

Arquivos Médicos

DOS HOSPITAIS E DA FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Apoio: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho

Provedor

José Luiz Egdio Setúbal

Diretor Clínico

Marcelo Tomanik Mercadante

Diretor Superintendente

José Carlos Villela

Diretor – Faculdade de Ciências Médicas

Valdir Golin

Presidente da FAVC

José Cândido de Freitas Júnior

Editor Chefe

Osmar Monte – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo Brasil

Editores Associados

Pedro Paulo Chieffi - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil

Carlos Sérgio Chiattonne - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil

Ligia A. da Silva Telles Mathias - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil

Hudson de Souza Buck - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Brasil

Distribuição: Faculdades, Universidades, Bibliotecas de Medicina e Ciências da Saúde, Departamentos e Centros de Estudos dos Hospitais e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Acesso on line:

<http://http://www.fcmsantacasasp.edu.br>

Periodicidade: Quadrimestral

Publica suplementos.

Tiragem: 1.500 cópias

Impressão: Gráfica Elyon

Tel.: (11) 3783-6527

Endereço para correspondência:

Revista Arquivos Médicos
Coordenação Editorial/Técnica
Biblioteca - FCMSSCP
Rua Dr. Cesário Mota Jr, 61, 2º andar – São Paulo – SP
A/C.: Sonia Regina Fernandes Arevalo / Sabia Hussein Mustafa
Fones (11) 3367.7735 – 3367.7815
e@mail: arquivosmedicos@fcmsantacasasp.edu.br

Conselho Editorial

Adhemar Monteiro Pacheco Jr. (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Alessandra Linardi (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Ana Luiza G. Pinto Navas (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Antonio José Gonçalves (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Antonio Pedro F. Auge (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Carlos Alberto C. Lima (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Carlos Alberto Longui (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Carlos Alberto Malheiros (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Carlos Emilio Levy (Universidade Estadual de Campinas - Campinas - Brasil)

Carmita Helena Najjar Abdo (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Daniel Romero Muñoz (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Dino Martini Filho (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Eduardo Iacononi (Lambeth Early Onset Services - London)

Eitan N. Berezin (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Eliana Biondi de M. Guidoni (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Gil Guerra Junior (Universidade Estadual de Campinas – Campinas - Brasil)

Hudson de Souza Buck (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Jair Guilherme dos Santos Junior (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

José da Silva Guedes (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

José Egdio Paulo de Oliveira (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro - Brasil)

José Humberto T. G. Fregnani (Hospital do Câncer de Barretos - Barretos - Brasil)

José Mendes Aldrighi (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Kátia de Almeida (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Leonardo da Silva (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Luis Guillermo Bahamondes (Universidade Estadual de Campinas – Campinas - Brasil)

Luisa Lina Villa (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Luiz Antonio Miorim (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Luiz Arnaldo Szutan (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Luiz Fernando Ferreira (Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro – Brasil)

Lycia Mara Jenné Mímica (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Marcia Cristina da Silva Magro (Universidade de Brasília – Brasília – Brasil)

Marcia Regina Car (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Margaret de Castro (Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – Brasil)

Maria do Carmo Q. Avelar (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Mariana da Silva Araujo (Universidade Federal de São Paulo – São Paulo - SP)

Mariangela Gentil Savoia (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Marsal Sanches (University of Texas – Houston – USA)

Mauricio Della Paolera (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Mauro José Costa Salles (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Osmar Avanzi (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Paulo Roberto Corsi (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Quirino Cordeiro Junior (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Raul Sérgio Martins Coimbra (University of California San Diego, San Diego, USA)

Regina Aparecida Rosseto Guzzo (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Robert Meves (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Roberto Alexandre Franken (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Roberto Stirbulov (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Rubens José Gagliardi (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Ruy Lyra da Silva Filho (Universidade Federal de Pernambuco – Recife - Brasil)

Sandra Regina S. Sprovieri (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Saulo Cavalcanti da Silva (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Belo Horizonte – Brasil)

Sheldon Rodrigo Botogowski (Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Brasil)

Tânia Araújo Viel (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Thomaz Augusto A. da Rocha e Silva (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Tsutomu Aoki (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Valdir Golin (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Vera Lucia dos Santos Alves (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Viviane Herrmann (Universidade Estadual de Campinas – Campinas - Brasil)

Wagner Ricardo Montor (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Wilma Carvalho Neves Forte (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Wilson Luiz Sanvito (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

Colaboração
Coordenação Editorial/Técnica - Bibliotecárias
Sonia Regina Fernandes Arevalo
Sabia Hussein Mustafa

FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

*XIII JORNADA ACADÊMICA DO CURSO DE
FONOAUDIOLOGIA E II ENCONTRO DO MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO
HUMANA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
SANTA CASA DE SÃO PAULO*

Resumos

**FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO
(MANTENEDORA)**

Presidente: Dr. José Cândido de Freitas Júnior

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

Diretor da Faculdade: Prof. Dr. Valdir Golin

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

Diretora: Profa. Dra. Ana Luiza Gomes Pinto Navas

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

Coordenação: Profa. Dra. Kátia de Almeida

XIII Jornada Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia e II Encontro do Mestrado Profissional em Saúde da Comunicação Humana da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Comitê Executivo: Alessandra Spada Durante, Cristiane Messas, Margarita Wieselberg, Michele Devido dos Santos, Paulo Melo, Osmar Mesquita de Sousa Neto, Carla Tieppo, Ana Luiza Navas e Kátia de Almeida. Representantes do Curso de Graduação: Andrezza Bulhões, Evelyn Freitas, Fatima Zahra, Karollyne Vieira, Stephanie Zeferino. Representante do Mestrado Profissional: Angela da Costa

Comissão Científica: Alessandra Spada Durante, Cristiane Messas, Margarita Wieselberg, Michele Devido dos Santos, Paulo Melo, Osmar Mesquita de Sousa Neto, Carla Tieppo, Ana Luiza Navas e Kátia de Almeida

Este trabalho deverá ser citado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Fonoaudiologia e Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana - Mestrado Profissional. XIII Jornada Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia e II Encontro do Mestrado Profissional em Saúde da Comunicação Humana da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2016; 61 (supl.2): 1-33.

Endereço para correspondência:

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Curso de Graduação em Fonoaudiologia
Rua Dr. Cesário Mota Jr, 61 – 10º andar – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo – SP - Brasil

ÍNDICE

- 7 | **APRESENTAÇÃO**
- RESUMOS**
- 9 | **Comparação pré e pós-operatória de paciente submetido ao tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: aspectos fonoaudiológicos**
Comparação pré e pós-operatória de paciente submetido ao tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: aspectos fonoaudiológicos
Michele Devido dos Santos, Giovanna Casarotto de Oliveira Leite
- 10 | **Alterações de tônus e mobilidade de língua relacionadas às alterações do frênulo lingual**
Alterations on tone and mobility lingual relating to frenulum lingual
Dhyanna Domingues Suzart, Adriana Rahal Rebouças Carvalho
- 12 | **Protótipo de material didático-terapêutico para estimulação de habilidades semânticas**
Prototype of didactic and therapeutic material for stimulation of semantic skills
Camila Rodrigues Barboza de Andrade, Amalia Rodrigues
- 13 | **Pessoas com deficiência na atenção básica: sensibilização dos agentes comunitários de saúde para identificação, cadastro e acompanhamento**
People with disabilities in primary care: awareness of community health workers for identification, registration and monitoring
Mariana Piassa, Gabriela dos Santos Vera Ortiz, Guadalupe Marcondes de Moura, Adriana Limongeli Gurgueira, Evelyn Fabiana Costa
- 15 | **Influência do ruído no reconhecimento de fala em indivíduos com audição normal e queixa de zumbido**
Noise influence on speech recognition in individuals with normal hearing and tinnitus
Josiane de Assis Silva Lopes, Byanka Cagnacci
- 17 | **Reprodutibilidade (teste-reteste) e consistência interna da versão em português brasileiro do questionário speech, spatial and qualities of hearing scale (SSQ)**
Reproducibility (test-retest) and internal consistency of the Brazilian Portuguese version of the questionnaire speech, and spatial qualities of hearing scale (SSQ)
Raiza Gorbachev Ribeiro Aguiar, Katia de Almeida, Elisiane Crestani de Miranda Gonzalez
- 18 | **Síndrome velocardiofacial e a terapia fonoaudiológica intensiva: estudo de caso**
Velocardiofacial syndrome and speech therapy intensive: case study
Olívia Mesquita Vieira de Souza, Michelli Cruz Teixeira, Julia dos Reis Tognozzi, Ana Caroline Zentil Polzin, Jeniffer de Cássia Rillo Dutka
- 20 | **Percepção do ruído ambiental e seus efeitos nocivos, no contexto escolar**
Perception of background noise, and its harmful effects, in the school environment
Angela dos Santos Costa, Alessandra Spada Durante
- 21 | **Limitação em atividade de vida diária e restrição de participação em idosos com perda auditiva**
Limitations in activities of daily living and participation restriction in the elderly with hearing loss
Katia Almeida, Clara Domingues
- 23 | **Avaliação do uso, desempenho e benefício em crianças surdas usuárias de prótese auditiva ou implante coclear**
Evaluation of peach protocol in deaf children who use hearing aids or cochlear implant
Lais Teixeira Argolo, Kátia de Almeida, Cilmara Cristina Alves da Costa Levy

- 24 | **Reconhecimento de fala no ruído em músicos com audição normal**
Speech recognition in noise on musicians with normal hearing
Danielle Oliveira da Silva Santos, Maria Cecília Greco
- 25 | **Mapeamento da rede de saúde, lazer e cultura para pessoa com deficiência no centro de São Paulo**
Mapping of the health network, leisure and culture for people with disorders at the center of São Paulo
Mariana Louver Mendes, Rafaela Gregorut Ramos, Gabriela Aparecida Couto, Guadalupe Marcondes de Moura, Adriana Gurgueira
- 27 | **Desenvolvimento de material sobre sinais de risco para transtorno do espectro autista de 0 aos 36 meses em formato acessível a todas as deficiências**
Development of material about signs of risk for autism spectrum disorder from 0 to 36 months in an accessible format to all deficiencies
José Henrique Moura Quirino, Guadalupe Marcondes de Moura, Adriana Limongeli Gurgueira, Rosane Lowenthal
- 29 | **Análise dos marcos referenciais e ocorrência dos indicadores de risco auditivo em Programa de Triagem Auditiva Neonatal**
Analysis of benchmarks and occurrence of hearing risk indicators in Neonatal Hearing Screening Program
Juliana Cristina Ferreira Macedo, Alessandra Spada Durante

APRESENTAÇÃO

Este Suplemento especial da Revista Arquivos Médicos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa congrega os Resumos Expandidos dos trabalhos selecionados e apresentados na **XIII Jornada Acadêmica de Fonoaudiologia da FCMSCSP e II Encontro do Mestrado Profissional em Saúde da Comunicação Humana**, evento ocorrido de 9 a 11 de Setembro de 2015. Estão sendo publicados nesse fascículo quatorze resumos de estudos em diferentes áreas da Fonoaudiologia como Linguagem, Audiologia, Motricidade orofacial e Saúde Coletiva.

No estudo de **Leite e Santos** intitulado “Comparação pré e pós-operatória de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: aspectos fonoaudiológicos” foram identificados as dificuldades de linguagem, fala e deglutição de pacientes com doença de Parkinson submetidos a cirurgia. **Domingues Suzart e Carvalho** estudaram as “Alterações de tônus e mobilidade de língua relacionadas às alterações do frênulo lingual”. **Barboza de Andrade e Rodrigues** desenvolveram um “Protótipo de material didático-terapêutico para estimulação de habilidades semânticas”. **Piassa, Ortiz, Moura, Gurgueira e Costa** verificaram o conhecimento dos agentes de saúde a respeito do acompanhamento de pessoas com deficiência no trabalho intitulado “Pessoas com deficiência na Atenção Básica: sensibilização dos agentes comunitários de saúde para identificação, cadastro e acompanhamento.” **Silva Lopes e Cagnacci Buzzo** estudaram a “Influência do Ruído no Reconhecimento de Fala em Indivíduos com Audição Normal e Queixa de Zumbido”. **Aguiar, de Almeida e Gonzalez** apresentaram um estudo sobre a “Reprodutibilidade (teste-reteste) e consistência interna da versão em português brasileiro do questionário Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ)”. **Vieira de Souza, Teixeira, Tognozzi, Polzin e Dutka** descreveram os efeitos da terapia fonoaudiológica intensiva em um caso de “Síndrome Velocardiofacial e a Terapia Fonoaudiológica Intensiva: Estudo de Caso.” Os autores **Costa e Durante** estudaram a “Percepção do ruído ambiental e seus efeitos nocivos, no contexto escolar”. **Domingues e de Almeida** caracterizaram a “Limitação em atividades de vida diária e restrição de participação em idosos com perda auditiva”. **Argolo, de Almeida e Levy** em seu estudo realizaram a “Avaliação do uso, desempenho e benefício em crianças surdas usuárias de prótese auditiva ou implante coclear”. **Greco e Santos** realizaram um estudo para avaliar o “Reconhecimento de fala no ruído em músicos com audição normal”. **Mendes, Ramos, Couto, Moura e Gurgueira** realizaram um “Mapeamento da rede de saúde, lazer e cultura para pessoa com deficiência no centro de São Paulo”. **Quirino, Moura, Gurgueira e Lowenthal** realizaram

uma pesquisa sobre o “Desenvolvimento de material sobre sinais de risco para transtorno do espectro autista de 0 aos 36 meses em formato acessível a todas as deficiências”. **Macedo e Durante** realizaram um estudo cujo objetivo foi descrever a “Análise dos marcos referenciais e ocorrência dos indicadores de risco auditivo em programa de triagem auditiva neonatal de um hospital público”.

Esperamos que os leitores apreciem o conteúdo desse suplemento e que esse sirva como divulgação da atuação da Fonoaudiologia contribuindo para a formação científica e prática de fonoaudiólogos e de profissionais afins.

*Diretoria do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
Prof^{fa}. Dr^a. Ana Luiza Gomes Pinto Navas – Diretora
Prof^{fa}. Dr^a. Kátia de Almeida – Vice - Diretora*

Comparação pré e pós-operatória de paciente submetido ao tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: aspectos fonoaudiológicos
Comparação pré e pós-operatória de paciente submetido ao tratamento cirúrgico da doença de Parkinson: aspectos fonoaudiológicos

