto a Libras assume crucial importância para que o surdo tenha seu desenvolvimento lingüístico e educacional garantido e possa, efetivamente, participar de trocas interlocutivas que se apresentam cotidianamente<sup>(16)</sup>.

Sendo assim, o trabalho fonoaudiológico para a oralidade na abordagem bilíngüe deve se basear no diagnóstico precoce, na indicação e na adaptação de dispositivos eletrônicos, assim como oferecer ao surdo a oportunidade de conhecer as diferentes possibilidades de interpretação do mundo, visuais e auditivas. O aprendizado da modalidade oral é desejado, mas não é perseguido como o único objetivo educacional e comunicativo, nem como a única possibilidade de minimizar as diferenças causadas pela surdez<sup>(11)</sup>.

A perda auditiva faz com que o indivíduo tenha maior acesso ao canal visual, tornando a língua de sinais biologicamente natural para ele. Ao ter acesso ao bilinguismo (língua de sinais e língua portuguesa), o surdo tem a seu alcance um leque mais amplo de recursos linguísticos que atendam melhor a suas necessidades<sup>(17)</sup>. Por isso é importante que o Fonoaudiólogo se aproprie das informações trazidas por estudos epidemiológicos do perfil de pacientes surdos, pois podem representar uma valiosa ferramenta para fundamentar, planejar e dimensionar as ações de promoção, proteção, diagnóstico, habilitação e reabilitação auditiva segundo as demandas de um grupo de indivíduos ou região<sup>(18,19)</sup>.

Sendo assim, o propósito da presente pesquisa consistiu em caracterizar o perfil dos indivíduos com deficiência auditiva atendidos em uma clínica de reabilitação auditiva localizada em Belo Horizonte – MG, uma vez que seus resultados poderão fornecer embasamento para a realização de uma proposta de trabalho mais direcionada, garantindo atendimento mais humanizado e eficiente aos pacientes.

## **MATERIAL E MÉTODO**

O presente trabalho tratou-se de um estudo observacional do tipo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com parecer número CAAE 57818916.7.0000.5149.

A pesquisa foi desenvolvida em uma clínica de caráter associativo e sem fins lucrativos que tem por missão garantir aos indivíduos carentes com perda auditiva, de Belo Horizonte e Região Metropolitana, o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos para reabilitação auditiva.

Os dados foram coletados através de consulta aos prontuários. As informações não encontradas no prontuário do paciente, foram colhidas através de entrevista realizada com os indivíduos surdos e/ou seus familiares. Foram analisados os prontuários de 151 pacientes surdos que se encontravam em atendimento numa clínica de reabilitação auditiva na cidade de Belo Horizonte. Ressalta-se que a amostra utilizada no estudo foi do tipo não probabilística, na qual todos os indivíduos com déficit auditivo atendidos no ano de 2016 na clínica de reabilitação foram selecionados para a pesquisa.

Foi desenvolvido um questionário estruturado para a coleta de informações referentes ao perfil do indivíduo surdo, tais como: gênero, idade, modalidade de ensino da escola, local de residência, condição auditiva dos pais, características da perda auditiva dos pacientes, utilização de dispositivo eletrônico e modalidade comunicativa dos indivíduos pesquisados. Os dados foram inseridos em planilha Excel e realizou-se uma análise descritiva das variáveis por meio da distribuição das frequências absoluta e relativa.

Este estudo analisou, a partir do bairro de residência em Belo Horizonte e região, a distribuição espacial dos pacientes, levando-se em conta as regionais. Os bairros de Belo Horizonte estão distribuídos em 9 regionais: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova <sup>(20)</sup>.

## **RESULTADOS**

Diante da análise dos dados coletados nos prontuários dos 151 sujeitos da pesquisa, verificou-se que, em relação ao gênero, a maior prevalência da perda auditiva ocorreu no sexo feminino com um total de 83 indivíduos (54,96%), sendo 68 (45,04%) os do sexo masculino.

Em relação à idade<sup>(21,22)</sup>, observou-se que a clínica, no período pesquisado, possuía maior número de pacientes com idades entre 6:0 a 11:11 anos, correspondendo a 46,36% (70 sujeitos) da amostra, seguida das idades entre 0:0 a 5:11 anos, correspondendo a 23,84% (36 sujeitos); 12:0 a 17:11 anos correspondendo a 13,91% (21 sujeitos); 25:0 a 59:11 correspondendo a 8,61% (13 sujeitos); 18:0 a 24:11 correspondendo a 3,97% (6 sujeitos) e indivíduos com idade igual ou acima de 60 anos que corresponderam a 3,31% (5 sujeitos) da amostra, conforme a Tabela 1.

Quanto à instituição de ensino freqüentada pelos participantes da pesquisa, considerando apenas os sujeitos que encontravam-se em idade escolar (127 indivíduos), observou-se que 74% estudavam em escola pública, 19,7% em escola privada e 6,3% não informaram ou não estudavam.

Considerando a distribuição espacial dos sujeitos atendidos na clínica de reabilitação auditiva, verificou-se que, apesar de grande parte residir na Região Metropolitana de Belo Horizonte (21,85%), há pacientes de todas as regionais da capital, conforme representado na Figura 1.

Este estudo identificou se os pais dos pacientes atendidos na clínica eram deficientes auditivos ou ouvintes. Os resultados revelaram que 94,7% dos sujeitos são filhos de pais ouvintes (143 indivíduos), 1,33% (2 indivíduos) são filhos de pais surdos e 3,97% dos indivíduos (6) não informaram.

