



## Certificação Academia Brasileira de Audiologia



### Academia Brasileira de Audiologia

Rua Itapeva, 202 - conj. 61 - CEP 01332-000 - São Paulo - SP

Telefone: (11) 3253-8711

E-mail: [aba@audiologiabrasil.org.br](mailto:aba@audiologiabrasil.org.br)



**EDITAL nº 007/2024**

## **Certificação de Fonoaudiólogo Certificado na área de Saúde Auditiva Materno-Infantil**

A Academia Brasileira de Audiologia torna público, por meio do presente edital, o processo de inscrição para o Programa de Certificação ABA na área de **Saúde Auditiva Materno-Infantil** para a categoria **Fonoaudiólogo Certificado**.

A Academia Brasileira de Audiologia, em suas atribuições legais, elaborou um sistema de Certificação voluntária, no qual o Fonoaudiólogo ou o Serviço obterá um certificado de competência clínica em uma área específica da Audiologia. A adesão decorre de ação espontânea e o Fonoaudiólogo deverá estar registrado no Conselho Regional de Fonoaudiologia da região que atua (Anexo A).

O Sistema de Certificação para o Fonoaudiólogo considerará o conhecimento adquirido, por meio da frequente participação em cursos e/ou atividades educacionais e das aptidões obtidas em sua experiência de trabalho e/ou formação prática conforme a lista de critérios para pontuação e aceite dos cursos na análise de currículos (Anexo B).

A categoria **Fonoaudiólogo Certificado** destina-se àqueles profissionais que possuem pelo menos **05 anos** de experiência clínica na área de **Saúde Auditiva Materno-Infantil**, com atuação comprovada na área da certificação deste edital.



### **1) Para candidatar-se à Categoria Fonoaudiólogo Certificado**

O fonoaudiólogo deverá passar por um processo de avaliação curricular, preenchendo critérios de elegibilidade estabelecidos pela ABA.

### **2) Critérios de elegibilidade**

Os candidatos deverão preencher os seguintes critérios de elegibilidade:

- 2.1 Ter curso de graduação em Fonoaudiologia;
- 2.2 Ter registro ativo no Conselho Regional de Fonoaudiologia
- 2.3 Ter pós-graduação (lato ou stricto sensu) com trabalho de conclusão na área de Audiologia;
- 2.4 Ter no mínimo **05 anos** de experiência profissional comprovada em **Saúde Auditiva Materno-Infantil**

### **3) Processo de inscrição**

3.1. Os candidatos deverão preencher o formulário específico de solicitação da certificação de Fonoaudiólogo Certificado e enviar documentação comprobatória dos critérios de elegibilidade, exclusivamente por meio eletrônico, disponível no endereço [www.audiologiabrasil.org.br](http://www.audiologiabrasil.org.br).

3.2. Não serão aceitas propostas submetidas por qualquer outro meio ou fora do prazo determinado por esse edital.

3.3. Somente serão analisados os processos que apresentarem documentação completa (Anexo A).

3.4. Caso o candidato não cumpra as regras estabelecidas no processo de inscrição, o processo será indeferido e não haverá devolução da taxa de pagamento da inscrição.

#### 4) Período de inscrição

As inscrições para candidatar-se ao Programa de Certificação ABA nessa área e categoria serão realizadas por meio do site da ABA após a publicação do edital

#### 5) Período da análise da documentação pela Comissão de Certificação:

DATA	ATIVIDADE	LOCAL	COMPETÊNCIA
01/2024	Publicação do edital.	Site da ABA	ABA
Fluxo contínuo	Inscrições dos candidatos	Site da ABA	ABA
Em até 30 dias (verificar <i>check list</i> )	Verificação da documentação para habilitação do processo de certificação.		Comissão de Ensino e Pesquisa
Em até 30 dias depois da verificação da documentação	Análise dos documentos		Comissão de Ensino e Pesquisa
Em até 30 dias após análise dos documentos	Análise do material clínico enviado (2). Discussão do Caso Clínico apresentado pela Comissão de Certificação (3)		Comissão de Certificação (1)
Em até 30 dias após a conclusão das etapas anteriores	Publicação dos resultados	Site da ABA	ABA

(1) Os membros da Comissão de Certificação serão escolhidos pela diretoria da ABA, de maneira a assegurar representação adequada, composta por um representante da diretoria em exercício da ABA, dois membros da Comissão de Ensino e Pesquisa da ABA e dois membros externos, fonoaudiólogos, com experiência comprovada na área do edital. Esta Comissão será constituída após



a etapa de verificação e análise da documentação enviada para a habilitação do processo de certificação.