Michele Devido dos Santos¹, Giovanna Casarotto de Oliveira Leite²

1. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

2. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: As alterações fonoarticulatórias na Doença de Parkinson (DP) caracterizam a disartria hipocinética, com os sintomas manifestando-se na voz e na fala. Essas manifestações podem ser observadas ao longo de todo o período da doença, afetando os vários sistemas envolvidos na função fonatória: respiratório, articulatório e laríngeo. Os fatores que determinam as modificações e a gravidade dos sintomas relacionam-se ao aumento da rigidez e da bradicinesia que afetam também a musculatura laríngea e respiratória⁽¹⁻²⁾. O tratamento de base da Doença de Parkinson consiste na ingestão de medicamentos, porém em alguns pacientes, quando a doença se encontra em seu estado avançado e o uso de fármacos não é satisfatório, proporciona-se um interesse renovado pela terapia cirúrgica. A *estimulação do núcleo subtalâmico* (STN-ECP) demonstra ser a intervenção cirúrgica mais eficaz e mais comum na redução da bradicinesia e do tremor bilaterais⁽³⁾. Diante do acima mencionado, verificamos a importância e a necessidade de se descrever especificamente dados pré e pós operatório dos aspectos da voz, fala e linguagem nos pacientes com DP que foram submetidos a neurocirurgia a fim de aprimorar os parâmetros de reabilitação, conduta terapêutica e prognóstico fonoaudiológico dos pacientes submetidos a esta técnica cirúrgica. **Objetivo:** Comparar o desempenho de um sujeito nos períodos pré e pós-operatório da doença de Parkinson quanto aos aspectos fonoaudiológicos de fala, linguagem e voz. **Métodos:** O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp) processo número 642.014. Trata-se de pesquisa estudo de caso, prospectiva, descritiva, de caráter qualitativo e quantitativo. O estudo caracteriza-se por um relato de caso de um paciente JTY, sexo masculino, sessenta e dois anos de idade, diagnosticado com a doença de Parkinson há onze anos, foi submetido à estimulação subtalâmica. O paciente realizou duas avaliações na clínica de fonoaudiologia na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia

de São Paulo, uma avaliação pré cirúrgica – um mês – e uma avaliação pós cirúrgica – dois meses -. A cirurgia subtalâmica foi realizada unilateralmente – lado esquerdo. Para avaliação de linguagem foi utilizado o Protocolo Montreal Toulouse (versão alfa) composto pelas tarefas de compreensão oral e escrita; leitura; escrita; repetição de palavras e não palavras e nomeação⁽⁴⁾. Para a avaliação da fluência verbal foi utilizada a prova em que se solicita ao sujeito que, dentro de um tempo limitado (geralmente um minuto), gere a maior quantidade de palavras pertencentes a uma categoria restrita⁽⁵⁾. Esta prova exige tarefas cognitivas complexas que não só necessitam da intervenção de processos linguísticos, como também mnésicos (memória de trabalho, memória semântica) e executivos (iniciação, sustentação da atenção e estratégia de busca)⁽⁶⁾. Para avaliação motora da fala cujo objetivo foi verificar se o paciente apresenta disartria foi utilizado o Protocolo Frenchy que avaliou os seguintes parâmetros: reflexo, respiração, lábios, mandíbula, palato, laringe, língua e inteligibilidade⁽⁷⁾. Para avaliação de voz foi aplicado o Protocolo Consenso da avaliação perceptivo auditiva da voz (CAPE-V), cujo principal objetivo é descrever a gravidade de um problema de voz. Posteriormente, para análise dos resultados, foram comparadas as respostas pré e pós-operatória do sujeito com base nos dados de normalidade e de padronização dos testes, e então realizada a análise quantitativa. Foi solicitado a juízes, com formação em fonoaudiologia especialistas em voz, realizar a análise qualitativa da voz do paciente. **Resultados:** Observou-se que na avaliação pré operatória do protocolo Montreal, o sujeito apresentou melhora de 1 ponto nas tarefas de compreensão oral de frases complexas, compreensão escrita de palavras, compreensão escrita de frases simples e compreensão escrita de frases complexas, apresentou melhora de 2 pontos na prova de repetição de frases, e piora de 2 pontos na tarefa de ditado, e sua pontuação se manteve nas provas de entrevista dirigida, compreensão oral de palavras, compreensão oral de frases simples, cópia, leitura de palavras, leitura de frases, repetição de palavras e nomeação. Na avaliação de fluência verbal, mantiveram-se os pontos para palavras que se iniciavam com /f/ e houve piora de 2 pontos para a fluência de nomes de animais e piora de 4 pontos para palavras que se iniciavam com /s/. Na avaliação motora da fala – Protocolo de disartrias, o sujeito apresentou melhora de 1 ponto na questão de respiração, melhora de 2 pontos na questão da laringe, e na inteligibilidade de fala, e sua pontuação se manteve para reflexo, lábios, mandíbula, palato e língua. Na avaliação do CAPE-V houve melhora quanto ao grau geral, tempo de emissão, articulação, soprosidade, tremor e loudness. **Discussão:** Com base nos resultados, verificou-se que após a cirurgia, neste caso, houve discreta melhora dos

aspectos motores de fala e de voz. Porém, os resultados também mostram prejuízo na prova de fluência verbal. A pesquisa, por ser um estudo de caso, não é significativa para afirmar se a ECP interfere de forma positiva ou negativa nos aspectos fonoaudiológicos. É sabido, por meio de estudos anteriores, que a ECP resulta em um desempenho satisfatório quanto ao aspecto motor do paciente, sendo visivelmente melhor do que outros aspectos que também são avaliados, como voz, fluência, compreensão de leitura e escrita e nomeação⁽⁸⁻¹¹⁾. Os resultados observados no paciente JTY mostram prejuízo na Fluência Verbal corroboram com de Felicitas et al (2013)⁽⁸⁾ e no de Borden et al, 2014⁽¹²⁾. Sugerimos a continuação desta pesquisa, com maior número de sujeitos, para que os resultados contribuam para uma conclusão mais fidedigna da relação entre a cirurgia de ECP do núcleo subtalâmico e aspectos fonoaudiológicos, visando assim, um melhor prognóstico, reabilitação e melhor qualidade de vida destes casos. **Conclusão:** No caso em estudo, houve discreta melhora dos aspectos motores de fala e de voz. Porém, os resultados também mostram um pequeno prejuízo na prova de fluência verbal. A pesquisa, por ser um estudo de caso, não é significativa para afirmar se a ECP interfere de forma positiva ou negativa nos aspectos fonoaudiológicos.

Descritores: Doença de Parkinson, Núcleo subtalâmico, Estimulação encefálica profunda, Fonoterapia

Referências Bibliográficas

1. Rosa JC, Cielo AC, Cechella C. Função fonatória em pacientes com doença de Parkinson: uso de instrumento de sopro. Rev CEFAC. 2009; 11:305-13.
2. Dias AE. Características fonoarticulatórias na doença de Parkinson de início na meia idade e tardio. Tese [Doutorado]. São Paulo : Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2006.
3. Fahn S, Przedborski S. Doença de Parkinson. In: Rowland L, Pedley T. Merrit tratado de neurologia. 12ª .ed. Philadelphia: Guanabara Koogan; 2011. p. 758-76.
4. Lecours AR, Mehler J, Parente MA, Caldeira A, Cary L, Castro MJ, et al. Illiteracy and brain damage Aphasia testing in culturally contrasted populations (control subjects). Neuropsychologia. 1987; 25:231-45.
5. Butman J, Allegri RF, Harris P, Drake M. Fluência verbal em espanhol: datos normativos en Argentina. Medicina (B. Aires). 2000; 60:561-4.
6. Buriel Y, Fombuena NG, Böhm P, Rodés E, Peña-Casanova J. Fluência verbal. Estudio normativo piloto en una muestra española de adultos jóvenes (20 a 49 años). Neurologia. 2004; 19:153-9.
7. Enderby P. Frenchay dysarthria assessment. San Diego (CA): College Hill Press; 1983. 59p.
8. Ehlen F, Krugel LK, Vonberg I, Schoenecker T, Kuhn AA, Klostermann F. Intact lexicon running slowly--prolonged response latencies in patients with subthalamic DBS and verbal fluency deficits. PLoS One. 2013; 8:e79247.
9. Llumiguano C, Dóczi T, Baths I. Tratamiento de La enferme-

dad de Parkinson com palidotomia y pálido – talamotomia estereotáctica guiada por microelectrodos. Neurocirugia. 2006; 17:420-32.

10. Phillips L, Litcofsky K, Pelster M, Gelfand M, Ullman MT, et al. Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation Impacts Language in Early Parkinson's Disease. Plos One. 2012; 7: e42829.
11. Wertheimer J, Gottuso AY, Nuno M, Walton C, Duboille A, Tuchman M. et al. The impact of STN deep brain stimulation on speech in individuals with Parkinson's disease: the patient's perspective. Parkinsonism Relat Dis. 2014; 20:1065-70.
12. Borden A, Wallon D, Lefaucheur R, Derrey S, Fetter D, Verin M, et al. Does early verbal fluency decline after STN implantation predict long-term cognitive outcome after STN-DBS in Parkinson's disease?. J Neurol Sci. 2014; 346:299-302.

Alterações de tônus e mobilidade de língua relacionadas às alterações do frênuo lingual *Alterations on tone and mobility lingual relating to frenulum lingual*

Dhyanna Domingues Suzart¹, Adriana Rahal Rebouças Carvalho²

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

2. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Fonte de auxílio: Este estudo teve auxílio FAPESP

Introdução: O frênuo lingual é uma prega de membrana mucosa que conecta a língua ao assoalho da boca. Sua fixação está intimamente relacionada ao desempenho das praxias linguais e consequentemente às funções exercidas por este órgão⁽¹⁻⁶⁾. Para que seja classificado como normal, sua fixação deve ir da metade da face sublingual até o assoalho da boca^(5,7). O frênuo lingual alterado pode ser classificado em curto (correta fixação, porém seu tamanho é menor que o normal), anteriorizado (tamanho normal, contudo fixa-se a um ponto localizado à frente da metade da face sublingual, podendo, inclusive, estar fixado próximo ao ápice) ou curto com fixação anteriorizada (corresponde a um misto dos dois anteriores)⁽⁸⁾. Sua alteração dificulta a mobilidade lingual e acarreta prováveis prejuízos às funções orofaciais exercidas pela língua^(2,9,10). **Objetivo:** Comparar as alterações de tônus e mobilidade da língua entre 2 grupos de escolares (com e sem alterações do frênuo lingual) dos 8;6 anos aos 10;11 anos. **Método:** O projeto dessa pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Instituição sob o número 771.481/2014 e recebeu apoio e bolsa FAPESP. Realizou-se avaliações preliminares em todas as crianças em idade escolar (8;6 anos a 10;11 anos), de ambos os gêneros, regularmente matriculadas em Instituto privado para determinar quais delas apresentavam alteração do frênuo lingual. Para isso, além de fotografar os pontos cardeais da língua e o frênuo

lingual dos escolares, mensurou-se a abertura máxima da boca e a abertura com o ápice da língua na papila incisiva (relação entre as duas medidas quando menor do que 50% sugere alteração do frênulo lingual). De um total de 89 crianças avaliadas, 26 apresentaram alteração do frênulo lingual e pareou-se um total de 26 crianças que não apresentaram alteração do frênulo lingual. Os critérios de exclusão foram: crianças submetidas a tratamento Fonoaudiológico na área da Motricidade Orofacial; crianças que já realizaram frenectomia e/ou frenotomia lingual; crianças com alterações neurológicas; crianças que apresentem alguma alteração física ou cognitiva que interfira na avaliação fonoaudiológica e crianças com alterações anatomofuncionais. Assim, as crianças foram divididas em dois grupos: grupo controle (composto por 26 crianças sem alteração do frênulo lingual) e grupo pesquisa (composto por 26 crianças com alteração do frênulo lingual). As crianças foram avaliadas por meio do Protocolo de Avaliação em Motricidade Orofacial utilizado em uma Clínica Escola, nos seguintes itens: medidas da face com paquímetro, descrição das estruturas e dos músculos da face, língua (morfologia, tônus e mobilidade), frênulo lingual (normal, anteriorizado, curto, curto e anteriorizado) e tonsilas palatinas. Utilizou-se para a avaliação, câmera fotográfica digital da marca *Sony SteadyShot* para fotografia e filmagem da avaliação das crianças, tripé para a câmera fotográfica, paquímetro digital da marca *Stainless Hardened* para aferir medidas do frênulo lingual, luvas cirúrgicas descartáveis e espátulas de madeira descartáveis. Os testes utilizados para a análise estatística foram “*Teste de Fisher*”, “*Qui Quadrado*” e “*Anova*”, adotando-se como nível de significância 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Das 52 crianças avaliadas, 26 (50%) apresentaram alteração do frênulo lingual. Destas, 21 (80,8%) apresentaram tônus de língua diminuído, 20 (76,9%) apresentaram língua baixa na cavidade oral e 20 (76,2%) apresentaram mobilidade de língua alterada, sendo que 73,1% apresentaram ausência de sucção de língua no palato e 30,8% apresentaram ausência de vibração de língua. Quanto aos demais itens avaliados, incluindo aqui a mobilidade lingual, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. **Discussão:** Os resultados encontrados neste estudo mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados no que diz respeito ao tônus de língua, visto que 21 (80,8%) crianças com alteração do frênulo lingual apresentaram alteração de tônus de língua, caracterizada por diminuição do mesmo. Isso vem de encontro com um estudo cujos resultados demonstram que na maior parte da amostra com alteração do frênulo lingual, o tônus de língua também mostra-se diminuído⁽⁷⁾. No que diz respeito à mobilidade lingual, apesar de não terem

sido observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos avaliados, identificou-se que das 26 crianças com alteração do frênulo lingual, 20 (76,9%) apresentaram mobilidade de língua alterada, algo que já era esperado, pois sabe-se que a alteração do frênulo lingual dificulta a mobilidade lingual. Tal informação também foi encontrada em um estudo no qual 21(35%) pessoas com frênulo lingual alterado têm mobilidade de língua alterada⁽⁴⁾. De acordo com os dados encontrados no presente estudo, das 20 (76,9%) crianças com alteração de mobilidade lingual, 19 (73,1%) apresentaram ausência de sucção de língua no palato e 8 (30,8%) ausência de vibração de língua. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa na qual os resultados evidenciam que as praxias de língua mais comprometidas na presença de um frênulo lingual alterado são vibração e sucção⁽⁷⁾. Encontrou-se na literatura que todos os indivíduos com alteração do frênulo lingual apresentam limitação para a execução da vibração da língua e que 66,6% dos indivíduos com alteração do frênulo apresentam dificuldades para sugar a língua no palato⁽¹¹⁾. **Conclusão:** O grupo pesquisa (com alteração do frênulo lingual) apresentou alterações estatisticamente significantes quando comparado ao controle, nos seguintes itens: tônus lingual, postura de língua baixa na cavidade oral. Nos demais itens, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos, houve uma tendência de alteração maior no grupo pesquisa.

Descritores: Língua, Tono muscular, Freio lingual

Referências Bibliográficas

1. Pozza DH, Deyl JT, Cardoso ES, Cançado RP, Oliveira MG. Frenulectomia lingual: revisão da literatura e relato de caso clínico. *UFES Rev Odontol.* 2003; 5:19-25.
2. Marchesan IQ. Frênulo lingual: proposta de avaliação quantitativa. *Rev CEFAC.* 2004; 6:288-93.
3. Brito SF, Marchesan IQ, Bosco CM, Carrilho ACA, Rehder MI. Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica Fonoaudiológica, Odontóloga e Otorrinolaringológica. *Rev CEFAC.* 2008; 10:343-51.
4. Silva MC, Costa MLVCM, Nembr K, Marchesan IQ. Frênulo de língua alterado e interferência na mastigação. *Rev CEFAC.* 2009;11:363-9.
5. Carvalho AJ, Gomes PB. Verificação da interferência do frênulo lingual na força axial da língua [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
6. Marchesan IQ, Martinelli RLC, Gusmão RJ. Frênulo lingual: modificações após frenectomia. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 24:409-12.
7. Braga LAS, Silva J, Pantuzzo CL, Motta AR. Prevalência de alterações no frênulo lingual e suas implicações na fala de escolares. *Rev CEFAC.* 2009; 11(supl.3):378-90.
8. Melo NSFO, Lima AAS, Fernandes A, Silva RPGVC. Anquioglossia: relato de caso. *RSBO (Impr).* 2011; 8:102-7.
9. Perlato NM, Escocate ACRN, Jabur LB, Ferreira RI, Garib DG,

Corotte KMV. Correlação entre a presença do ceceo anterior e os tipos de trespasse vertical interincisivos na dentadura decídua. Rev Odontol Univ Sao Paulo (Online). 2009; 21:98-103.

- Marchesan IQ, Teixeira AN, Cattoni DM. Correlações entre diferentes frênulos linguais e alterações na fala. Distúrb Comun. 2010; 22:195-200.
- Gonçalves CS, Ferreiro MC. Estudo da relação entre presença de frênulo lingual curto e/ou anteriorizado e a dorsalização do fone [R] na articulação da fala. Rev CEFAC. 2006; 8:55-60.

Protótipo de material didático-terapêutico para estimulação de habilidades semânticas

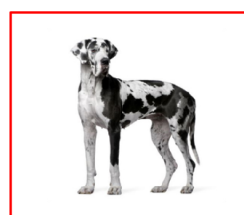
Prototype of didactic and therapeutic material for stimulation of semantic skills

Camila Rodrigues Barboza de Andrade¹, Amalia Rodrigues²

- Pós graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Mestrado Profissional em Saúde da Comunicação
- Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: A curiosidade e a experiência são essenciais para que novas palavras sejam acrescentadas ao vocabulário, resultando nos padrões de comunicação e linguagem esperados para cada idade. Há escassez de material didático-terapêutico que obedeça os padrões de desenvolvimento linguístico do Português Brasileiro (PB). A estimulação ou reabilitação da linguagem pode ser realizada através de jogos⁽¹⁾, pois se trabalha construção simbólica e linguagem, tanto na perspectiva afetiva quanto cognitiva⁽²⁾. **Objetivo:** Desenvolver um protótipo de material didático-terapêutico que vise estimular as habilidades semânticas e aquisição de substantivos de animais. **Método:** Por se tratar de um projeto com finalidade de desenvolver um produto para aplicação em terapia e/ou sala de aula, não houve necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O material elaborado seguiu especificações do Instituto de Metodologia, Qualidade e Tecnologia-Inmetro. O campo semântico selecionado foi o de animais. Este material apresentará um tabuleiro com uma trilha, um dado e 6 peões coloridos, 26 cartelas-alvo representando as palavras-alvo referentes aos substantivos animais e 72 fichas associativas. As palavras das cartelas-alvo foram selecionadas a partir do Projeto Corpus Brasileiro⁽³⁻⁴⁾ e apresentarão a impressão do animal na frente e o verso na cor vermelha (Figura 1). As fichas associativas foram elaboradas a partir da criação de categorias que permitissem que a criança realizasse ou aprendesse associações, analogias e categorizações semânticas. As categorias selecionadas foram: superordenada; coordenada; com base em propriedades físicas; com base no habitat e

com base em analogia temática⁽⁵⁻⁹⁾. Desta forma, para cada palavra-alvo elaborou-se cinco fichas associativas que apresentam a impressão da foto referente a cada categoria. O verso das fichas apresenta cinco diferentes cores (Figura 2). O material apresenta um manual de instruções com preparação e regras do jogo e embalagens plásticas para organização e preservação do material.