Pesquisou-se o percentual de indivíduos atendidos na clínica que apresentavam perda auditiva congênita e o percentual de indivíduos com perda auditiva adquirida. Observou-se que 62 sujeitos (41,06%) apresentaram perda auditiva adquirida, 58 (38,41%) perda auditiva congênita e 31 (20,53%) não informaram, conforme descrito na Tabela 2. No entanto, é importante ressaltar que ao comparar os indivíduos com idade abaixo de 18 anos (127 sujeitos) e aqueles acima desta faixa etária (24 sujeitos), observou-se que no primeiro grupo a perda auditiva congênita foi a mais prevalente (41,73%) em relação à adquirida (38,58%) e a com momento de instalação desconhecido (19,69%).

Quanto ao grau da surdez<sup>(4)</sup>, a perda auditiva profunda bilateral foi a de maior expressividade entre os pacientes da pesquisa, acometendo 89 indivíduos (58,94%), seguida pela perda auditiva severa bilateral 11,25% e perda auditiva moderada bilateral 7,28%, o que pode ser observado na Tabela 3.

Em relação ao uso de amplificadores sonoros pelos pacientes da clínica de reabilitação auditiva, observou-se que a prevalência de usuários de AASI foi maior em relação aos usuários de IC, correspondendo a, respectivamente 66 (43,71%) e 54 (35,76%) indivíduos, sendo que 20 pacientes (13,25%) da clínica utilizavam AASI e IC associados, 9 (5,96%) ainda não utilizavam nenhum dispositivo de amplificação sonora e 2 (1,32%) não possuíam informações acerca do uso de aparelhos no período pesquisado.

Quanto à modalidade de comunicação, identificou-se que 84 pacientes (55,62%) eram oralizados, 17 (11,25%) eram usuários de libras, 27 (17,9%) eram bilíngues e 23 (15,23%) não utilizavam a Libras, nem a linguagem oral.

## DISCUSSÃO

No estudo em questão, a ocorrência de deficientes auditivos do sexo feminino atendidos na clínica foi maior em relação aos do sexo masculino, assim como descrito em alguns estudos<sup>(7,23)</sup>. Entretanto, na maior parte das pesquisas, a surdez no sexo masculino mostrou-se mais prevalente<sup>(3,9,24)</sup>.

Quanto à idade, os dados da presente pesquisa apontaram que há maior ocorrência da perda auditiva na faixa etária de 6:0 a 11:11 anos. Uma proporção semelhante foi destacada num estudo realizado em Belém - PA<sup>(25)</sup>, que utilizou uma amostra de 150 crianças com faixa etária de 2 a 13 anos e observou que o maior número de casos de surdez concentrou-se entre as idade de 6 a 9 anos (44%), seguida pelos grupos de 2 a 5 anos (39%) e de 10 a 13 anos (17%). Entretanto, é importante ressaltar que a proporção de indivíduos adultos e idosos ( $\geq 18$  anos) atendidos na clinica analisada mostrou-se inferior em relação aos indivíduos abaixo desta idade, provavelmente justificado pelo fato da reabilitação auditiva ser considerada por pacientes e/ou responsáveis uma demanda mais importante para os sujeitos que encontram-se na fase de aquisição da linguagem e/ou período escolar.

Segundo a OMS, a surdez incapacitante corresponde à perda auditiva superior a 40dB na melhor orelha para adultos e à perda superior a 30dB na melhor orelha para crianças. Diante disso, ela aponta que mais de 5% da população mundial (360 milhões de pessoas) possui esse tipo de deficiência, sendo 328

milhões adultos e 32 milhões crianças<sup>(1)</sup>. Já o censo realizado em 2010 pelo IBGE, indicou que dos 9,7 milhões de brasileiros que possuem deficiência auditiva, cerca de 1 milhão são crianças e jovens de até 19 anos, mas ainda assim, a prevalência da perda auditiva concentrou-se em sujeitos acima de 65 anos<sup>(3,26)</sup>.

O maior número de casos de surdez em indivíduos com idade avançada também foi observado em um estudo realizado em São Paulo<sup>(23)</sup> com a população de 12 anos ou mais. Dos 5.250 sujeitos selecionados por amostragem probabilística, estratificada, 482 referiram algum tipo de deficiência auditiva, sendo a prevalência deste déficit proporcional ao aumento da idade dos indivíduos, respectivamente: 2,0% na faixa etária de 12 a 19 anos, 4,0% na de 20 a 59 anos, 13,8% na de 65 a 75 anos e 36,3% no grupo acima de 75 anos. Com estes dados, esse estudo mostra relação positiva entre idade e surdez, ou seja, nas próximas décadas poderá ser observado o aumento do número de pessoas com deficiência auditiva no Brasil, devido ao envelhecimento da população. Por sua vez, o envelhecimento populacional se deve à diminuição do número de crianças que nascem anualmente, enquanto o número de sujeitos na faixa etária de 60 anos ou mais aumenta<sup>(23,27)</sup>.

Além disso, a população total de deficientes acompanha a distribuição da população total dos estados. Dessa forma, considerando a região Sudeste do Brasil, o estado que mais aglomera sujeitos portadores de deficiência auditiva é o estado de São Paulo, seguido por Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e Espírito Santo (ES)<sup>(2,3)</sup>. Ainda relacionado a essa questão, dados levantados pelo IBGE em 2013, revelaram que dos indivíduos pertencentes ao grupo populacional de deficientes auditivos residentes no Brasil, apenas cerca de 8,4% frequentava algum serviço de reabilitação auditiva<sup>(28)</sup>.

Logo, os municípios mais populosos de Minas Gerais, são também aqueles municípios que possuem as maiores populações de deficientes, visto que as grandes cidades (pelo menos no que tange o aspecto populacional) dispõem de uma melhor infra-estrutura, seja de educação, saúde, transporte ou outros, o que possibilita atender com melhores condições as demandas trazidas pela população de deficientes<sup>(29)</sup>.

