



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDIOLOGIA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE AUXILIARES DE AUDIÇÃO DE UM CENTRO DE
REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL**

ALINE E SILVA CARNEIRO

Porto Alegre, de março de 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDIOLOGIA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DE AUXILIARES DE AUDIÇÃO DE UM CENTRO DE
REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL**

ALINE E SILVA CARNEIRO

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Erissandra Gomes

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Pricila Sleifer

Requisito para a conclusão do Curso de
Especialização em Audiologia.

Porto Alegre, 10 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e aos pacientes.

AGRADECIMENTOS

À Fundação para Reabilitação de Deformidades Cranio Faciais – FUNDEF que me oportunizou a realização deste trabalho na instituição.

Às minhas colegas de equipe da saúde auditiva pelas vivências diárias e trocas profissionais.

Em especial, a minha orientadora Erissandra Gomes que aceitou o desafio do seu auxílio em área distinta da sua prática diária. Foi de grande valia seu conhecimento; cresce ainda mais minha admiração pela profissional que és.

Não poderia deixar de agradecer pelas contribuições da coorientadora Pricila Sleifer que com certeza acrescentaram de maneira grandiosa meu trabalho. Muito obrigada pelo exemplo de profissional e pelo apoio sempre incentivador.

A todos que me ajudaram de alguma forma durante o meu percurso acadêmico.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|-----------------------|----|
| ARTIGO ORIGINAL | 8 |
| Resumo | 9 |
| Abstract | 10 |
| Introdução | 11 |
| Metodologia | 12 |
| Resultados | 13 |
| Discussão | 14 |
| Conclusão | 17 |
| Referências..... | 18 |

ANEXOS

Anexo A: Normas de publicação da Revista Saúde Santa Maria – Diretrizes para Autores.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Características auditivas estratificados por orelhas, do tipo e grau de perda auditiva, configuração audiométrica, timpanometria, reflexos acústicos contralaterais e recrutamento | 21 |
| Tabela 2. Distribuição do modelo de aparelhos auditivos com tipo, grau e configuração da perda auditiva por orelha | 22 |
| Tabela 3. Distribuição da faixa etária de usuários de auxiliares de audição com tipo e grau de perda auditiva e configuração audiométrica por orelhas | 24 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS: Sistema Único de Saúde

FUNDEF: Fundação para Reabilitação das Deformidades Cranio Faciais

AASI: Aparelho de Amplificação Individual

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RS: Rio Grande do Sul

ARTIGO ORIGINAL**PERFIL DOS USUÁRIOS DE AUXILIARES DE AUDIÇÃO DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL*****TÍTULO EM INGLÊS***

Aline Carneiro¹, Erissandra Gomes², Pricila Sleifer²

¹ Acadêmica do curso de Especialização em Audiologia: Fonoaudióloga graduada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), com especialização em Fonoaudiologia ênfase na Infância pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Professora Adjunto IV do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutora em Ciências Médicas: Pediatria (UFRGS).

Instituição:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Responsável pela correspondência:

Aline Carneiro

Rua Alberto Torres, 452. 1 andar – Ed. Pirâmide.

Lajeado – RS. CEP 95900-000.

E-mail: alinescfono@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil dos usuários de aparelhos auditivos atendidos em um centro de referência no sul do Brasil. Métodos: estudo descritivo, retrospectivo, com a análise de 500 prontuários selecionados aleatoriamente de sujeitos atendidos no serviço de saúde auditiva no período de 2007 a 2015. Resultados: O sexo predominante foi masculino (56,4%), com idade média de $59,56 \pm 21,24$ anos, apresentando perda auditiva sensorioneural e de grau moderado, com configuração audiométrica plana, mais frequente em crianças e descendente nos demais grupos. Queixas de zumbido, tontura e exposição ao ruído foram citadas com frequência em anamneses de adultos. A protetização foi indicada para a maioria dos sujeitos, entretanto, verificou-se que a procura foi tardia para reabilitação auditiva, tanto no grupo infantil como no adulto. Conclusão: O perfil acima descrito condiz com outros estudos nacionais, demonstrando a necessidade de conscientizar a busca prévia por tratamentos nos serviços de saúde auditiva.

Descritores: Audição, auxiliares de audição, perfil de saúde, perda auditiva

ABSTRACT ALINE TROQUEI ALGUMAS PALAVRAS NO RESUMO, trocar aqui também

Purpose: Trace the hearing aid users' profile attended at a referral center in south Brazil. **Methods:** It is a descriptive and retrospective study, with analysis of 500 randomly selected patient records of assisted subjects in hearing health service from 2007 to 2015. **Results:** The predominant gender was male (56,4%) with mean age of $59,56 \pm 21,24$ years old, presenting sensorineural hearing loss and moderate degree, with configuration flat audiometric, most frequently in children and downward in the other groups. Complaints of tinnitus, dizziness and noise exposure were cited frequently in adult case histories. The hearing aid has been suitable for most subjects, however, it was found that seeks was late for auditory rehabilitation, both in the children's group as adult. **Conclusion:** The above profile in agreement with other national studies, showing the need to educate the previous search for treatments in the hearing health services.