Frente

Verso

Figura 1: Exemplo de cartela-alvo para cachorro.



Figura 2: Exemplo de fichas associativas para cartela-alvo cachorro. Legenda: 1 – Categoria Superordenada (Animais); 2 – Categoria com base em propriedades físicas (grande/pequeno); 3 – Categoria com base no habitat (Casa); 4 – Categoria com base em Analogia Temática (osso); 5 – Categoria Coordenada (Lobo-guará).

A escolha dos substantivos foi baseada em um corpus de quase um bilhão de palavras do PB⁽³⁾ com amostras de Português contemporâneo escrito e falado. O corpus não está organizado em categorias, por isso a procura pelos estímulos foi bastante demorada e trabalhosa. Após a seleção dos 26 substantivos mais frequentes, foram criadas para cada substantivo as cinco categorias correspondentes às fichas associativas. Estas categorias foram selecionadas a partir de estudos que investigaram o desempenho de crianças normais e com déficits de linguagem em tarefas de nomeação de palavras, em testes padronizados de vocabulário expressivo, em tarefas de identificação de relações semânticas entre pares de palavras e pesquisas que investigaram a aquisição inicial do léxico nominal e verbal^(5,6,8-12). A categoria superordenada correspondeu para todos os substantivos a uma figura que representou animais^(5,6,11). A segunda correspondeu a analogia com base em propriedades físicas^(5,9); a terceira com base em habitat; uma quarta que correspondeu a uma analogia temática^(6,8,11) e uma quinta categoria coordenada correspondeu a um co-hipônimo próximo ou a uma analogia semântica que permitiu colocar dois

conceitos em relação próxima^(8,11). Assim, por exemplo, a foto de um cachorro representou uma cartela-alvo; a ficha de animais à categoria superordenada; a ficha correspondente ao adjetivo grande e/ou a imagem de pêlos e/ou a imagem de muitos dentes seria a analogia com base nas propriedades físicas; a ficha de casa corresponderia a analogia com base em habitat; a ficha de osso à analogia temática e a de lobo-guará à categoria coordenada (Figura 3).

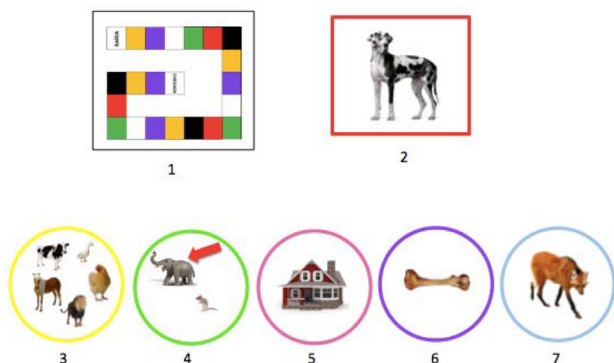


Figura 3: Exemplo de montagem e disposição das partes do jogo. Legenda: 1 – Tabuleiro; 2 - Cartela-Alvo Cachorro; 3 - Ficha Associativa referente à Categoria Superordenada; 4 - Ficha Associativa referente à Analogia com base nas propriedades físicas; 5 - Ficha Associativa referente à Analogia com base em habitat; 6 - Ficha Associativa referente à Analogia Temática; 7 - Ficha Associativa referente à Categoria Coordenada.

Resultados: O manual de instruções apresenta as seguintes informações: os 26 substantivos selecionados; o nome do jogo; uma citação (*O material foi desenvolvido pela fonoaudióloga Camila Rodrigues Barboza de Andrade a partir de sua dissertação de mestrado intitulada “PROTÓTIPO DE UM MATERIAL DIDÁTICO-TERAPÊUTICO PARA ESTIMULAÇÃO DE HABILIDADES SEMÂNTICAS”, realizada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Comunicação Humana da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo sob orientação da Profa. Dra. Amália Rodrigues (Ano: 2015)*); uma introdução esclarece o objetivo do material desenvolvido e o conteúdo do jogo. A proposta do jogo é de ser mediado por um adulto que auxilie e gere pistas semânticas ao(s) participante(s). As habilidades trabalhadas serão: ampliação do vocabulário, aprendizado de novas palavras, estimulação de rede semânticas, raciocínio infantil, habilidades de memória, reconhecimento de palavras e imagens e concentração. **Discussão e Conclusão:** Este material visa contribuir para o tratamento e estimulação do vocabulário e de habilidades semânticas em crianças normais e com distúrbios na linguagem. Pode ser utilizado como instrumento em terapia fonoaudiológica e também por pais e professores que planejem estimular as habilidades de crianças a partir dos três anos.

Novos trabalhos sobre desenvolvimento de material didático-terapêutico devem ser realizados para que fonodólogos tenham cada vez uma variedade maior de material padronizado e cientificamente reconhecido disponíveis no mercado.

Referências Bibliográficas

1. Bishop DVM, Norbury CF. Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002; 43:7:917-29.
2. Macedo L. *Ensaio construtivista*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994. 170p.
3. Sardinha BT. *Linguística de corpus*. Barueri: Manole; 2004. 410p.
4. Sardinha APB, Moreira Filho JL, Alambert E. *O Corpus Brasileiro*. Encontro de Linguística de Corpus. 2008. [online]. Disponível em: Corpusbrasileiro.pucsp.br/ac/Acesso.html. (10 dez 2014).
5. Lahey M, Edwards J. Naming errors of children with specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*. 1999; 42:195-205.
6. Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. ABFW: Teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. São Paulo: Pró-Fono; 2004. 98p.
7. Bastos DA, Befi-Lopes DM, Rodrigues A. Habilidade de organização hierárquica do sistema lexical em crianças com distúrbio específico de linguagem. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11:82-9.
8. Tonietto L, Parente MAMP, Duvignau K, Gaume B, Bosa CA. Aquisição inicial do léxico verbal e aproximações semânticas em português. *Psicol Reflex Crit*. 2007; 20:114-23.
9. Camacho GS, Barboza CR, Laviano LR, Takiuchi N. Verificação das correlações entre quarto tarefas semântico-lexicais para escolares. In: 12º Congresso Brasileiro de Neuropsicologia. 4ª Reunião Anual do IBNeC 2013. [Anais]. São Paulo: SBNp/IBNeC; 2013.
10. German D. Word-finding substitution in children with learning disabilities. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 1982; 13:202-22.
11. Befi-Lopes DM. Aspectos da competência e do desempenho lexicais em crianças entre 4:0 e 6:6 anos com padrões de desenvolvimento normal de linguagem e com alterações articulatórias. Tese (Doutorado): São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 1997.
12. Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações de desenvolvimento de linguagem. Tese (Mestrado): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2002.

Pessoas com deficiência na atenção básica: sensibilização dos agentes comunitários de saúde para identificação, cadastro e acompanhamento
People with disabilities in primary care: awareness of community health workers for identification, registration and monitoring

Mariana Piassa¹, Gabriela dos Santos Vera Ortiz²,
Guadalupe Marcondes de Moura³, Adriana
Limongeli Gurgueira⁴, Evelyn Fabiana Costa⁵

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 3º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
2. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 7º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

3. *Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia*
4. *Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Graduação em Fonoaudiologia*
5. *Coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

Introdução: A Atenção Básica é a porta de entrada para o serviço de saúde, sendo a base para outros níveis do sistema público. É de atribuição dos profissionais que atuam nesse âmbito abordar os problemas mais comuns da comunidade, realizando ações de educação em saúde e disseminando informações acerca da prevenção de doenças e da promoção de saúde⁽¹⁾. A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão, 1978) especificou os componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde: educação em saúde, saneamento ambiental, planejamento familiar, prevenção de doenças, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional⁽²⁾. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família consolidou na Atenção Básica consolidou o trabalho em equipe, o seu maior potencial para aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos dos cuidados básicos em saúde, possibilitando desta forma a criação de vínculos entre a equipe de profissionais e os usuários. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde são entendidos como o elo entre o serviço público de saúde e a comunidade, uma vez que são pessoas oriundas da própria área de atuação⁽³⁾. Dessa forma, estes agentes representam a “voz” da comunidade dentro dos serviços de saúde e, justamente por conhecerem as necessidades dessa população e se assemelharem com as características e os anseios desta população, potencializam o trabalho das equipes de saúde por meio da consolidação dos vínculos. Atualmente, são mais de 200 mil agentes em todo Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas⁽⁴⁾. De acordo com o Guia Prático para Agentes Comunitários de Saúde refere que as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, ao se depararem com diversas barreiras, podem apresentar dificuldades na participação social e efetiva em igualdade de condições com as demais pessoas⁽⁴⁾. De acordo com dados do Censo das Pessoas com Deficiência (2010), 23,9% da população residente no país apresentava ao menos uma das deficiências investigadas, sendo a deficiência visual a mais prevalente (18,6%), seguida pela motora (7%), auditiva (5,1%) e mental/intelectual

(1,4%)⁽⁵⁾. Já estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) estimam que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência. Sendo que, muitas dessas pessoas, não têm acesso igualitário à assistência médica, educação ou oportunidades de emprego⁽⁶⁾. Diante desse contexto, compreendendo o momento histórico da Atenção Básica e reconhecendo a importância da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, acredita-se que esse estudo possa nortear a discussão acerca desses profissionais na relação dos cuidados em saúde com as pessoas com deficiência. **Objetivo:** Verificar a atuação e a rotina de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na região central de São Paulo, além de sensibilizá-los com relação à identificação, cadastro e acompanhamento de pessoas com deficiências. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado com os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. Octávio Augusto Rodvalho por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Na região central da cidade de São Paulo observa-se um predomínio no atendimento de adultos e idosos na área, com diferentes níveis sócio- econômicos e presença marcante de cortiços, favelas e habitações populares. A região está composta por imigrantes latinos, orientais e africanos, muitos deles refugiados ou sem documentos, além de pessoas vivendo em situação de rua e dependentes químicos. O processo foi constituído por seis etapas: 1. Levantamento dos dados oficiais de pessoas com deficiência no Sistema de Informação da Atenção Básica, 2. Conversa com os agentes comunitários, 3. Consulta às informações dos prontuários, 4. Visitas domiciliares para conhecer os pacientes com deficiência cadastrados com participação voluntária, 5. Ação com frases de sensibilização ponto-a-ponto, 6. Encontros, no formato de rodas de conversas baseados na educação permanente, abordando temas disparados pelas frases acerca de questões gerais sobre deficiências. Ao término de cada um dos encontros foi solicitado que os agentes preenchessem uma ficha de avaliação abordando os seguintes itens: a) conteúdo abordado; b) método de apresentação; c) tempo de duração; d) dinâmicas/discussões e e) uso do conteúdo no seu dia-a-dia. **Resultados:** Foram realizados quatro encontros quinzenais, nos quais participaram em média 11,5 Agentes Comunitários de Saúde participaram dos encontros. Ressalta-se que a participação desses profissionais nos espaços de discussões foi voluntária e sem determinação de obrigatoriedade por parte da gestão da Unidade ou por qualquer outro profissional. Com relação à avaliação dos encontros realizada pelos Agentes de Saúde, pode-se observar que todos os itens foram avaliados como ótimos, sendo que o item conte-

údo abordado foi o que apresentou maior proporção de aprovação com 76,2% dos Agentes Comunitários de Saúde o avaliando como ótimo o item de menos aprovação foram tempo de duração dos encontros e uso do conteúdo na rotina do trabalho, ambos com 59,5%. Durante o processo foram distribuídas 22 frases de sensibilização em pontos estratégicos dentro da Unidade Básica de Saúde, para que chamasse a atenção dos Agentes Comunitários de Saúde. Com a finalidade de gerar curiosidade, questionamentos, discussões e convidá-los a participarem dos encontros de sensibilização, que foram distribuídos em quatro temas para discussão: 1) Deficiência Auditiva, 2) Deficiência Visual, 3) Deficiência Intelectual/ Mental e 4) Deficiência Física. **Conclusões:** O processo educativo por meio de encontros de sensibilização, para o assunto pessoas com deficiência se demonstrou factível na Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro. Foi possível observar que há muitas dúvidas e questionamentos por parte dos agentes comunitários com relação ao entendimento desde as questões mais simples abordadas quanto as mais complexas. Processos educativos, quando baseados nos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente, proporcionam melhora do conhecimento, empoderamento e autonomia desses profissionais ao lidarem com os cuidados à pessoa com deficiência. Transformando o atendimento dos agentes comunitários de saúde mais humanizada e próxima para a população especial de deficientes da região. Sugere-se que modelos semelhantes ao realizado nesse estudo sejam incorporados na rotina de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Descritores: Atenção primária à saúde, Agentes comunitários de saúde, Educação continuada, Pessoas com deficiência

Referências Bibliográficas

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
2. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev Bras Educ Med. 2009; 33:122-33.
3. Souza RR, Mendes JDV, Barros S, organizadores. 20 anos do SUS São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde; 2008. 306p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília : Ministério da Saúde; 2009. 260p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
5. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Cartilha Censo 2010, pessoas com deficiências. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2012. 32p.

6. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. 206p

Influência do ruído no reconhecimento de fala em indivíduos com audição normal e zumbido

Noise influence on speech recognition in individuals with normal hearing and tinnitus

Josiane de Assis Silva Lopes¹, Byanka Cagnacci²

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
2. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: O zumbido é a sensação endógena de um som sem a participação de uma fonte sonora externa existente⁽¹⁾. O zumbido não é uma doença e sim um sintoma gerado na via auditiva⁽²⁾. Segundo diferentes relatos, 85 a 96% dos pacientes com zumbido apresentam algum grau de perda auditiva⁽³⁾ e apenas 8 a 10% apresentam limiares audiométricos dentro dos padrões de normalidade⁽⁴⁾. Neste último grupo, a presença isolada do zumbido sugere que este pode ser o primeiro sintoma de alterações que somente serão diagnosticadas após o aparecimento da perda auditiva no audiograma. A origem do zumbido nestes casos é ainda mais obscura do que naqueles com perda auditiva concomitante. Portanto, apesar de raros, esses pacientes constituem uma amostra muito importante, pois suas características podem ser atribuídas exclusivamente ao zumbido, e não à perda auditiva que acompanha os demais casos⁽³⁾. A perda de células ciliadas externas pode estar envolvida na fisiopatogênese do zumbido, no entanto, alterações nos limiares audiométricos só serão observados após aproximadamente 30% de degeneração celular⁽⁵⁾. O reconhecimento de fala é um dos aspectos mais importantes da função auditiva humana⁽⁶⁾, pois possibilita ao homem comunicar-se de forma eficiente, o que é fundamental para sua integração social, sendo esta compreensão dependente da integridade de todo o sistema auditivo. Já foi relatado que pacientes com zumbido sem perda auditiva queixam-se frequentemente de dificuldades de compreensão de fala, principalmente em ambientes ruidosos e mais recentemente foram apresentados dados que demonstram desempenho pior em testes de fala com ruído quando comparado com sujeitos sem zumbido⁽⁷⁾. Com a finalidade de avaliar qualitativamente a audição de indivíduos no que se refere ao reconhecimento de fala e tentar mensurar as habilidades de reconhecimento de fala cotidiana, o teste

Limiar de Sentenças no Português (LSP)⁽⁸⁾ utiliza além de sentenças simples e de uso habitual, um ruído competitivo contínuo com espectro de fala similar ao das sentenças, com a intenção de representar em ambiente clínico ou ambulatorial, situações reais da comunicação⁽⁸⁾. Sendo assim, a hipótese do presente estudo é que indivíduos com limiares audiométricos dentro dos padrões de normalidade e com queixa de zumbido, apresentem desempenho em tarefas de reconhecimento de fala rebaixado em comparação àqueles que não apresentam o sintoma. **Objetivo:** investigar o desempenho de indivíduos com limiares audiométricos normais com e sem queixa de zumbido em testes de fala com ruído. **Método:** Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo sob o parecer número 1.003.002. A proposta é que sejam avaliados até o termino do estudo vinte sujeitos adultos com idade entre 18 e 45 anos (o limite de idade foi estabelecido para que o processo de envelhecimento não interfira no resultado); com audição dentro dos padrões de normalidade, entre 0 e 20 dBNA em todas as frequências da via aérea; que apresentem ou não queixa de zumbido; alfabetizados; ambos os sexos. Os pacientes serão divididos em 2 grupos: Grupo Zumbido, composto por 10 sujeitos que apresentem o sintoma de zumbido e Grupo Controle, composto também por 10 indivíduos que não apresentam o sintoma. Serão excluídos do estudo os sujeitos que apresentarem qualquer grau de perda auditiva, queixas de disfunções neurológicas e problemas de orelha média e/ou externa. Até o momento foram avaliados 8 sujeitos do Grupo Controle e 4 sujeitos do Grupo Zumbido. Em todos os sujeitos são realizadas as medidas de imitância acústica, a audiometria tonal e aplicada uma anamnese. Na sequência são realizadas a pesquisa das Emissões Otoacústicas Produto de Distorção (EOAPD) e a pesquisa dos limiares de reconhecimento de sentenças no ruído (LRSR), utilizando o teste LSP. A medida do LRSR é pesquisada em cada orelha separadamente, com o uso de fones auriculares e os dois estímulos (fala e ruído) apresentados ipsilateralmente. A aplicação do material foi realizada por meio do procedimento denominado “estratégia sequencial, adaptativa ou ascendente-descendente”, que permite determinar o limiar de reconhecimento de fala, ou seja, o nível necessário para o indivíduo identificar corretamente em torno de 50% dos estímulos de fala apresentados em uma determinada condição sinal-ruído. Esse procedimento foi utilizado tanto para medidas de reconhecimento de sentenças no ruído, com o ruído do CD e também com o ruído *speech noise*, sendo que a intensidade de ambos os ruídos foi mantida constante a 65 dB NA. Os resultados parciais foram submetidos

à análise estatística descritiva até o momento e ao final do estudo procederemos à comparação entre grupos. Para todas as análises será adotado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. **Resultados preliminares:** Foram avaliados até o momento 8 sujeitos do Grupo Controle e 4 sujeitos do Grupo Zumbido. As EOAPD se apresentaram com valores de amplitudes menores no grupo zumbido que no grupo controle. Além disso, observamos que para ambos os ruídos utilizados no teste de reconhecimento de fala no ruído, o Grupo Zumbido necessitou de maior relação sinal/ruído para reconhecer 50% das sentenças apresentadas, apontando para um desempenho pior que o grupo controle. **Conclusão:** Os dados obtidos até o momento apontam para um pior desempenho no reconhecimento de fala na presença de ruído nos sujeitos que apresentam queixa de zumbido. Acreditamos que a presença de pequenas lesões cócleo-neurais presente nos casos de zumbido possa interferir no desempenho de compreensão de fala destes indivíduos. Uma dificuldade na compreensão da fala na presença de ruídos competitivos pode vir a causar alterações significativas na comunicação do indivíduo e na sua qualidade de vida.

Descritores: Zumbido, Adulto, Audiologia, Células ciliadas auditivas

Referências Bibliográficas

1. Bento RF, Miiti A, Marone SAM. Doenças do ouvido interno. In: Bento RF, Miniti A, Marone SAM, editores. Tratado de otologia. São Paulo: EDUSP; 1998. p. 424-8.
2. Onishi E, Kasse C, Rodrigues C, Oliveira MHP, Aprile MR, Karsch UM. Como diagnosticar e tratar zumbido. Rev Bras Med. 2008;32:7.
3. Sanchez TG, Medeiros IRT, Levy CPD, Ramalho JRO, Bento RF. Zumbido em pacientes com audiometria normal: caracterização clínica e repercussões. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71:427-31.
4. Barnea G, Attias J, Gold S, Shahar A. Tinnitus with normal hearing sensitivity: extended high-frequency audiometry and auditory-never brain-stem-evoked responses. Audiology. 1990; 29:36-45.
5. Rosito LPS. Zumbido não pulsátil. In: Caldas Neto S, Mello Júnior JF, Martins RHG, Costa SS. Tratado de otorrinolaringologia 2ª ed. São Paulo: Roca; 2011. v.2, p. 479-86.
6. Caporali SA, Silva JA. Reconhecimento de fala no ruído em jovens e idosos com perda auditiva. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004, 70:525-32.
7. Almeida K. Avaliação dos resultados da intervenção. In: Almeida K, Iório MCM. Próteses Auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas. 2ª ed. São Paulo; Lovise; 2003. p.335-56.
8. Tyler RS, Baker LJ. Difficulties experienced by tinnitus sufferers. J Speech Hear Disord. 1983; 48:150-4.
9. Huang CY, Lee HH, Chung KC, Chen HC, Shen YJ, Wu JL. Relationships among speech perception, self-rated tinnitus loudness and disability in tinnitus patients with normal pure-tone thresholds of hearing. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2007; 69:25-9.

10. Ryu IS, Ahn JH, Lim HW, Joo KY, Chung JW. Evaluation of masking effects on speech perception in patients with unilateral chronic tinnitus using the hearing in noise test. *Otol Neurotol*. 2012; 33:1472-6.
11. Costa MJ. Listas de sentenças em português: apresentação e estratégias de aplicação na audiologia. Santa Maria: Pallotti; 1998.

Reprodutibilidade (teste-reteste) e consistência interna da versão em português brasileiro do questionário speech, spatial and qualities of hearing scale (SSQ)

Reproducibility (test-retest) and internal consistency of the Brazilian Portuguese version of the questionnaire speech, and spatial qualities of hearing scale (SSQ)

Raiza Gorbachev Ribeiro Aguiar¹, Katia de Almeida², Elisiane Crestani de Miranda Gonsalez³

1. Mestranda da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Pós-Graduação - Saúde da Comunicação Humana

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Graduação em Fonoaudiologia

3. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: A perda de audição prejudica o processo de comunicação, uma vez que se torna mais difícil ouvir e compreender a fala, principalmente em ambientes ruidosos. A bateria utilizada na avaliação audiológica é eficiente para quantificar os limiares auditivos, entretanto pode não refletir a real dificuldade comunicativa. O questionário *Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ)* foi desenvolvido por Gatehouse e Noble (2004)⁽¹⁾ visando investigar vários aspectos da função auditiva, principalmente em situações cotidianas que envolvem a fala, a audição espacial e a qualidade auditiva dos sons. Este questionário foi traduzido para o idioma espanhol, alemão, dinamarquês e holandês, sendo que já foram publicados estudos que demonstraram sua validade para a prática clínica^(2,3). O SSQ tem se mostrado uma importante ferramenta, tanto na avaliação da audição quanto na reabilitação auditiva de crianças, adultos e idosos com queixa de dificuldades de comunicação. No Brasil, este instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente, porém, ainda necessita-se avaliar sua confiabilidade e validade para o português. **Objetivo:** Verificar a correlação do teste e reteste e a consistência interna do questionário SSQ-49 em português brasileiro. **Método:** Foi realizado um estudo clínico de caráter prospectivo, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da IMSCSP (CEP nº 273.023). Foram avaliados somente aqueles indi-

víduos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para constituição da amostra foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade: possuir idade igual ou maior que 18 anos; apresentar qualquer tipo, grau ou configuração de perda auditiva, exceto perda profunda bilateral; serem alfabetizados no português brasileiro; nunca ter utilizado prótese auditiva ou não fazer uso deste há pelo menos um ano; não possuir déficit intelectual ou neurológico aparente. Foram excluídos da pesquisa indivíduos que: não compreenderam os questionamentos do instrumento; não responderam à segunda aplicação do questionário. Foi aplicado o teste e o reteste do questionário, em um intervalo de em média de 10 dias entre as avaliações. Foram entrevistados 35 indivíduos, sendo 21 do gênero feminino e 14 do gênero masculino, com idade média de 61 anos e escolaridade média de sete anos de estudo. Todos os participantes apresentavam perda de audição, variando de perda auditiva mínima a perda auditiva total⁽⁴⁾. O questionário SSQ é composto por 49 questões, divididas em três partes que abordam diferentes aspectos da audição. A primeira parte é relacionada ao reconhecimento de fala em diferentes contextos de escuta; a segunda investiga diferentes componentes da audição espacial (direção, distância e movimento) e a última parte aborda qualidades da audição (segregação dos sons, identificação, naturalidade, clareza e necessidade de esforço na escuta). O Quadro 1, ilustra a distribuição de questões em cada sub escala do questionário.

SSQ		
Parte I: Audição para a fala	Parte II: Audição espacial	Parte III: Qualidades da audição
14 questões	17 questões	18 questões

Quadro 1 - Distribuição de questões em cada sub-escala do questionário SSQ.

O entrevistador apresentou de forma oral cada questão, e o participante pontuou de 0 a 10 o seu desempenho comunicativo em cada situação questionada. O participante foi orientado que 10 significava que era perfeitamente capaz de executar o que esta descrito na questão e o zero significava que poderia ser incapaz de realizar a situação investigada. Além disso, havia uma opção denominada de "não aplicável" para casos em que pergunta não representasse

uma situação cotidiana. Para análise dos resultados do teste e reteste utilizou-se o método estatístico não paramétrico de Spearman e a consistência interna através do coeficiente de Alfa de Cronbach. O nível de significância estabelecido foi de 0,05 ou 5%. **Resultado:** Considerando a primeira entrevista realizada, os resultados demonstram forte correlação entre teste e teste (Tabela 1) e alta consistência interna entre os subitens e total da escala (Tabela 2).

Tabela 1

Correlação de Spearman de teste e reteste por domínios e total do SSQ

SSQ	N de Itens	Correlação	P valor
Parte I	14	0,930	<0,001
Parte II	17	0,913	<0,001
Parte III	18	0,893	<0,001
Total	49	0,932	<0,001

Legenda: Parte I = Audição para a fala; Parte II = Audição espacial; Parte III = Qualidades da audição

Tabela 2

Consistência interna do SSQ por domínios (Parte I, II e III)

SSQ	N de Itens	Correlação	P valor
Parte I	14	0,952	<0,001
Parte II	17	0,945	<0,001
Parte III	18	0,822	<0,001
Total	49	0,932	<0,001

Legenda: Parte I = Audição para a fala; Parte II = Audição espacial; Parte III = Qualidades da audição.

Conclusão: Houve forte correlação de teste e reteste e boa consistência interna entre os 49 itens do questionário, bem como entre as suas sub-escalas. A versão do SSQ-49 em português brasileiro apresenta-se suficientemente concisa e adequada para avaliação do indivíduo com deficiência auditiva.

Descritores: Perda Auditiva, Questionários, Reprodutibilidade dos testes

Referências Bibliográficas

1. Noble W, Gatehouse S. Interaural asymmetry of hearing loss, Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ) disabilities, and handicap. *Int J Audiol.* 2004; 43:100-14.
2. Blamey PJ, Fiket HJ, Steele BR. Improving speech intelligibility in background noise with an adaptive directional microphone. *J Am Acad Audiol.* 2006; 17:519-30.
3. Noble W, Tyler RS, Dunn CC, Bhullar N. Younger- and older-age adults with unilateral and bilateral cochlear implants:

Speech and spatial hearing self-ratings and performance. *Otol Neurotol.* 2009; 30:921-9.

4. International Bureau for Audiophonology (BIAP). BIAP recommendation n° 02/01. Audiometric classification of hearing impairments. [online]. October 26th, 1996. Available from: <http://www.biap.org/biapanglais/rec021eng.htm> [10 Aug 2014]

Síndrome velocardiofacial e a terapia fonoaudiológica intensiva: estudo de caso *Velocardiofacial syndrome and speech therapy intensive: case study*

Olívia Mesquita Vieira de Souza¹, Michelli Cruz Teixeira², Julia dos Reis Tognozzi², Ana Caroline Zentil Polzin³, Jeniffer de Cássia Rillo Dutka⁴

1. Fonoaudióloga associada do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP)

2. Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP)

3. Mestranda do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP)

4. Professora do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP)

Introdução: A Síndrome Velocardiofacial (SVCF) é uma das várias manifestações que a anomalia cromossômica associada com a deleção de uma parte do cromossomo 22 apresenta. Está entre as desordens genéticas mais comuns, com uma incidência de 1 a cada 2000 nascimentos⁽¹⁾. Devido a falta de conhecimento dos profissionais e da população em geral quanto às diversas manifestações da síndrome, o diagnóstico dela não é realizado com frequência. Em contrapartida, não é um diagnóstico fácil, devido às muitas manifestações clínicas associadas à síndrome e ao custo do teste FISH (hibridação in situ por fluorescência), que é conclusivo e confirma a presença da deleção. Os achados clínicos mais evidentes da Síndrome Velocardiofacial envolvem: anomalias do esfíncter velofaríngeo, defeitos do coração e aparência facial característica, que é composta por retrognatia, nariz proeminente com uma ponte nasal larga, região malar plana, fissuras palpebrais estreitas, mordida profunda com má-oclusão classe II, retração mandibular e abundância de cabelo. Também pode ocorrer a presença de hipotonia, hipernasalidade, retardo no desenvolvimento global, déficits cognitivos e dificuldades na aprendizagem, envolvendo a capacidade de abstração, raciocínio matemático e habilidade viso-motora⁽²⁻⁷⁾. Os sujeitos portadores dessa síndrome também podem apresentar problemas com alimentação e deglutição. O desempenho escolar das crianças que apresentam SVCF é prejudicado, o que acontece devido a dificuldade em enfrentar demandas cognitivas e linguísticas no ambiente social e acadêmico⁽⁸⁾. Entre as manifesta-