Estudos<sup>(29,30)</sup> apontam que, apesar de não ter tido crescimento populacional negativo nos últimos anos, a capital do estado de Minas Gerais (Belo Horizonte) experimentou uma significativa perda líquida de sua população. Em contrapartida, os municípios próximos à capital (região metropolitana) como Ribeirão das Neves, Matozinhos, Nova Lima, Santa Luzia, Ibirité, Sabará, entre outros, estão entre os que mais crescem no estado. Tal fato pôde ser observado na análise da distribuição espacial dos sujeitos atendidos na clínica pesquisada, o que pode justificar o fato de grande parte deles residir na região metropolitana da capital (21,85%), sugerindo alta mobilidade populacional de localidades próximas.

Em relação ao sistema auditivo, sabe-se que ele pode ser influenciado por uma grande variedade de agentes patológicos que, por sua vez, podem acometer o indivíduo em diferentes períodos de seu desenvolvimento. Em uma análise de diversos estudos epidemiológicos<sup>(7)</sup>, os agentes etiológicos pré e peri-natais (perda auditiva congênita) foram os mais apontados como principais causadores da perda auditiva de forma global, além de ressaltarem o elevado número de casos de surdez com etiologia desconhecida. No presente estudo, a perda auditiva sem informação do seu momento de instalação também mostrou-se expressiva (20,52%). Além disso, a perda auditiva congênita foi mais prevalente no grupo de indivíduos com menos de 18 anos, enquanto no grupo acima dessa idade a perda auditiva adquirida

foi a que mais se sobressaiu. Tais achados corroboram com outras pesquisas já realizadas<sup>(6,23)</sup>.

O elevado índice de casos de perda auditiva de origem desconhecida vem ganhando destaque em diversos estudos epidemiológicos, sendo justificado pela dificuldade na realização de diagnóstico precoce<sup>(7,25)</sup>. Este fato também pôde ser observado nesta pesquisa, já que 21 sujeitos (67,75%) do grupo de 31 pacientes com etiologia da surdez desconhecida tiveram a perda auditiva descoberta somente após o primeiro ano de vida. Inúmeros fatores podem ser responsáveis por essa realidade, tais como a má informação, desconhecimento ou omissão dos pais e/ou familiares no momento da anamnese, o desconhecimento das manifestações clínicas de viroses na gravidez, obstáculos na realização de um pré-natal completo, demora no reconhecimento da deficiência auditiva pela ausência/deficiência de programas de saúde auditiva, entre outros<sup>(25)</sup>.

Quanto ao diagnóstico audiológico, há estudos que mostram que no Brasil, o período de tempo entre a suspeita da família e o diagnóstico ainda é muito longo, uma vez que a suspeita ocorre no primeiro ano de vida e o diagnóstico entre o segundo e terceiro ano de vida, o que reflete, negativamente no desenvolvimento da linguagem da criança<sup>(9,31)</sup>. Para combater esta realidade já existem, instituídos por leis, programas de saúde auditiva que visam a prevenção e o diagnóstico precoce da surdez, especialmente de crianças de alto risco para esta deficiência. No entanto, pesquisas<sup>(10,32)</sup> também apontam a necessidade de conscientizar mães e responsáveis quanto à importância da audição, visto que o alto índice de faltas aos agendamentos nos programas de acompanhamento do desenvolvimento auditivo colaboram para um diagnóstico tardio de alterações auditivas.

Assim como se faz importante a detecção do período de desenvolvimento em que a perda auditiva acometeu o indivíduo, a quantificação do grau da surdez também se mostra muito influente no processo de intervenção terapêutica e no desenvolvimento da linguagem do sujeito<sup>(7)</sup>. Nesta pesquisa, observou-se que o grupo de indivíduos com perda auditiva profunda bilateral foi maior em relação ao grupo de sujeitos com perda auditiva leve uni e/ou bilateral, sendo respectivamente 64,04% e 100% o percentual de pacientes oralizados em cada grupo. Este achado corrobora com o fato de que as perdas auditivas de graus mais elevados serem as que mais causam danos linguísticos, dificultando a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral, principalmente para aqueles que apresentam perda auditiva pré-lingual<sup>(33)</sup>.

Nos últimos anos, o Censo Escolar elaborado pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) tem demonstrado uma tendência na queda de matrículas de alunos com deficiências nas escolas especiais, e, ao mesmo tempo, é constatado o aumento de matrículas desses alunos na rede de escolas regulares, com ou sem apoio pedagógico especializado<sup>(34,35)</sup>. Outra tendência verificada no país é a diminuição das matrículas dos alunos com deficiências na rede privada de ensino e conseqüente crescimento no número de matrículas na rede pública, questão também observada neste estudo, em que 74% dos pacientes atendidos na clínica de reabilitação auditiva pertenciam à rede pública de ensino.

No entanto, embora exista grande incentivo para a inclusão dos alunos que possuem alguma deficiência nas escolas públicas regulares, e que a tendência seja atender, a cada ano, um número maior de alunos, e que seja constatado o aumento progressivo de alunos matriculados em regime de inclusão nas escolas públicas do

Brasil, ainda existem muitas crianças que não frequentam à escola, devido a falta de condições e/ou preparo para sua recepção e permanência<sup>(34,36)</sup>.

A presente pesquisa também analisou as condições auditivas dos responsáveis pelos sujeitos com deficiência auditiva. Estudos<sup>(37)</sup> relatam que 95% das crianças surdas são filhas de pais ouvintes, o que foi confirmado nesta pesquisa, em que 94,70% dos indivíduos atendidos na clínica de reabilitação auditiva são de famílias ouvintes.

Outra pesquisa<sup>(38)</sup> mostra que crianças surdas que possuem pais ouvintes são apresentadas tardiamente à língua de sinais, já que muitas famílias passam por um momento de negação após diagnóstico da surdez e, também, não compreendem a importância da Libras para o desenvolvimento da criança. Devido a isso, buscam o IC e/ou AASI ou se esforçam para que os filhos desenvolvam a linguagem oral. Tal fato pode justificar os achados desta pesquisa, em que 92,69% dos pacientes da clínica de reabilitação auditiva utilizam um ou ambos dispositivos eletrônicos e, dos que não utilizam, somente dois (1,32%) são usuários exclusivos da Libras.