Keywords: Hearing; Hearing Aids; Health Profile; Hearing Loss

INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva compromete o processo de comunicação gerando por vezes isolamento e limitando o indivíduo na participação de atividades cotidianas.¹ O Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) tem sido um dos tratamentos adotados na busca da qualidade de vida destes sujeitos.¹ Um levantamento de dados realizado referente a estes procedimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) identificou, no período de 2004 a 2010, cerca de 700 mil adaptações de AASI.²

Pesquisas atuais mostram a eficácia do AASI como facilitador na comunicação tanto em crianças e adultos como em idosos com deficiências auditivas.^{3,4} É evidente que para melhor aproveitamento destes dispositivos são indispensáveis acompanhamentos periódicos aos serviços de saúde auditiva para esclarecimentos e reforço de informações dos reais benefícios e otimização de ajustes, sendo a adaptação dos aparelhos auditivos apenas uma parte do processo de reabilitação.⁵ Cabe ressaltar que outros fatores podem interferir na obtenção do benefício como falta de adesão ao tratamento, alterações cognitivas, neurológicas, de processamento auditivo, demências, entre outros.^{3,4}

A Política Nacional de Saúde de Atenção à Saúde Auditiva, conforme a portaria no. 2073 de 2004, estabelece dentre várias ações, o desenvolvimento de cuidados integrais da pessoa com deficiência auditiva incluindo a promoção, a prevenção e a reabilitação destes pacientes.⁶ Com isto, a implantação de estabelecimentos de saúde especializados, compostos por equipes multidisciplinar e interdisciplinar, organizados em regiões estratégicas são fundamentais para garantir a acessibilidade e o acompanhamento dos usuários.⁷

Contudo, torna-se fundamental a divulgação de levantamento de informações entre os serviços de saúde auditiva para trocas e reflexões a respeito de ações para proporcionar maior qualidade de vida para pessoas com deficiência auditiva.

Este estudo foi desenvolvido em instituição contratada neste modelo pelo SUS, atendendo procedimentos de média complexidade e com crescente gama de pacientes. Com isto, justifica-se a necessidade da pesquisa a fim de melhorar os serviços prestados, promover questionamentos e comparar dados com outros já realizados. Diante do exposto, o objetivo foi identificar o perfil dos usuários

atendidos pelo SUS no serviço de saúde auditiva da região dos Vales do Estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de coleta de dados de forma retrospectiva através da consulta de dados em prontuários provenientes do serviço saúde auditiva da Fundação para Reabilitação de Deformidades Cranio Faciais (FUNDEF). A referida instituição esta situada na cidade de Lajeado, Rio Grande do Sul (RS), e atende pacientes com idade acima dos três anos e acompanhamento de usuários de AASI de cerca de 68 municípios da região.

A amostra compreendeu o período de 2007 ao ano de 2015, foram analisados cerca de 56 prontuários por ano, sendo excluídos apenas prontuários com dados demasiadamente incompletos ou que não se encontravam no arquivo da instituição no momento da coleta.

Nos prontuários foram analisadas as variáveis: gênero, idade, escolaridade, experiência prévia AASI, tipo e grau de perda auditiva em orelhas separadas, tipo de curva timpanométrica encontrada em cada orelha, presença ou ausência reflexos acústicos contralaterais, a caracterização da adaptação do AASI (unilateral ou binaural), frequência de seleção e adaptações de AASI retroauricular ou intrauricular, adaptações abertas, conhecimento das causas da deficiência auditiva. Os dados de anamneses foram separados e apresentados como adulto e infantil, por serem questionamentos diferentes nestes protocolos. Com relação às orelhas estas foram analisadas separadamente e nos cruzamentos de dados por faixas etárias, foi utilizado critério de classificação de idade da Organização Mundial de Saúde. As informações foram armazenadas em banco de dados em documento de *Excel* para posterior análise estatística.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com respectivo protocolo 49880415.70000.5347. Houve prévio conhecimento e autorização do responsável pela saúde auditiva da FUNDEF para realização de estudo na instituição, através de consentimento escrito.

A fim de analisar estatisticamente os dados coletados foi usado o programa *SPSS 19.0*, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão. Já

as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para verificar as associações faixa etária e tipo de aparelho dos usuários de auxiliares de audição com tipo, grau e configuração de perda auditiva por orelha foi utilizado o teste χ^2 de acordo com as suposições do teste. Para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *kolmogorov Smirnov*.

RESULTADOS

A idade da população analisada variou de três a noventa e quatro anos sendo a média $59,56 \pm 21,24$. O gênero masculino 282 (56,4%) foi mais prevalente, assim como o grau de escolaridade ensino fundamental incompleto 181 (36,2%), cabendo ressaltar que nestes dados estão inseridas as crianças e adolescentes que seguem em formação acadêmica. Dos 500 indivíduos da amostra, 469 (93,8%) receberam a indicação de uso de aparelhos auditivos e 418 (83,6%), com adaptação em ambas as orelhas.

