



Universidade Federal do Ceará
Campus de Sobral
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família

LOISE ELENA ZANIN

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA
FONOAUDIOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ZONA URBANA DE SOBRAL-CE**

SOBRAL – CE
2014

LOISE ELENA ZANIN

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA
FONOAUDIOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ZONA URBANA DE SOBRAL-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr.^a Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque

SOBRAL

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- Z35a Zanin, Loise Elena.
Avaliação da qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na estratégia de Saúde da Família na zona urbana de Sobral-Ce. / Loise Elena Zanin. – 2014.
154 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2014.
Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Profa. Dra. Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Assistência à saúde. 3. Distúrbios da fala I. Título.

CDD 616.855

LOISE ELENA ZANIN

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA
FONOAUDIOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA
URBANA DE SOBRAL-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da
Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral como requisito para obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família

DATA DA APROVAÇÃO: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora IZABELE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE
Universidade Federal do Ceará – UFC

Professora Doutora RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Professora Doutora MARISTELA INÊS OSAWA VASCONCELOS
Universidade Federal do Ceará – UFC

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo

Ao meu marido Daniel Hardy Melo que
esteve sempre presente apoiando-me
nas conquistas diárias e incentivando-
me a batalhar para alcançar meus ideais.

Obrigada por acreditar fielmente no
meu potencial.

AMO VOCÊ!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo equilíbrio, paciência, saúde e força para superar os obstáculos que apareceram nesta caminhada; por me fazer acreditar no meu potencial.

À minha orientadora, **Professora Dra. Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque**, pelo seu apoio, confiança e por me facultar a oportunidade de vencer mais uma etapa em minha carreira, a minha gratidão eterna.

Ao meu filho **Murilo Zanin Melo** que sempre esteve ao meu lado e é a minha razão de viver.

Aos meus queridos pais **Luis Carlos Zanin** e **Leonice Lauriano Zanin**, agradeço pela minha formação pessoal e por ensinarem os verdadeiros valores. Meus eternos amores!

À minha amada irmã **Ligia Maria Zanin Veloso de Castro** pelo constante apoio e amizade.

À minha cunhada **Aline Hardy Melo** pelas horas da minha ausência em que você cuidou com tanto amor do meu filho.

Aos Prof. Dr. **Geison Vasconcelo Lira** e Prof^ª Dr^ª **Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas** pelos ensinamentos e constantes estímulos para evolução de meu conhecimento.

À Prof^ª Dr^ª **Maristela Inês Osawa Vasconcelos** pela contribuição inestimável ao andamento deste trabalho.

À Prof^ª Dr^ª **Raimunda Magalhães da Silva**, por aceitar participar da banca examinadora e também pelas contribuições para o maior aperfeiçoamento deste estudo.

Aos fonoaudiólogos da Residência Multiprofissional **Edine, Joara, Miqueline, Efigênnia, Hanniele, Elisangela, Rafaela, Danilo, Valdelane, Juliana, Carolina, Suzana** em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da família Visconde Sabóia pelo apoio na construção deste trabalho

À **Lorena Veiga** por me auxiliar na organização do trabalho

Aos fonoaudiólogos **Danilo, Edine, Juliana e Elisângela** pelas contribuições para o desenvolvimento desse estudo

Aos funcionários da **Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**, que me forneceram os dados do **SIREMU** e me auxiliaram nas pesquisas bibliográficas.

À todos os participantes da pesquisa: gerentes, trabalhadores e usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família de Sobral.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

ZANIN, LOISE ELENA. **Avaliação da qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família na zona urbana de Sobral-CE.** 2014. 210f. Dissertação (Mestrado em Saúde da família) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral.

RESUMO

OBJETIVO: A avaliação da qualidade ganha destaque na reorganização dos serviços prestados na Estratégia de Saúde da Família. Em Sobral, Ceará, a inserção da fonoaudiologia neste cenário é algo incipiente o que leva a uma falta de limitação das concepções acerca de seu objeto de estudo e da amplitude de seu campo de atuação na ESF, isto nos levou a questionar a qualidade da atenção fonoaudiológica. **MÉTODO:** Nos propomos, neste estudo avaliar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela Fonoaudiologia na ESF na zona urbana de Sobral-CE, a partir do referencial de Avedis Donabedian. Os atores sociais da pesquisa foram os 12 fonoaudiólogos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Sobral, Ceará, 5 equipes de saúde das Unidades Básicas de saúde que trabalharam com os fonoaudiólogos e 27 usuários dos serviços de saúde que foram atendidos pelos fonoaudiólogos, que aceitaram participar da pesquisa a partir da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações foram coletadas durante o ano de 2013, a partir de entrevistas e grupo focal. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin. **RESULTADOS:** Nos resultados, a avaliação da estrutura evidenciou como pontos negativos a falta de materiais, o número restrito de fonoaudiólogos atuando junto às comunidades e falta de profissionais capacitados para atuar neste nível da atenção à saúde, e como positivo a capacitação dos profissionais através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia; A avaliação do processo apresentou como fatores facilitadores da atuação fonoaudiológica na ESF o diálogo, o processo de territorialização e os resultados positivos das suas ações. Já o fator mais limitante foi a sua inserção neste palco de atuação pois encontrou desafios quanto a adequação dos fonoaudiólogos ao modelo estabelecido pelo SUS, quanto a falta de organização e de plano de ação da categoria. Durante a avaliação do processo ficou evidente que o fonoaudiólogo está desenvolvendo no território um papel somente na perspectiva do seu núcleo, com atividades clínicas voltadas para suas especialidades. Quanto a avaliação do resultado, os usuários apresentaram satisfação em relação com o rápido acesso ao serviço fonoaudiológico, com a construção de vínculos entre a comunidade e fonoaudiólogos, com o esclarecimento das suas dúvidas pelo profissional e satisfação quanto ao atendimento fonoaudiológico. Entretanto, os usuários pontuaram o encaminhamento para atendimentos especializados como a principal ação desenvolvida pelo fonoaudiólogo na ESF. Essa situação, sinalizou uma baixa resolubilidade da fonoaudiologia na assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família. **CONCLUSÃO:** Por fim, apesar das limitações inerentes a uma avaliação da qualidade, os atores sociais da pesquisa reconheceram mais dificuldades do que potencialidades no trabalho do fonoaudiólogo indicando uma qualidade da assistência à saúde fonoaudiológica deficiente. Este estudo contribuiu para análise e reorganização das práticas fonoaudiológicas utilizadas atualmente na ESF na prestação de seus serviços, tendo os aspectos aqui identificados como norteadores de ações de melhoria.

Descritores: Fonoaudiologia; Estratégia de saúde da Família; Avaliação da Qualidade

ZANIN, LOISE ELENA. **Assessment of quality of care delivered by Speech Therapy in primary care in Sobral-CE.** 2014. 210f (Dissertation) – Federal University of Ceará, PostGraduate Family Health Program, Sobral.

ABSTRACT

OBJECTIVE:The quality assessment is emphasized in the reorganization of services in primary care. In Sobral, the insertion of Speech Therapy in this scenario is somewhat new which leads to a lack of limitation of conceptions of the object, of study and range of its field in the, this led us to question the quality of Speech Therapy care. **METHODS:** In this study, we propose to evaluate the quality of health care from the Avedis Donabedian benchmark. The social actors of the research were 12 speech therapist who worked in Sobral, 05 health teams from primary care who worked with speech therapist and 27 users of health services that were seen by speech therapist, who agreed to participate from the use of Statement of Informed Consent. During the year 2013, data were collected based on interviews and focus group. Data were analyzed by content analysis of Bardin. **RESULTS:** In the results, the evaluation of the structure reveals how negative the lack of material points, the restricted number of speech therapist working with communities and lack of trained to work at this level of health care professionals, and how positive the training of professionals through the Multidisciplinary Residency Program; Process evaluation presented as factors that facilitate speech therapy in primary care dialogue, the process of territorialization and the positive results of their actions. The most limiting factor was its inclusion as challenges encountered as the adequacy of the model established by speech therapist healthcare service and the lack of organization and action plan category. During the review process, it became evident that speech therapy is developing a role only in the territory in view of its nucleus, with clinical activities for their specialties. As a result of the evaluation, users were satisfied to in connection with rapid access to speech therapy services, as building links between the community and speech therapy, with clarifying their doubts by professional and satisfaction with the speech therapy. However, users scored referral to specialized care as the main action developed by speech therapy in primary care. **CONCLUSION:** This situation signaled a low solvability of speech therapist in assisting in primary care. Finally, despite the limitations inherent in a quality assessment, the social actors recognized research more difficult than the work of the potential speech pathologists indicating a quality health care speech impaired. This study contributed to analysis and reorganization of speech therapy

Keywords: Speech Therapy; Family Health Strategy; Quality Assessment

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. ESTRUTURA - Distribuição das subcategorias rerepectivas aos atores sociais.....	61
QUADRO 2. PROCESSO - Distribuição das subcategorias rerepectivas aos atores sociais.....	62
QUADRO 3. RESULTADO - Distribuição das subcategorias rerepectivas aos a atores sociais.....	63
QUADRO 4. – Sistema de Informação da Residência Multiprofissional – SIREMU referente ao período de 01/2013 a 04/2014.....	64

LISTAS DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
SIREMU	Sistema de Informação da Residência Multiprofissional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1 História da Fonoaudiologia	21
3.2 Avaliação em Saúde	24
3.3 Artigo - Revista Cefac	34
4. METODOLOGIA	
4.1 Caracterização do Estudo	51
4.2 Cenário da Pesquisa	52
4.3 Participantes da Pesquisa	53
4.4 Procedimentos da Coleta de Dados	55
4.5 Aspectos Éticos	57
4.6 Procedimento da Análise de Dados	57
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS.....	60
5.1 Estrutura.....	66
5.2 Processo.....	72
5.3 Resultado.....	97
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
8. REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	125
ANEXOS	165

1. INTRODUÇÃO

O interesse inicial pelo tema escolhido decorre da reflexão que fiz sobre minha trajetória como fonoaudióloga na Estratégia de Saúde da Família (ESF), despertando em mim o interesse em estudar a qualidade da assistência fonoaudiológica na atenção básica.

Trajetória iniciada no ano de 2006, ano no qual me mudei para cidade de Sobral-CE, quando entrei em contato com a atenção básica, o que avivou a minha vontade de conhecer e atuar nesta área. No ano de 2008, tive a oportunidade de começar a trabalhar na ESF e, no ano de 2010, fui preceptora da categoria de Fonoaudiologia da Residência Multiprofissional da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

Durante essa minha atuação, encontrei grandes dificuldades para enxergar o meu trabalho, como fonoaudióloga, dentro da Atenção Primária a Saúde (APS) e para inserir meus conhecimentos, de forma diferente do modelo convencional, com enfoque direcionado à doença e à cura, ao tratamento e aos cuidados de problemas específicos. Tais dificuldades também foram referidas por outros fonoaudiólogos da residência, sendo que a própria equipe multiprofissional não compreendia o nosso fazer dentro deste contexto.

Foram muitos desafios e inquietações despertadas durante a minha caminhada na ESF, fruto da minha imaturidade, das lacunas da minha graduação, da dificuldade de compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, de aprender a trabalhar interdisciplinarmente. Contudo, nesta época consegui vivenciar a recriação do meu trabalho na fonoaudiologia, que me levou a trocas de experiências e aprofundamentos teóricos, propiciando-me o desenvolvimento de um olhar holístico, enxergando novas competências que se demonstraram muito importantes para minha atuação como fonoaudióloga até os dias de hoje.

Refletindo sobre essas dificuldades, passei a questionar as práticas dos fonoaudiólogos da cidade de Sobral na ESF e o envolvimento dessa categoria com as equipes de saúde e usuários, surgindo o seguinte questionamento: Qual a qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Sobral-CE?

A partir dessa inquietação, procurei, por meio do mestrado, estudar e aprofundar a análise acerca desse questionamento, com a finalidade de contribuir para o avanço na produção de conhecimento sobre a fonoaudiologia na ESF, permitindo a melhoria da qualidade do serviço fonoaudiológico na Atenção Primária à Saúde da cidade de Sobral-CE.

Sabe-se que no Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção. Essa estruturação visa melhor programação e planejamento das ações e serviços de saúde, tendo como prioridade, para todos os municípios, a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, utilizando práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas para as populações de territórios bem delimitados. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2009).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Caracterizada como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, deve permitir, entre outros, o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 1997). Ela integra categorias profissionais, objetivando enfrentar com mais resolubilidade os problemas detectados (HENRIQUE, 2006).

A equipe mínima que compõe a ESF conta com um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e odontólogo. Pode integrar a ESF outros profissionais que o gestor local julgar necessários para melhorar a resolutividade.

A Fonoaudiologia é a ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana no que se refere ao seu desenvolvimento, aperfeiçoamento, distúrbios e diferenças, em relação aos aspectos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na função cognitiva, na linguagem oral e escrita, na fala, fluência, na voz, nas funções orofaciais e na deglutição (CFFa, 2007).

Essa categoria profissional se torna uma peça importante na equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois é um profissional capacitado para trabalhar com as alterações da comunicação da comunidade. A comunicação humana tem um papel significativo na manutenção da saúde e qualidade de vida do ser humano. Ela é condição primordial para a inserção do homem na sociedade, permeando todas as relações, propiciando a participação social, aprendizagem e contribuindo para a integridade emocional. Para isso, necessitamos da integridade de vários sistemas biológicos, mentais e psicológicos que nos permitem perceber, processar e produzir informações por meio de um sistema linguístico ou não (FERNANDES; CINTRA, 2010). Portanto, a habilidade e a efetividade da comunicação passam a ser relevantes nos conceitos de saúde e nas mudanças das políticas públicas (WERTZNER, 1997; ANDRADE, 2000).