ções clínicas mais comuns, estão alterações da fala e da linguagem receptiva e expressiva⁽⁹⁻¹⁰⁾, entretanto, o desempenho nas habilidades de recepção pode estar pior quando comparada à expressão (GLASER et al., 2002). **Objetivo:** Descrever a abordagem intensiva de terapia fonoaudiológica em um paciente com 10 anos, sexo masculino, usuário de prótese de palato com obturador total, com disfunção velofaríngea e sinais clínicos sugestivos de síndrome velocardiofacial. **Método:** Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC com registro CAAE 30307914900005441. O paciente participou Programa de Fonoaterapia Intensiva oferecido pelo Serviço de Prótese de Palato do Hospital de Anomalias Craniofaciais (HRAC – USP) em parceria com a Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP). O paciente foi avaliado quanto aos aspectos fonoaudiológicos, psicológicos e da terapia ocupacional. Foi observada a presença de articulações compensatórias do tipo golpe de glote e hipernasalidade de fala, nível cognitivo inferior ao esperado para a sua idade e déficits na área de coordenação motora fina e global, leitura, escrita, memória, organização de ideias e interpretação de textos. Foram realizadas 39 sessões de fonoterapia, com duração média de 45 minutos, num período de 13 dias. O enfoque da terapia foi trabalhar a produção articulatória, utilizando pistas visuais, proprioceptivas, verbais, fonéticas e o brincar lúdico. Também se trabalhou a respiração, a fim de instituir o tipo respiratório médio inferior, melhorando a coordenação pneumofonoarticulatória. **Resultados:** Ao compararmos os resultados pré e pós fonoterapia, observamos uma melhora na produção dos fonemas abordados em terapia, sendo possível a instalação dos fonemas /p/, /t/ até o nível de palavras e dos fonemas /s/ e /j/ até o nível de sílabas. **Discussão:** O tratamento fonoaudiológico em pacientes com SVCF exige conhecimento a respeito das alterações anatômicas e funcionais comumente encontradas nestes pacientes e descritas na literatura, como a disfunção velofaríngea decorrente da fissura de palato evidente, submucosa ou oculta, desproporções palatofaríngeas, assimetria faríngea, hipotonia faríngea e velofarínge hipodinâmica⁽¹²⁻¹⁴⁾. No paciente em questão, a fissura de palato não estava evidente, porém foram encontrados distúrbios de fala decorrentes da disfunção velofaríngea, o que pode estar relacionado às inúmeras alterações estruturais que podem ser encontradas na velofaringe nos casos de SVCF e que afetam diretamente o funcionamento do mecanismo velofaríngea e conseqüentemente a produção de fala. A hipernasalidade e o golpe de glote foram os distúrbios encontrados na fala do paciente estudado, também são descritos na literatura, sendo a hipernasalidade geralmente de grau grave e as articulações compensatórias extremamente severas^(15,16). A

fonoterapia como uma abordagem intensiva, mesmo o enfoque sendo somente da produção articulatória, proporcionou ao paciente uma mudança na produção articulatória com melhora dos fonemas trabalhados. O planejamento terapêutico foi elaborado a partir das condições do paciente, visando atender às necessidades que foram observadas no início da terapia, optou-se por trabalhar primeiramente com a articulação dos fonemas e num próximo momento dar enfoque à hipernasalidade, considerada neste caso como um distúrbio decorrente do erro de funcionamento velofaríngea, pois o paciente já havia realizado a correção física da disfunção velofaríngea. Com relação ao planejamento terapêutico, buscou-se direcioná-lo para a eliminação das articulações compensatórias com base na percepção do fluxo de ar na cavidade oral por meio do direcionamento do ar e realização dos pontos articulares adequados, conforme proposto por Pegoraro-Krook et al(2004)⁽¹⁷⁾. Conforme referido na literatura, a instalação dos fonemas seguiu as etapas de fonema isolado, em sílabas, palavras e frases, contudo, não foi possível chegar a automatização de fala, sendo esta ainda um grande desafio na terapia para eliminação das articulações compensatórias⁽¹⁸⁾. Optou-se também pela associação do tratamento articulatório com uma abordagem respiratória, contribuindo para a evolução do caso. Quanto a frequência da terapia, a realização dos encontros diários possibilitou o envolvimento do paciente e do cuidador no processo terapêutico, sendo possível a correção imediata e a orientação do paciente e do cuidador, beneficiando a realização dos exercícios propostos durante a terapia como também a realização destes exercícios posteriormente na cidade de origem dando andamento ao processo terapêutico. **Conclusão:** A literatura refere que pacientes com a síndrome velocardiofacial podem apresentar apraxia de fala ou hipotonia da faringe e, portanto, tem tendência a apresentar problemas de programação motora e atrasos durante o desenvolvimento da fala, o que justificaria uma evolução terapêutica mais lenta como foi observado neste caso descrito. A fonoterapia com uma abordagem intensiva é uma alternativa para o tratamento fonoaudiológico em ambiente hospitalar, quando a intervenção precisa ser oferecida fora da cidade de procedência do paciente.

Descritores: Síndrome de DiGeorge, Síndrome da deleção 22q11, Fonoterapia, Fonoaudiologia, Terapia intensiva, Estudo de casos

Referências Bibliográficas

1. Shprintzen RJ. Velo-cardio-facial syndrome: specialist fact sheet. [online]. 1998. Available from: <http://www.vcfsef.org/articles/en/pdf/factsheet.pdf>. [July 5 2014].

- Shprintzen RJ, Goldberg RB, Lewin ML, Sidoti EJ, Berkman MD, Argamaso RV, et al. A new syndrome involving cleft palate, cardiac anomalies, typical facies, and learning disabilities: velo-cardio-facial syndrome. *Cleft Palate J*. 1978; 15:56-62.
- Meinecke P, Beemer FA, Schinzel A, Kushnick T. The velo-cardio-facial (Shprintzen) syndrome. Clinical variability in eight patients. *Eur J Pediatr*. 1986;145:539-44.
- Goldberg R, Motzkin B, Marion R, Scambler PJ, Shprintzen RJ. Velo-cardio-facial syndrome: a review of 120 patients. *Am J Med Genet*. 1993; 45:313-9.
- Capellini S A, Abramides DVM, Feniman MR, Giacheti CM, Richieri-Costa A. Avaliação da leitura e escrita em indivíduos com sinais clínicos da Síndrome Velocardiofacial. In: 5ª Jornada Carioca da ABENEPI, 5ª Jornada Carioca da ABENEPI. *Transtornos na Educação*, 2000; Rio de Janeiro, Abstract. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil; 2000. p. 74-5.
- Ardinger HH, Ardinger J. Clinical presentation of velocardio-facial syndrome. *Progr Pediatr Cardiol*. 2002; 15:93-7.
- Robin NH, Shprintzen RJ. Defining the clinical spectrum of deletion 22q11.2. *J Pediatr*. 2005; 147:90-6.
- Ferreira AT, Gejão MG, Genaro KF, Venturine DMA, Costa AR, Lamônica DAC. Influência da síndrome velocardiofacial na comunicação oral, escrita e habilidades acadêmicas. In: 4º Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial. [on line] 2007; Londrina. Anais. Londrina; 2007. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/congressos/uel2007/098.htm> [3 jul 2015]
- Scherer NJ, D'Antonio LL, Kalbfleisch JH. Early speech and language development in children with velocardiofacial syndrome. *Am J Med Genet*. 1999; 88:714-23. 10.
- Shprintzen RJ. Velo-cardio-facial syndrome. *Prog Pediatr Cardiol*. 2005;20:187-93.
- Glaser B, Mumme DL, Blasey C, Morris MA, Dahoun SP, Antonarakis SE, et al. Language skills in children with velocardiofacial syndrome (deletion 22q11.2). *J Pediatr*. 2002;140:753-8.
- Shprintzen RJ, Goldberg RB, Young D, Wolford L. The velo-cardio-facial syndrome: a clinical and genetic analysis. *Pediatrics*. 1981;67:167-72.
- Kummer AW. Velopharyngeal dysfunction (VPD) and resonance disorders. In: Kummer AW, editor. *Cleft palate and craniofacial anomalies*. San Diego: Singular; 2001. p.145-76.
- Ruotolo RA, Veitia NA, Corbin A, McDonough J, Solot CB, McDonald-McGinn D, et al. Velopharyngeal anatomy in 22q11.2 deletion syndrome: a three-dimension cephalometric analysis. *Cleft Palate Craniofac J*. 2006; 43:446-56.
- D'Antonio LL, Scherer NJ, Miller LL, Kalbfleisch JH, Bartley JA. Analysis of speech characteristics in children with velocardiofacial syndrome (VCFS) and children with phenotypic overlap without VCFS. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001; 38(5): 455-67.
- Shprintzen RJ, Golding-Kushner KJ. Velo-cardio-facial syndrome. San Diego: Plural; 2008.
- Pegoraro-Krook MI, Souza JCRD, Teles-Magalhães LC, Feniman MR. Intervenção fonoaudiológica na fissura palatina. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004. p. 339-455.
- Genaro KF. A terapia fonoaudiológica para correção da produção da fala nos casos com fissura labiopalatina já reparada. In: Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. *Motricidade orofacial: como atuam os especialistas*. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2004. p. 211-9.

Percepção do ruído ambiental e seus efeitos nocivos, no contexto escolar

Perception of background noise, and its harmful effects, in the school environment

Angela dos Santos Costa¹, Alessandra Spada Durante²

1. Professor Assistente do Curso de Comunicação Social da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: Diariamente, somos afetados pela poluição sonora, a qual é potencialmente danosa à nossa saúde geral e tem invadido os mais diferentes espaços, afetando negativamente nossa qualidade de vida. O ambiente escolar não está imune à presença da poluição sonora e, conseqüentemente, dos vários prejuízos ocasionados por ela, especialmente sua interferência na aprendizagem. Vários estudos já estabeleceram a relação negativa entre o excesso de ruído e os efeitos disso no organismo humano, tais como: insônia, cansaço, perda de atenção e de concentração, dificuldade de compreensão, queda de rendimento escolar e laboral, perda auditiva, problemas digestivos, dores de cabeça e estresse⁽¹⁻³⁾. Essa exposição a níveis elevados de pressão sonora vem acontecendo cada vez mais precoce e frequentemente, atingindo mesmo crianças do ensino infantil, o que resulta em prejuízos cumulativos durante os anos escolares e pode aumentar as chances de insucesso escolar. Assim, é importante que alunos, professores e demais membros da escola estejam atentos aos níveis de ruído e seus efeitos negativos sobre o corpo humano e seu impacto no processo ensino-aprendizagem. **Objetivo:** Este estudo pretende apresentar o grau de autopercepção de alunos e professores quanto à presença de ruído excessivo e seus efeitos nocivos. **Método:** Optou-se por um estudo exploratório. Foram convidados a participar do estudo 192 alunos matriculados nos 3º, 4º e 5º anos e seus respectivos professores, de uma escola estadual de ensino fundamental I, na cidade de São Paulo. Foram aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas, a fim de medir o grau de autopercepção do ruído e seus efeitos nocivos por professores e alunos, no contexto escolar. Os indivíduos participantes do estudo receberam orientação por escrito, em conjunto com os pais ou responsáveis, sobre os procedimentos da pesquisa, e concordaram em participar mediante leitura da carta de informação ao participante e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, em parecer consubstanciado nº 895.404. A

aplicação do questionário durou em média 10 minutos. Após entregar uma cópia do questionário para cada criança, a pesquisadora leu o questionário junto com elas e explicou termos desconhecidos pelos alunos, ajudando-os a compreender as perguntas elencadas. **Resultados:** Professores e alunos demonstraram estar atentos à problemática do ruído excessivo no ambiente escolar bem como aos prejuízos resultantes disso. **Discussão:** Assim como em outros estudos sobre o tema^(4,6), os resultados demonstram que alunos e professores se apercebem do excesso de ruído em sala de aula e nos demais espaços da escola como pátio, corredores e bibliotecas, além de apontarem dificuldade em manter a atenção e a concentração, compreender o que o professor diz e sintomas físicos como irritabilidade e dor de cabeça como prejuízos resultantes do ruído em excesso presente cotidianamente no ambiente escolar. Todavia, a maioria dos participantes da pesquisa não conseguiu indicar estratégias de combate ao ruído passíveis de serem aplicadas por eles, no contexto escolar. Assim, fica evidente a necessidade da implantação de programas de promoção da saúde auditiva e de campanhas educativas, na escola, a fim de empoderar os indivíduos dessa comunidade – escola -, capacitando-os a atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. **Conclusão:** Alunos e professores têm ciência da intensidade elevada de ruído presente em seu ambiente de estudo/trabalho, bem como dos efeitos deletérios na saúde e na aprendizagem, apesar de, em geral, não conseguirem elencar estratégias/recursos para controle do problema.

Descritores: Ruído/efeitos adversos, Instituições acadêmicas, Audição, Saúde escolar, Poluição sonora, Criança

Referências Bibliográficas

1. Concha-Barrientos M, Campbell-Lendrum D, Steenland K. Occupational noise: assessing the burden of disease from work-related hearing impairment at national and local levels. Geneva: World Health Organization; 2004. (WHO Environmental Burden of Disease Series, No. 9).
2. Libardi A, Gonçalves CGO, Vieira TPG, Silverio KCA, Rossi D, Penteadó RZ. O ruído em sala de aula e a percepção dos professores de uma escola de ensino fundamental de Piracicaba. *Disturb Comun.* 2006 18:167-78.
3. Hygge S, Kim R. Environmental noise and cognitive impairment in children. In: World Health Organization. Regional Office for Europe. Burden of disease from environmental noise: quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen: WHO Regional Officer for Europe; 2011. p.45-53.
4. Santos JF, Seligman L, Tochetto TM. Conforto acústico na percepção de escolares alfabetizados. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 17:254-9.
5. Simões-Zenari M, Bitar ML, Nemr NK. Efeito do ruído na voz de educadoras de instituições de educação infantil. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46:657-64.

6. Servilha EAM. Percepção de ruído no ambiente de trabalho e sintomas auditivos e extra-auditivos autorreferidos por professores universitários. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 24:233-8.

Limitação em atividade de vida diária e restrição de participação em idosos com perda auditiva *Limitations in activities of daily living and participation restriction in the elderly with hearing loss*

Katia Almeida¹, Clara Domingues²

1. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

2. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: No Brasil, a tendência de envelhecimento da população mais uma vez mostrou-se crescente no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁾. Os idosos, pessoas com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991. A perda auditiva é uma condição altamente prevalente entre idosos e gera sérias consequências tanto para o deficiente auditivo quanto para suas famílias, uma vez que acarreta restrição de participação em atividades de vida diária, afeta seu bem estar e qualidade de vida⁽²⁾. Nessa perspectiva, faz-se necessário haver estudos específicos com idosos para aumentar a compreensão dos profissionais no que se refere ao impacto da perda auditiva nas atividades de vida diária e participação social para promover uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos. **Objetivo:** investigar em idosos as dificuldades de audição e de comunicação auto referidas, caracterizando os impactos sociais e emocionais em situações de vida diária. **Método:** O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de São Paulo e obteve aprovação, número 940.985. Participaram deste estudo 20 idosos de ambos os gêneros. Inicialmente, os participantes foram submetidos à Audiometria tonal liminar, Medidas de Imatância Acústica e Logoaudiometria. Na sequência, responderam a uma entrevista dirigida com perguntas referentes à audição. Por fim, responderam ao questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly - HHIE-S* em sua versão reduzida que é composto por 10 perguntas que investigam as consequências emocionais e sociais situacionais da perda auditiva. **Resultados e Discussão:** Vinte indivíduos com perdas auditivas participaram do estudo, sendo 55% do sexo feminino e 45% do masculino. A maior concentração dos participantes foi na faixa etária de 70 a 80 anos (60%). As perdas auditivas foram classificadas de acordo com a classificação do BIAP⁽³⁾ e os graus de

severidade foram associados com a auto avaliação da audição realizada pelos idosos. Pode ser observado que a auto avaliação em relação ao sexo tanto feminino quanto o masculino, obtiveram uma auto percepção da audição regular e ruim em sua maioria. De 55% mulheres, 45% responderam que consideram sua audição regular ou ruim e de 45% dos homens, 35% também apontaram a audição como regular e ruim. Em relação à idade, nas três faixas etárias estudadas, a auto percepção regular e ruim prevaleceram na maioria dos indivíduos. No que se refere ao grau de perda auditiva, observou-se que a percepção que o indivíduo tem da sua perda de audição é particular e independente dos resultados audiométricos, o que está de acordo com os resultados do estudo de Menegotto et al (2011)⁽⁴⁾ que concluiu que não há associação entre o grau de perda auditiva com a percepção da qualidade da audição. Os resultados do *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE-S) foram classificados em relação a não percepção, percepção leve/moderada e percepção severa/significativa da restrição de participação de acordo com o sexo, idade e o grau de perda auditiva. A maioria (75%) dos idosos apresentou algum tipo de percepção de restrição de participação⁽⁵⁾. Com relação ao sexo, idosas tem uma maior percepção comparativamente ao sexo masculino, fato que difere do estudo de Sousa, Russo (2009)⁽⁶⁾ que ao estabelecer a mesma relação com a aplicação do questionário IAPI, identificou que os homens possuíam uma maior percepção das restrições de participação que as mulheres. Já no que se refere ao grau de perda auditiva, encontramos percepção da restrição de participação em todos os graus de severidade o que indica que não há relação entre o grau da perda auditiva e auto percepção do indivíduo. Na perda auditiva leve, 10% dos idosos não tiveram percepção e 20% apresentaram percepção leve/moderada e severa/significativa. No grau moderado, 30% dos indivíduos referiram alguma percepção da restrição de participação. Os demais graus de perda auditiva concentraram-se em ter uma percepção leve/moderada e severa/significativa. Os resultados do presente estudo, no entanto, diferem dos encontrados por Rosis et al (2009)⁽⁷⁾ a qual, concluiu que era encontrada associação ao comparar o grau de perda auditiva com o grau de restrição de participação obtido com a aplicação do questionário HHIE-S. Os idosos foram questionados sobre as situações em ambientes ruidosos que mais sentiam dificuldades de audição, e algumas situações foram apontadas de modo quase unânime pelos indivíduos, são elas: festas familiares, usar o telefone, cultos religiosos e assistir televisão. Eles diziam que em festas familiares era muito difícil acompanhar as conversas. Muitos até relatavam fingir compreender, sorrindo para cumprir o papel social, mesmo sem entender nenhuma pala-

vra. O barulho excessivo os incomodava. Para usar o telefone, relataram que tinham que sempre pedir para o receptor repetir a última frase, pois não entendiam. Pedir uma pizza no telefone era quase impossível. Nos cultos religiosos, a maioria deles relatou sentar bem na frente para conseguir entender o que o padre/pastor está falando, mas mesmo sem entender não deixam de frequentar os encontros. Para assistir a televisão, o volume deveria sempre ser aumentado, a tal ponto que acaba por incomodar as outras pessoas da casa, gerando até mesmo brigas ou discussões familiares. Outra pergunta aberta realizada na entrevista dirigida foram as situações em ambientes silenciosos em que sentiam maior dificuldade de audição. Apesar na maioria ter relatado não sentir dificuldades para ouvir no silêncio os que responderam afirmativamente, apontaram situações como: ouvir o toque da campainha, ouvir alguém chamar em outro cômodo da casa ou de mais longe, ouvir o telefone tocar e a panela apitar. A maioria (35%) relatou que sentia grande dificuldade para ouvir o telefone tocar se estivesse longe dele, ou para as mulheres quando o celular está dentro da bolsa, é difícil ouvir tocar. **Conclusão:** Idosos com perdas auditivas percebem limitações auditivas em ambientes com ruído e silenciosos, bem como restrição de participação em atividades de vida diária, que parece ser independente do sexo, idade e grau de severidade da perda auditiva. Ainda, na presente pesquisa, o questionário HHIE-S mostrou que a percepção do comprometimento da audição não está relacionada necessariamente ao tipo ou ao grau da perda auditiva.