Atualmente, é perceptível a importância e a crescente utilização de tecnologias assistivas no âmbito da saúde, como é o caso da utilização de AASI, IC e outros recursos para conceder mais autonomia e funcionalidade aos deficientes auditivos. Entretanto, muitos indivíduos e/ou familiares depositam nessas tecnologias a falsa esperança de cura, não compreendendo que sujeitos diferentes apresentam respostas diferentes ao uso destes recursos, acreditando que basta ouvir para falar e desconsiderando a importância das interações e estímulos sociais. Além disso, é preciso desmistificar a crença, comum em muitas famílias, de que a utilização da língua de sinais prejudica a aquisição da linguagem oral e/ou promove o desinteresse do indivíduo por essa modalidade comunicativa<sup>(11,39)</sup>, uma vez que já há estudos que apontam que as crianças inseridas em ambiente bilíngue podem se beneficiar do IC/AASI, desenvolvendo habilidades auditivas e de linguagem oral similares ou melhores que as crianças inseridas apenas em ambiente oral<sup>(40)</sup>.

Apesar disso, observou-se que há uma pequena taxa de indivíduos bilíngues (17,8%) na clínica pesquisada e que, quando somada à taxa de sujeitos usuários exclusivos da Libras, ainda representam minoria diante do número total de pacientes que utilizam apenas a modalidade oral (55,62%) para comunicação.

Em vista desta questão, o Fonoaudiólogo traz um trabalho cada vez mais importante, não somente na prevenção, diagnóstico e tratamento da perda auditiva, como também no acolhimento e conscientização de pacientes e familiares. É preciso que os responsáveis conheçam o processo de desenvolvimento da linguagem e, assim, compreendam a importância da utilização da língua de sinais, bem como da oral. Dessa forma é possível que a língua de sinais não seja adotada apenas como um recurso para atingir a língua dominante, nem como uma opção para crianças mais velhas que fracassaram na aquisição da linguagem oral<sup>(11-33-34)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo em questão analisou o perfil do indivíduo com deficiência auditiva atendido em uma clínica de reabilitação auditiva de Belo Horizonte – MG.

Observou-se que os pacientes são, em sua maioria, do sexo feminino, com faixa etária de 6:0 a 11:11 anos, com perda auditiva profunda, do tipo congênita para o grupo de sujeitos com idade inferior a 18 anos e do tipo adquirida para aqueles acima desta idade. Observou-se ainda, uma maior ocorrência de deficientes auditivos usuários de aparelho de amplificação sonora individual, filhos de pais

ouvintes, usuários da modalidade de comunicação oral e estudantes da rede pública de ensino. Em relação à distribuição espacial, a maioria dos pacientes pesquisados residem na região metropolitana de Belo Horizonte, apesar de haver sujeitos distribuídos por todas as regionais da capital.

O levantamento do perfil do indivíduo surdo é de fundamental importância, especialmente, para os profissionais mais vinculados a eles, visto que se apresenta como uma valiosa ferramenta para fundamentar, planejar e dimensionar as ações de promoção, proteção, diagnóstico, habilitação e reabilitação auditiva segundo as demandas de um grupo de indivíduos ou região. Dessa forma, é possível favorecer a inclusão e minimizar o impacto da surdez no desenvolvimento global do indivíduo surdo.

Tendo em vista o papel essencial da linguagem na qualidade das interações sociais e na formação dos indivíduos, destacamos a importância da realização de novos estudos que abordem o perfil epidemiológico do deficiente auditivo, a fim de aprimorar as intervenções e oportunizar a inclusão social.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Deafness and hearing impairment: fact sheet N°300. Updated February 2017, Geneva, World Health Organization; 2017 [cited 2017 Jun 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: pessoas com deficiência. Censo demogr, Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/08/6-2-da-populacao-tem-algum-tipo-de-deficiencia>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência. Brasília: SDH-PH/SNPD; 2012 [acesso em 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>
4. Boéchat EM, Menezes PL, Couto CM, Frizzo ACF, Scharlach RC, Anastasio ART. Tratado de Audiologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
5. Costa SS. Audição, comunicação e linguagem: um convite à reflexão. Rev HCPA 1999;19(2):147-66.
6. Dimatos OC, Ikino CMY, Philippi PA, Dimatos SC, Birck MS, Freitas PF. Perfil dos Pacientes do Programa de Saúde Auditiva do Estado de Santa Catarina Atendidos no HU-UFSC. Arq Int Otorrinolaringol; 2011 Jan/Mar;15(1):59-66.
7. Barros LEM. Estudo de prevalência de gênero e causas da surdez nos alunos do instituto nacional de educação de surdos – INES [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Veiga de Almeida; 2009.
8. 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. Arquivos Int. Otorrinolaringol [periódico na Internet], 2012 Fev/Mar; [acesso em 2017 Mar 3];16(1):44-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7162/S1809-48722012000100006>
9. Cecatto SB, Garcia RID, Costa KS, Abdo TRT, Rezende CEB, Rapoport PB. Análise das principais etiologias de deficiência auditiva em Escola Especial “Anne Sullivan”. Rev Bras Otorrinolaringol; 2003;69(2):235-40.
10. Isaac ML, Manfredi AKS. Diagnóstico precoce da surdez na infância. Rev Medicina. 2005;38(3/4):235-244.
11. Santana AP, Guarinello AC, Bergamo A. A clínica fonoaudiológica e a aquisição do português como segunda língua para surdos. CoDas [periódico