A fonoaudiologia é uma das mais novas na área da saúde, seus cursos de graduação foram criados no Brasil no início da década de 60, cuja regulamentação só ocorreu em 1981, com a Lei 6.965/81 e o Decreto-Lei 8.7218/82 (CFFa, 2005).

O currículo antigo foi gestado na perspectiva de uma orientação profissional fortemente centrada na vocação clínico-terapêutica. A formação enfocava, principalmente, práticas voltadas para a atenção à doença ou aos distúrbios de comunicação, privilegiando a reabilitação clínica individual em detrimento de ações preventivas ou de maior alcance.

A complexidade do processo saúde/doença na fonoaudiologia era reduzida à realização de testes e exames e à verificação da sintomatologia, para classificação dos indivíduos como doentes ou saudáveis, e a ação terapêutica era voltada para neutralização dos sinais e sintomas observados (PENTEADO; SERVILHA, 2004). Estudos como de Eskelsen e Freitas (2008) descrevem que, até a década de 90, a maior parte dos fonoaudiólogos graduava-se sem saber o que era uma unidade básica de saúde, sem ter noções mínimas sobre epidemiologia ou sobre o sistema em que iriam atuar.

Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994 e sua consolidação como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi possível ampliar a universalização do acesso à saúde, gerando a necessidade de mudanças e consolidando um novo modelo de atenção a saúde baseado nos princípios do SUS (COSTA et al., 2012).

Considerando a importância do tema para a categoria, o Conselho Regional de Fonoaudiologia, com o apoio do Comitê de Saúde Pública da SBFa, promoveu, em 2002, um fórum com o objetivo de elaborar um documento, de forma participativa, que definiu uma “Proposta de Inclusão da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família” (CRFa 2, 2002).

De acordo com Cavaleiro (2009), o documento definiu objetivo, diretrizes e atribuições do profissional neste programa, tais como: atuar em equipe, no levantamento da situação de saúde geral da comunidade e buscar soluções dos problemas encontrados, potencializando a resolutividade das ações; inserir dados relativos à comunicação humana no cadastro da população; identificar prevalência das alterações da comunicação humana; assegurar o acesso progressivo das famílias atendidas pela ESF às ações de promoção, proteção da saúde, bem como tratamento e reabilitação dos agravos da comunicação humana; desenvolver instrumentos para avaliação do impacto das ações em consonância com as diretrizes da ESF; realizar visitas domiciliares, conhecendo os variados determinantes que possam gerar agravos à saúde geral e da comunicação humana; atuar em equipamentos educacionais e sociais da região, entre outras .

Nesse momento, o fonoaudiólogo se depara com a possibilidade de não apenas atuar no nível do seu núcleo, mas ir além das ações centradas na clínica individual, restrita ao consultório ou ao espaço da pessoa que demanda os seus serviços (COSTA et al., 2013). Assim, na ESF a inserção do fonoaudiólogo conduz à uma prática desenvolvida tanto na perspectiva de núcleo, quanto de campo.

À luz de conceitos elaborados por Campos (2000), sobre núcleo e campo em Saúde Coletiva, quando o fonoaudiólogo desenvolve sua prática dos pontos de vista clínico e individual, atua na perspectiva de núcleo. Por outro lado, a realização de ações pautadas na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade diz respeito à sua prática ampliada, na perspectiva de campo. Nesse sentido, enquanto o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e práticas, o campo seria um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina buscaria outros apoios para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Assim, houve a necessidade de formar profissionais da área da saúde que atuassem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Por isso, em fevereiro de 2002 o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior aprovaram as novas diretrizes curriculares do curso de graduação em Fonoaudiologia, substituindo o antigo currículo, representando um importante movimento para a inserção de mudanças no processo de formação dos fonoaudiólogos, quando então as universidades serão capazes de formar profissionais generalistas, aptos para desenvolverem ações voltadas para a assistência humanizada (GARCIA et al., 2009).

Com isso, podemos observar que o olhar para atenção básica é um dos mais recentes no percurso histórico da Fonoaudiologia brasileira, encontrando-se em processo de conquista de suas especificidades, da (re)construção de sua identidade (ALGODOAL, 2002).

Garcia et al (2009) afirmam que, apesar da transformação nas diretrizes curriculares da graduação de Fonoaudiologia, o processo de mudança ainda está acontecendo de forma muito lenta, não acompanhando a rápida transformação nos demais cursos da saúde e as necessidades das redes de serviços.

Sendo assim, a inserção da Fonoaudiologia na ESF é algo incipiente e ocorreu timidamente, devido à falta de profissionais com formação voltada para Atenção Básica. Isto determinou uma limitação sobre as concepções acerca de seu objeto de estudo e da amplitude de seu campo de atuação (MOREIRA, 2006). Além disso, a atuação desse profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) também é marcada pela necessidade de investimento em conhecimento científico que fundamentem o crescimento da Fonoaudiologia voltada para uma visão preventiva e coletiva (MOREIRA; MOTA, 2009).

Como a formação acadêmica do fonoaudiólogo pouco tem contribuído para o desenvolvimento de competências e habilidade para a atuação na ESF, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) têm sido uma oportunidade de construir saberes e práticas do trabalho em equipe requerido na ESF (COSTA et al., 2012). A RMSF vem permitindo a ressignificação de concepções e a criação de metodologias de intervenção no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Por intermédio de atuação interdisciplinar com as demais categorias inseridas na Residência e com a equipe básica dos Centros de Saúde da Família, formam-se profissionais capacitados para desenvolver o trabalho na área e oferecer um serviço de qualidade (MEDEIROS et al., 2009).

Sobral, município do interior do Ceará, com 190 mil habitantes, possui a RMSF pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. A RMSF nasceu no ano de 1999, tendo a sua primeira turma 64 residentes, entre médicos e enfermeiros, que já atuavam na ESF. Seu objetivo é a qualificação, sendo o trabalho visto como princípio e fim orientador dos processos de formação (MARTINS JUNIOR et al., 2008). A categoria de Fonoaudiologia passou a fazer parte na quarta turma no ano de 2003.

Em Sobral-CE, as equipes de saúde da família contam com a parceria da RMSF e Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) para desenvolver as ações de saúde no território. O NASF foi instituindo pelo Ministério da Saúde em 2008 para um maior fortalecimento da

Atenção Básica, cujo objetivo é o de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, os quais não se constituem como porta de entrada ao sistema, atuando de forma integrada (BRASIL, 2008). A equipe do NASF deve atuar em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), oferecendo apoio matricial, dando suporte técnico-pedagógico e, em casos necessários, realizando atuações específicas (ALMEIDA; REIS, 2009).

De acordo com a Portaria nº 154, O NASF é dividido em três modalidades: NASF 1 e NASF 2, e a composição de cada uma delas deverá ser definida pelos gestores municipais a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2011). O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) , deve estar vinculado a 08 ou a 20 Equipes Saúde da Família. O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a, no mínimo, 03 Equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008). O NASF 3 foi criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2 para possibilitar a universalização dessas equipes destas equipes para todos os municípios do Brasil que possuem ESF e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas independente do populacional do município e dos números de ESFs (LIMA et al., 2013).

Podemos observar que a Fonoaudiologia pode integrar tanto o NASF 1, 2 e 3. Para Fernandes et al (2012), a inserção do fonoaudiólogo torna-se indispensável nesse processo, diante do empenho do Ministério da Saúde, no que refere à implantação do NASF, da inclusão de novas profissões na Atenção Primária com a proposta de trazer avanços para o Sistema de Saúde.

A cidade de Sobral possui 6 equipes do NASF 1 desde 2009, sendo que nas equipes não consta a presença do profissional fonoaudiólogo. Assim, no município, a atuação fonoaudiológica na atenção básica ocorre apenas pelos fonoaudiólogos que estão em processo de formação na RMSF.

Com isso, podemos observar que, apesar do processo de formação dos fonoaudiólogos na RMSF da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), esses profissionais não são absorvidos na Atenção Básica do sistema de saúde do município de Sobral, assim, os egressos dessa categoria são captados por outros cenários de atuação. Tal dificuldade de integração na Atenção Básica determina uma deficiência na participação do fonoaudiólogo nas áreas promoção da saúde, prevenção e saúde coletiva.

Essas problemáticas salientam a necessidade de a Fonoaudiologia se orientar no campo e núcleo de sua categoria na Atenção Básica. Faz-se relevante que ela acompanhe as mudanças teórico-metodológicas do campo da Saúde Pública/Coletiva e, pautando-se por elas, participe do processo de implantação de uma política de saúde nacional, definindo seu papel e lugar junto à promoção da saúde da população de maneira reflexiva, consciente, responsável e atuante (PENTEADO; SERVILHA, 2004).

E, por ser uma ciência recente, carece de estudos que possam produzir conhecimentos técnicos e científicos capazes de expandir seu domínio de atuação em Saúde Pública (MENDES, 1999). Infelizmente, as pesquisas no campo da Atenção Básica ainda são escassas, principalmente quando comparadas à produção por áreas específicas da Fonoaudiologia. Por esse motivo, avanços nesta área são de extrema importância para fortalecer essa categoria baseada em evidências, comprovando o grande valor das suas ações na ESF.

Para Moreira e Mota (2009), estudos são necessários para um levantamento do que está sendo feito em termos de promoção, prevenção e tratamento dos distúrbios da comunicação. São de grande valia pesquisas que identifiquem as habilidades exercidas pelos fonoaudiólogos na assistência da ESF, a relação que esta categoria estabelece com a equipe multidisciplinar, com a gestão e com os usuários das unidades básicas de saúde, assim como o grau de satisfação dos usuários em relação às ações promovidas. Enfim, estudos capazes de revelar a qualidade com que este serviço está sendo desenvolvido pelos fonoaudiólogos na ESF.

Bosi et al (2010) declaram que, diante do acelerado processo de crescimento da ESF, emerge a necessidade da implementação de processos avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia.

Assim, considerando as questões históricas, as lacunas na graduação promovem uma formação ainda insuficiente para atuação na Atenção Básica, a falta de limitação das concepções acerca de seu objeto de estudo e da amplitude de seu campo de atuação na ESF e

a limitada produção de conhecimento acerca dos processos nos leva a questionar como está sendo a qualidade da atenção fonoaudiológica na Estratégia de Saúde da Família. Por isso, a questão de pesquisa norteadora da nosso estudo foi: Qual a qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Sobral-CE? Pretendeu-se, pois, analisar como essa questão era vislumbrada pelos fonoaudiólogos que já atuaram na ESF na cidade de Sobral, pela Equipe de Saúde da Família e usuários.

O modelo teórico de avaliação da qualidade adotado para este estudo foi de Avedis Donabedian, observando a relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela Fonoaudiologia na ESF na zona urbana de Sobral-CE, a partir do referencial de Avedis Donabedian

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.Descrever a estrutura do serviço/ações da Fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família;
- 2.Verificar o processo de trabalho do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família;
3. Analisar o resultado em relação à assistência prestada pelos fonoaudiólogos, como forma de identificar as principais necessidades da população no território de abrangência.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História da Fonoaudiologia

A história da Fonoaudiologia, assim como a de todas as profissões da área da saúde, teve início na medicina que, por muitos anos, centralizou todo o serviço de saúde no médico. Todavia, com o passar dos anos e o aumento de conhecimento, foram se especializando em áreas distintas e com isso foram sendo criados novos profissionais em saúde. (LIMA, 1999)

Em diferentes períodos da história da humanidade os distúrbios da comunicação foram identificados e descritos. Goulart e colaboradores (1984) descrevem que uma das mais antigas referências escrita sobre as alterações da linguagem foi por meio de um hieróglifo num papiro da Dinastia do Egito Médio, sendo em 2.000 a.C. traduzido por Champollion como “fala hesitante, caminhar hesitante com a língua”, referindo-se à gagueira. A bíblia também nos conta que Moisés possuía “lentidão na fala”.

Demóstenes foi o primeiro “patologista” da linguagem, um gago buscando curar-se em uma auto-terapia que ele mesmo criou. Foi fundador da oratória. Usou da retórica e da dialética no discurso linguístico (GOULART et al., 1984).

O patrono da medicina, Hipócrates, menciona as alterações da fala como condições gerais causadas por “preguiça e capricho” do locutor. Ele dizia que a palavra inteligente dependia do controle e movimento da língua da boca. Galeno, outro médico, via a gagueira como causada por defeito orgânico, atrofia e hipertrofia da língua ou do aparelho fonador. Já o filósofo Aristipede percebeu que a audição e a voz se relacionavam, afirmando que o surdo, por não ouvir a voz, não se expressava pela linguagem. A audição compreendia a sensação mais importante para o pensamento (GOULART et al., 1984).

Um marco para a Fonoaudiologia ocorreu em 1880, quando Marc Colombat de l'Isère - médico francês especializado em distúrbios específicos da voz e da fala - criou o termo ortofonia e o introduziu na primeira publicação que abordava temas como estudo da fonação, voz falada e cantada, gagueira e reeducação de surdos, o Tratado de Ortofonia (ARAÃO, 2011).

No Brasil, a história da Fonoaudiologia data de 1885, época do Império em que foi criado o Colégio Nacional destinado ao ensino dos deficientes auditivos (CFFA, 2005).

De acordo com Bacha e Osório (2004), no final do século XIX, devido ao processo migratório para as regiões de mais potencial e desenvolvimento industrial (como a cidade de

São Paulo), o início da Fonoaudiologia foi marcado por um discurso "higienizador", a favor de uma "patologização" das diferenças linguísticas, decorrente da idéia de "contaminação da Língua Nacional" provocada pelos movimentos imigratórios nacionais (nordestinos) e estrangeiros (italianos, árabes, japoneses, etc.).