Descritores: Perda auditiva, Qualidade de vida, Envelhecimento, Audição, Idoso

Referências Bibliográficas

1. Almeida K. Processo de reabilitação auditiva em adultos. In: Caldas Neto S, Mello Júnior JF, Martins RHG, Costa SS, organizadores. Tratado de otorinolaringologia e cirurgia cervicofacial. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2011. v. 2, p. 358-70.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
3. International Bureau for Audiophonology (BIAP). BIAP recommendation n° 02/01. Audiometric classification of hearing impairments. [online]. October 26th, 1996. Available from: <http://www.biap.org/biapanglais/rec021eng.htm> [10 Aug 2014]
4. Menegotto IH, Soldera CLC, Anderle P Anhaia TC. Correlação entre perda auditiva e resultados dos questionários Hearing Handicap Inventory for the Adults: Screening Version HHIA-S e Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version - HHIE-S. Arq Int Otorrinolaringol. (Impr.) 2011; 15:319-26.
5. Newman CW, Weinstein BE, Jacobson GP, Hug GA. The hearing handicap inventory for adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. Ear Hear. 1990;11:430-3.
6. Sousa MGC, Russo ICRP. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009; 14:241-6.

7. Rosis AC, Souza MR, Iório MC. Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening Version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009; 14:339-45.

Avaliação do uso, desempenho e benefício em crianças surdas usuárias de prótese auditiva ou implante coclear

Evaluation of peach protocol in deaf children who use hearing aids or cochlear implant

Lais Teixeira Argolo, Kátia de Almeida, Cilmaria Cristina Alves da Costa Levy

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia
3. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Fonte de auxílio: O projeto tem auxílio pesquisa pela FAPESP (2014/14865-6).

Introdução: O diagnóstico e a intervenção precoce da perda auditiva requerem a atuação conjunta de profissionais que inclui o médico otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, bem como a participação ativa dos pais e outros membros da família⁽¹⁾. Um componente essencial num programa intervenção precoce inclui seleção apropriada da prótese auditiva, uma indicação segura do Implante coclear, bem como o acompanhamento e monitoramento do uso dos dispositivos eletrônicos, a fim de assegurar o melhor aproveitamento da amplificação recomendada. Para os pais, o diagnóstico da deficiência auditiva é sempre traumático. Eles passam por vários sentimentos, entre eles o luto e a negação. Este estágio pode provocar a paralização de suas obrigações como, por exemplo, colocar o aparelho de amplificação sonora individual - AASI, o que também pode ocorrer no estágio da negação. Há diversos algoritmos disponíveis nos AASI, dentre eles o *datalog*, que registra o tempo de consumo de pilha do dispositivo, o que pode nos orientar quanto ao tempo de utilização do dispositivo pela criança. Esta informação permite além de monitorar o uso pode ser uma ferramenta de aconselhamento para os usuários e pais de crianças deficientes auditivas. A avaliação do desempenho do uso das próteses auditivas ou do implante coclear - IC é importante, principalmente, considerando-se o desenvolvimento da linguagem oral da criança. O vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo de intervenção, razão pela qual deve ser efetivado. Nesta perspectiva, devem ser realizadas ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, aliando orienta-

ção, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional⁽²⁾. Crianças muito pequenas não são capazes de responder sozinhas se o dispositivo está sendo benéfico ou não. Desta forma um dos meios de avaliar o seu desempenho é utilizar questionários que são respondidos a partir da observação dos pais, um desses questionários é o *Parent's Evaluation of Aural/Oral Performance of Children (PEACH)* desenvolvido por Ching, Hill (2007)⁽³⁾. Esse instrumento é para ser utilizado com a população infantil e é necessária a observação dos pais sobre o desempenho e conforto auditivo nas situações de silêncio, no ruído e atenção/reconhecimento de sons ambientais.

Desta forma, para garantir o sucesso em relação às ações necessárias na intervenção precoce é avaliar o uso, benefício e desempenho das crianças que estão sendo assistidas no programa de Audiologia Educacional; é também uma maneira de validar o trabalho fonoaudiológico em beneficiar as crianças em suas conquistas das habilidades auditivas e linguísticas. **Objetivo:** esse estudo tem como objetivo caracterizar o uso, o desempenho e o benefício de longo prazo do uso do AASI ou do IC em crianças surdas atendidas no Setor de Audiologia Educacional da ISCMSP. **Método:** Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da FCMSCSP sob o número 667.444. Foram avaliadas 20 crianças de ambos os sexos entre três a doze anos, com deficiência auditiva, e usuárias de prótese auditiva e ou implante coclear. O tempo de uso das próteses auditivas foi registrado por meio do algoritmo *datalog*. Para avaliação do benefício e desempenho foi aplicado o questionário PEACH⁽³⁾. Após esta etapa, foram realizados quatro encontros com os pais, cada um deles com duração de uma hora e trinta minutos, com o objetivo de orientá-los sobre estimulação de audição e linguagem, bem como orientar quanto às situações propostas pelo questionário PEACH. **Resultados e discussão:** A idade variou de 3 a 12 anos, com maior ocorrência da idade de 8 anos (N=6). Com relação ao sexo, 55% das crianças eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino. O grau de perda auditiva variou de 5% Moderado, 5% moderadamente severo, 15% severo e 75% profundo. O tempo médio de uso registrado foi de 8 horas dia. De um total de quatro encontros, o comparecimento dos pais nos grupos foi de: 5% compareceram em todos os grupos; 5% em três encontros; 25% a dois encontros; 10% a um encontro e 55% não compareceram a nenhuma das sessões de orientação. Nas respostas do questionário PEACH, observa-se que 70% das crianças avaliadas apresentaram índice de respostas maiores que 50%, sendo que 5% apresentaram um total de 100% nas respostas. Devido à baixa incidência da presença

dos pais nos grupos de orientação com a intenção de sanar as demandas destes pais, promover as trocas de experiências e proporcionar a integração dos pais das crianças, fizemos uma pequena pesquisa sobre o uso das redes sociais – *Facebook* – com os pais, percebemos como resultado que a grande maioria faz uso. Desta forma, na tentativa de manter o grupo “vivo”, com informações, dicas, orientações e funcionar como suporte entre os pais, criamos a página “grupo de pais das crianças surdas da Santa Casa de São Paulo. Até a data de hoje temos 182 membros cadastrados, entre eles 72 profissionais – fonoaudiólogos, médicos, professores, alunos de fonoaudiologia e psicólogos; 110 pacientes e/ou familiares das crianças surdas. Entre os comentários realizados na página, já foram abordadas situações do dia-a-dia, informações sobre os cuidados da audição, campanha sobre o dia do surdo, filmes recomendados sobre temas ligados a surdez, além dos pais levarem experiências com seus filhos no dia-a-dia. **Conclusão:** concluímos que as crianças cujos pais a mantêm inseridas em um programa de reabilitação, apresentam resultados mais satisfatórios quanto ao benefício dos dispositivos eletrônicos.

Descritores: Audição, Auxiliares de Audição, Criança

Referências Bibliográficas

1. Levy CCAC. Avaliação auditiva, benefício da utilização de próteses auditivas e discussão das variantes clínicas em crianças com encefalopatias crônicas não evolutivas [Tese] Doutorado. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2007.
2. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” paraprofissionais de saúde e pacientes. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9:91-104.
3. Ching TYC, Hill M. Parents’ Evaluation of Aural/Oral Performance of Children (PEACH) Scale: Normative Data. *J Am Acad Audiol.* 2007; 18: 220-35.

Reconhecimento de fala no ruído em músicos com audição normal *Speech recognition in noise on musicians with normal hearing*

Danielle Oliveira da Silva Santos¹, Maria Cecília Greco²

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
2. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: A audição é essencial para o desenvolvimento da linguagem oral e para a comunicação

em geral, porém, déficits na via auditiva interferem diretamente na comunicação e qualidade de vida dos indivíduos⁽¹⁾. Existem diferentes causas para a diminuição da acuidade auditiva, dentre elas está a exposição a elevados níveis de pressão sonora, que pode causar alterações permanentes dos limiares auditivos, dependendo do tempo de exposição, do tipo de ruído e da suscetibilidade individual dos sujeitos^(2,3). Com os músicos a exposição ao ruído ocorre em atividades tanto profissionais quanto de lazer. Esses profissionais ficam expostos a níveis de intensidade variados de acordo com o estilo musical, locais de apresentação, ensaios e instrumentos utilizados^(4,5). Mesmo que indivíduos expostos ao ruído não desenvolvam alterações auditivas, estão susceptíveis a apresentar dificuldades relacionadas à compreensão de fala. Por esse motivo foi desenvolvido o Teste Lista de Sentenças do Português (LSP), para que se possa mensurar a habilidade de reconhecimento de fala tanto no silêncio quanto no ruído⁽⁶⁾. Acreditando que essa exposição ao ruído possa prejudicar o reconhecimento e a compreensão de fala, o objetivo do estudo foi investigar o reconhecimento de fala no ruído em músicos com audição normal, expostos a níveis elevados de pressão sonora por tocarem instrumentos musicais em bandas de estilos variados. **Método:** A pesquisa foi encaminhada e aceita pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o código 1.003.002, e realizada na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Foram selecionados 20 sujeitos com idades entre 18 e 45 anos, com limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade, e foram divididos em 2 grupos. O grupo controle (GC) foi composto por 10 indivíduos não músicos, e, o grupo estudo (GE) foi constituído com 10 indivíduos músicos de bandas de estilos musicais variados. Como critérios de exclusão não foram aceitos na pesquisa indivíduos com limiares auditivos rebaixados, problemas de orelha externa e/ou orelha média, e casos de alterações neurológicas. Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram submetidos à anamnese, onde obtivemos dados da história clínica, possíveis queixas de compreensão de fala e exposição ao ruído. Foi realizada meatoscopia para investigar a viabilidade de realização dos testes e, em seguida, foi realizada a imitanciométrica para a pesquisa da curva timpanométrica e dos reflexos acústicos, por meio do imitanciómetro AZ7-R. Foram submetidos à audiometria tonal liminar, realizada no audiômetro AC33, e foram obtidos os limiares auditivos para as frequências de 2,5 a 8 KHz. A logoaudiometria permitiu identificar os limiares de reconhecimento de fala e o índice de reconhecimento de fala. Em seguida, foi aplicado o Teste LSP para a obtenção da relação sinal/ruído para os Limiares

de Reconhecimento de Sentenças no Ruído (LRSR). Esta pesquisa foi realizada utilizando o ruído com espectro de fala contido no *CD* e o ruído *Speech Noise*, contido no audiômetro. **Resultados:** Os GC e GE foram compostos por 10 sujeitos cada, com uma média de idade de 26,1 anos para o GC e 23,5 para o GE. Nenhum dos sujeitos apresentou história clínica que inviabilizasse a participação na pesquisa, e com a meatoscopia, não foram identificadas questões de impedimento para a participação dos mesmos. Na audiometria tonal liminar todos apresentaram limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade, com logoaudiometria compatível com a média tritonal, e imitanciometria com curva timpanométrica tipo A e reflexos acústicos presentes para todas as frequências. Entretanto, houve diferença estatisticamente significativa para os limiares audiométricos nas frequências de 2,5 a 4 KHz. Para o teste LSP não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As médias obtidas para o GC e GE na pesquisa da relação sinal/ruído para o teste aplicado com ruído contido no *CD* foram -0,27 e 0,05, respectivamente. As médias obtidas na pesquisa da relação sinal/ruído para o teste aplicado com ruído *speech noise* foi de 2,97 para o GC e 4,11 para o GE. **Discussão:** Nos estudos realizados^(4,5,7-9), de todos os indivíduos músicos que participaram das pesquisas, grande parte apresentou algum grau de perda auditiva, nesses casos, as configurações de perda foram sugestivas de PAIR, diferente das configurações audiológicas obtidas nesse estudo. Em estudo semelhante realizado por Soncini e Costa, 2006⁽¹⁰⁾, as pesquisadoras obtiveram diferença estatisticamente significativa para a pesquisa da relação s/r do teste LSP, onde o grupo de músicos apresentou melhor desempenho que o grupo de não músicos, confirmando que o treinamento auditivo que a prática musical proporciona, pode influenciar positivamente no reconhecimento de fala na presença de ruído competitivo. Isto difere dos resultados aqui obtidos, pois, o GE apresentou maior dificuldade na habilidade de reconhecimento de fala na presença de ruído competitivo. **Conclusão:** Pode-se concluir que o grupo de músicos, apesar de apresentar limiares audiológicos dentro dos padrões de normalidade, apresentou limiares mais elevados em relação ao GC, com diferença estatisticamente significativa para as faixas de frequência de 250 a 4000 Hz, alertando para os riscos que a exposição ao ruído proporciona. Já em relação à pesquisa do LRSR do teste LSP, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de músicos e não músicos na pesquisa das relações s/r para os dois tipos de ruído pesquisados. Deste modo, fica evidente a necessidade de alertar essa classe de trabalhadores para os riscos audiológicos aos quais ficam expostos. E sugere-se

que continue sendo investigada a habilidade de reconhecimento de fala no ruído em músicos.

Descritores: Percepção da fala, Ruído, Perda auditiva provocada por ruído, Audição, Música

Referências Bibliográficas

1. Mello A. Alerta ao ruído ocupacional [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica e Audiologia Clínica, Curso de Especialização em Audiologia Clínica; 1999.
2. Fernandes M, Morata TC. Estudo dos efeitos auditivos e extra-auditivos da exposição ocupacional a ruído e vibração. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002; 68:705-13.
3. Araújo AS. Perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores de metalúrgica. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002; 68:47-52.
4. Amorim RB, Lopes AC, Santos KTP, Melo ADP, Lauris JRP. Alterações auditivas da exposição ocupacional em músicos. Arq Int Otorrinolaringol (Impr). 2008; 12:377-83.
5. Monteiro VM, Samelli AG. Estudo da audição de ritmistas de uma escola de samba de São Paulo. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010; 15:14-8.
6. Becker KT, Costa MJ, Lautenschlager L, Tochetto TM, Santos SN. Reconhecimento de fala em indivíduos com e sem queixa clínica de dificuldade para entender a fala no ruído. Arq Int Otorrinolaringol (Impr). 2011; 15:276-82.
7. Andrade AIA, Russo ICP, Lima MLLT, Oliveira LCS. Avaliação auditiva em músicos de frevo e maracatu. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002; 68:714-20.
8. Maia AA, Gonçalves DU, Menezes LN, Barbosa BMF, Almeida PS, Resende LM. Análise do perfil audiológico dos músicos da Orquestra Sinfônica de Minas Gerais (OSMG). Per Musi. 2007; 15:67-71.
9. Martins JPF, Magalhães MC, Sakae TM, Magajewski FRL. Avaliação da perda auditiva induzida por ruído em músicos de Tubarão-SC. ACM Arq Catarin Med. 2009; 38:69-74.
10. Soncini F, Costa MJ. Efeito da prática musical no reconhecimento da fala no silêncio e no ruído. Pró-Fono. 2006; 18:161-70.