- (2) Para que o material clínico enviado possa ser analisado pela Comissão de Certificação (item 4.1 do ANEXO B), o candidato deverá atingir a pontuação mínima exigida em cada item dos critérios de elegibilidade anteriores (até o item 3 do ANEXO B).
- (3) Para o candidato realizar esta etapa (item 4.2 do ANEXO B), o candidato deverá atingir a pontuação mínima exigida em cada item dos critérios de elegibilidade anteriores (até o item 3 do ANEXO B).

## 6) Investimento

	<b>Sócio</b>	<b>Não Sócio</b>
<b>Inscrição</b>	R\$ 200,00	R\$ 350,00
<b>Certificação</b>	R\$ 300,00	R\$ 550,00

## 7) Resultado

O candidato receberá um comunicado da ABA com o resultado da análise.

A Lista dos Fonoaudiólogos Certificados será publicada no site da ABA.

## 8) Validade da Certificação

A certificação terá validade de 5 (cinco) anos. As normas para a revalidação da certificação encontram-se descritas no edital de Revalidação da Certificação disponível no site da ABA

Dúvidas sobre o processo de certificação podem ser esclarecidas via e-mail

[abacertificacao@audiologiabrasil.org.br](mailto:abacertificacao@audiologiabrasil.org.br)



## ANEXO A

### **Lista de documentos exigidos para inscrição na Categoria Fonoaudiólogo Certificado**

A documentação descrita abaixo deverá ser encaminhada para a Academia Brasileira de Audiologia no endereço eletrônico [www.audiologiabrasil.org.br](http://www.audiologiabrasil.org.br) (certificação ABA) no ato da inscrição. Somente serão analisados os processos que apresentarem documentação completa.

#### **Relação:**

- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do CRFa;
- *Curriculum Vitae*;
- Cópia do Diploma de Graduação (frente e verso);
- Cópia(s) do(s) Certificado(s) de Curso(s) de Pós-graduação (frente e verso);
- Documentação comprobatória dos cursos de curta e longa duração (frente e verso) realizados segundo o anexo B. Na documentação deve constar a carga horária das atividades realizadas;
- Comprovação de experiência profissional de pelo menos **05 anos** em **Saúde Auditiva Materno-Infantil** que especifique carga horária, função e tempo de atuação (anexo C).
- Declaração constando a veracidade das informações apresentadas (anexo D), devidamente assinada
- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (anexo E)
- Termo de Autorização e compromisso para uso de informações (anexo F)



- Termo de Autorização do Uso de Imagem, Voz e Apresentação (anexo G ou anexo H)
- Termo de Autorização de Uso de Nome (anexo I)
- Carta de recomendação – Declaração de atuação prático-profissional (anexo J). O candidato deverá submeter duas cartas de recomendação.

\*As cópias originais devem estar disponíveis para a comprovação caso a comissão julgue necessário.

## ANEXO B

**Critérios para análise dos critérios de elegibilidade.**

**É obrigatório o candidato apresentar a pontuação mínima exigida em cada uma das QUATRO áreas de análise (mínimo total: 100 pontos).**

<b>Critérios de Elegibilidade</b>	<b>Tempo</b>	<b>Pontos (mínimo)</b>	<b>Pontos (máximo)</b>
<b>1. Experiência profissional na área</b>		10	40
<p>Pontuação mínima 10 pontos (5 anos de experiência)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após a pontuação mínima, a cada ano completo de experiência na área do edital é acrescido um ponto (pontuação máxima de 40 pontos)</li> </ul>	Mínimo 5 anos		
<b>2. Educação continuada na área</b>		10	15
<p>Minicursos, Oficinas e Cursos de atualização e/ou capacitação na área de <b>Saúde Auditiva Materno-Infantil</b> promovidos por instituições de ensino reconhecidas pelo MEC e/ou eventos de entidades científicas nacionais e/ou internacionais (congressos, jornadas, encontros etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carga mínima obrigatória de 20 horas realizadas nos últimos 5 anos, (correspondente ao mínimo de 10 pontos):</li> <li>• Pontuação de carga horária mínima para validar os certificados (forma de participação ouvinte/participante): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 horas (1 ponto) para cursos teóricos (presencial ou à distância)</li> <li>○ 1 hora (1 ponto) para cursos práticos</li> <li>○ 1 hora (1 ponto) para cursos teóricos ou práticos ministrados pela ABA e/ou SBFA na modalidade presencial ou à distância</li> </ul> </li> <li>• Pontuação de carga horária mínima para validar os certificados (forma de</li> </ul>			