- na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 3];27(5):498-504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n5/2317-1782-codas-27-05-00498.pdf>
12. Silva JC, Implante coclear e prótese auditiva contralateral: avaliação bimodal. [Monografia]. Curitiba (PR): Faculdade de Ciências Biológicas e Sociais da Universidade de Tuiuti do Paraná; 2015.
  13. Paraná (Estado). Secretaria de Estado da Educação. Concepções sobre surdez e linguagem e a aprendizagem de leitura. Curitiba 2008 [acesso em 2017 Abr 10]. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/417-4.pdf>
  14. Bisol C, Sperb TM. Discursos sobre a Surdez: deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. Rev Psicologia: Teoria e Pesquisa [periódico na Internet]. 2010 Jan/Mar [acesso em 2017 Abr 12]; 26(1):7-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a02v26n1.pdf>
  15. Capovilla FC. Filosofias Educacionais em relação ao surdo: do oralismo à comunicação total ao bilinguismo. Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo. Rev Bras Educação Especial [periódico na Internet]. 2000 [acesso em 2017 Abr 12];6(1):99-116. Disponível em: [http://www.abpee.net/homepageabpee04\\_06/artigos\\_em\\_pdf/revista6numero\\_1pdf/r6\\_art06.pdf](http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista6numero_1pdf/r6_art06.pdf)
  16. Giroto CRM, Cardoso LC, Azevedo AFM, Kano CE, Seno MP. Práticas Fonoaudiológicas com o surdo sob a perspectiva bilíngue. IV Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial; 2007 Out 29-31, Londrina (PR). Marília (SP); 2007.
  17. Megale AH. Bilinguismo e educação bilíngue – discutindo conceitos. ReVEL. 2005;(3)5.
  18. Silva DTC, Lewis DR. Epidemiologia descritiva da deficiência auditiva na infância. Rev Distúrb da Comum. 2013;25(1):148-151.
  19. Arakawa AM, Sitta EI, Caldana ML, Sales-Peres SHC. Análise de diferentes estudos epidemiológicos em Audiologia realizados no Brasil. Rev CEFAC; 2011 Jan/Fev;13(1):152-8.
  20. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte; 2017 [acesso em 2017 Mai 6]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/>
  21. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 1990 [acesso em 2017 Mai 6]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
  22. \_\_\_\_\_. Estatuto do idoso: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004 [acesso em 2017 Mai 6]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)

23. Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MCP, César CLG, Barros BA, et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet] 2009 [acesso em 2017 Mai 10];25(5):1123-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500019>
24. Pupo A C, Balieiro CR, Figueiredo RSL. Estudo retrospectivo de crianças e jovens com deficiência auditiva: caracterização das etiologias e quadro audiológico. Rev CEFAC [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2017 Mai 10];10(1):84-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000100012>
25. Lima AS, Salles AMM, Barreto AP. Perdas auditivas congênitas e adquiridas na infância. Rev Bras Otorrinolaringol. 2000;66(5):486-92.
26. Castro TTO, Zucki F. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na saúde auditiva infantil: perspectivas atuais. CoDAS [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mai 13];27(6):616-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n6/2317-1782-codas-27-06-00616.pdf>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: 7 a 12 – características da população. Censo demogr, Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2017 Abr 28]. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos da vida – Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 2017 Abr 28]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
29. Baptista EA. Os deficientes no Estado de Minas Gerais: uma abordagem espacial e demográfica utilizando os dados do censo demográfico de 2000 [dissertação]. Belo Horizonte (MG):Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2009.
30. Baptista EA, Rigotti JIR. A população de deficientes no Estado de Minas Gerais: uma análise exploratória a partir dos censos demográficos de 2000 e 2010. Belo Horizonte (MG):CEDEPLAR/UFMG – TD 487;2013.
31. Lichtig I, Couto MIV, Monteiro SRG. Avaliação do comportamento auditivo em neonatos no berçário de alto risco. In: Lichtig I, Carvalho RMM, Organizadores. Audição: abordagens atuais. São Paulo: Pró-fono; 1997. p.45-64.
32. Manfredi, AKS, Santos CB. Intervenção Fonoaudiológica junto às mães ou responsáveis por recém-nascidos de risco para deficiência auditiva, precocemente detectada. Rev Medicina, Ribeirão Preto: 2002, 35:70-77.
33. Sobreira ACO, Capo BM, Santos TS, Gil D. Desenvolvimento de fala e linguagem na deficiência auditiva: relato de dois casos. Rev. CEFAC

- [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mai 14]; 17(1):308-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620152314>
34. Brasil. Censo Escolar. Brasília: Educação; 2015 [acesso em 2017 Mai 19]. Disponível em: [http://www.brasil.gov.br/@\\_@search?Subject%3Alist=Censo%20escolar](http://www.brasil.gov.br/@_@search?Subject%3Alist=Censo%20escolar)
35. Andrés A. Pessoas com deficiência nos censos populacionais e educação inclusiva. Câmara dos Deputados: Consultoria Legislativa da Área XV – Educação, Cultura e Desporto. Brasília (DF); 2014 [acesso em 2017 Mai 19]. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/19479>
36. Kasper AA, Loch MVP, Pereira VLDV. Alunos com deficiência matriculados em escolas públicas de nível fundamental: algumas considerações. Educ. Rev. [periódico da Internet]; 2008 [acesso em 2017 Mai 19];31:231-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602008000100014>
37. Almeida MJF. O desenvolvimento da literacia na criança surda: Uma abordagem centrada na família para uma intervenção precoce. Rev. online Mediações. 2009;1(1):142-155.
38. Nader JMV, Pinto RCN. Aquisição tardia de linguagem e desenvolvimento cognitivo do surdo. Estudos Linguísticos. 2011; 40(2):929-43.
39. Kelman CA, Silva DNH, Amorim ACF, Monteiro RMG, Azevedo DC. Surdez e família: facetas das relações parentais no cotidiano comunicativo bilíngue. Linhas Críticas. 2011 Maio/Ago; 17(33):349-65.
40. Melo TM, Yamaguti EH, Moret ALM, Bevilacqua MC. Audição e linguagem em crianças deficientes auditivas implantadas inseridas em ambiente bilíngue: um estudo de casos. Rev Soc Bras Fonoaudiol [periódico na internet]. 2012 [acesso em 2017 Mai 20]; 17(4):476-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000400019>