Mapeamento da rede de saúde, lazer e cultura para pessoa com deficiência no centro de São Paulo *Mapping of the health network, leisure and culture for people with disorders at the center of São Paulo*

Mariana Louver Mendes¹, Rafaela Gregorut Ramos², Gabriela Aparecida Couto², Guadalupe Marcondes de Moura³, Adriana Gurgueira⁴

1. Preceptora do Pet-Saúde Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial Infantil II – Sé (CAPSi-Sé)
2. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 3º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Participantes do Pet-Saúde Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência
3. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia Tutora do Pet-Saúde Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência

4. *Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Coordenadora do Pet-Saúde Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência*

Introdução: Estima-se que 23,91% (45,6 milhões de pessoas) da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência⁽¹⁾. O governo federal lançou em 2011 o Plano Viver sem Limite⁽²⁾, um conjunto de ações intersetoriais para garantir às Pessoas com Deficiência (PcD) acessibilidade, oportunidade à educação, atenção à saúde e inclusão social, que proporcionem pleno exercício da cidadania e direitos humanos. Acredita-se que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Esta rede ampla será chamada neste estudo de “rede de sustentação”. O presente trabalho faz parte do projeto de intervenção do Pet-Saúde Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência (PET PcD) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Infantil II – Sé (CAPSi-Sé). Realizou-se um levantamento dos serviços de saúde, cultura e lazer da região central do município de São Paulo e tais informações integram, juntamente com um mapa da região central de São Paulo onde estão destacados os referidos serviços, o folder explicativo sobre deficiência intelectual criado pelo referido grupo PET. **Objetivo Geral:** Consolidar os processos de articulação da rede de cuidado às pessoas com deficiência da região central do município de São Paulo. **Objetivos Específicos:** Mapear os equipamentos de cultura, lazer e saúde da região central do município de São Paulo; Elaborar um folder com as informações coletadas dos equipamentos sobre; forma de funcionamento, atividades propostas e desenvolvimento de política específica às pessoas com deficiência. **Metodologia:** Em consonância com as questões propostas por esse projeto, o método adotado foi à cartografia⁽³⁾. O método cartográfico tem como base uma atitude do pesquisador diante do terreno da pesquisa, não se definindo por procedimentos específicos, mas por uma postura ética e política a partir dos encontros engendrados pelo fazer da pesquisa. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa considerando os efeitos do processo do pesquisador sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. Nas palavras dos autores: “é preciso

praticar, ir a campo, seguir processos, lançar-se na água, experimentar dispositivos, habitar um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita, sempre levando em conta a produção coletiva de conhecimento”⁽³⁾. Nesta perspectiva, a imersão no campo de desenvolvimento da pesquisa iniciou-se por meio de estudos relacionados ao conceito de deficiência, à saúde mental e saúde da pessoa com deficiência, à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à Rede de Cuidados das Pessoas com Deficiência (RRAS-06). Na segunda etapa, realizou-se o levantamento dos equipamentos de saúde, cultura e lazer na região central de São Paulo. Em seguida, investigamos quais deles oferecem atividades que possibilitavam a participação de pessoas com deficiência. Neste momento, identificamos a necessidade de um contato direto ou via telefone com profissionais responsáveis por estes serviços esclarecendo seu modo de funcionamento, as atividades propostas, e se desenvolvem uma política específica para pessoas com deficiência. Tais informações compõem o folder explicativo sobre deficiência intelectual, que por sua vez, conta também com um mapa da região central de São Paulo destacando os serviços de saúde, cultura e lazer que podem proporcionar melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência. **Resultados:** Após uma ampla pesquisa de equipamentos relacionados à cultura, saúde e lazer no centro da cidade, de cento e oito equipamentos que foram pesquisados, apenas sessenta e seis apresentaram algum tipo de acessibilidade para pessoas com deficiência. Para compor o folder, foram selecionados 6 equipamentos de saúde, 6 de cultura e 4 de lazer. Como critério de inclusão priorizou-se equipamentos gratuitos e mais próximos do CAPSi – Sé. **Discussão:** As inserções nas oficinas e nas reuniões que acontecem regularmente no CAPSi-Sé foi uma oportunidade de aproximação com os usuários sendo possível identificar, que muitos equipamentos não estão preparados para o acesso da pessoa com deficiência e, além disso, muitas vezes os próprios usuários não conhecem a rede de sustentação disponível para eles. Observou-se que o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde em todos os graus de complexidade e aos equipamentos de esporte, cultura e lazer, está deficitário uma vez que esses equipamentos nem sempre estão, preparados para prestar serviços a essa população. Em relação à pessoa com deficiência, alguns fatores parecem interferir diretamente na questão do acesso dos usuários e familiares a uma rede de cuidados entre eles: falta de informação e acessibilidade, condições sociais e psíquicas dos usuários e cuidadores e, contexto familiar. No que diz respeito ao levantamento dos equipamentos da região, houve muita dificuldade para obter as informações necessárias, pois muitas vezes o próprio serviço não conhecia os tipos básicos de

acessibilidade de cada local. Por outro lado, há muitas informações por meios virtuais, que facilitaram a busca para confecção do folder. Entretanto, apesar de ser um meio de informação eficiente não está disponível para todos, o que pode dificultar o acesso da pessoa com deficiência para a utilização dos serviços. **Conclusão:** Foram levantados, na região central, 108 equipamentos entre cultura, saúde e lazer e, destes, 66 apresentavam algum tipo de acessibilidade. Isto sugere que o acesso da pessoa com deficiência aos diferentes tipos de serviço não está garantido em sua plenitude; ainda há dificuldades por parte dos próprios serviços e também um desconhecimento da população sobre as possibilidades de utilização desses equipamentos. O folder elaborado neste trabalho será de grande importância para os profissionais de saúde do CAPSi – SÉ, para que a população atendida neste serviço conheça esses espaços e desfrute desses equipamentos, ampliando assim a rede de sustentação.

Descritores: Pessoas com deficiência, Deficiência intelectual, Serviços de saúde/utilização, Acesso aos serviços de saúde

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência. Texto de Luiza Maria Borges Oliveira. Brasília : SDH-PR/SNPD; 2012.
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Viver sem limite. Plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência. Brasília : SDH-PR/SNPD; 2013.
3. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2010.

Desenvolvimento de material sobre sinais de risco para transtorno do espectro autista de 0 aos 36 meses em formato acessível a todas as deficiências *Development of material about signs of risk for autism spectrum disorder from 0 to 36 months in an accessible format to all deficiencies*

José Henrique Moura Quirino¹, Guadalupe Marcondes de Moura², Adriana Limongeli Gurgeuria³, Rosane Lowenthal⁴

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 3º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
2. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

3. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

4. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

Introdução: O desenvolvimento na infância é fundamental ao desenvolvimento humano e à construção do capital social. O Transtorno do Espectro Autista tem como característica central dificuldade de socialização, comunicação e padrões de comportamento repetitivo. Sabe-se que com intervenção precoce é possível atuar de forma positiva no desenvolvimento de linguagem, propiciar inclusão escolar e aumento de capacidade cognitiva, além de melhorar a capacidade de socialização. Fatores de risco podem ser identificados durante os primeiros 36 meses de uma criança. Com efeito, este projeto tem por objetivo desenvolver um material com os principais fatores de risco para o transtorno do espectro autista, acessível a qualquer pessoa (com ou sem deficiência). Uma nova ética para o tratamento da questão da infância e adolescência tem sido pauta de debates e de publicações de profissionais das mais diversas áreas. Profissionais das áreas de saúde e educação, buscam alternativas para promover o bem-estar entre crianças e adolescentes. Uma das grandes soluções é a inclusão. A inclusão é um conceito revolucionário, que busca remover as barreiras que sustentam a exclusão em seu sentido mais lato e pleno. Aplica-se a todos que se encontram temporária ou permanentemente incapacitados, em desvantagem pelos mais diversos motivos, levando-os a agir e a interagir com autonomia e dignidade no meio em que vivem. Quando se fala de inclusão, fala-se de uma nova postura da sociedade, de uma sociedade que se percebe heterogênea e permite que apareçam as diferenças. As políticas e ações em prol da saúde da criança e do adolescente, devem procurar promover condições para a atenção adequada às especificidades da demanda considerando que a criança em desenvolvimento passa por etapas evolutivas. A Vigilância do desenvolvimento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento, durante a atenção primária à saúde da criança. É um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros⁽¹⁾. Por atenção primária à saúde, compreende-se os cuidados essenciais à saúde, baseados em métodos, tecnologias e práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, e a um custo que estas comunidades e os pais possam manter a cada fase do seu desenvolvimento um espírito de autoconfiança e determinação⁽²⁾.

Assim, conhecer as etapas do desenvolvimento, saber como promover a passagem para um período posterior, identificar os possíveis desvios nestas etapas e fazer intervenções adequadas, pede uma formação específica. Proporcionar à criança oportunidades para que se tenha um desenvolvimento adequado é o mais importante que se pode oferecer à espécie humana. Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com possibilidades para se desenvolver como adolescente, jovem e adulto sadio e socialmente responsável, e de tornar-se um cidadão mais apto a poder contribuir com seu melhor talento para o bem comum, na construção de uma sociedade melhor. **Desenvolvimento Infantil:** O desenvolvimento da infância é fundamental ao desenvolvimento humano e à construção do capital social, elementos considerados principais e necessários para romper o ciclo de pobreza e reduzir as brechas da iniquidade, igualando as oportunidades não só socioeconômicas mas também de gênero. Conceituar o que vem a ser desenvolvimento infantil não é tão simples, variando com o referencial teórico que se queira adotar e os aspectos que se queira abordar. O pediatra Marcondes et al (1991)⁽³⁾ dizem: “desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas”. Já o neuropediatra pensará na maturação do sistema nervoso central; da mesma forma, o psicólogo, dependendo da formação e experiência, estará pensando nos aspectos cognitivos, na inteligência, adaptação, inter-relação com o meio ambiente; enquanto que o psicanalista dará mais ênfase às relações com os outros e à constituição do psiquismo⁽⁴⁾. Para Mussen et al (1995)⁽⁵⁾ o desenvolvimento é definido como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e são relativamente duradouras. Seu estudo consiste em detectar como e por que o organismo humano cresce e muda durante a vida, tendo como um dos objetivos compreender as mudanças que parecem ser universais, mudanças que ocorrem em todas as crianças, não importando a cultura em que cresçam ou as experiências que tenham. Um segundo objetivo é explicar as diferenças individuais. O terceiro objetivo é compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental. Esses três aspectos - padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais - são necessários para se entender claramente o desenvolvimento da criança. O modelo ecológico do desenvolvimento humano, parte da concepção ecológica, na qual os diferentes ambientes (micro e macro sociais) interatuam. Dentro desta visão, os ambientes ou entornos estão representados pelo Estado, a Comunidade e a Família. Cada um

deles possui suas normas e valores. O Estado através da formulação de Políticas e marcos institucionais. A comunidade, através de seus modelos de organização e participação. Finalmente, as Famílias em seu papel transcendente de proteção, cuidado e satisfação das necessidades imediatas da infância⁽⁶⁾. Portanto, desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e efetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder as suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida. Não existem estudos estatísticos confiáveis que retratem a real incidência de crianças com problemas de desenvolvimento, tendo-se em vista a complexidade na definição e uniformidade no conceito do que seja desenvolvimento normal. Halpern et al (2000)⁽⁷⁾ avaliaram 1363 crianças aos 12 meses, escolhidas aleatoriamente de uma coorte de 5304 crianças nascidas nos hospitais de Pelotas em 1993, acharam 463 (34%) com risco para atraso do desenvolvimento. Figueiras et al (2001)⁽⁸⁾, avaliaram 82 crianças menores de 2 anos no arquipélago do Combu/PA e detectaram 37% com risco para problemas do desenvolvimento. **Objetivo:** Desenvolver um material acessível à população e pessoas com deficiência (motora, auditiva, visual) sobre os principais fatores de risco para TEA de 0 aos 36 meses. **Metodologia:** Este trabalho foi dividido em fases. Na primeira fase, levantou-se na literatura científica quais são os principais marcos do desenvolvimento típico e atípico de 0 aos 36 meses, que possuam relação com a linguagem e sociabilidade. Em seguida foi realizada o levantamento das possíveis formas de acessibilidade para cada tipo de deficiência (motora, visual e auditiva). A partir deste levantamento estão sendo desenvolvidos os materiais acessíveis a cada deficiência. **Resultados:** Cartilha com os principais fatores de risco para TEA de 0 aos 36 meses em diversos formatos, entre eles: 1) Cartilha de fácil manuseio com gramatura de papel específica e formato acessível para deficiência motora; 2) CD com áudio-descrição para deficiência visual e



tradução em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) para deficiência auditiva; 3) Formato de papel com BRAILLE para deficiência visual. A linguagem do texto e todas as ilustrações são de forma acessível para que as pessoas com deficiência intelectual também possam ter acessibilidade.

Conclusão: Poucas são as publicações no Brasil que contemplem a acessibilidade e a informação de todas as pessoas, independentemente da sua condição humana. Com efeito, este material pode ser um exemplo a ser seguido por órgãos públicos e privados, quando desenvolverem os seus materiais de informação, lembrando que há uma grande massa populacional com diversos tipos de deficiência e que precisam ser contempladas com informação.

Descritores: Transtorno autístico, Pessoas com deficiência, Crianças com deficiência, Desenvolvimento infantil

Referências Bibliográficas

1. Hutchison T, Nicoll A. Developmental screening and surveillance. Br J Hosp Med. 1988; 39:22-4, 28-9.
2. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para a infância. Alma-Ata 1978. Cuidados primários da saúde. [online]. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: OMS, UNICEF; 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf. [12 Maio 2015]
3. Marcondes E, Machado DV, Setian N, Carrazza FR. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E, editor. Pediatria básica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 35-62.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Criança. Fundamentos técnicos-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. v.2.
5. Mussen PH, Conger JJ, Kagan J, Huston AC. Desenvolvimento e personalidade da criança. 3ª ed. São Paulo: Herbra; 1995.
6. Molina H, Bedregal P, Margozzini P. Revisión Sistemática Sobre Eficacia De intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Santiago de Chile: Ediciones Terra Mía; 2002.
7. Halpern R, Giugliani ERJ, Vitoria CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. J Pediatr. 2000; 76:421-8.
8. Figueiras ACM, Souza ICN, Pedromônico MR, Sales LMM, Brito RHE, Magno MMM. Avaliação do desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade no arquipélago do Combu. Rev Par Med. 2001;15(supl.2):39. [Apresentado no 4º Congresso Nacional de Pediatria -Região Norte e 1º Congresso Paraense de Atenção Multidisciplinar à Criança; 2001; Belém – Pará].

Análise dos marcos referenciais e ocorrência dos indicadores de risco auditivo em Programa de Triagem Auditiva Neonatal

Analysis of benchmarks and occurrence of hearing risk indicators in Neonatal Hearing Screening Program

Juliana Cristina Ferreira Macedo¹, Alessandra Spada Durante²

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 4º Ano do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Introdução: A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação precoce da deficiência auditiva em neonatos⁽¹⁾. É importante ressaltar que o Programa de Triagem Auditiva Neonatal é estruturado, e deve garantir máxima eficiência em sua aplicabilidade. Os marcos referenciais e Indicadores de qualidade definem os princípios que devem ser seguidos⁽²⁾.

Tabela 1

Marcos referenciais e indicadores de qualidade para o PTANU

A) Marcos referenciais

1. Com 6 meses do início do programa deve-se atingir o mínimo de 95% de lactentes avaliados durante a admissão pós-parto, ou antes de um mês de vida.
2. A porcentagem de encaminhamentos para avaliação audiológica e médica diagnóstica não deve ultrapassar 4% ao término do primeiro ano da implantação do programa.
3. Obter follow-up de no mínimo 95% dos lactentes que não passam na triagem auditiva. Inicialmente um programa deve atingir a adesão para o follow-up de 70% ou mais.

B) Indicadores de qualidade (checar mensalmente)

4. Porcentagem de lactentes triados durante admissão pós-parto.
5. Porcentagem de lactentes triados antes de um mês de vida.
6. Porcentagem de lactentes que não passam na triagem durante a admissão pós-parto.
7. Porcentagem de lactentes que não passam na triagem durante a admissão pós-parto e voltam ao reteste.
8. Porcentagem de lactentes que não passam na triagem e são encaminhados para avaliação diagnóstica.
9. Porcentagem de famílias que recusam a triagem auditiva na admissão do pós-parto.