Pode-se identificar que a presbiacusia foi a causa mais citada para perda auditiva, 151 (32,1%) sujeitos, embora houve percentual equivalente de causa desconhecida, 147 (31,2%). O período médio estimado da presença da perda auditiva foi de 11 anos nesta população. As queixas mais prevalentes nos adultos foram: 208 (44,2%) zumbido e 204 (43,3%) tontura. Dentre estes, 230 (48,8%) esteve ou ainda tem exposição ao ruído. Houve percentual considerável de relatos de hipertensão arterial em 210 (44,6%) e 343 (72,8%) faziam uso de algum medicamento. Apenas um caso descrito com Síndrome de Turner e dentre as patologias mais adquiridas nesta população foi o sarampo, 199 (42,3%), caxumba, 184 (39,1%), rubéola, 74 (15,7%).

Nas análises das anamneses das crianças e adolescentes a etiologia mencionada pelos responsáveis com maior assiduidade foi desconhecimento de causa, 16 (55,17%), seguida de prematuridade, 2 (6,9%). A experiência prévia com uso de aparelhos auditivos apresentou-se percentual de apenas 8 (27,59%) para as crianças e 5 (45,45%) para os adolescentes, o que infere intervenção tardia. A maioria (86,2%) já havia realizado exames anteriores para o diagnóstico da perda auditiva. Em 8 (27,6%) há relatos de perda de audição na família e 2 (6,9%) apresentavam síndromes associadas (Síndrome de Turner e Alpert).

Na tabela 1 estão descritas as características gerais da amostra em cada orelha separadamente quanto ao tipo e grau de perda auditiva, configuração audiométrica, assim como dados da timpanometria, reflexos acústicos contralaterais e pesquisa do recrutamento. Compete salientar que nem todas as variáveis apresentaram total dos quinhentos indivíduos, pois alguns não foram concluídas diagnóstico, outros apresentaram limiares auditivos normais e ainda, em alguns não haviam dados no prontuário.

Em relação ao modelo dos aparelhos auditivos utilizados no serviço de saúde auditiva da instituição, na Tabela 2 podemos verificar a distribuição destes com tipo, grau e configuração de perda auditiva por orelhas (direita e esquerda). Igualmente ocorreu na tabela anterior houve redução do valor absoluto pelos mesmos motivos.

Na Tabela 3 verificamos a distribuição das variáveis tipos, graus e configurações das perdas auditivas por orelhas e faixa etária. Houve também redução do valor integral das variáveis.

DISCUSSÃO

Neste estudo a maior parte da população foi composta por idosos. Numa pesquisa semelhante em um programa de saúde auditiva, em outra cidade no mesmo estado, as pessoas idosas também obtiveram maior percentual da amostra (52,8%).⁸ Diferentemente ocorreu em pesquisa em um centro auditivo em Pernambuco com 480 prontuários analisados, onde a maior parte da população eram adultos jovens e de meia idade (45,21%), as crianças e adolescentes perfizeram 16,45% e idosos 38,34% da amostra.⁹

Quanto ao sexo, estudo desenvolvido em Santa Catarina com número menor de amostra, elucidou características similares do presente estudo no grupo pediátrico, constatou predomínio do sexo masculino (58,06%), concordando com os achados da presente análise.¹⁰ Em contrapartida, nesse mesmo estudo encontrou maior frequência no grupo adulto do sexo feminino (52,38%), diferente do encontrado na presente amostra.¹⁰ No grupo pediátrico a atual análise, também foi de encontro com o estudo de outros autores, que ao analisarem, 166 crianças o sexo masculino revelou maior percentagem 56% em relação ao feminino 44%.¹¹

A maior incidência apresentada pelos adultos como provável etiologia da perda auditiva foi a presbiacusia, seguida do desconhecimento de causa. Resultados

que estão de acordo com outro estudo, que também encontrou dificuldades no reconhecimento da causa da perda auditiva e 39% do seu grupo adulto obtiveram prevalência de perda em decorrência da idade.¹⁰

Com relação ao período da queixa das alterações auditivas referido pelos adultos a média foi 11 anos. Muitos dos indivíduos da amostra estavam fazendo a procura por tratamento pela primeira vez, o que demonstra a demora pela busca deste. Cabe ressaltar que apesar do tempo de espera para concessão dos aparelhos auditivos ser um agravante, ainda assim a busca para entrada ao serviço demonstra ter sido adiada. Estudo verificou que tempo médio transcorrido até a procura por reabilitação foi 7,6 anos e, ainda, que os sujeitos adultos adiaram mais que os idosos.¹² Neste mesmo estudo citam que a estética e o estigma podem estar ligados a este fato, mas surgem de questões particulares de cada indivíduo sendo influenciadas por causas multifatoriais.¹² Em outro estudo foram analisados 191 prontuários de idosos atendidos em ambulatório de seleção e adaptação de aparelhos auditivos, e o período para procura do auxiliar de audição foi mais curto, em média quatro anos.¹³