**TABELAS**

Tabela 2: GRUPOS DE IDADES DA AMOSTRA ANALISADA

<b>Amostra por grupos de idades</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
0 a 5:11 anos	36	23,84
6 a 11:11 anos	70	46,36
12 a 17:11 anos	21	13,91
18 a 24:11 anos	6	3,97
25 a 59:11 anos	13	8,61
≥ 60 anos	5	3,31
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100</b>



Tabela 2: CORRELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA E MOMENTO DE INSTALAÇÃO DA PERDA AUDITIVA

Momento de instalação da perda auditiva	Grupo 1: < 18 anos		Grupo 2: ≥ 18 anos		Total de indivíduos pesquisados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Congênita</b>	53	41,73	5	20,83	58	38,41
<b>Adquirida</b>	49	38,58	13	54,17	62	41,06
<b>Desconhecido</b>	25	19,69	6	25	31	20,53
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>151</b>	<b>100</b>



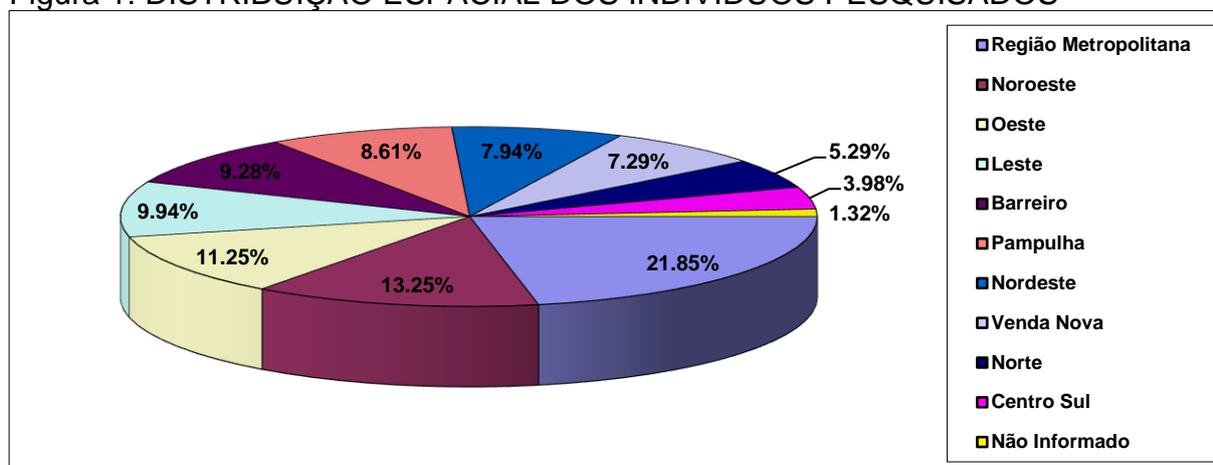
Tabela 3: PERDA AUDITIVA SEGUNDO O GRAU E ORELHA ACOMETIDA

	<b>Grau da Perda Auditiva</b>	<b>Nº de sujeitos</b>	<b>%</b>
<b>Mesmo grau para uma ou ambas as orelhas</b>	Profunda bilateral	89	58,94
	Profunda unilateral	0	0
	Severa bilateral	16	10,59
	Severo unilateral	1	0,66
	Moderada bilateral	11	7,29
	Moderado unilateral	1	0,66
	Leve bilateral	2	1,33
	Leve unilateral	1	0,66
<b>Graus diferentes entre as orelhas</b>	Profunda e severa	10	6,62
	Profunda e moderado	4	2,65
	Severo e Moderado	5	3,31
	Severo e Leve	3	1,99
	Leve e moderado	3	1,99
	Não informado	5	3,31
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>



## FIGURAS

Figura 1: DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS INDIVÍDUOS PESQUISADOS





## ANEXOS

### Anexo 1. Termo de Responsabilidade

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nós, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ ,  
nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado “*Perfil dos pacientes surdos atendidos em uma clínica de reabilitação auditiva*” e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado à outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação, seja impresso ou online na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
Lídia Diniz Guedes

\_\_\_\_\_  
Izabel Cristina Campolina Miranda



## Anexo 2. Questionário estruturado para a coleta de dados

**1) Dados de identificação**

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

**Regional:**

Barreiro     Centro-Sul     Leste     Nordeste     Noroeste  
 Norte     Oeste     Pampulha     Venda Nova     Outro município

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

**2) Dados sobre a surdez:**

1. Idade do diagnóstico da surdez

( ) 0-6 meses

( ) 6 meses a 1 ano

( ) 1 ano a 1 ano e 6 meses

( ) 1 ano e 6 meses a 2 anos

( ) 2 anos a 3 anos

( ) a partir de 4 anos

2. Grau da surdez

( ) Profunda ( ) OD ( ) OE

( ) Severa ( ) OD ( ) OE

( ) Moderada ( ) OD ( ) OE

( ) Leve ( ) OD ( ) OE

**3. Causa da surdez:**

( ) congênita

( ) adquirida na idade: \_\_\_\_\_  
motivo: \_\_\_\_\_**4. Filho(a) de pais:** ( ) surdos ( ) ouvintes**5. Usuário de aparelho de amplificação sonora**

( ) sim ( ) não

( ) Desde quando: \_\_\_\_\_

( ) OD ( ) OE

**6. Usuário de implante coclear**

( ) sim ( ) não

( ) Desde quando: \_\_\_\_\_

( ) OD ( ) OE

**7. Frequenta escola?** ( ) sim ( ) não

Nome da escola que frequenta: \_\_\_\_\_

( ) pública ( ) privada ( ) regular

( ) regular com intérprete ( ) regular sem intérprete ( ) especial ( )  
bilingue**8. Oralizado** ( ) sim ( ) não**9. Fluente em Libras** ( ) sim ( ) não