Objetivo: Analisar os resultados do Programa de Triagem Auditiva Neonatal frente os marcos referenciais preconizados, em neonatos nascidos na maternidade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, além de identificar a prevalência dos Indicadores de Risco para Perda de Audição. **Método:** A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCMSCSP, sob o protocolo número 936.477. Foram analisados 1.257 prontuários de recém-nascidos na maternidade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Estes nascimentos aconteceram no ano de 2014, entre os meses de janeiro a agosto. Os critérios de inclusão abrangeram todos os neonatos que nasceram no período estabelecido, e permaneceram no alojamento conjunto e cuidados intermediários. **Resultados:** No período de janeiro a agosto de 2014, constataram-se 1.257 lactentes nascidos vivos. Dentre estes, 1.000 permaneceram no Alojamento Conjunto, e 257 foram encaminhados aos setores de cuidados intermediários e UTI's (Unidades de Terapia Intensiva).

Discussão: Na Tabela 1 observou-se que a taxa total de porcentagem da realização de Triagem Auditiva Neonatal foi de 39,85%. Analisando os dados separadamente, obteve-se a porcentagem de 48,6% em lactentes hospitalizados em cuidados intermediários e UTI, enquanto 37,6% nos recém-nascidos que permanecem em alojamento conjunto. Estes valores

estão abaixo do que o preconizado, sendo este de 95%, segundo os estudos encontrados na literatura⁽³⁾. Em estudo semelhante realizado, os resultados foram bem distintos aos encontrados neste estudo. O programa avaliou 1033 recém-nascidos e atingiu a cobertura de 94,8% de testes realizados, podendo ser justificado pelo fato de maior quadro de funcionários⁽¹⁾. No que se refere a prevalência de Indicadores de Risco para Perda Auditiva, observa-se na tabela 3 de que os três principais fatores de risco na ordem de maior prevalência foram: "Apgar" de 0 a 4 no primeiro minuto, ou de 0 a 6 no quinto minuto; Sífilis; e Citomegalovírus. Em estudo é destacado a importância da pesquisa dos indicadores de risco para a perda auditiva. Além de auxiliar o fonoaudiólogo no estabelecimento de condutas, está relacionada principalmente ao fato de que muitos desses indicadores podem levar ao aparecimento tardio da perda auditiva e/ou à progressão da perda já existente ao nascimento⁽⁴⁾. Os dados descritos na tabela 4 tiveram os fatores de risco em maior número devido ao grau de complexidade do estado de saúde do lactente, e acúmulos de indicadores. Os três indicadores de risco mais frequentes na amostra estudada foram: Permanência em UTI por mais de 5 dias; exposição a drogas ototóxicas; e uso de ventilação mecânica. Segundo a literatura é comum esta associação, devido as condições do próprio paciente, e dos cuidados que lhe são necessários⁴. Nos resultados

Tabela 1

Lactentes, considerando a cobertura na etapa de teste da Triagem Auditiva Neonatal.

		Número da amostra	Valor em porcentagem%
Triagem Auditiva - Teste	Não	624	62,4
Alojamento Conjunto	Sim	376	37,6
Triagem Auditiva - Teste	Não	132	51,36
Cuidados Intermediários e UTI	Sim	125	48,63

Tabela 2

Resultados dos testes de Triagem Auditiva Neonatal, relacionando-se ao tipo de parto.

Tipos de Parto	Resultados da Triagem			
	N	Valor em porcentagem (%)	N	%
Parto Vaginal	Passa		Falha	
	247	93,9	16	6,08
Total	263			
Parto Cesárea	Passa		Falha	
	164	95,3	8	4,65
Total	172			

n=435 partos

Tabela 3

Indicadores de Risco para Perda Auditiva encontrados em 1000 lactentes internados em alojamento conjunto.

<i>Indicadores de Risco para Perda Auditiva</i>	<i>Alojamento Conjunto</i>	
	N	%
Permanência UTIN (≥ 5 dias)	0	0%
Ventilação mecânica	0	0%
Uso de drogas ototóxicas	0	0%
Peso ao nascer < 1500kg	0	0%
Hiperbilirrubinemia	2	0,20%
Apgar de 0 a 4 no 1º minuto, ou 0 a 6 no 5º minuto	11	1,10%
Sífilis	10	1%
Rubéola	3	0,30%
Toxoplasmose	7	0,70%
Citomegalovírus	9	0,90%
HIV	8	0,80%
Sarampo	0	0%
Herpes	0	0%
Varicela	0	0%
Meningite	0	0%
Anomalias craniofaciais (orelha e osso temporal)	7	0,70%
Antecedente na família de surdez	1	0,10%
Síndromes genéticas	0	0%
Distúrbios neurovegetativos	0	0%
Risco Ausente	942	94,20%

Total: 1.000 neonatos

Tabela 4

Indicadores de Risco para Perda Auditiva encontrados em 257 lactentes internados no setor de cuidados intermediários, ou em UTI.

<i>Indicadores de Risco para Perda Auditiva</i>	<i>Cuidados intermediários e UTI</i>	
	N	%
Permanência UTIN (≥ 5 dias)	144	32,72
Ventilação mecânica	49	11,13
Uso de drogas ototóxicas	68	15,45
Peso ao nascer < 1500kg	13	2,95
Hiperbilirrubinemia	3	1,46
Apgar de 0 a 4 no 1º minuto, ou 0 a 6 no 5º minuto	42	9,54
Sífilis	43	9,77
Rubéola	0	0,00
Toxoplasmose	2	0,45
Citomegalovírus	4	0,90
HIV	5	1,13
Sarampo	0	0,00
Herpes	0	0,00
Varicela	0	0,00
Meningite	0	0,00
Anomalias craniofaciais (orelha e osso temporal)	3	0,68
Antecedente na família de surdez	2	0,45
Síndromes genéticas	3	0,68
Distúrbios neurovegetativos	0	0,00
Risco Ausente	61	13,86

Total: 257 neonatos

das triagens relacionadas ao tipo de parto que estão descritos na tabela 2, foi observado maior ocorrência de “falhas” em partos do tipo vaginais. De acordo com os parâmetros publicados, foi observado uma significância deste resultado, porém, em partos do tipo cesariana⁽⁵⁾. **Conclusão:** A partir da análise do estudo pudemos concluir que não foram atingidos os marcos referenciais e indicadores de qualidade propostos pelo JCIH. É necessário discutir estratégias para que estes indicadores possam ser alcançados. E os indicadores de risco para perda auditiva de maior ocorrência foram as infecções por sífilis e citomegalovírus, destacando a importância da realização de programas de prevenção e promoção de saúde no período gestacional.

Referências Bibliográficas

1. Durante AS, Carvallo RMM, Costa MTZ, Ianciarullo MA, Voegels RL, Takahashi GM, et al. A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. *Pediatria (São Paulo)*. 2004; 26:78-84.
2. Joint Committee on Infant Hearing of the American Academy of Pediatrics, Muse C, Harrison J, Yoshinaga-Itano C, Grimes A, Brookhouser PE, et al. Supplement to the JCIH 2007 position statement: principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics*. 2013;131:e1324-49.
3. Lewis, DR, 1, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz, OLM, Nóbrega, M. Comitê multiprofissional em saúde auditiva, COMUSA. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76:121-8.
4. Oliveira JS, Rodrigues LB, Aurélio FS, Silva VB. Fatores de risco e prevalência da deficiência auditiva neonatal em um sistema privado de saúde de Porto Velho, Rondônia. *Rev Paul Pediatr*, 2013; 31:299-305.
5. Xiao T, Li Y, Xiao L, Jiang L, Hu Q. Association between mode of delivery and failure of neonatal acoustic emission test: a retrospective analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2015; 79:516-9.

Instruções aos Autores

1. A **Revista Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, ISSN 0101-6067; ISSN 1809-3019 (on-line), fundada em 1954, é uma publicação quadrimestral, com a finalidade de publicar a produção científica dos Hospitais e da Faculdade da Santa Casa e as publicações de outras Instituições. Cada artigo ou trabalho entregue à publicação será submetido à prévia avaliação de dois (2) revisores indicados pelos Editores, mantendo-se sigilosa a identidade do(s) autor(es) e revisor(es). Os comentários serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. O Conselho Editorial se reserva o direito de não se responsabilizar pelas afirmações ou opiniões inseridas nos artigos publicados.

2. Os artigos deverão ser destinados exclusivamente à **Revista Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, não será permitida a sua apresentação simultânea a outro periódico, desta forma, o artigo enviado deverá ser acompanhado de carta assinada por todos os autores, autorizando sua publicação, declarando que o mesmo é inédito e que não foi, ou está sendo submetido à publicação em outro periódico, transferindo os direitos autorais à Revista, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do Editor Chefe da Revista.

A Revista receberá artigos no idioma português, espanhol e inglês.

INFORMAÇÕES GERAIS:

- **Declaração de Conflito de Interesse**, quando pertinente. A **Declaração de Conflito de Interesses**, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais

- Deverá constar a carta ou número do protocolo da aprovação do estudo envolvendo seres humanos ou animais, pelo CEP da Instituição onde foi realizado o trabalho

- Informações sobre **eventuais fontes de auxílio à pesquisa**

- Os ensaios clínicos submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. A Revista "Arquivos Médicos" adota a exigência do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>) ou do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) (http://www.icmje.org/clin_trialup.htm) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações citadas. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em Materiais e Métodos.

- Os autores serão notificados do andamento do artigo até a sua conclusão final. A Revista aceitará publicações de caráter clínico ou experimental como Artigo original, Ensaios Clínicos, Artigo de atualização, Artigo de revisão, Relato de caso, Artigo histórico, Editorial, Carta ao Editor, Resumos de trabalhos científicos

3. **PREPARO DO ARTIGO:** Os trabalhos enviados para publicação deverão obedecer os seguintes critérios:

- Cada artigo deve conter de 1 a 10 laudas, incluindo ilustrações e tabelas, referências bibliográficas, fonte Times New Roman, corpo 12 e espaço duplo;

- Cada artigo deverá ser acompanhado de 01(cópia) e um CD, sendo: **01 cópia** com a página de identificação, contendo: a) título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor e afiliação institucional; c) nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; e) Declaração isenção e de conflito de interesse; f) artigo que envolva pesquisa com seres humanos ou animais, deverá constar carta ou número do protocolo de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição em que o trabalho foi realizado; g) para os artigos de pesquisa clínica, a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos estão de acordo e que consentiram a realização da pesquisa e a divulgação de seus resultados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; h) Pesquisa de levantamento de prontuários ou documentos de uma Instituição deverá ter a menção da aprovação do CEP fontes de auxílio à pesquisa; g) Fontes de Auxílio à pesquisa

- **Resumo:** O Resumo não excederá a 250 palavras para os artigos originais, deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Para as demais categorias, o resumo não deve ser estruturado. Artigo histórico não deve ser feito resumo.

- **Abstract:** Versão em língua inglesa, correspondente ao Resumo.

- **Descritores/Keywords:** Descritores (ao final do resumo), Key Words (ao final do Abstract), no máximo 6 (seis), seguindo-se o DECS – Descritores em Ciências da Saúde (BIREME).

ARTIGO ORIGINAL: Trabalho destinado a divulgar resultados de pesquisa original inédita, de aspectos experimentais ou observacionais, inclui análise descritiva ou interferências de dados próprios. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos. Constará das seguintes seções: Resumo, Abstract, Introdução, Material e Métodos (Deverá constar a carta ou número do protocolo da aprovação do estudo envolvendo seres humanos ou animais, pelo CEP da Instituição onde foi realizado o trabalho; descrever a metodologia estatística empregada), Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências bibliográficas.

ARTIGO DE REVISÃO: Trabalho que constitui de avaliação crítica e sistemática da literatura sobre um assunto específico referente a trabalhos já publicados anteriormente em periódicos científicos. Constará das seguintes seções: Resumo, Abstract, Introdução; Conclusão, Referências bibliográficas

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO: Trabalho destinado a descrever informações atuais sobre tema de interesse para determinada especialidade, uma nova técnica ou método. Constará das seguintes seções: Resumo, Abstract, Introdução (breve histórico do tema; estado atual de conhecimento e as razões do trabalho, métodos de estudo), Conclusão, Referências bibliográficas

EDITORIAL: Uma declaração de opiniões, crenças e políticas do editor de uma revista. Matérias de responsabilidade dos Editores da Revista, estes, poderão convidar uma autoridade para escrevê-lo. Limite de duas páginas.

RELATO DE CASO: Trabalho que apresenta dados descritivos de um ou mais casos clínicos, explorando um método ou problemas através de um exemplo. Os relatos de casos aceitos para publicação serão de grande interesse ou raros. Constará das seguintes seções: Introdução (breve histórico do tema), descrição do caso, Discussão, Comentários finais e referências bibliográficas

ARTIGO HISTÓRICO: Relato ou descrição de eventos ou circunstâncias significativas referentes a um determinado campo de estudo.

CARTA AO EDITOR: Destinada a comentários de leitores sobre os artigos publicados anteriormente na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Os autores do artigo citado serão convidados a responder.

RESUMOS (TRABALHOS CIENTÍFICOS – PIBIC/CNPq, Eventos Científicos, etc.): Dependendo da quantidade deste material, será publicado em suplementos.

CITAÇÃO DE AUTORES: Deve ser obrigatória no corpo do texto. No sistema numérico, proposto pelos editores de periódicos científicos internacionais denominado "Vancouver Style", as citações são indicadas numericamente na sequência que aparecem no texto.

- **Citação Numérica:** as citações são indicadas numericamente em expoente ou sobrescrito, entre parênteses, seguindo a sequência numérica das citações, na sequência que aparecem no texto. Quando houver mais de uma citação no parágrafo, as citações são indicadas no meio ou no final do texto, citando-se o número de cada uma das citações; se forem sequenciais, deverão ser separadas por hífen; se forem aleatórias, deverão ser separadas por vírgula.

Ex: O papel dos enterococos é polêmico⁽¹⁻⁵⁾ embora se saiba que *E.coli* e *B.fragilis* contribuem ...

Diversos estudos sugerem que um escore de mais de 10 pontos representa uma doença grave^(3,7,10,25).

4. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** As referências serão baseadas no formato denominado "Vancouver Style", os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o "List of Journal Indexed Medicus, da National Library of Medicine", devem constar apenas as citadas no texto e ordenadas de acordo com a citação numérica. Para todas as referências citar até seis autores, acima de seis, citar os seis primeiros seguidos da expressão et al.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LIVRO NO TODO

Piato S. Urgências em obstetria. São Paulo: Artes Médicas; 2004. 437p.

CAPÍTULOS OU PARTES DE LIVROS

Andrade OVB, Coates V, Corrêa MM, Ribeiro Neto JPM, Medeiros EB, Brezolin NL, et al. Tubulopatias crônicas. In: Toporovski J, Mello VR, Perrone HC, Martini Filho D. Nefrologia pediátrica. São Paulo: Sarvier; 1991. p.299-326.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Malheiros CA, Rodrigues FCM, Rahal F. Câncer gástrico e metástases. Operar?. Rev Assoc Med Bras. 2001; 47:95-6.

TESE

Alonso FJ F. Sífilis adquirida na infância. Tese (Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1984.

EVENTOS CIENTÍFICOS (CONGRESSOS, SEMINÁRIOS, SIMPÓSIOS, ETC)

Coates MVG. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: 1º Congresso Nacional. A Saúde do Adolescente, 1991; Rio de Janeiro. Conferência. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina; 1991. p. 24-7.

AUTORES CORPORATIVOS (ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS, ASSOCIAÇÕES, ETC.)

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Tratamento de pneumonia em hospitais de pequeno e médio porte. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

DOCUMENTOS EM SUPORTE ELETRÔNICO

ARTIGOS DE PERIÓDICOS (ON LINE)

Murade ECM, Hungria Neto JS, Avanzi O. Estudo da relação e da importância entre a semiologia clínica, tomografia axial computadorizada e eletroencefalografia nas radiculopatias lombares. Acta Ortop Bras. [periódico online] 2002; [citado 18 maio 2004]; 10:18-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522002000400003&lng=pt&nrm=iso

5. A solicitação de separatas de artigos já publicados será atendida mediante prévio contato com o Conselho Editorial da Revista

Envio dos artigos

• Os artigos deverão ser encaminhados para:

Revista Arquivos Médicos
Coordenação Editorial/Técnica
Biblioteca - FCMSCSP

Rua Dr. Cesário Mota Jr, 61, 2º andar – São Paulo – SP

A/C.: Sonia Regina Fernandes Azevalo / Sabia Hussein Mustafa

Fones (11) 3367.7735 – 3367.7815

e@mail: arquivosmedicos@fcmsantacasasp.edu.br