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (2007) conta que neste período São Paulo vivia um processo de urbanização extremamente acelerado, resultante do declínio da cafeicultura, do final da escravidão e da intensificação das atividades industriais. Os aglomerados populacionais que estavam se formando eram constituídos por grupos de diferentes culturas, raças e línguas. Tal heterogeneidade cultural e, principalmente, linguística levava à concepção de existência de uma "patologia social" e de que a Língua Oficial poderia ser o principal instrumento de uniformização nacional.

A intenção preconizada na época era a erradicação das minorias linguísticas e os primeiros profissionais da Fonoaudiologia não fugiam à regra e defendiam um discurso higienizador (CFFA, 2007).

No início do século XX, mais precisamente em 1912, Dr. Augusto Linhares, um dos precursores da Fonoaudiologia no Brasil, dedicava-se ao estudo e pesquisa na área de reabilitação de voz e da fala, ministrando aula em cursos para professores (GOULART et al., 1984).

Como relata Figueiredo Neto (1998), a Fonoaudiologia tem sua origem nos anos trinta – fase de ideação do profissional – momento em que a preocupação da Medicina e da Educação com os desvios entre os escolares foi expressa por meio dos movimentos Saúde Escolar, Escola Nova e Nacionalismo, no desejo de defesa da língua pátria. O profissional era concebido como um professor especializado que deveria atuar na profilaxia e correção de erros na linguagem decorrentes de perturbações orgânicas e de variações dialetais.

O movimento de defesa e preservação da língua nacional também passou a indicar “impurezas”, “vícios” e “defeitos” no uso da língua, termos que carregavam conotação negativa, que discriminavam e estigmatizavam o indivíduo a partir de sua classe social. Da mesma forma que a educação, o uso correto da linguagem foi considerado forma de ascensão social, sendo que quaisquer desvios do padrão mostravam inferioridade social, determinando a classe à qual o indivíduo pertencia (FIGUEREDO NETO, 1998). Nesta época, os profissionais especializados em trabalhar com as alterações de linguagem e defeitos escolares atuavam nas escolas (GOULART et al., 1984).

Nas décadas de 40 e 50, inicia-se a atividade profissional propriamente dita, cuja formação estava ligada ao curso de Magistério. Desde então, tem tido estreita relação com as atividades pedagógicas dos professores, vinculando-se também à área médica em virtude de seu caráter reabilitador. As décadas de 40 e 50 marcaram, sobretudo, as iniciativas concretas de atuação do professor especializado. O professor indicado para a eliminação dos problemas recebia formação específica informal, apoiada na prática e na leitura de material estrangeiro, além de cursos que geralmente duravam três meses. Após a conclusão destes, passavam a ser chamados de terapeutas da palavra ou logopedistas (FIGUEREDO NETO, 1994).

Até a década de 60, muitas instituições, a maioria de caráter educacional, possuíam serviços de reeducação de linguagem, por exemplo: o Instituto Domingos Sávio (destinado ao trabalho educacional com crianças surdas) e as escolas especiais da Associação de Pais e Amigos do Excepcional - APAE, Instituto Pestalozzi, Escola Ulisses Pernambucano, além do Serviço de Educação Especial da Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco (CFFA, 2007).

Pela sua proximidade com a medicina, os títulos de ortofonista ou de audiologista dados aos professores que se especializavam, faziam com que tais profissionais fossem muito valorizados socialmente. O profissional era considerado técnico, mas passava de atuação exclusivamente educacional para o contexto clínico. Isso incentivou a criação do curso de Logopedia ou Terapia da Palavra, voltado para reabilitação. A denominação "fonoaudiólogo" só viria a ser utilizada na proximidade da implantação do curso de Fonoaudiologia (BERBERIAN, 1995).

A década de 60 marcou o início da institucionalização da Fonoaudiologia, com a vinda do Dr. Julio Bernaldo Quirós (Foniatra) para o Brasil. Sendo ele o pioneiro na construção da primeira "Escola Superior de Fonoaudiologia" na Argentina (AARÃO, 2011). No Brasil, contribuiu na construção dos primeiros cursos de Logopedia na Universidade de São Paulo (USP) e PUC-São Paulo.

Em 1960, no Brasil, foi criado o primeiro curso de Logopedia pelo Dr. Mauro Spinelli - especialista em Otorrinolaringologia e Foniatria - na Universidade de São Paulo, vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, seguindo os moldes da formação na Argentina, relacionado à demanda médica. E, em 1962, foi criado o segundo curso de Logopedia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ligado ao

Instituto de Psicologia, pelo Dr. Américo Morgante - especialista em Foniatria. Ambos os cursos tinham um ano de duração (MEIRA, 2011).

O crescimento do número de profissionais, em decorrência da institucionalização, gerou a necessidade da criação de órgãos de classe, o que resultou na fundação da Associação Brasileira de Fonoaudiologia, em 1962, a primeira entidade de classe no Brasil.

Meira (2011) descreve que, em 1979, as mobilizações dos profissionais se intensificaram em favor da regulamentação. Terapeutas da Palavra de várias partes do Brasil formaram a Comissão Nacional para a Regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo. Dois anos depois, em 1981, a Lei nº 6.965 foi aprovada no Congresso Nacional e também se instituía o CFFa, cuja tarefa inicial foi a de estabelecer critérios de reconhecimento do direito ao registro profissional para o Brasil.

As atividades do CFFa (Conselho Federal de Fonoaudiologia) iniciaram-se em 1983 e, no ano seguinte, foi aprovado o primeiro Código de Ética da Fonoaudiologia, determinando os direitos, deveres e responsabilidades do fonoaudiólogo (AARÃO et al, 2011).

No século XXI, finalmente a Fonoaudiologia brasileira entra para o mundo da ciência e do reconhecimento social, quando o Conselho Federal de Fonoaudiologia lança a primeira revista científica retratando o crescimento e o amadurecimento profissional dos fonoaudiólogos brasileiros (GOLDENBERG, 1998).

3.2. Avaliação em Saúde

Os seres humanos são detentores de vários saberes, alguns dominam mais as áreas da matemática, outros da antropologia, sociologia, astronomia, geociências, ciências biológicas, entre outras. Também não podemos esquecer os saberes populares que surgem da experiência – direta ou indireta – com a realidade do dia-a-dia e que é passado de geração em geração. E, a partir destas competências, é que o homem consegue julgar o que é bom ou ruim, normal ou anormal, para si mesmo, sua família, comunidade, enfim para sua sociedade. Este ato de julgar, ou seja, avaliar é inerente ao homem, então podemos dizer que a avaliação nasceu junto com a civilização.

A literatura mostra que no século XVIII, na Grã- Bretanha e França, começou a se ter a preocupação em avaliar sistematicamente as intervenções sociais (DUBOI et al, 2011).

O século XX foi o início das avaliações na área da saúde. Os Estados Unidos envolveram esforços para melhorar os hospitais e faculdades de medicina, a partir dos trabalhos de Flexner, Codman e do Colégio Americano de Cirurgiões (REIS et al., 1990).

Abraham Flexner, educador nos Estados Unidos, realizou um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e Canadá após visitar 155 escolas de medicina e, com base nas suas avaliações, publicou seu relatório (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). O relatório de Flexner, em 1910, atentava para a necessidade de controle do exercício profissional médico ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional (REIS et al., 1990). Este relatório foi a primeira avaliação voltada para o ensino na área da saúde.

Em 1916, Ernest Amory Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts, desenvolveu um trabalho denominado “End Results Systems” (Sistema de Resultados Finais), sendo este estudo publicado em seu livro intitulado “A Study in Hospital Efficiency” (Um Estudo sobre a Eficiência do Hospital), no qual monitorava e avaliava os resultados dos tratamentos e procedimentos cirúrgicos realizados no hospital, com objetivo de identificar intercorrências negativas nos processos e, a partir dessa identificação, propor melhorias para garantir a qualidade da assistência prestada (REIS et al., 1990) .

Codman foi um dos fundadores do Colégio Americano de Cirurgiões – CAC, que adota o “Sistema de Resultados Finais” como uma de suas premissas e objetivo, visando a melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos. Como desdobramento desse trabalho liderado pelo CAC, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados de “Minimum Standards” (Padrões Mínimos), sendo esses os primeiros padrões relacionados com processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, relacionados com um programa de padronização hospitalar (PORTEFIELD, 1976). Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais (REIS et al., 1990).

O Colégio Americano de Cirurgiões, em 1918, com a atenção voltada para evolução dos casos dos pacientes, criou o Programa de Hospital Padronizado do Colegiado Americano de Cirurgiões. Este programa foi responsável por desenvolver padrões de visita hospitalar, avaliação e reconhecimento do cumprimento das normas de acreditação de um programa continuado, vigorando até 1951 (PORTEFIELD, 1976).

No entanto, a avaliação se instituiu como uma prática e estratégia de governos no período após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Grande Guerra Mundial. Assim, o conceito de avaliação surge com a preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo no que se refere à limitação de recursos, pois os gastos com saúde começaram a crescer em consequência do grande desenvolvimento científico (LIMA; SILVA, 2011).

O período pós-guerra foi marcado pelo aumento dos custos e da complexidade da atenção médica, devido à incorporação de tecnologias e aos procedimentos médicos mais sofisticados. Somaram-se a esses aspectos a diminuição do crescimento econômico e da capacidade do Estado de financiamento dos serviços de saúde, tornando indispensável o controle de custos dos sistemas de saúde. Essas transformações impulsionaram o aumento expressivo de trabalhos e pesquisas sobre avaliação dos custos e da qualidade da assistência em saúde (HARTZ, 1997).

Os gestores começaram utilizar a avaliação como um mecanismo para acompanhar a implementação das políticas públicas e seus resultados para solucionar os problemas sociais. Assim, o governo poderia quantificar e qualificar o quão importante era essa política para a população e, conseqüentemente, saberia se valeria a pena continuar investindo financeiramente nela (LIMA; SILVA, 2011).

Desse modo, a avaliação consolidou-se como uma prática de intervenção política do Estado nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais, definindo-se também como um campo de conhecimento, com a busca de aportes científicos que lhe dessem sustentação e credibilidade (WORTHEN et al., 2004; FIGUEIRÓ et al., 2010).

A década de 50 foi o marco referencial para o desenvolvimento da avaliação dos serviços e programas de saúde. Sendo as primeiras investigações baseadas em métodos epidemiológicos para avaliar eficácia terapêutica e diagnóstica (SISSON, 2007). Nesta década, os países desenvolvidos começaram a reconhecer a necessidade da realização de estudos que tivessem como objeto a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Esta necessidade foi devido à expansão dos serviços de saúde de caráter privado, no qual a qualidade do serviço seria um atributo importante na sua valorização do mercado (NOVAES, 2000).

Na década de 60 começou a avaliação da qualidade tanto dos serviços privados, quanto dos públicos (NOVAES, 2000). A década de 70, Estados Unidos e Inglaterra, deram início às avaliações que investigavam a satisfação do usuário, como um atributo da qualidade

(TURIS, 2005). Na década de 80, a avaliação passa ser orientada pela teoria que desconsiderava os contextos políticos e organizacionais, nos quais se davam as intervenções sob exame (LIMA; SILVA, 2001). Na década de 90, houve expansão dos Programas de Qualidade e as avaliações passam a valorizar a satisfação do usuário (MENDES, 2003).

Guba e Lincoln, 1989, afirmam que a avaliação não surgiu de um momento para outro, mas sim, nasceu como resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução que envolve e interagem inúmeras influências. Eles dividiram esse processo histórico evolutivo da avaliação em quatro gerações.

A primeira geração, que se estabelece entre as décadas de 1910 a 1930, tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar o desempenho de escolares e de classificar crianças com problemas de retardamento mental (FIGUERÓ et al., 2010).

A segunda geração compreendeu as décadas de 1930 a 1960, foi centrada na descrição da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas. Essa geração teve início com o trabalho de Ralph W. Tyler no ano de 1946 (FIGUERÓ et al., 2010).

A terceira geração, que se estabelece entre os anos de 1967-1980, foi apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões. O autor responsável por trazer este olhar foi Stake no ano de 1968. Stake (1968) e Figueró et al (2010) afirmavam que os avaliadores, além de descreverem as atitudes, contextos e realizações, deveriam também julgar com bases em padrões externos para ajudar na tomada de decisão. A avaliação é um processo organizacional para melhorar as atividades que estão em andamento e para auxiliar a administração no planejamento, programação e decisões futuras.

A quarta geração começou a se manifestar no ano de 1980 até os dias de hoje. Guba e Lincoln em 1989 trazem a negociação como aspecto primordial no processo de avaliação, implicando o envolvimento das pessoas e/ou grupos em todas as fases do processo e em relação a todos os aspectos da avaliação. Conforme estes autores, para se chegar a uma ação, é necessário um processo de negociação que considere os valores de cada grupo de interesses e lhes propicie um motivo para agir. Eles defendem que a *“avaliação continua a ser um processo em evolução, tal como a própria sociedade a que se aplica.”*

Em relação aos conceitos de avaliação, Lima e Silva (2011) definem avaliação como uma área em que são utilizados vários conceitos. Por isso, Furtado (2001) acredita que essa

multiplicidade de conceitos indica a riqueza do campo da avaliação, mas, por outro lado, acarreta dificuldades à comunicação clara sobre o tema.

Para Worthen et al (2004), a avaliação pode ser conceituada como a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação, ou a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios. A avaliação usa métodos de pesquisa e julgamento, entre os quais: 1) determinação de padrões para julgar a qualidade e concluir se esses padrões devem ser relativos ou absolutos; 2) coleta de informações relevantes; 3) aplicação dos padrões para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância.

Segundo Stenzel et al (2004), avaliar é emitir juízo de valor sobre as qualidades, atributos ou propriedades de um objeto, uma ação, uma ideia, uma pessoa, entre outros.