### Anexo 3. Normas de formatação estabelecidas pela Revista CEFAC



#### **Escopo e política**

A REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal (Rev. CEFAC.), ISSN 1516-1846, indexada nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, Sumários.org, Gale, Eletronic Journals Service - Redalyc, ABEC, é publicada bimestralmente com o objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia e áreas afins. São aceitos para apreciação apenas trabalhos completos originais, preferencialmente em Inglês, também podendo ser em Português ou Espanhol; que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. Caso aprovados, os artigos (tanto em língua estrangeira quanto na versão em português) deverão vir acompanhados de comprovante de que a tradução (língua estrangeira) e a correção (português) foram feitas por profissional habilitado, não necessitando ser juramentado. Inicialmente, a submissão poderá ser feita na versão em português, mas caso o artigo seja aprovado, o envio da versão em inglês é obrigatória. Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, artigos de revisão, comunicação breve e relatos de casos clínicos.

Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Os trabalhos que não respeitarem os requisitos técnicos e não estiverem de acordo com as normas para publicação não serão aceitos para análise e os autores serão devidamente informados, podendo ser novamente encaminhados para apreciação após as devidas reformulações, momento no qual receberão novo número de submissão. Todos os trabalhos, após avaliação técnica inicial e aprovação pelo Corpo Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de, no mínimo, dois pareceristas (peer review) de reconhecida competência no assunto abordado cujo anonimato é garantido durante o processo de julgamento.

Os comentários serão compilados e encaminhados aos autores para que sejam realizadas as modificações sugeridas ou justificadas em caso de sua conservação. Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho e a carta resposta comentando ponto a ponto as observações dos avaliadores, deverão ser novamente encaminhadas via submissão *online*. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os autores serão informados do aceite e os trabalhos passarão à sequência de entrada para publicação. Os artigos não selecionados receberão notificação da recusa.

É reservado ao departamento editorial da Revista CEFAC, o direito de modificação do texto, caso necessário e sem prejuízo de conteúdo, visando uniformizar termos técnicos e apresentação do manuscrito. Somente a Revista CEFAC poderá autorizar a reprodução em outro periódico dos artigos nela contidos. Nestes casos, os autores deverão pedir autorização por escrito à Revista CEFAC.

#### **Envio do Manuscrito Para Submissão**

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo sistema de editoração *online*, disponível em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rcefac-scielo>

## TIPOS DE TRABALHOS

**Artigos originais de pesquisa:** são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)*, *Discussão (Discussion)*, *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências constituídas de **70%** de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico “Métodos”, informando a aprovação do Comitê de Ética e o número do processo, o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse e intervenção. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão (Conclusion)*.

**Artigos de revisão de literatura:** são revisões da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)* que justifique o tema de revisão incluindo o *objetivo*; *Métodos (Methods)* quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); *Revisão da Literatura (Literature Review)* comentada com discussão; *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

**Comunicação breve:** são relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas; manuscritos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais/Conclusões* e *Referências*. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Resumo (Abstract)*, *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion)*.

**Relatos de casos clínicos:** relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, sucinta e apoiada em literatura que justifique a apresentação do caso clínico; *Apresentação do Caso (Case Report)*, descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; *Resultados (Results)*, mostrando claramente a evolução obtida; *Discussão (Discussion)* fundamentada; *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations)* e *Referências (References)*, pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de artigos publicados em periódicos da

literatura nacional e internacional, preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, versão de fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org/>

A Revista CEFAC apóia 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 a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

*Australian Clinical Trials Registry* <http://actr.org.au>

*Clinical Trials* <http://www.clinicaltrials.gov/>

*ISRCTN Register* <http://isrctn.org>

*Nederlands Trial Register* <http://www.umin.ac.jp/ctr>

Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os autores podem consultar as recomendações CONSORT <http://www.consort-statement.org/>

## REQUISITOS TÉCNICOS

**a)** Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras com as respectivas legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras). Gráficos, fotografias e ilustrações se caracterizam como figuras. Questionários podem vir como Anexo e devem, necessariamente, estar em formato de quadro.

**b)** permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do “Consentimento Livre e Esclarecido”, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

**c)** aprovação do *Comitê de Ética em Pesquisa* (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis (**Resolução CNS 466/2012**).

**d)** carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação

do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Os editores podem solicitar justificativas quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE – MODELO**

Nós, (Nome(s) do(s) autor(es) com, RG e CPF), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado \_\_\_\_\_ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou on line na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

### **PREPARO DO MANUSCRITO**

**1. Página de Identificação:** deve conter: **a)** título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; **b)** título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; **c)** nome completo de cada autor, nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País. **d)** nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; **e)** indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia, Fonoaudiologia Escolar, Fonoaudiologia Geral e Temas de Áreas Correlatas a que se aplica o trabalho; **f)** identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, comunicação breve, relatos de casos clínicos; **g)** citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho, se houver; **h)** citar conflito de interesse (caso não haja colocar inexistente).

Em síntese:

*Título do manuscrito:* em português ou espanhol e em inglês.

*Título resumido:* até 40 caracteres em português, espanhol ou em inglês.

*Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor (2)...*

*(1)nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País.*

*Nome, endereço e e-mail do autor responsável.*

*Área:*

*Tipo de manuscrito:*

*Fonte de auxílio: citar apenas se houver*

*Conflito de Interesse:*

**2. Resumo e descritores:** a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e em inglês, com no máximo **250 palavras**. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do *resumo/abstract*, especificar os *descritores/keywords* que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. 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://www.bireme.br>, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao *DeCS*; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos. No caso de Ensaio Clínico, abaixo do Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaio Clínico (<http://clinicaltrials.gov>).