Estudo desenvolvido com idosos constatou que apesar das dificuldades enfrentadas frente à adaptação os benefícios foram significativos. Houve melhora da compreensão de fala em conversas com familiares, em reuniões, grupos de terceira idade, celebrações religiosas, consultas médicas e ao assistir televisão.¹⁴ Outro estudo recente do mesmo modo, mostrou que com o uso dos AASI houve maior motivação dos idosos para participação em conversas em grupo e os sentimentos de irritação e tristeza gerados pela deficiência auditiva foram minimizados.¹⁵

O zumbido, a tontura e a exposição ao ruído vem sendo citados com ampla frequência em investigações relacionadas à audição, o que pode-se constatar na atual pesquisa, no grupo dos adultos. Uma pesquisa no mesmo estado desta, mostrou elevados índices de ocorrências de zumbido (74,58%), tontura (50,85%) e a exposição ao ruído (53,45%) em sua amostra.¹⁶ Mais pesquisas alertam para ocorrência de zumbido: em um estudo com 191 idosos, 70% da amostra apontou ocorrência deste; outra análise, com 200 sujeitos, averiguou-se 71% de relato positivo.^{13,12}

Além destas queixas, outros pesquisadores encontraram também alto índice de referência à hipertensão arterial pelos idosos (51,43%), do mesmo modo esse achado encontramos no presente estudo.¹⁷

O desconhecimento de causa para perda auditiva no grupo infantil foi o de maior prevalência na atual pesquisa, achado que corrobora com as descrições da literatura que igualmente informaram alta incidência de falta de informação sobre a etiologia da deficiência auditiva.¹⁰

Por se tratar de um serviço de média complexidade as crianças acabam inseridas a partir dos três anos de idade, nesta concepção acreditava-se em um percentual maior de experiências prévias com AASI. O serviço de alta complexidade acolheria a faixa etária inferior a esta e adaptando-os primeiramente, o que não ocorreu. Em atual análise, verificou-se baixo índice de adaptações prévias de aparelhos auditivos nesta população inferindo reabilitação tardia. No grupo de adolescentes (dos 13 aos 18 anos), somente metade já havia sido adaptado com aparelhos auditivos anteriormente.

Os dados apontados acima corroboram com os achados encontrados em amostra infantil na cidade de São Paulo, em um serviço de alta complexidade, que confirmaram a prática comum da adaptação em faixa etária superior dos três anos, os autores descreveram que a idade média de diagnóstico foi por volta dos cinco e reabilitação auditiva por volta dos sete anos de vida, salientando a importância da intervenção precoce.¹¹ No estado do Espírito Santo, encontramos outro estudo, com dados que não diferiram desta realidade, ainda que a primeira testagem e adaptação dos aparelhos auditivos ocorreu por volta dos seis anos de idade.¹⁸

A intervenção precoce permite melhor desenvolvimento das habilidades auditivas e da linguagem oral que estão intimamente ligados ao desempenho comunicativo.¹⁹ Além disso, autores salientam a extrema importância da inserção da família no processo de reabilitação das crianças com conscientização das potencialidades, limitações e ajustes das expectativas.^{11,18,19}

A perda auditiva sensorineural foi prevalente em ambas as orelhas, concordando com achados de publicações que também buscavam o perfil de amostras compreendendo diversos grupos etários.^{8,9,10,13,16}

Quanto ao grau de perda auditiva, o moderado foi mais frequente em grupo adultos e idosos, o que igualmente foi observado em estudos semelhantes.^{8,10,13} No

grupo infantil o grau moderado esteve mais presente, achados distintos de outras pesquisas em que o grau profundo foi o mais frequente.^{8,10,11}

Quanto à configuração audiométrica o tipo descendente, foi o mais frequente no grupo de adultos, desta amostra, o mesmo foi encontrado em estudo com população idosa.¹³ Com o grupo infantil, a investigação atual teve mais prevalente a curva audiométrica horizontalizada, achado similar foi descrito em outro estudo.¹¹

O modelo do aparelho auditivo, mais testado e adaptado foi o retroauricular, modelo encontrado em estudo com população com faixa etária semelhante.²⁰

O levantamento do perfil dos pacientes nos remeteu a considerações sobre a necessidade de promover ações para conscientização da busca antecipada por reabilitação auditiva. Pode se inferir, ainda, que apesar das inúmeras divulgações sobre os benefícios do uso dos aparelhos auditivos, percebe-se resistência de adesão ao tratamento por muitos adultos.