Para Tanaka e Melo (2004), a avaliação deve ser realizada pautada em critérios previamente definidos, nos quais irá expor um valor a partir de um julgamento. Segundo os autores, é identificada uma situação específica reconhecida como problema e, utilizando-se de instrumentos e de referências, emite-se um juízo de valor. Por isso, a avaliação também compreende uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas.

Segundo Brasil (2003), definiu-se avaliação da seguinte forma: um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático, cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece, ela não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais, ela se constitui em um processo de negociação entre os sujeitos.

Na definição proposta por Contandriopoulos et al. (1997), avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Os autores destacam que esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Para Sylver, (1992), a avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas também a planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões.

Aguilar e Ander-Egg (1994, p.31) definem a avaliação da seguinte forma: “A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida;

destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informações, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões.”

Quanto aos objetivos da avaliação, Contandriopoulos et al (1997) definem que avaliação possui cinco objetivos:

1. Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção - objetivo estratégico;
2. Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer - objetivo formativo;
3. Determinar efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida ou interrompida – objetivo somativo;
4. Utilizar os processos de avaliação para transformar uma situação problemática – objetivo transformador;
5. Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica - objetivo fundamental.

Ensinam Worthen et al (2004) que o objetivo básico da avaliação é produzir julgamentos do valor do que está sendo avaliado, sendo que esses julgamentos podem ter diferentes usos.

Para Colussi (2010) o objetivo da avaliação será determinado somente a partir das particularidades do objeto que está sendo avaliado e do contexto em que está inserido o processo da avaliação.

Nos dias de hoje, a qualidade se tornou um dos objetos da avaliação em saúde que está sendo considerada no mundo inteiro como algo que interfere nas nossas vidas e na vida das organizações de modo positivo.

A qualidade tem sido objeto de estudo ao longo dos tempos, sendo que os primeiros esforços para medi-la tiveram a sua origem no setor dos produtos e envolviam sobretudo o cumprimento de requisitos e especificações técnicas.

A partir da segunda metade do século passado estão sendo desenvolvidos modelos e propostas práticas de gestão da qualidade. Os principais teóricos que desenvolveram linhas de pensamento sobre a gestão da qualidade foram: W Edwards Deming, J.M. Juran, Crosby, Feigenbaum, Ishicawa, Avedis Donabedian e Donald Berwick (ROCHA, 2006; BRANCO, 2008).

W Edwards Deming, teórico da qualidade responsável pelo treinamento de gerentes japonês no controle estatístico da qualidade na década de 50, demonstrou que 54% dos casos dos erros dos processos são de responsabilidade do gestor. Tornou-se uma referência na área

da qualidade devido à divulgação do ciclo de melhoria “PDCA”, Plan (planejar), Do (implementar), Check (controlar) e Act (melhorar) (ROCHA, 2006; BRANCO, 2008 p.208).

J.M. Juran, ainda nos anos 50, foi responsável pela mudança de paradigma da qualidade, no qual o foco deixou de ser o controle estatístico da produção e passou a ser considerado como uma ferramenta de administração, levando ao estabelecimento do denominado “qualidade total”. Ele desenvolveu a “triologia de Juran” que compreende três processos: planejamento, controle e melhoria. Para Juran, qualidade significava adequar o produto ao seu uso para atender as necessidades do cliente. (ROCHA, 2006 p.37; BRANCO, 2008).

Crosby aprofundou o conhecimento de qualidade da gestão, trazendo o conceito de “defeito zero” e “fazer bem à primeira vez”.(ROCHA, 2006 p.40; BRANCO, 2008 p.206).

Feigenbaum é conhecido pela criação dos conceitos de controle da qualidade total e custos da qualidade. Para ele, a qualidade deveria ser entendida como uma estratégia, um compromisso transversal a todos os colaboradores da organização e principalmente para os gestores (BRANCO, 2008) por ser uma tarefa de todos (ROCHA, 2006 p.18).

Ishicawa, químico japonês, acreditava que a qualidade poderia ser obtida por qualquer profissional treinado adequadamente. Criou o círculo de controle da qualidade e sete ferramentas que são instrumentos para monitorização dos processos de controle da qualidade. Também foi responsável pela criação do conceito do cliente interno (ROCHA, 2006).

Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual de avaliação da qualidade em saúde, a partir do conceito de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade (BRANCO, 2008).

Donald Berwick, pediatra americano, adaptou para a saúde os conceitos de qualidades utilizados na indústria. Fundamentou suas proposições no foco da qualidade do processo de trabalho e defendeu o pensamento do desenvolvimento científico e estatístico para a melhoria do processo com amplo envolvimento dos trabalhadores, evitando o alto custo do comprometimento da qualidade(BRANCO, 2008).

O que podemos observar é que, no início do século XX, os primeiros modelos adaptaram o que vinha sendo desenvolvido na indústria. Associações de médicos especialistas com foco nos resultados da assistência definiram padrões de qualidade que permitiram avaliar o processo assistencial, criticá-lo e propor melhorias em que o grande beneficiado foi e tem sido o paciente (MALIK; SHIEZARI, 1998).

Históricamente, a qualidade em saúde passa por três etapas. A primeira se iniciou nos Estados Unidos, século XX, momento em que houve o primeiro método para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos por meio de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico chamado de *Quality Assurance*, sendo Donabedian (1989) o pioneiro no estudo da qualidade na área de saúde (SERAPIONE, 2009). Assim, o debate sobre qualidade em saúde se referia apenas à qualidade técnica, o que se manteve até metade dos anos 80. No final dessa década, houve a preocupação de reduzir a qualidade apenas à essa dimensão, isso favoreceu o desenvolvimento da segunda etapa da qualidade (SERAPIONE, 2009).

A segunda etapa apresentou sua ênfase no cliente e, ao mesmo tempo, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes, o que têm legitimado o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação (SERAPIONE, 2009).

No começo dos anos 90 se iniciou a terceira fase da avaliação da qualidade em saúde. Nessa fase, a visão do paciente é considerada essencial junto à perspectiva técnica e à organizacional (SERAPIONE, 2009).

Para Serapione (2009), nos últimos anos a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado. Nas últimas duas décadas, principalmente no Brasil, as avaliações sistêmicas dos serviços de saúde, realizadas por meio de organismos certificadores, consolidaram-se nesta área, tanto no setor público, quanto no privado.

Serapione (2009) cita algumas razões que contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade: a) a não adequada segurança dos sistemas de saúde; b) a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; c) a insatisfação dos utentes; d) o acesso desigual aos serviços de saúde; e) as longas listas de espera; f) o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia.

Além disso, Serapione (2009) afirma que há “*constatação da alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais – seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas –, assim como a variabilidade dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, tem representado um importante estímulo para introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde*”, que são indicadores da necessidade de estratégias que garantam a qualidade da atenção.

Para essa pesquisa, foi adotado o referencial teórico de Avedis Donabedian que pertence à segunda geração das avaliações, em que observa a relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado, uma vez que a complementaridade desses três elementos fortalece o processo avaliativo, com maior possibilidade de serem estabelecidos nexos causais.

Para o momento que a categoria está vivendo na Atenção Básica, esse referencial teórico é um dos mais apropriados para nos fornecer resultados da assistência e principalmente para saber se estamos adotando uma prática adequada ao resultado que a ciência e a tecnologia nos possibilitam alcançar.

Avedis Donabedian, um médico pediatra de origem Armênia, cuja carreira consolidou-se na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, foi um dos primeiros pesquisadores de Avaliação em Serviços de Saúde. Considerado um dos autores mais importante sobre o tema de avaliação em saúde, seus trabalhos nessa área iniciaram na década de 60, mas sua notoriedade veio tão-somente nos anos 80.

Serapione (2009) afirma que foi a partir dos estudos de Donabedian que a *Quality Assurance* (garantia de qualidade) da atenção à saúde se desenvolve conceitual e metodologicamente e se difundiu em muitos países do mundo. Para Donabedian (1985), qualidade é definida como “o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes”

Serapione e Silva (2011, p.316) trazem no texto a concepção de qualidade definida por Donabedian em 1990: “*De cultura a cultura...mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção*”.

Os estudos de qualidade são ordinariamente preocupados com, pelo menos, um de três objetos: (1) o cuidado real fornecida por uma determinada categoria de prestadores de cuidados, (2) o cuidado real recebido por um grupo específico de pessoas e (3) a capacidade de um grupo especificado de provedores para prestar cuidados (DANABEDIAN, 1966).

Donabedian propôs a avaliação do cuidado médico a partir de duas vertentes. A primeira vertente, proposta década de 80, baseia-se no modelo sistêmico que observa a relação entre os componentes da estrutura, processo e resultado. A segunda vertente, descrita na década de 1990, define qualidade a partir dos seguintes atributos do cuidado médico: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade (FRIAS et al., 2010).

No presente estudo utilizou-se a primeira vertente que se baseia no modelo sistêmico. Nesta linha, Donabedian (2003) descreve os enfoques que devem ser considerados numa avaliação da qualidade dos serviços de saúde, afirmando que independentemente da amplitude da definição de qualidade, existe um tripé de componentes para avaliá-la, que é composto por estrutura, processo e resultados.

Segundo Novais (2000), o referencial teórico de Donabedian é muito utilizado nas avaliações que dizem respeito à atenção médica, que implicam geralmente a utilização de variáveis estruturais, de processo e de resultado, ao estabelecer relações de causalidade. No entanto, o seu referencial teórico também tem sido utilizado para outros profissionais, modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas diversas. Sendo a tríade estrutura-processo-resultado uma forma para apreciação da qualidade dos serviços de saúde (SERAPIONE, 2009).

O termo estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui também financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada (DONABEDIAN, 2003). Esta abordagem oferece a vantagem de tratar, em grande parte, com material concreto e informação acessível, mas, por outro lado, é difícil quantificar a influência ou contribuição exata do segmento da estrutura na qualidade final da assistência prestada; todavia, é possível falar em termos de tendências – estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade (DONABEDIAN, 2003).

O termo processo corresponde a todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo (DONABEDIAN, 2003).

Neste segmento, Donabedian (2003) também inclui aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde-paciente, ou seja, incluem-se tudo o que diz respeito ao tratamento propriamente dito e ao momento em que ele está sendo executado. Destarte, neste rol também se inclui o que os pacientes fazem por si mesmos. O processo se refere às atividades, aos bens e aos serviços que são prestados e como são (FRIAS et al., 2010).

Avaliação do processo é o indicador mais direto para análise da qualidade da assistência prestada, enquanto que os resultados são indicadores de qualidade, de forma indireta, dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo (Donabedian, 2003).

O termo resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 2003). O resultado supõe

uma troca no estado de saúde, para o bem ou para o mal, que pode ser atribuída à assistência. Os resultados também incluem outras características da assistência, por exemplo, conhecimento sobre a enfermidade, trocas na conduta pessoal que conduzem à saúde e à satisfação do paciente (XIMENES et al., 2008).

Para Donabedian (2003), a satisfação do paciente se constitui em um elemento particularmente importante por três motivos: (1) a satisfação é um aspecto de bem-estar que a atenção pretende promover, (2) a satisfação do paciente contribui para que ele tenha motivação para uma participação mais efetiva, (3) a satisfação e o descontentamento constituem os juízos do paciente sobre a qualidade da atenção recebida e de seus resultados. Donabedian (1966) descreve que os resultados, em geral, continuam a ser os validadores finais da eficácia e da qualidade dos cuidados.

Colussi (2010, p.51) coloca uma definição estabelecida por Donabedian, em que define o critério da eficácia como “capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.”

O resultado depende muito da forma como ocorre o processo, pois é das relações e atividades desenvolvidas entre profissionais e pacientes que se obtêm o resultado da assistência, das quais se retiram as bases para a valoração da qualidade (DONABEDIAN, 2003).

Este modelo de tríade de avaliação em saúde vem sofrendo diversas críticas, mas para Aguilar e Ander-EGG (1994) o modelo sistêmico possui uma boa aceitabilidade porque é compatível com os programas e serviços de saúde que são organizados na lógica de recursos, organização, atividades, serviços e efeitos.

De acordo com Frias et al (2010), qualquer teoria apresenta limitações não conseguindo apreender toda complexidade dos aspectos relacionados com os serviços e programas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real.

3.3. Artigo - Revista Cefac

O artigo abaixo, foi enviado para Revista CEFAC que possui qualis B2 interdisciplinar.

Fonoaudiologia e Estratégia de Saúde da Família: O Estado da Questão

Speech Therapy and the Family Health Strategy: The State of the Question

LOISE ELENA ZANIN

IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE

RESUMO

A inserção da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é algo novo e estudos sobre este tema são escassos. À luz disto, o nosso objetivo foi de identificar, a partir da literatura nacional e internacional, o estado da questão sobre a atuação e inserção da fonoaudiologia na ESF. Para isso, foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para artigos publicados entre 1993 e 2013, estando em periódicos de acesso livre ou não. Além disso, foi realizado um levantamento sobre a produção científica regional por fonoaudiólogos que trabalhavam na ESF, na cidade de Sobral, Ceará. Ocorreu a primeira investigação, in loco, na biblioteca da Escola de Formação em Saúde da Família 'Visconde de Sabóia' e a segunda investigação foi conduzida por meio de levantamento bibliográfico da revista *Sanare*, no período 1999-2013, nos periódicos on-line, todas as edições da revista que foram analisadas, totalizando 22 edições. A partir do estudo, foi possível detectar que a deficiência na formação do fonoaudiólogo para o trabalho na ESF é um dos principais fatores limitantes para a inserção e atuação desses profissionais neste cenário; Também ficou evidente a falta de publicações científicas sobre o tema; São muitos desafios para a categoria de fonoaudiologia consolidar a sua atuação na Estratégia de saúde da Família, mas, apesar das fragilidades, o seu fazer no território promove um cuidado que propicia mais qualidade de vida e saúde a essas pessoas.