**3. Texto:** deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores.

A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram)... e deve coincidir com o objetivo proposto no resumo/abstract. O Método deve estar detalhadamente descrito. O primeiro parágrafo deve iniciar pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. Os critérios de inclusão e de exclusão devem estar especificados na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados. Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos, quadros, fotografias e ilustrações são chamados de figuras) escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

**4. Notas de rodapé:** não deve haver notas de rodapé. Se a informação for importante para a compreensão ou para a reprodução do estudo, a mesma deverá ser incluída no corpo do artigo.

**5. Agradecimentos:** inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

**6. Referências Bibliográficas:** 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 Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <http://nimpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>. Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas.

Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.* Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.

#### *Artigos de Periódicos*

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

**Ex.:** Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

**Observação:** Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex:p. 320-329; usar 320-9. **Ex.:** Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002Jul;25(4):284-7.

#### *Ausência de Autoria*

Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

**Ex.:** Combating undernutrition in the Third World. *Lancet.*1988;1(8581):334-6.

#### *Livros*

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

**Ex.:** Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

#### *Capítulos de Livro*

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. “In”: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

**Ex.:** Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113. **Observações:** Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre

parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália); Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la. A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4<sup>a</sup> ed.

#### *Anais de Congressos*

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.  
**Ex.:** Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

#### *Trabalhos apresentados em congressos*

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. “In”: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

**Ex.:** Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza’s computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

#### *Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de curso*

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho.

**Ex.:** Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

**Ex.:** Tannouril AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica; 2005.

**Ex.:** Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC – Saúde e Educação; 1998.

#### *Material Não Publicado (No Prelo)*

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

**Ex.:** Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002.

#### *Material Audiovisual*

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

**Ex.:** Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo].

#### *Documentos eletrônicos*

ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: [http://asha.org/consumers/brochures/otitis\\_media.htm](http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm).2000

*Artigo de Periódico em Formato Eletrônico*

Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

**Ex.:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

*Monografia na Internet*

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

**Ex.:** Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

*Cd-Rom, DVD, Disquete*

Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.  
**Ex.:** Anderson SC, Poulsen KB. Anderson’s electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

*Homepage*

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro\* [data da última atualização com a expressão “atualizada em”; data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

**Ex.:** Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

*Bases de dados na Internet*

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

**Ex.:** Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome\\_title.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html)

**7. Tabelas, Quadros e Gráficos (lembrar que quadros e gráficos devem ser chamados de Figuras conforme item 3):** As tabelas, quadros e gráficos deverão ser formatados no Word ou Excel, estando plenamente editáveis e destravados. Não serão aceitas tabelas, quadros ou gráficos colados no texto, ou sem a base de dados original em que foi criado. No caso de gráficos formatados no Excel, solicita-se o envio dos arquivos originais (xls) em que foram criados. Cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser

autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

**8. Figuras (fotografias, ilustrações):** As imagens e ilustrações devem ter seu lugar indicado no texto e ser enviadas também em anexos separados, em formato TIF ou JPG, com resolução mínima de 300 dpi devendo-se considerar a largura máxima da revista de 16,5 cm. Podem ser coloridas, ou preto e branco (tons de cinza). Devem ser salvas e nomeadas segundo o artigo e a ordem: artigoX\_fig\_1, artigoX\_fig\_2, sucessivamente, e idênticas ao conteúdo. Cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Formatt), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor.

**9. Análise Estatística:** os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.:  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados.

**10. Abreviaturas e Siglas:** devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

**11. Unidades:** valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.

## DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS – MODELO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.  
(Cidade, dia, mês, ano)

Eu, \_\_\_\_\_(nome completo), \_\_\_\_\_  
(profissão), portador(a) da cédula de identidade RG no. \_\_\_\_\_, declaro  
para os devidos fins que o artigo intitulado

\_\_\_\_\_, a ser publicado na REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing  
Sciences and Education Journal, foi por mim revisado. Desta forma, atesto a  
qualidade da redação do manuscrito.

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

### DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE INGLÊS – MODELO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.  
(Cidade, dia, mês, ano)

Eu, \_\_\_\_\_(nome completo), \_\_\_\_\_  
(profissão), portador(a) da cédula de identidade RG no. \_\_\_\_\_, declaro  
para os devidos fins que o artigo intitulado

\_\_\_\_\_, a ser publicado na REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing  
Sciences and Education Journal, foi por mim revisado. Desta forma, atesto a  
correspondência entre as versões em português e em inglês bem como a qualidade  
da redação do manuscrito.

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

### TAXA DE PUBLICAÇÃO

A partir de 18 de janeiro de 2016, a taxa de publicação a ser paga pelos autores que  
tiverem seus artigos aprovados será de US\$200.00 Como a Revista CEFAC vem  
crescendo em visibilidade e reconhecimento científico, se torna necessário maior  
investimento na qualidade da publicação das versões em português e inglês, por isto  
a adoção desta taxa de publicação.

Quando o manuscrito tiver seu aceite, o autor receberá um aviso a respeito do  
pagamento. Este deverá ser feito em nome de ABRAMO – Associação Brasileira de  
Motricidade Orofacial na conta do Banco Itaú – Agência 4271 C/C 23820-8 – CNPJ  
22.196.630/0001. Após efetuar o depósito, o comprovante deverá ser enviado, em  
até 15 dias, por e-mail (revistacefac@cefac.br) ou inserido no sistema da Revista  
entre os documentos suplementares (mediante informe por e-mail da realização do  
pagamento). Em caso de dúvidas, o autor poderá entrar em contato por e-mail.

#### Envio de manuscritos

Os documentos deverão ser enviados à **REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO  
CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO**, de forma  
eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: [revistacefac@cefac.br](mailto:revistacefac@cefac.br), em  
arquivo Word anexado.

**As confirmações de recebimento, contatos e quaisquer outras  
correspondências deverão ser encaminhados à Revista por e-mail.**