Pesquisadores salientam a importância da busca por estudos neste segmento com a finalidade de promover ações voltadas para as necessidades da população atendida no âmbito da saúde coletiva.⁸ Outros reforçam que é de extrema importância que a Fonoaudiologia esteja atualizada quanto às alterações auditivas para melhor integralidade nos atendimentos.⁹

O aconselhamento aos pacientes deve ser ampliado, pois o reforço das orientações é um fator decisivo para melhor adesão ao tratamento da reabilitação auditiva.¹⁶ Entretanto, autores mencionam que esta reabilitação esta ligada à diversificadas razões, individuais e particulares de cada um para retardar ou procurar tratamento.¹²

Além disso, os resultados encontrados favoreceram a troca de informações entre diferentes instituições e profissionais que atuam em outros serviços de saúde auditiva.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes atendidos na instituição FUNDEF foi maior parte idosa, com perda auditiva do tipo sensorineural de grau moderado, a curva audiométrica descendente e horizontalizada nas crianças e a descendente. O uso dos aparelhos

auditivos foi indicado para maioria da amostra, mas a busca pelo tratamento demonstrou ser tardio tanto no grupo adulto como infantil.

REFERÊNCIAS

1. Lório MCM. Avaliação de resultados – Estudos de qualidade de vida. In: Organizadores Bevilacqua, MCM et al. Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos; 2012. p.389-03.
2. Bevilacqua MC, Morettin M, Melo TM, Amantini RCB, Martinez MANS. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011; 16(3):252-9.
3. Rodrigues CCC, Aurélio FS, Silva VB, Lopes TA. Benefício fornecido pelo uso de aparelhos de amplificação sonora individual em idosos de um programa de saúde auditiva de Porto Velho – RO. Rev CEFAC. 2013; 15(5):1170-80.
4. Aurélio NHS, Torres EMO, Lopes AS, Costa MJ. Avaliação do benefício com o uso da amplificação sonora em crianças e adolescentes. Arq Int Otorrinolaringol. 2012; 16(1):82-90.
5. Jokura PR, Melo TM, Bevilacqua MC. Evasão dos pacientes nos acompanhamentos nos serviços de saúde auditiva: identificação sobre o motivo e resultados pós-adaptação de aparelho de amplificação sonora individual. Rev CEFAC. 2013; 15(5):1181-88.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2073/GM, de 28 de setembro de 2004. A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva [internet]. [Acesso em: 19/06/2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Legislação Federal da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência- [Internet]. [Acesso em 19/06/2014]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

8. Gresele ADP, Lessa AH, Alves LC, Torres EMO, Vaucher AVA, Moraes AB, Costa MJ. Levantamento e análise de dados de pacientes atendidos em um programa de concessão de aparelhos de amplificação sonora individual. *CoDAS* 2013; 25(3):195-201.
9. Reis ATPS, Silva FGF, Farias RB. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no centro auditivo de Petrolina-PE. *Rev CEFAC*. 2012; 14(1):79-83.
10. Dimatos OC, Ikino CMY, Philippi PA, Dimatos SC, Birck MS, Freitas PF. Perfil dos pacientes do programa de saúde auditiva do Estado de Santa Catarina atendidos no HU-UFSC. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011; 15(1): 59-66.
11. Pinto MM, Raimundo JC, Samelli AG, Carvalho ACM, Matas CG, Ferrari GMS, Garbi S, Gândara M, Bento RF. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2012; 16(1):44-49.
12. Yamamoto CH, Ferrari DV. Relação entre limiares audiométricos, handicap e tempo para procura de tratamento da deficiência auditiva. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(2):135-41.
13. Araujo TM, Lório MCM. Perfil populacional de idosos encaminhados à seleção de próteses auditivas em hospital público. *Audiol Commun Res*. 2014;19(1):45-51.
14. Fialho IM, Bortoli D, Mendonça GG, Pagnosim DF, Scholze AS. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo sistema único de saúde. *Rev CEFAC*. 2009; 11(2):338-44.
15. Guarinello AC, Marcelos SB, Ribas A, Marques JM. Análise da percepção de um grupo de idosos a respeito de seu handicap auditivo antes e após o uso do aparelho auditivo. *Rev bras geriatr gerontol*. 2013; 16(4): 739-45.
16. Viacelli SNA, Costa-Ferreira MID. Perfil dos usuários de aasi com vistas à amplificação, cognição e processamento auditivo. *Rev CEFAC*. 2013; 15(5):1125-36.

17. Tenorio, JP, Guimaraes, JATL, Flores, NGC, Iorio, MCM. Comparação entre critérios de classificação dos achados audiométricos em idosos. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011; 23(2):114-8.
18. Lanzetta BP, Frota S, Goldfeld M. Acompanhamento da adaptação de próteses auditivas em crianças surdas. Rev CEFAC 2010; 12(3):360-370.
19. Miguel JHS, Novaes BCAC. Reabilitação auditiva na criança: adesão ao tratamento e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual. Audiology. 2013; 18(3):171-178.
20. Araujo TM, Endes BCA, Novaes BCAC. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(4):466-73.