Descritores: Fonoaudiologia, Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde e saúde Pública

ABSTRACT

The insertion of speech therapy in the Family Health Strategy (FHS) is somewhat new and studies in this field are still scarce. In the light of this, our objective was to identify, from national and international literature, the state of the question on the insertion and performance

of speech therapy in FHS. For this purpose, we conducted a survey in the Virtual Health Library (VHL), for articles published between 1993 and 2013, being in free access periodicals or not. Also, we performed a regional survey on scientific production by speech therapists who worked in FHS in the city of Sobral, Ceará. The first investigation occurred, in loco, in the library at the Family Health Training School 'Visconde de Sabóia' and the second investigation was conducted by means of bibliographic survey of the SANARE journal, in the 1999-2013 period, in the online periodicals, with all the editions of the journal being analyzed, totaling 22 editions. From the study, it was possible to see that the deficiency in the training of the speech therapist for work in FHS is one of the main limiting factors for the insertion and performance of these professionals in this scenario; it was evident that few publications address the theme; the studies identified many challenges for the category of speech therapy in the consolidation of their work in FHS. Nevertheless, it was possible to acknowledge that the work of speech therapy, together with the community, promoted quality care which provided more quality of life and health for these people.

Keywords: Speech Therapy; Family Health Strategy; Primary Health Care; Public Health.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde¹. Ela integra categorias profissionais, objetivando enfrentar com mais resolubilidade os problemas detectados².

A Fonoaudiologia é a ciência que tem como objetivo de estudo a comunicação humana, no que se refere ao seu desenvolvimento, aperfeiçoamento, distúrbios e diferenças, em relação aos aspectos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na função cognitiva, na linguagem oral e escrita, na fala, fluência, na voz, nas funções orofaciais e na deglutição³.

Essa categoria se torna uma peça importante na equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois é um profissional capacitado para trabalhar com as alterações da comunicação da comunidade. A comunicação humana tem um papel significativo na manutenção da saúde e qualidade de vida do ser humano. Ela é condição primordial para a inserção do homem na sociedade, permeando todas as relações, propiciando a participação social, aprendizagem e contribuindo para a integridade emocional. Para isso, necessitamos da integridade de vários sistemas biológicos, mentais e psicológicos que nos permitem perceber,

processar e produzir informações por meio de um sistema linguístico ou não⁴. Portanto, a habilidade e a efetividade da comunicação passam a ser relevantes nos conceitos de saúde e nas mudanças das políticas públicas^{5,6}.

A fonoaudiologia é uma das mais novas na área da saúde. Os cursos de graduação foram criados no Brasil no início da década de 60. Até então, a profissão não era oficialmente regulamentada, o que só ocorreu em 1981, com a Lei 6965/81 e o decreto-lei 87218/82⁷.

O currículo antigo foi gestado na perspectiva de uma orientação profissional fortemente centrada na vocação clínico-terapêutica. A formação enfocava principalmente práticas voltadas para a atenção à doença ou para os distúrbios de comunicação e que privilegiavam a reabilitação clínica individual em detrimento de ações preventivas ou de maior alcance.

A complexidade do processo saúde/doença na fonoaudiologia era reduzida a realização de testes e exames e à verificação da sintomatologia, para classificação dos indivíduos como doentes ou saudáveis e a ação terapêutica era voltada para neutralização dos sinais e sintomas observados⁸. Estudos descrevem que até a década de 90, a maior parte dos fonoaudiólogos graduava-se sem saber o que era uma unidade básica de saúde, sem ter noções mínimas sobre epidemiologia ou sobre o sistema em que iriam atuar⁹.

Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994 e a sua consolidação como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi possível ampliar a universalização do acesso à saúde, gerando a necessidade de mudanças e consolidando um novo modelo de atenção a saúde baseado nos princípios do SUS¹⁰.

Considerando a importância do tema para a categoria, o Conselho Regional de Fonoaudiologia, com o apoio do Comitê de Saúde Pública da SBFa, promoveu, em 2002, um fórum com o objetivo de elaborar um documento, de forma participativa, que definiu uma “Proposta de Inclusão da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família”⁷.

Com isso, podemos observar que o olhar para atenção básica é um dos mais recentes no percurso histórico da Fonoaudiologia brasileira e encontra-se em processo de conquista de suas especificidades, da (re)construção de sua identidade¹¹.

Sendo assim, a inserção da Fonoaudiologia na ESF é algo incipiente e ocorreu timidamente, devido à falta de profissionais com formação voltada para atenção básica. Isto, promoveu uma limitação sobre as concepções acerca de seu objeto de estudo e da amplitude de seu campo de atuação¹².

Assim, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) surge neste cenário como uma oportunidade de construir saberes e práticas do trabalho em equipe requerido na ESF¹⁰.

Essa realidade é vivenciada em Sobral, município do interior do Ceará, que possui a RMSF pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, no qual a categoria da fonoaudiologia é contemplada neste processo de formação. Pesquisa identificou que a RMSF permite ao fonoaudiólogo uma atuação interdisciplinar com as demais categorias inseridas na Residência e com a equipe básica dos Centros de Saúde da Família, promovendo a formação de profissionais capacitados para desenvolver o trabalho na área da atenção primária e oferecendo um serviço de qualidade¹³.

Como a fonoaudiologia é uma ciência recente, carece de estudos que possam produzir conhecimentos técnicos e científicos capazes de expandir seu domínio de atuação em Saúde Pública¹⁴. Infelizmente, as pesquisas no campo da atenção básica ainda são escassas, principalmente quando comparadas com a produção por áreas específicas da Fonoaudiologia. Por esse motivo, avanços nesta área são de extrema importância para fortalecer essa categoria baseada em evidências, comprovando o grande valor das suas ações na ESF.

Em vista disto, o nosso objetivo foi identificar, a partir da literatura nacional e internacional, o estado da questão sobre inserção e atuação da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família. Para Nóbrega-Therrien e Therrien (2004, p. 7)¹⁵, “a finalidade do estado da questão é de levar o pesquisador a registrar, a partir de um rigoroso levantamento bibliográfico, como se encontra o tema ou o objeto de sua investigação no estado atual da ciência ao seu alcance”.

MÉTODO

Realizou-se uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), incluindo resumos/*abstracts* de artigos publicados nos últimos 20 anos (de 1993 a 2013), sendo ou não de periódicos de acesso livre. Foram utilizadas as seguintes associações de palavras-chave para a busca na base de dados: “fonoaudiologia e saúde Pública”, “Fonoaudiologia e Saúde da Família”, “fonoaudiologia e Estratégia de Saúde da Família” e “Fonoaudiologia e Atenção Primária a Saúde”. Não foram utilizados descritores em inglês, pois a BVS os inclui automaticamente, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O critério de inclusão adotado para a seleção dos materiais bibliográficos foi abordar a fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família. Foram excluídos estudos que tangenciaram a temática.

A partir dessas buscas, foram encontrados 124 dos quais foram selecionados para a análise posterior de textos completos os que atenderam aos critérios: a) inserção da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família e b) atuação da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família. Foram excluídos artigos a) que se repetiam nas buscas pelos descritores e b) artigos que não abordavam a fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da família. Desses, 21 artigos completos foram selecionados, sendo os instrumentos utilizados nos estudos apresentados nessa revisão. O fluxo de seleção de artigos pode ser visualizado na Figura 1

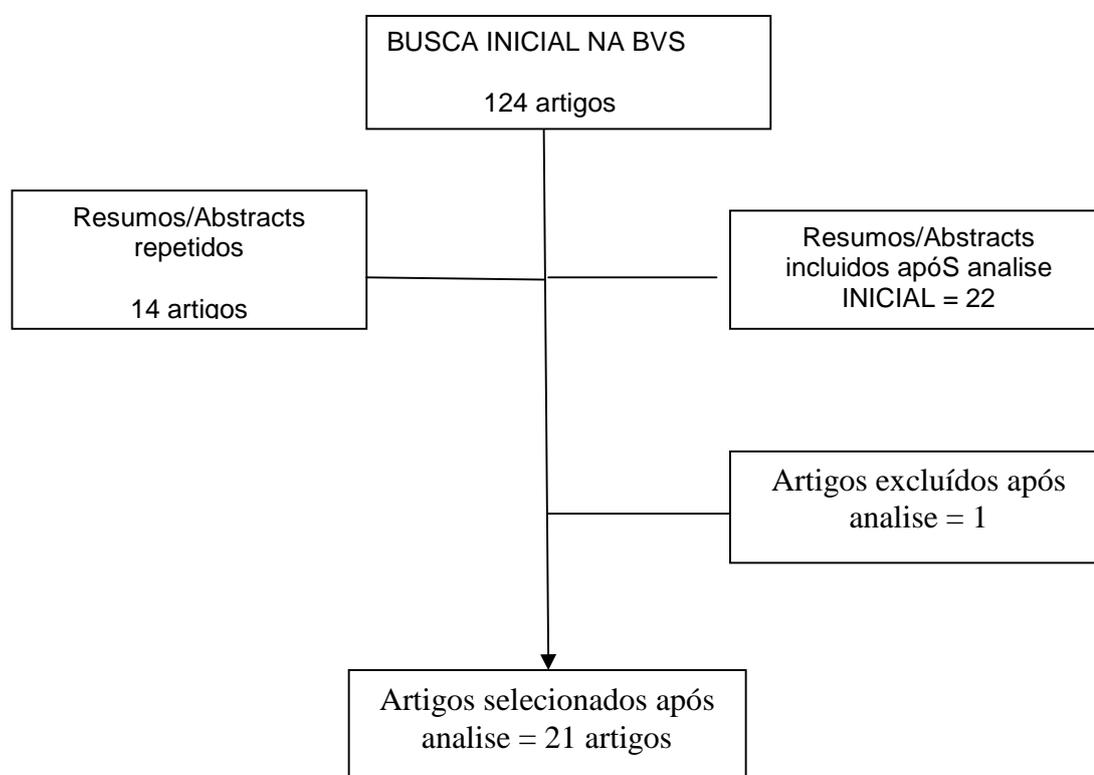


Figura 1- Fluxo de análise de resumos/abstracts e artigos completos selecionados nas bases de dados

Assim, organizou-se a análise das publicações a partir da distribuição de sua frequência. Para isso, foi construída uma planilha eletrônica com as seguintes informações extraídas dos artigos: (1) título do periódico, (2) nome do periódico, (3) ano da publicação do artigo, (4) região do país que foi realizada a pesquisa, (5) tipo de publicação, (6) tipo de artigo (empírico ou teórico) (7) metodologia empregada (8) assunto discutido (inserção ou atuação).

As frequências dos artigos foram calculadas segundo os itens da planilha descrita acima. Foi utilizado o programa Epi Info versão 7 para a construção da planilha eletrônica e para cálculo das médias e as frequências. A análise considerou o resultado descritivo das variáveis mensuradas, por meio de cálculo de frequências absolutas e relativas.

Também, foi realizada uma busca regional por produções científicas dos fonoaudiólogos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Sobral. A primeira investigação ocorreu, in loco, na biblioteca da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, no qual foram encontradas 7 monografias referentes ao trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

O levantamento bibliográfico da revista SANARE foi realizado no período de 1999 a 2013 nos periódicos on-line, sendo analisados todas as edições da revista, no total de 22 edições, sendo encontrado apenas dois artigos referentes a fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família.

REVISÃO DA LITERATURA.

Das publicações encontradas, 95,24% artigos e 4,76% editoriais. Os artigos encontrados 57,14% (12) artigos eram empíricos do tipo original e 42,86% (9) artigos teóricos. Dos artigos empíricos 58,33% (7) tinham metodologia quantitativa e 41,67% (5) qualitativos. Os anos que tiveram mais publicações foram 2013 (19,05%), 2012 (19,05%) e 2010 (19,05%). A região do país que mais produziu artigos na área foi a Sudeste com 47,62% (10) publicações, seguida da região nordeste 28,57% (6) e Sul 23,81% (5). Dos artigos encontrados 57,14% (12) foram sobre a atuação do fonoaudiólogo e 42,86% (9) sobre a inserção dessa categoria na ESF.