<p>participação palestrante / apresentador / moderador):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 horas (2 pontos) para cursos teóricos (presencial ou à distância)</li> <li>○ 1 hora (2 pontos) para cursos práticos</li> <li>○ 1 hora (2 pontos) para cursos teóricos ou práticos organizados pela ABA e/ou SBFA na modalidade presencial ou à distância.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Eventos promovidos por entidades científicas nacionais e internacionais da audiolgia e áreas afins a ser analisado e validado pela Comissão <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 ponto para cada evento da área da audiolgia promovidos por entidades científicas nacionais e/ou internacionais (congressos, jornadas, encontros etc. (modalidade presencial ou à distância).</li> </ul> </li> </ul>			
<b>3. Cursos de pós-graduação</b>		20	275
Aperfeiçoamento/aprimoramento na área da certificação (carga horária mínima de 180 horas)		20	
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com TCC na área da certificação, ou programa de Residência em Fonoaudiologia com TCC na área da certificação.			35
Especialização ou pós-graduação na área da certificação (carga horária mínima de 360 horas) (Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007)			40
Título de Especialista em Audiologia ou Linguagem: com registro no Conselho Federal de Fonoaudiologia de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007.			30
Mestrado em áreas afins à da certificação: Reconhecido pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, fundamentado nos resultados da avaliação realizada pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –			45

CAPES e homologado pelo Ministro de Estado da Educação.			
Doutorado em áreas afins à da certificação: Reconhecido pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, fundamentado nos resultados da avaliação realizada pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e homologado pelo Ministro de Estado da Educação.			50
Pós-Doutorado em áreas afins à da certificação: Reconhecido pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, fundamentado nos resultados da avaliação realizada pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e homologado pelo Ministro de Estado da Educação.			55
<b>4. Apresentação e Discussão de casos clínicos</b>		60	90
<p>4.1 Apresentação e discussão de dois casos clínicos que contemplem os itens obrigatórios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Termo de Compromisso de Utilização de Dados (anexo E)</li> <li>• Termo de Autorização e compromisso para uso de informações (anexo F)</li> <li>• Termo de Autorização do Uso de Imagem, Voz e Apresentação (anexo G ou anexo H)</li> <li>• Descrever detalhadamente a atuação e acompanhamento de dois casos clínicos (obrigatoriamente um neonato de berçário comum/alojamento conjunto e outro de berçário de risco UTI) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O documento deve descrever a sua atuação e justificar as tomadas de decisão, desde a discussão dos critérios para a realização da triagem auditiva, o diagnóstico audiológico, o acompanhamento e monitoramento da criança até a indicação para reabilitação, com análise dos resultados e estratégias utilizadas.</li> <li>○ A avaliação será realizada por meio de <i>checklist</i> elaborado pela Comissão de Certificação*.</li> </ul> </li> </ul>		30	45

<p>* os critérios de pontuação serão elaborados com base em: conhecimentos técnicos específicos, domínio do tema, raciocínio lógico na argumentação, capacidade de síntese, uso adequado da língua portuguesa, respeito ao limite de tempo.</p> <p>Se a Comissão achar necessário poderá realizar arguição com o candidato sobre o caso enviado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para ser aprovado nesta etapa o candidato deverá atingir, pelo menos, a pontuação mínima neste item (30 pontos).</li> </ul>			
<p><b>4.2 Discussão de um caso clínico proposto pela Comissão de Certificação referente a <b>área de Saúde Auditiva Materno-Infantil (1)</b></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O caso será proposto pela Comissão de Certificação. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A avaliação será realizada por meio de <i>checklist</i> elaborado pela Comissão de Certificação, contendo os critérios de pontuação*.</li> </ul> </li> </ul> <p>* os critérios de pontuação serão elaborados com base em: conhecimentos técnicos específicos, domínio do tema, raciocínio clínico na argumentação, capacidade de síntese, uso adequado da língua portuguesa, respeito ao limite de tempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para ser aprovado nesta etapa o candidato deverá atingir, pelo menos, a pontuação mínima neste item (30 pontos).</li> </ul>		30	45

**(1)** Para a discussão do caso clínico (item 4.2) a Comissão agendará uma sessão remota na qual o caso será apresentado ao candidato e este terá até 30 minutos para refletir sobre as informações recebidas. Após este período dar-se-á início ao processo de arguição. Cada membro da Comissão poderá fazer uso de até 15 minutos para arguir o candidato e este terá igual período para responder aos questionamentos.



## ANEXO C

### DECLARAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

DECLARO, sob as penas da Lei, para fim de comprovação de experiência na função/emprego, exigida no Processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia para aquisição da denominação de **Fonoaudiólogo Certificado na área de Saúde Auditiva Materno-Infantil** que o Sr.(a) (NOME COMPLETO) RG nº \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ conta até a data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com o seguinte tempo de serviço no emprego/função abaixo discriminado:

DENOMINAÇÃO/descrição (EMPREGO/FUNÇÃO), PERÍODO TEMPO:  
FUNÇÃO/EMPREGO: \_\_\_\_\_  
CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_  
PERÍODO: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

DENOMINAÇÃO/descrição (EMPREGO/FUNÇÃO), PERÍODO TEMPO:  
FUNÇÃO/EMPREGO: \_\_\_\_\_  
CARGA HORÁRIA SEMANAL: \_\_\_\_\_  
PERÍODO: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local e data

Assinatura, função e carimbo da autoridade responsável



## ANEXO D

### DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, (NOME COMPLETO), CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos apresentados, para o Processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia, são verdadeiros e conferem com os seus originais.