Tabela 1: Características auditivas estratificados por orelhas, do tipo e grau de perda auditiva, configuração audiométrica, timpanometria, reflexos acústicos contralaterais e recrutamento, apresentados em n(%).

| Variáveis | Orelha direita n = 500 | Orelha esquerda n = 500 |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| Tipo de perda auditiva | | |
| Sensorineural | 391 (78,2%) | 376 (75,2%) |
| Condutiva | 13 (2,6%) | 17 (3,4%) |
| Mista | 74 (14,8%) | 82 (126,4%) |
| Anacusia | 8 (1,6%) | 5 (1%) |
| Grau de Perda auditiva conforme média de limiares | | |
| Moderada | 248 (49,6%) | 256 (51,2%) |
| Leve | 89 (17,8%) | 86 (17,20%) |
| Severa | 63 (12,6%) | 47 (9,4%) |
| Profunda | 35 (7%) | 40 (8%) |
| Anacusia | 1 (0,2%) | 2 (0,4%) |
| Configuração Audiométrica | | |
| Descendente | 288 (57,6%) | 276 (55,2%) |
| Horizontalizada | 189 (37,8%) | 200 (40%) |
| Ascendente | 7 (1,4%) | 9 (1,8%) |
| U" | 3 (0,6%) | 3 (0,6%) |
| U"invertido | 1 (0,2%) | 2 (0,4%) |
| Timpanometria | | |
| Curva A | 345 (69%) | 374 (69,4%) |
| Curva Ar | 43 (8,6%) | 37 (7,4%) |
| Curva Ad | 37 (7,4%) | 38 (7,6%) |
| Curva B | 26 (5,2%) | 25 (5%) |
| Curva C | 21 (4,20%) | 17 (3,4%) |
| Reflexos Acústicos | | |
| Ausentes | 287 (57,4%) | 299 (59,8%) |
| Parciais | 146 (29,2%) | 135 (27%) |
| Presentes | 29 (5,8%) | 35 (7%) |
| Recrutamento | | |
| Não Recrutante | 332 (66,4%) | 345 (69%) |
| Recrutamento | 140 (28%) | 128 (25,6%) |

Tabela 2: Distribuição do modelo de aparelhos auditivos com tipo, grau e configuração da perda auditiva por orelhas, apresentados em n(%).

| Variáveis | Modelos de Aparelho Auditivo | | | |
|--|---|----------------------|--|--|
| | Retroauricular com moldes n = 372 | Intracanal n = 55 | Retroauricular com Adaptação Aberta n = 23 | Retroauricular Receptor Intracanal n = 19 |
| Tipo de Perda Auditiva na Orelha Direita | | | | |
| Sensorineural | 296 (79,6%) | 36 (65,5%) | 21 (91,3%) | 18 (94,7%) |
| Condutiva | 5 (1,3%) | 4 (7,3%) | 1 (4,3%) | 0 (0%) |
| Mista | 56 (15,1%) | 14 (25,5%) | 1 (4,3%) | 0 (0%) |
| Tipo de Perda Auditiva na Orelha Esquerda | | | | |
| Sensorineural | 280 (75,3%) | 37 (67,3%) | 20 (87%) | 19 (100%) |
| Condutiva | 9 (2,4%) | 5 (9,1%) | 1 (4,3%) | 0 (0%) |
| Mista | 67 (18%) | 11 (20%) | 2 (8,7%) | 0 (0%) |
| Grau de Perda Auditiva Orelha Direita | | | | |
| Leve | 47 (12,6%) | 14 (25,5%) | 12 (52,2%) | 7 (36,6%) |
| Moderada | 206 (55,4%) | 33 (60%) | 1 (4,3%) | 1 (5,3%) |
| Severa | 55 (14,8%) | 6 (10,9%) | 0 (0%) | 1 (5,3%) |
| Profunda | 32 (8,6%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Perda auditiva a partir de 3.000 Hz | 19 (5,1%) | 1 (1,8%) | 10 (43,5%) | 9 (47,4%) |
| Grau de Perda Auditiva Orelha Esquerda | | | | |
| Leve | 44 (11,8%) | 14 (25,5%) | 10 (43,5%) | 9 (47,4%) |
| Moderada | 219 (58,9%) | 28 (50,9%) | 3 (13%) | 2 (10,5%) |
| Severa | 42 (11,3%) | 5 (9,1%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Profunda | 32 (8,6%) | 3 (5,5%) | 1 (4,3%) | 0 (0%) |
| Perda auditiva a partir de 3.000Hz | 18 (4,8%) | 3 (5,5%) | 9 (39,1%) | 8 (42,1%) |
| Configuração de perda auditiva na Orelha Direita | | | | |
| Horizontalizada | 147 (39,5%) | 25 (45,5%) | 3 (13%) | 2 (10,5%) |
| Descendente | 209 (56,2%) | 28 (50,9%) | 20 (87%) | 16 (84,2%) |
| Ascendente | 4 (1,1%) | 1 (1,8%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| U" | 3 (0,8%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Configuração de perda auditiva na Orelha Esquerda | | | | |

| | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------|------------|
| Horizontalizada | 156 (41,9%) | 24 (43,6%) | 5 (21,7%) | 1 (5,3%) |
| Descendente | 200 (53,8%) | 27 (49,1%) | 18 (78,3%) | 18 (94,7%) |
| Ascendente | 6 (1,6%) | 3 (5,5%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| U" | 3 (0,8%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