TABELA 1: Tabela contendo informações sobre os artigos selecionados na pesquisa na BVS

AUTORES	PERIÓDICO	TITULO DO ARTIGO	ANO
Costa L.S, Alcântara L.M., Alves R.S, Lopes A.M.C., Silva A.O, Duarte de Sá L.	CODAS	A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos	2013
Fernandes T. L., Nascimento C.M.B., Sousa F.O.S	Revista CEFAC	Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do nasf em municípios da região metropolitana do recife	2013
Botasso K.C., Cavalheiro M.T.P., Lima M.C.M.P.	Revista CEFAC	Avaliação de um programa de acompanhamento de lactentes sob a óptica da família	2013

Cesaro B.C., Gurgel L.G., Nunes G.P.C., Reppold C.T.	CODAS	Intervenções em linguagem infantil na atenção primária à saúde: revisão sistemática	2013
Santos J.N., Rodrigues A. L.V., Silva A.F.G., Matos E. F., Niara de Souza Jerônimo N. S., Teixeira L.C.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica	2012
Oliveira I. C., Rocha R.M., Cutolo L.R.A.	Revista Brasileira de Educação Médica	Algumas Palavras sobre o Nasf: Relatando uma Experiência Acadêmica	2012
Farias A.V.M., Vasconcelos M.C.R., Fontes L.B.C., Benevides S.D.	Revista CEFAC	Repercussões das estratégias de retirada dos hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do Programa de Saúde da Família em Olinda – PE	2012
Maia R.M., Silva M.A.M., Tavares P.M.B	Revista CEFAC	Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família	2012
Graner A.R. e Souza L.A.P	Revista Baiana de Saúde Pública	Fonoaudiologia e serviços de saúde no sistema único de saúde (sus): Análise da produção científica (1990-2005)	2011
Lemos M. e Bazzo L.M.F	Ciência e Saúde Coletiva	Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS	2010
Molini-Avejonas D.R., Mendes V.L.F., Amato C.A.H.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências	2010
Goulart B.N.G., Henckel C., Klering C.E., Martini M.	Revista CEFAC	Fonoaudiologia e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares	2010
Peixoto M.V.S., Siqueira C.G.A., Silva A.F., Cristiane M. Pedruzzi C.M., Santos A.A	Distúrbio da Comunicação	Caracterização da população assistida por um serviço de Fonoaudiologia em uma Unidade de Saúde	2010
Fernandes E.L. e Guedes Cintra L.G.	Revista Atenção Primária a Saúde	A inserção da fonoaudiologia na Estratégia da Saúde da Família: relato de caso	2010
Rocha E. F e Kretzer M.R.	Revista Tererapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006*	2009
Cavalheiro, M.T.P.	Revista CEFAC	Fonoaudiologia e saúde da família	2009
Moreira M.D e Mota H.B	Revista CEFAC	Os caminhos da fonoaudiologia no sistema único de saúde – sus	2009
Brites L.S., Souza A.P.R., Lessa A.H.	Revista CEFAC	Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa	2008
Lipay M.S. e Almeida E.C.	Revista de Ciências Médica	A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública	2007
Almeida E.C. e Furtado L.M.	Revista de Ciências Médica	Acolhimento em saúde pública: A contribuição do fonoaudiólogo	2006
Freire R.M.	Revista de Saúde Pública	Fonoaudiologia em saúde pública	1992

Já a pesquisa regional sobre fonoaudiologia e Estratégia de saúde da Família, 77,5% foram Trabalho de Conclusão de Curso e 22% artigos, sendo 89% (8) trabalhos empíricos. Desse trabalhos, 50% (4) tinham metodologia qualitativa, 37,5% (3) quantitativa e 12,5% (1) quanti-quali e 70% (6) foram trabalhos que abordaram a atuação do fonoaudiólogo na Estratégia de saúde da Família e 34%(3) abordaram a inserção.

TABELA 2: Tabela contendo informações sobre os textos selecionados na pesquisa regional na biblioteca da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia e revista

AUTORES	PERIÓDICOS	TÍTULO DO ARTIGO	ANO
Costa H. O., Chagas M.I.O Correia R. B., Dias M. S. A.Francisca Lopes de Souza F.L.S., Queiroz A.H.A.B	S.A.N.A.R.E	Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de Saúde frente aos problemas fonoaudiológicos Da população na atenção básica	2012
Costa H.O	TCC	Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de Saúde frente aos problemas fonoaudiológicos Da população na atenção básica	2012
Correia R.B.F.	TCC	Ações em saúde auditiva escolar no município de Sobral –CE: Percepções dos Fonoaudiólogos	2010
Maia R.M.	TCC	Promoção da saúde auditiva dos Recém Nascidos: atuação da fonoaudiologia na ESF	2010
Barbosa M.L.C.	TCC	Promoção da saúde vocal: Investigando as contribuições da fonoaudiologia junto ao grupo de dramistas no bairro Expectativa em Sobral-CE	2010
Medeiros E.A	TCC	Manifestações fonoaudiológicas em pessoas com AVC	2010
Medeiros E.A., Maia R.M., Cedro M.O., Barbosa M.L.C., Correia R.B.F., Tavares P.M.B., Araújo M.E.C	S.A.N.A.R.E	Inserção da fonoaudiologia na estratégia saúde da família: vivências em Sobral – CE	2009
Gomes E.D.P.	TCC	Presença da disфонia nos professores do ensino médio de Sobral-CE	2005
Torquato J.L.	TCC	Avaliação da saúde vocal dos professores da rede Municipal de Sobral	2005

Os artigos encontrados na BVS não só apresentaram reflexões sobre os pontos que dificultam a inserção do fonoaudiólogo na atenção básica, mas também ressaltam as transformações positivas da fonoaudiologia após sua inserção neste palco, assim como os êxitos alcançados junto a ESF. Os trabalhos encontrados na pesquisa local também tiveram como objetivo identificar manifestações fonoaudiológicas na população e/ou descrever o resultado da atuação do fonoaudiólogo nos territórios de Sobral, evidenciando a importância da presença desta categoria junto à equipe multiprofissional das Unidades Básicas de saúde.

Foi possível observar que o motivo mais recorrente de restrição do trabalho fonoaudiológico foi a deficiência na formação deste profissional para atuação na Atenção Básica. O fonoaudiólogo, ao se inserir na ESF, reflete o modelo clínico em que se formou, centrando sua atuação muitas vezes restrita ao paciente, favorecendo a concepção de doença enquanto fenômeno estritamente pessoal^{15, 16, 4,17, 18, 19, 20}.

Outro aspecto citado foi o número pequeno de fonoaudiólogos atuando na área da Atenção Básica²¹. Um dos motivos advém do preconceito do aluno causado por uma concepção “errônea” da atuação profissional neste campo, durante seu processo de formação¹⁹. Outro motivo é o conhecimento incipiente dos gestores a respeito da importância da fonoaudiologia na Atenção Básica, o que leva à uma pouca oferta de emprego neste cenário²⁰.

O fonoaudiólogo vinha encontrando poucas bases legais para atuar neste contexto, visto que ele ainda é reconhecido como um profissional, prioritariamente, da atenção especializada. Este fator foi elencado como limitante da inserção dessa categoria na ESF²². Pesquisadores apontam a dificuldade de integração com a equipe multidisciplinar, uma vez que a fonoaudiologia não está incorporada tradicionalmente nas equipes multidisciplinar e interdisciplinar de uma UBS, então muitos profissionais veem a necessidade do trabalho do fonoaudiólogo para o usuário, mas poucos vinculam a inserção deste serviço como contribuição e complementação do seu processo de trabalho⁴.

Alguns autores identificam a necessidade de os fonoaudiólogos esclarecerem para a equipe sobre as possibilidades da sua atuação na ESF com ações de promoção, prevenção e intervenção precoce, proporcionando melhora na saúde da comunicação⁴.

A alta demanda também foi sinalizada pelos autores como um fator que dificulta o fazer do fonoaudiólogo na ESF. Para reduzir a alta demanda é necessário adequar os serviços à realidade, contratar maior número de fonoaudiólogos preparados para lidar com a Saúde Pública e mais atenção do governo ao que se refere às políticas públicas em Fonoaudiologia²¹.

Encontramos pouca publicação científica na área que possa fundamentar a importância das ações fonoaudiológicas na ESF. Estudiosos acreditam que chegou o momento de se fazer um levantamento do que está sendo feito em termos de prevenção e tratamento dos distúrbios da comunicação²¹. A fonoaudiologia deve investir em pesquisas na área da Atenção Básica, pois acreditam que assim a visão preventiva e coletiva deficiente será superada²³. Para isso, pesquisas que delineiem o perfil dos usuários dos serviços de fonoaudiologia, considerando-se os aspectos socioeconômicos e as necessidades de saúde da população iriam favorecer ações

fonoaudiológicas nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação de acordo com a realidade da população²⁴.

Sobre as mudanças positivas, os autores concordam que houve uma transformação do trabalho fonoaudiólogo a partir do momento que começou a organizar seu trabalho de acordo com as necessidades da comunidade¹⁶.

O início do trabalho com conceitos de epidemiologia, objetivando o levantamento das doenças de maior ocorrência na população, assim como, suas características e possibilidades de organização ambulatorial, foi um marco para o crescimento fonoaudiológico²³.

O fonoaudiólogo passou a compreender e a estruturar as suas áreas de atuação, distinguindo que nas Unidades Básicas de Saúde ele não tem papel de reabilitador, mas participa de ações de prevenção e promoção a saúde⁴.

A integração com outras categorias e o saber agir interdisciplinarmente na ESF foi um aprendizado muito importante para a fonoaudiologia, o que só foi possível após sua inserção na Atenção Básica^{23,21,18,19}.

Toda essa mudança promoveu uma desconstrução do saber fonoaudiológico para, em seguida, surgir uma reconstrução do perfil do fonoaudiólogo atuante neste contexto^{15,18}. Uma das comprovações da inserção deste serviço na atenção básica é que o fonoaudiólogo passou a fazer parte do quadro de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)²¹.

O reflexo dessas mudanças, que ocorreram com a inserção do fonoaudiólogo na Atenção Básica contemplando as equipes da ESF e NASF, implicou mudanças nos currículos de graduação em Fonoaudiologia, enfocando os princípios, diretrizes e processos de trabalho do SUS^{25,16,23,18,17}.

Sobre a atuação desta categoria na ESF, os autores destacam que o fonoaudiólogo pode atuar, direta ou indiretamente, com a população, elaborando programas de orientação quanto ao desenvolvimento da linguagem e da audição, a importância do desenvolvimento das funções neurovegetativas na produção dos sons da fala, o uso adequado da voz, as modificações que ocorrem na linguagem e nas funções neurovegetativas e suas interferências na fala, além de realizar diagnóstico e tratamento precoce. Também cabe ao fonoaudiólogo diagnosticar os problemas ambientais e detectar alterações, desenvolver atividades de promoção e proteção à saúde em geral (aleitamento materno, saúde auditiva, vocal, entre outras); realizar visitas domiciliares, atuar em escolas e creches, oferecendo assessoria e orientação; organizar grupos de promoção e prevenção de saúde (recém-nascidos, hipertensos, idosos, crianças); atender à demanda encaminhada para oficinas e terapias grupais, discutir os

casos com a equipe, contribuir para o diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência, incluindo aspectos que podem interferir na comunicação humana (ruído, poluição do ar, falta de vacinação, de pré-natal, presença de maus hábitos orais, respiração oral etc.); capacitar, orientar e acompanhar as ações dos agentes comunitários de saúde, visando à qualidade na coleta de dados, na orientação transmitida à comunidade e na detecção de possíveis distúrbios da comunicação humana, propor instrumentos de avaliação das ações fonoaudiológicas em consonância com as diretrizes da ESF; realizar e divulgar pesquisas referentes à atuação do fonoaudiólogo da ESF^{16,4}.

Pesquisa mostrou que a atuação do fonoaudiólogo, em uma UBS, junto ao Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes, foi importante na detecção precoce de doenças, no acompanhamento do aleitamento materno e na redução de hábitos viciosos²⁶. Além disso, a população que frequentou o programa reconheceu o profissional fonoaudiólogo e a importância deste na prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, a inserção desta categoria nas Unidades Básicas de Saúde, mostra um novo modelo de gestão, valorizando atividades de promoção e prevenção como parte do processo do fazer saúde e incentivando a humanização do serviço²⁶.

Em um município de Maceió, 86% das pessoas que passaram por triagem na UBS, apresentaram achado fonoaudiológico. Esses achados tiveram predomínio na área da linguagem e a faixa etária foi de 0a 6 anos²⁴. Outro estudo apresentou dados semelhantes, em que as crianças até 10 anos tiveram mais achados fonoaudiológicos, sendo o distúrbio de linguagem e fala mais prevalentes, assim como o uso de chupeta e/ou mamadeira após 24 meses de idade²⁷. Isso é um reflexo das prováveis alterações de saúde da comunicação evidenciando a necessidade da atuação da fonoaudiologia junto às equipes de saúde das UBS²⁴.

Sendo as principais formas de atuação da fonoaudiologia nos casos de linguagem na atenção primária à saúde ocorrem por meio de o uso de jogos, leitura compartilhada, oficinas em grupo e visitas domiciliares, entre outras abordagens, mostrando que a intervenção com os pais resulta no melhor desenvolvimento das crianças, especialmente na área da linguagem, estejam elas em grupos com fatores de risco ou não, geralmente são ações com crianças antes de completarem 3 anos, visto que a intervenção precoce implementada é determinante especialmente quando se pretende obter efeitos benéficos para as crianças e suas famílias. Enfatizam ainda que o trabalho com a linguagem realizado interdisciplinarmente abrangeu todo desenvolvimento infantil²⁸.

O estudo comprovou que a atuação fonoaudiológica com crianças de faixa etária entre 2 aos 11 anos foi fundamental para a retirada de hábitos orais. A atuação ocorreu em uma UBS, na qual os fonoaudiólogos utilizaram uma abordagem lúdica para a conscientização das crianças e pais sobre os malefícios originados pela utilização prolongada de hábitos como mamadeira, chupeta e sucção digital. Esse trabalho teve um período de 30 dias e as estratégias empregadas neste estudo alcançaram a remoção de todos os tipos de hábitos apresentados²⁹.

A presença do fonoaudiólogo nos cursos de gestantes para fornecer orientações quanto aos cuidados com a audição é fundamental, verificando um aumento significativo do número de encaminhamentos para o teste da orelhinha e exames realizados após a inserção da fonoaudiologia na ESF. Sendo assim, acredita-se que a presença do fonoaudiólogo na APS é fundamental no acompanhamento e monitoramento do diagnóstico precoce das alterações auditivas, a fim de propiciar melhoria na qualidade de vida das crianças no município³⁰.