Local e data

Assinatura



## ANEXO E

### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, (NOME COMPLETO), CPF nº \_\_\_\_\_, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no (NOME DO BANCO DE DADOS DE ACESSO RESTRITO), a fim de obtenção de certificação para **Fonoaudiólogo Certificado na área de Saúde Auditiva Materno-Infantil**.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/prontuários/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos (DESCREVER DETALHADAMENTE QUAIS SÃO OS DADOS E INFORMAÇÕES QUE SERÃO COLETADOS NOS PRONTUÁRIOS).

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de guarda, cuidado e utilização das informações e não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas no processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia.

Local e data

Assinatura



## ANEXO F

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO PARA USO DE INFORMAÇÕES

Eu, (NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL DOS DOCUMENTOS/DADOS/PRONTUÁRIOS), ocupante do cargo de (DESCRIÇÃO DO CARGO) na instituição (NOME DA INSTITUIÇÃO), após ter tomado conhecimento da inscrição de (NOME COMPLETO, CPF nº \_\_\_\_\_) no processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia, que tem como objetivo certificação para **Fonoaudiólogo Certificado na área de Saúde Auditiva Materno-Infantil** e, para tanto, necessita coletar as seguintes informações dos prontuários dos pacientes selecionados para esse fim. AUTORIZO o fonoaudiólogo supracitado a ter acesso às informações dos pacientes desta instituição para o referido propósito.

Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para o processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia; e o profissional se compromete a preservar as informações constantes nos prontuários, garantindo o sigilo e a privacidade dos pacientes.

Local e data

Assinatura, função e carimbo da autoridade responsável



## ANEXO G

### **TERMO DE AUTORIZAÇÃO USO DE IMAGEM, VOZ E APRESENTAÇÃO** **(paciente maior de idade)**

Eu, (NOME COMPLETO E CPF) autorizo, para todos os fins em direito admitidos, a utilização da minha imagem e voz constantes em fotos, gravações e filmagens, assim como autorizo a apresentação das minhas informações de prontuário, sendo que a referência ao meu nome, que constitui um direito moral, deverá ser respeitada sempre.

A autorização neste termo especificada é gratuita e as imagens, voz e informações de prontuário serão apresentadas únicas e exclusivamente no processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem e voz.

Local e data

Assinatura





## ANEXO H

### **TERMO DE AUTORIZAÇÃO USO DE IMAGEM, VOZ E APRESENTAÇÃO** **(paciente menor de idade)**

Eu, (NOME COMPLETO E CPF), representante legal de (NOME COMPLETO E CPF), AUTORIZO, para todos os fins em direito admitidos, a utilização da imagem e voz (DO/DA MEU/MINHA FILHO/FILHA) constantes em fotos, gravações e filmagens, assim como autorizo a apresentação das suas informações de prontuário, sendo que a referência ao seu nome, que constitui um direito moral, deverá ser respeitada sempre.

A autorização neste termo especificada é gratuita e as imagens, voz e informações de prontuário serão apresentadas únicas e exclusivamente no processo de Certificação da Academia Brasileira de Audiologia. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à sua imagem e voz.

Local e data

Assinatura



## ANEXO I

### **TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO NOME**

#### **(candidato a certificação)**

Eu, (NOME COMPLETO E CPF), AUTORIZO, para todos os fins em direito admitidos, a divulgação do meu nome pela Academia Brasileira de Audiologia como **Fonoaudiólogo Certificado na área de Saúde Auditiva Materno-Infantil.**

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso acima mencionado em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à divulgação do meu nome ou a qualquer outro.

Local e data

Assinatura



## ANEXO J

### DECLARAÇÃO DE ATUAÇÃO PRÁTICO-PROFISSIONAL

Declaro, para fins de qualificar o candidato para obtenção da Certificação:  
(preencher com a certificação pretendida)  
\_\_\_\_\_, que (nome do candidato)  
\_\_\_\_\_ é fonoaudiólogo(a) que  
atua na área de \_\_\_\_\_, realizando  
(descrever as atividades que o profissional realiza na área da certificação)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ desde (inserir o ano) \_\_\_\_\_.

Afirmo estar ciente da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, o(a) candidato(a) por mim qualificado(a) terá sua solicitação de certificação impugnada.

Local e data

Assinatura e carimbo do profissional responsável pela declaração

#### Dados do declarante

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

Profissão: \_\_\_\_\_

Número do Registro do Conselho: \_\_\_\_\_