Tabela 03: Distribuição da faixa etária de usuários de auxiliares de audição com tipo e grau de perda auditiva e configuração audiométrica por orelhas.

| Variáveis | Idade por faixa etária | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| | Crianças (até 12 anos) n = 29 | Adolescentes (13 a 18 anos) n = 11 | Jovens (19 a 44 anos) n = 23 | Meia idade (45 a 60 anos) n = 121 | Idosos (> 60 anos) n = 316 |
| Tipo de Perda Auditiva na Orelha Direita | | | | | |
| Sensorineural | 14 (48,28%) | 8 (72,73%) | 14 (60,9%) | 79 (65,3%) | 276 (87,3%) |
| Condutiva | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 2 (8,7%) | 6 (5%) | 4 (1,3%) |
| Mista | 5 (17,24%) | 3 (27,27%) | 4 (17,4%) | 32 (26,4%) | 30 (9,5%) |
| Anacusia | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (1,7%) | 4 (1,3%) |
| Tipo de perda Auditiva na Orelha Esquerda | | | | | |
| Sensorineural | 13 (44,83%) | 10 (90,91%) | 14 (60,9%) | 78 (64,46%) | 261 (82,6%) |
| Condutiva | 3 (10,34%) | 0 (0%) | 3 (13%) | 78 (6,6%) | 3 (0,9%) |
| Mista | 6 (20,69%) | 1 (9,09%) | 1 (4,3%) | 29 (24%) | 45 (14,2%) |
| Anacusia | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,8%) | 4 (1,3%) |
| Grau de Perda auditiva orelha direita | | | | | |
| Leve | 4 (13,79%) | 2 (18,18%) | 2 (8,7%) | 18 (14,9%) | 63 (19,9%) |
| Moderada | 7 (24,14%) | 3 (27,27%) | 4 (17,4%) | 58 (47,9%) | 176 (55,7%) |
| Severa | 4 (13,79%) | 3 (27,27%) | 6 (26,1%) | 13 (10,7%) | 35 (11,7%) |
| Profunda | 6 (20,69%) | 3 (27,27%) | 8 (34,8%) | 10 (8,3%) | 8 (2,5%) |
| Perda auditiva a partir de 3.000Hz | 1 (4,3%) | 0 (0%) | 1 (4,3%) | 17 (14%) | 26 (8,2%) |
| Anacusia | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,3%) |
| Grau de Perda auditiva orelha esquerda | | | | | |
| Leve | 4 (13,79%) | 3 (27,27%) | 2 (8,7%) | 19 (15,7%) | 58 (18,4%) |
| Moderada | 9 (31,03%) | 5 (45,45%) | 5 (21,7%) | 55 (45,5%) | 182 (57,6%) |
| Severa | 2 (6,90%) | 2 (18,18%) | 4 (17,4%) | 9 (7,4%) | 30 (9,5%) |
| Profunda | 8 (27,59/50) | 1 (9,09%) | 5 (21,7%) | 9 (7,4%) | 17 (5,4%) |
| Perda auditiva a partir de 3.000Hz | 1 (3,45%) | 0 (0%) | 1 (4,3%) | 21 (17,4%) | 22 (7%) |
| Anacusia | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,3%) |
| Configuração de perda auditiva na Orelha Direita | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------|------------|------------|------------|-------------|
| Horizontalizada | 13 (44,83%) | 5 (45,45%) | 10 (43,5) | 59 (48,8%) | 102 (32,3%) |
| Descendente | 8 (27,59/50) | 6 (54,55%) | 11 (47,8%) | 54 (44,6%) | 209 (66,1%) |
| Ascendente | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 5 (4,1%) | 0 (0%) |
| U" | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,3%) |
| Configuração de perda auditiva na Orelha Esquerda | | | | | |
| Horizontalizada | 16 (55,17%) | 3 (27,27%) | 13 (56,5%) | 58 (47,9%) | 110 (34,8%) |
| Descendente | 6 (20,69%) | 7 (63,64%) | 9 (39,1%) | 53 (43,8%) | 201 (63,6%) |
| Ascendente | 2 (6,90%) | 1 (9,09%) | 0 (0%) | 6 (5%) | 0 (0%) |
| U" | 2 (6,90%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (0,3%) |

ANEXO A

Normas de Publicação da Revista Saúde Santa Maria

Diretrizes para Autores

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

O idioma principal da Revista Saúde (Santa Maria) é o Português (BR), por este motivo, os manuscritos deverão ser encaminhados em português.

O idioma secundário da Revista Saúde (Santa Maria) é o Inglês (En), por este motivo, aceitamos o envio de manuscritos na língua inglesa.

Na Revista podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área da Saúde.