Pesquisadora observou junto ao grupo de dramistas “Flores do Norte” do bairro Expectativa, composto por integrantes com faixa etária 60 a 70 anos, que ações educativas sobre saúde vocal auxiliou na prevenção de possíveis alterações no aparelho fonador e melhora na qualidade vocal dos participantes, favorecendo a satisfação do grupo³¹. Estudo com 450 professores das escolas públicas de Sobral, identificou que 80,1% sentiam irritação na garganta, 67,7% rouquidão, 62,7% cansaço ao falar e que essas queixas ocorriam todos os dias e ao final do dia³². Por isso, a promoção da saúde na atenção básica seria ideal para evitar alterações vocais, onde o papel do fonoaudiólogo seria de analisar as condições ambientais de trabalho, identificar fatores de risco ocupacionais, averiguar os agentes desencadeantes de danos à saúde do professor³³.

Em Sobral, os escolares também receberam cuidados por meio das ações em saúde auditiva pelos fonoaudiólogos da ESF, que auxiliaram na detecção da perda auditiva, minimizando danos na comunicação, evitando perdas educacionais e sociais³⁴.

Já a investigação das manifestações fonoaudiológicas, no pós AVC de 32 usuários da Centros de Saúde da Família (CSF) Estação, Tamarindo e Dom Expedito, observou sequelas na área da linguagem, fala e deglutição que refletiam de forma significativa na saúde e bem estar do indivíduo, ressaltando a importância da atuação fonoaudiológica na Atenção Básica, atuando desde a conscientização da população sobre os fatores de risco, sinais, sintomas e consequências do AVC, até a intervenção junto ao paciente e sua família com as devidas orientações e possíveis encaminhamentos³⁵.

Pesquisa detectou conhecimento limitado dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o fazer da categoria de fonoaudiologia, principalmente nos territórios onde não havia presença do fonoaudiólogo no NASF e Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e, após um momento de educação permanente que abordava o que era a fonoaudiologia, suas ações na Atenção Básica de Saúde e suas áreas de atuação, ficou evidente que os ACS conseguiram perceber os problemas da comunidade embora, muitas vezes, não soubessem agir diante das necessidades fonoaudiológicas. Isso demonstrou a necessidade da atuação contínua de um fonoaudiólogo junto às equipes da ESF¹⁰.

Fonoaudiólogos que atuaram nas Unidades Básicas de Saúde, da cidade de Sobral (CE), enfatizaram que apesar das mudanças da fonoaudiologia na Atenção Primária a Saúde, ainda há que fortalecer o seu papel neste cenário, sendo necessário um maior rigor na sistematização das atividades realizadas pelos profissionais da Fonoaudiologia junto à ESF, em termos de promoção de saúde, prevenção e tratamento dos distúrbios da comunicação. Também destacam a necessidade de processos de avaliação dos serviços de Fonoaudiologia na APS, tanto no aspecto dos seus processos, quanto dos seus resultados, permitindo a criação de estratégias que possibilitem respostas à alta demanda apresentada, bem como a adequação dos serviços para dar conta dessa realidade¹³.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a maioria dos estudos apresentaram concordância quando apontaram que há deficiência na formação do fonoaudiólogo para atuação na Estratégia de Saúde da Família, como o principal fator de limitação na inserção e atuação desses profissionais.

Os achados da pesquisa demonstraram poucas publicações abordando este tema, evidenciando a necessidade de investir em pesquisas nessa área a fim de fundamentar a importância das ações fonoaudiológicas na Estratégia de Saúde da Família.

Os poucos trabalhos encontrados sobre essa temática mostraram que são muitos os desafios a serem enfrentados para que a categoria de fonoaudiologia possa consolidar a sua atuação neste cenário; afinal, o seu fazer junto à comunidade promove um cuidado de qualidade que propicia mais qualidade de vida e saúde a essas pessoas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997
2. Henrique F. Atenção Primária a Saúde: História, Contextos, Conceitos e tendências no Brasil e em Santa Catarina. In: Cutolo, L. R. A. (Org). Manual Terapêutico da Assistência à Família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.
3. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil. (Documento Oficial). 2ª Edição: Brasília, p.7, 2007.
4. Fernandes EL, Cintra LG. A inserção da fonoaudiologia na Estratégia da Saúde da Família: relato de caso. Revista de Atenção Primária a Saúde. 2010; 13(3): p. 380-385.
5. Wertzner HF. Ambulatório de fonoaudiologia em unidade básica de saúde. In: BEFI, D. - Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo: Lovise, 1997. p. 161-176.
6. Andrade CRF. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: Vieira RM. (Org.). Fonoaudiologia e Saúde Pública. São Paulo: Pró-Fono, 2000, p. 81-102.
7. Conselho Regional de Fonoaudiologia - 2ª região. Documento aborda inserção da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família. Revista de Fonoaudiologia. 2002; 47.
8. Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. Distúrbios da Comunicação. 2004; 16(1): p. 107-116.
9. Eskelsen MW, Freitas ST. Fonoaudiologia em saúde pública: conceitos teóricos para melhor atuação. Revista Estácio Saúde.2008; 1: p. 94-109.
10. Costa HO, Chagas M.IO, Correia BFC, Dias MAS, Souza FL, Queiroz AHA B. Conhecimentos e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde Frente aos Problemas de Saúde Fonoaudiológica da População na Atenção Básica. SANARE. 2012;11(2): p. 32-43.
11. Algodal MJAO. As práticas de linguagem em situação de trabalho de operadores de telemarketing ativo de uma editora. São Paulo, 2002 Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, PUC-SP.
12. Moreira DR. Fonoaudiologia: Sentido Produzido por Acadêmicos da Área de Saúde. Revista ESTUDOS.2006; 33(5/6): p. 397-424.
13. Medeiros EA, Maia RM, Cedro MO, et al. A Inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: Vivências em Sobral – Ce . SANARE.2009; 8(2): p.07-15.
14. Mendes VLF. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. Distúrbio da Comunicação.1999; 10(2): p.213-24.

15. Freire RM. Fonoaudiologia em Saúde Pública. Revista de Saúde Pública. 1992; 26(3): p.179-84.
16. Lipay MS, Almeida ECA fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. Revista Ciência Médica. 2007; 16(1): p.31- 41.
17. Lemos M, Bazzo LMF. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. Ciência e Saúde Coletiva. 2010; 15(5): p. 2563-2568.
18. Graner A R, Sousa LAP. Fonoaudiologia e Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (sus): análise da produção científica (1990-2005). Revista Bahiana de Saúde Publica. 2011; 34(4): p.967-979.
19. Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LRA. Algumas palavras sobre o Nasf: Relatando uma Experiência Acadêmica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36(4): p. 574 – 580.
20. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das Atribuições dos Fonoaudiólogos do Nasf em Municípios da Região Metropolitana do Recife. Revista CEFAC. 2013; 15(1): p.153-159.
21. Molini-AVejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2010; 15(3): p. 465-74.
22. Cavalheiro MTP. Fonoaudiologia e Saúde da Família. Revista CEFAC. 2009; 11(2): p.179-368.
23. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Revista. CEFAC. 2009; 11(3): p.516-521.
24. Peixoto MVS, Siqueira CGA, Silva AF, Pedruzzi CM, Santos AA. Caracterização da população assistida por um serviço de Fonoaudiologia em uma Unidade de Saúde. Distúrbio da Comunicação. 2010; 22(2): p.107-115.
25. Almeida EC, Furtado LM. Acolhimento em Saúde Pública: a contribuição do fonoaudiólogo. Revista. Ciências Médica. 2006; 15(3): p.249-256.
26. Botasso KC, Cavalheiro MTP, Lima MCMP. Avaliação de um Programa de Acompanhamento de Lactentes Sob a Óptica da Família. Revista CEFAC. 2013; 15(2): p.374-381.
- 27 Goulart BNG, Henckel C, Klering CE, Martini M. Fonoaudiologia e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares. Revista CEFAC. 2010; 12(5): p.842-849.

-
28. Cesaro BC, Gurgel LG, Nunes GPC, Reppold CT Intervenções em linguagem infantil na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *CoDA*. 2013; 25(6): p. 588-94.
 29. Farias AVM, Vasconcelos MCR, Fontes LBC, Benevides SD. Repercussões das Estratégias de Retirada dos Hábitos Oraís Deletérios de Sucção das Crianças do Programa de Saúde da Família dm Olinda – Pe. *Revista CEFAC*. 2010; 12(6): p.971-976
 30. Maia RM, Silva MAM, Tavares PMB. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. *Revista CEFAC*.2012;14(2): p. 206-214.
 31. Barbosa MLC. Promoção da saúde vocal: investigando as contribuições fonoaudiológicas junto ao grupo de dramistas no bairro Expectativa em Sobral-CE [Trabalho de Conclusão de Curso] Sobral (CE): Universidade do Vale do Acaraú/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, 2010.
 32. Torquato JL. Avaliação da saúde Vocal dos professores da rede municipal de Sobral-CE [Trabalho de Conclusão de Curso] Sobral (CE): Universidade do Vale do Acaraú/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, 2005.
 33. Gomes EDP. Presença da disfonia nos professores do ensino fundamental da rede municipal de Sobral – CE [Trabalho de Conclusão de Curso] Sobral (CE): Universidade do Vale do Acaraú /Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, 2005.
 34. Correa RBF. Ações em saúde auditiva escolar no município de Sobral – CE [Trabalho de Conclusão de Curso] Sobral (CE): Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, 2010.
 35. Medeiros EA. Manifestação fonoaudiológica em pessoas com AVC [Trabalho de Conclusão de Curso] Sobral (CE): Universidade do Vale do Acaraú/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, 2010.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Caracterização do Estudo

O estudo foi do tipo avaliativo por ter o propósito de avaliar a qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família na zona urbana de Sobral-CE. Foi utilizado como referencial a avaliação qualitativa que corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Para Keen e Packwood (2005), os estudos avaliativos estão centrados na atribuição de um valor a uma intervenção ou a uma mudança política. Este tipo de estudo envolve julgamento de uma intervenção sobre os envolvidos e o sistema de saúde como um todo, avaliando se as respostas e os desfechos da intervenção estão justificados por seus inputs e processos.

Para Minayo (2005), avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. A avaliação deve fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos. Felisberto (2004) defende que a avaliação dos serviços de saúde deve contemplar ampla participação e múltiplos focos, permitindo que se consiga obter a visão de diferentes grupos.

Contandriopoulos et al. (1997) define a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. E define avaliação que compara estrutura, processo e resultados obtidos como sendo normativa. No entanto, Aguilar e Ander-Egg, (1994) afirmam que as avaliações da qualidade dos serviços de saúde, ainda utilizam muito as análises que abordam estrutura, processo e resultado, no qual são desenvolvidas valendo-se de critérios metodológicos com base científica.

Sendo assim, para o alcance dos objetivos se optou por uma metodologia apropriada pautada no referencial de Donabedian (1985), em que a avaliação da qualidade aborda a estrutura, o processo e os resultados do trabalho fonoaudiológico na Estratégia de Saúde da Família. Na estrutura, foram avaliados os aspectos referente aos recursos físicos e materiais

disponíveis para o trabalho do fonoaudiólogo na ESF. No processo, foi investigado o papel do fonoaudiólogo neste cenário, o seu processo de trabalho inerente e suas implicações no sistema de saúde. Neste momento, também foram avaliadas a inserção e a atuação do fonoaudiólogo junto à equipe de saúde. No resultado, foi avaliada a percepção dos usuários sobre o fazer da fonoaudiologia.

A abordagem qualitativa permite reconhecer a subjetividade como espaço integrante do fenômeno social sem perder a objetivação do processo de investigação, tornando-se apropriada para o estudo da prática fonoaudiológica e das relações que estabelecem entre os sujeitos no exercício dessa prática na atenção básica de saúde, uma vez que busca compreender o significado da qualidade do trabalho fonoaudiológico para os fonoaudiólogos, equipe de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família.

Estudos baseados nas perspectivas dos atores sociais envolvidos em programas e serviços fazem parte do campo da avaliação qualitativa, à medida que considerarem a utilização de um método científico para a captação do significado dos fenômenos focalizados (UCHIMURA; BOSSI, 2002)

4.2. Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Sobral que fica localizada na região Norte do estado do Ceará, aproximadamente 230 km da capital Fortaleza. Constitui-se como uma das três Macrorregiões de Saúde do Estado e detém uma área de 2.122 km² e uma população de 197.663 habitantes (IBGE, 2013). Atualmente, possui 28 unidades básicas de saúde, sendo assim distribuídas: 15 estão localizadas na zona urbana do município com 33 equipes de saúde da família e 13 unidades ficam situadas nos distritos, sendo a cobertura do PSF no município de 94%.

As primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família foram implantadas em março de 1997 em Sobral, como forma de promover a organização da atenção básica à saúde, construindo um novo modelo de atenção com enfoque na promoção da saúde.

Com o objetivo de fornecer uma atenção à saúde mais integral e, portanto, de melhor qualidade, foram implantados no ano de 2009 os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), os quais consistem em equipes compostas por diferentes categorias profissionais que devem atuar em conjunto com as equipes de saúde família no apoio para a resolução de problemas de saúde de determinados territórios, fortalecendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A cidade de Sobral possui seis (6) equipes de

NASF 1 composta por Psicólogos, Fisioterapeutas, Educadores Físicos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Nutricionistas. As equipes das Unidades Básicas de Saúde e do NASF, da cidade de Sobral, não são contempladas com a categoria de fonoaudiologia.

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral também conta com a intensa participação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia (EFSFVS) na organização da Atenção Básica. Albuquerque (2010) afirma que a Escola de saúde da Família Visconde Sabóia é uma estrutura de educação profissional que proporciona um constante aprendizado para as necessidade de saúde da população do município proporcionando constante atualização e redirecionamento da assistência por parte dos profissionais.

A criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), fo icoordenado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSVS), em parceria com a Prefeitura Municipal de Saúde e Ação Social (SSAS), Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo que desde 2005 esse programa conta com o apoio financeiro do Ministério da Saúde (MS). Trata-se de uma das estratégias de educação permanente do município, que visa à formação e o aprimoramento das práticas profissionais sobre o arranjo de equipes multiprofissionais inseridos na ESF, referenciados por uma educação reflexiva, dialógica e problematizadora (SILVA; OLIVEIRA, 2013)

No ano de 2003, a partir da 4^a turma da RMSF que o Sistema Saúde Escola local abre as portas para a atuação da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde (APS).