A submissão dos artigos é online no site:

Todos os autores deverão ser cadastrados na página da Revista Saúde (Santa Maria).

A Revista Saúde não cobra taxas para a submissão de artigos.

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados.

O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito.

Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho NÃO DEVERÃO ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da Revista Saúde. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

ATENÇÃO

Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1975 e revisada em 1983). A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".

Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-Não a obras derivadas 3.0 Unported License) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição, uso não-comercial, vedada a criação de obras derivadas.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar seu trabalho.

O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto à participação, o que lhes garante liberdade para julgamento.

Envio da declaração das políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema peer-view, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são

apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final, ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer.

Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos.

Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados online para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 20 (vinte) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

Tipos de trabalhos aceitos para publicação e critérios adotados para seleção

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. O conteúdo do manuscrito deve ser apresentado da seguinte forma:

INTRODUÇÃO deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo.

METODOLOGIA: indicar os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, os quais devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa. Deve também referir que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS: As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÃO. É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

Artigos de revisão: a Revista Saúde (Santa Maria) temporariamente não está aceitando artigos de revisão.

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite de 2 páginas.

Cartas ao editor: correspondência dirigida ao editor sobre manuscrito publicado na Revista no último ano ou relato de pesquisas ou achados significativos para a área da Saúde ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 1 página no total.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Arial 12 , espaçamento 1,5, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

QUANTO À REDAÇÃO: os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa do singular “meu estudo...”, ou da primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração.

O título do artigo e resumo com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; seção primária com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; e seção secundária em minúsculas e sublinhado. Ex.: Título; Resumo; Abstract; Resultados (seção

primária);Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras e apresentá-lo nas versões que contemplem dois idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título) e/ou Inglês (Title), sendo necessário apenas uma das línguas estrangeiras.

Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada somente na última versão do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Resumo: conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract). Devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve conter objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo.

Descritores: abaixo do resumo incluir 2 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords. Usar: Descritores, Descriptors.

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso.

Exemplos:

Pesquisas evidenciam que... 1-4

Autores referem que... 1,4,5

“[...] quando impossibilitado de se autocuidar”. 5:27

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. As

intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Referências: A Rev Saúde (Sta Maria) adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas ? Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> . Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al”.

Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Os trabalhos poderão ainda conter:

Ilustrações: poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da Revista Saúde UFSM inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser enviadas na forma de Documento Suplementar em formato GIF ou JPG

Tabelas: devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em

tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

Símbolos, abreviaturas e siglas: Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

Utilizar itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site www.ccn.ibict.br/busca.jsf.

Artigos de periódicos

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>).

Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1 Artigo Padrão

Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(2):252-9.

2 Com mais de seis autores

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RL P, Scatena LM, Palha PF et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta paul. enferm. 2010 ; 23(1): 131-135.

3 Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 Múltiplas instituições como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologiya*. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 Sem indicação de autoria

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*. 2005;101(11):34-7.

7 Volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

8 Fascículo com suplemento

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35 Suppl:7-12.

9 Volume em parte

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol*. 2008;211 Pt 23:3764.

10 Fascículo em parte

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

11 Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999;(43):55-9.

12 Sem volume e sem fascículo

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

13 Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

14 Artigo com indicação de subtítulo

Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul. Enferm.* 2010;23(1):73-79.

15 Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

16 Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

17 Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007; 16(15):915.

18 Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):163.

19 Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

20 Artigo provido de DOI

Barra DC C, Dal Sasso G T M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2010 Jul 01];19(1): 54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.

21 Artigo no prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J Bras Pneumol. No prelo 2009.

Livros e outras monografias

1 Indivíduo como autor

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17^a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

Waldow, VR. Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

2 Organizador, editor, coordenador como autor

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3^a ed. São Paulo: Ícone; 2005.

3 Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

4 Capítulo de livro

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.361-5. 209-22

5 Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

6 Livro com indicação de série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

7 Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

8 Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

9 Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p. Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

10 Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

11 Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

12 Dicionários e obras de referência similares

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

13 Trabalho apresentado em evento

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

14 Dissertação e Tese

Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino. Fortaleza: [s.n.], 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2006.

Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2007. 178 p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2007.

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação

Profissional de Nível Técnico [online].1999 [acesso 2006 Mar 26]. Disponível em:
<http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens].Available from:
<http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Condições para submissão

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

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)

URLs para as referências foram informadas quando necessário.

O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares. As figuras serão enviadas também na forma de documento suplementar. O arquivo* referente aos metadados (link abaixo) foi devidamente preenchido.

Metadados autores

*Acesse o link e salve o arquivo modelo, para tanto vá em 'Arquivo/Fazer download como/Microsoft Word 97-2003'. O arquivo preenchido deve ser submetido, juntamente com as imagens, no Passo 4: Transferência de documentos suplementares.

Declaração de Direito Autoral

A Declaração de Direito Autoral e os itens a serem observados podem ser visualizados no seguinte link:

<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/seculoxxi/information/sampleCopyrightWording>

Política de Privacidade

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