Na experiência de Sobral várias categorias profissionais da saúde vêm desenvolvendo ações de muita importância e impacto na qualidade de vida da população, dentro da ESF, em parceria com os membros da equipe mínima, assim, o processo de capacitação da residência abrange várias categorias da saúde como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fonaudiólogos ANDRADE et al., 2004).

A Residência de Saúde da Família oferece anualmente três vagas para cada categoria profissional da saúde (fonoaudiologia, fisioterapia, educação física, nutrição, terapia ocupacional, odontologia, farmácia, enfermagem e psicologia). A assistência prestada pela fonoaudiologia na atenção primária à saúde da cidade de Sobral-CE é realizada apenas pelos fonoaudiólogos que cursam a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

4.3. Participantes da pesquisa

O universo desse estudo foi constituído por fonoaudiólogos que atuaram na ESF pela residência Multiprofissional em Saúde da Família, as Equipes de Saúde da Família e usuários que foram atendidos por fonoaudiólogos na UBS.

Os dados foram coletados no ano de 2013. Neste período, 10 (dez) fonoaudiólogos haviam concluído a residência e 5 (cinco) estavam em processo de formação, totalizando 15 fonoaudiólogos. Destes, apenas 12 (doze) aceitaram participar da pesquisa. Dos 03 (três) que não participaram 2 (dois) haviam mudado de Estado ou cidade e 1(um) não aceitou participar da pesquisa. Os fatores de exclusão da amostra foram os fonoaudiólogos que não atuaram na Estratégia de Saúde da Família de Sobral.

Ademais, participaram da pesquisa as equipes de Saúde da Família que foram contempladas com residentes da categoria de fonoaudiologia no ano de 2012, sendo no total de seis equipes. Destas, apenas cinco participaram. A Unidade de Saúde da Família excluída possuía um numero muito pequeno de profissionais que trabalharam com o fonoaudiólogo no ano de 2012, isto ocorreu devido às mudanças de profissionais neste ano e durante a formação do grupo focal havia menos de 4 (quatro) componentes. O número de profissionais que aceitaram participar do grupo focal foram: 9 (nove) no primeira UBS, 5 (cinco) da segunda UBS, 5 (cinco) terceira UBS, 8 (oito) quarta UBS, 8 (oito) quinta UBS. Os grupos focais foram formados basicamente por enfermeiros, técnicos em enfermagem, gerentes e agentes comunitários de saúde. As outras categorias, como médicos e odontólogos não aceitaram participar da pesquisa. Os fatores de exclusão desta amostra: equipes de saúde que não foram contempladas com a categoria de fonoaudiologia na UBS no ano de 2012 e número de profissionais para formar o grupo focal menor que 4 (quatro) componentes.

Para Neto et al (2002), o número de participantes de um grupo focal é condicionado por dois fatores: deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Quantificando esse raciocínio, podemos concluir que uma sessão de grupo focal deve ser composta por no mínimo quatro e no máximo doze pessoas (KRUEGER, 1996).

Os outros atores desta pesquisa foram os usuários atendidos pelos fonoaudiólogos nas UBS selecionadas. A intenção era de entrevistar 5 usuários de cada Unidade de saúde, totalizando 30 usuários, mas foi possível entrevistar apenas 27 devido a dificuldade de localização deles (ausência de agendas do ano de 2012 da fonoaudiologia com os nomes dos usuários, ausência de outros tipos de registro e a recusa em participar da pesquisa).

Os fatores de exclusão dessa amostra foram: usuários que não foram atendimentos pela categoria de fonoaudiologia na Atenção Básica de Saúde e usuários que haviam passado por atendimento fonoaudiológico em outras Unidades Básicas de Saúde.

4.4. Procedimentos da Coleta de Dados

Em função da natureza qualitativa da pesquisa, optamos pelo emprego de entrevista semi-estruturada, na qual o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas pelo entrevistador.

A entrevista semi-estruturada, salienta Minayo (2006), possibilita ao entrevistador discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador. Portanto, julgamos a sua utilização adequada, uma vez que possibilita obter, por meio do depoimento de cada um dos entrevistados, o conteúdo pretendido e necessário para análise e interpretação à luz do referencial teórico e dos objetos formulados.

De acordo com Minayo (2006), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade classificada de acordo com a sua organização. No caso das entrevistas semi-estruturadas, há uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Turato (2008) complementa afirmando que, na pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada ou semidirigida é a mais adequada como instrumento destinado à coleta de dados, pois é interativa, possibilitando a identificação da linguagem e de conceitos utilizados pelo entrevistado e tendo uma agenda flexível.

A entrevista dos fonoaudiólogos (apêndice 1) foi gravada e armazenada no Ipod e Ifone e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Esse entrevista investigou dados sobre o processo de trabalho dessa categoria na ESF e a estrutura física e material disponível para o trabalho. As entrevistas ocorreram na Escola de Formação em Saúde da Família de Saúde Visconde Sabóia e nas Unidades Básicas de Saúde.

O roteiro utilizado com as equipe de saúde da Família por meio da técnica de grupo focal (apêndice 2) foi gravado e armazenado no Ipod e Ifone, posteriormente transcritas por um terceiro e conferidas pela pesquisadora. Esse roteiro investigou dados sobre o processo de trabalho do fonoaudiólogo por meio da percepção das equipes de saúde, identificando como a categoria de fonoaudiologia se inseriu dentro dessa equipe e quais as ações desempenhadas por eles e de que forma o fonoaudiólogo tem desempenhado o seu papel na ESF. A pesquisa

foi contemplada com 5 (cinco) grupos focais, os mesmos ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde nas quintas-feiras no período vespertino, antes ou após as rodas de equipe.

O campo da pesquisa qualitativa se constitui de diversas possibilidades metodológicas, sendo o grupo focal uma técnica de coleta dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico (BACKES et al., 2011). A técnica de Grupos Focais tem como principal característica o fato de ela trabalhar com a reflexão expressa por meio da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. Em decorrência disso, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo. (Neto et al., 2002)

A entrevista dos usuários (apêndice 3) foi gravada e armazenada no Ipod e Ifone, posteriormente transcritas por um terceiro e conferidas pela pesquisadora. As questões investigavam o resultado da assistência prestada pela fonoaudiologia na ESF por meio da percepção dos usuários, identificando o tipo de atendimento, formas de acesso, tempo de espera, qualidade e resultados desse atendimento. As entrevistas ocorreram nas Unidades Básicas de saúde e nas residências dos usuários.

Todos os informantes responderam a pesquisa após aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (apêndice 4).

A pesquisadora foi treinada pela sua orientadora antes de executar as entrevistas. Inicialmente, fez-se um teste piloto para conhecer a aplicabilidade e validar as entrevistas destinadas aos profissionais e usuários O teste foi realizado no mês de Março e as entrevistas não foram modificadas. Os participantes do teste piloto (fonoaudiólogo, equipe de saúde e usuário) permaneceram como sujeitos da pesquisa, uma vez que não houve necessidade de modificar as questões do roteiro. Por conseguinte, a coleta de dados foi iniciada no mês de Abril de 2013 e concluída no mês de fevereiro de 2014.

A pesquisadora realizou as entrevistas em locais tranquilos onde não houvesse interrupções (salas de consultórios das UBS e nas casas dos usuários), apresentou o objetivo da pesquisa, garantindo o sigilo e anonimato e a isenção de represálias. Pediu autorização para efetuar a gravação, apresentou e explicou o termo de consentimento. Após o consentimento, o início da conversa ocorreu com a primeira pergunta, empregando-se posteriormente as demais.

Para analisar os resultados das ações fonoaudiológica na cidade de Sobral, também utilizamos os dados do Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – SIREMU.

O SIREMU é uma plataforma informatizada de base on line, que tem como função hospedar as informações oriundas dos processos de trabalho em saúde da família, dos residentes, de forma mensal. Esse instrumento surgiu da necessidade de acompanhar e avaliar a produção de saúde na RMSF. Ele contempla ações de matriciamento, perfil dos usuários atendidos, faixa etária, ações coletivas, individuais, campanhas, intervenção na roda de gestão do CSF, educação em saúde e articulações com outros setores permanente /educação em saúde e articulações com outros setores (SILVA; OLIVEIRA, 2013).

4.5. Aspectos éticos

Quanto à ética em pesquisa, este projeto de dissertação de mestrado foi submetido para a Plataforma Brasil e foi à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú- UVA, tendo obtido parecer favorável em setembro de 2012 (nº 90.938) (ANEXO A), com liberação do campo para o início da coleta de dados.

A pesquisa respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

4.6. Procedimentos de Análise

Para análise das falas, utilizou-se Análise de Conteúdo de Bardin, sendo optado pela análise temática ou categorial. A Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010) é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: 1- Pré-análise; 2- Exploração do material; 3- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação .

A fase de *pré-análise* consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheram-se os documentos a serem analisados, formularam-se hipóteses ou questões norteadoras. No caso das falas, estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituiu o corpo da pesquisa. Procedeu-se à preparação *do material*, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas. Esse material foi organizado em colunas para anotar e marcar semelhanças e contrastes, fazendo uso de lápis colorido para sublinhar as

semelhanças com a mesma cor. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levaram a realizar a pesquisa (BARDIN, 2010).

A fase de *Exploração do material* foi a etapa seguinte. Esse é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010). Para analisar o material é necessário antes codificá-lo. A codificação é uma transformação que ocorre segundo regras precisas em relação aos dados brutos do texto analisado. Esta transformação permite atingir uma representação do conteúdo por meio de recorte, agrupamento e enumeração.

Neste momento, seguimos os três passos necessários para organização da codificação da análise temática. Primeiro, foi feito o recorte para escolhas das unidades de registro. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância.

Neste estudo, o *corpus* foi constituído por 83 entrevistas, tendo sido definida como unidade de registro a frase e, como unidade de contexto, o parágrafo. Este, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

Em seguida, realizamos a enumeração por meio da quantificação simples (frequência) e depois a classificação e a agregação (escolha das categorias). Bardin (1997) define as categorias como classe que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico. Então, categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns.

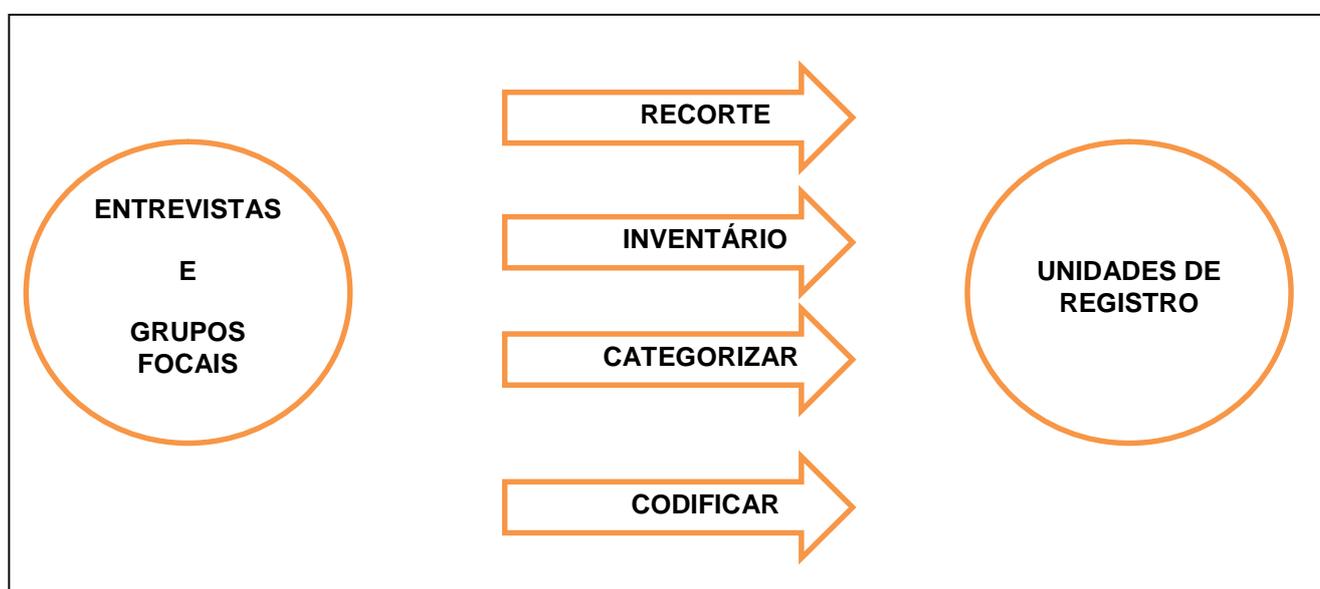
Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguimos duas etapas: *inventário*, no qual isolamos os elementos comuns (APÊNDICE 5), e *classificação*, em que repartimos os elementos estabelecendo uma certa organização à mensagem.

Por último, procedemos ao *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos pertinentes à investigação, porque eles dão o

embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação.

Os resultados foram discutidos com a literatura referente à temática. Para garantir o anonimato dos entrevistados, os fonoaudiólogos foram codificados com a letra F, as equipes com a letra E e os usuários com a letra U, seguida de numeral arábico conforme a ordem em que foram entrevistados.

A seguir, apresenta-se um organograma representando a constituição do *corpus* do presente estudo.



5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

As interlocuções resultantes das questões abertas das entrevistas semi-estruturadas com os fonoaudiólogos dizem respeito ao seu trabalho na ESF, em que foram apreendidas duas classes temáticas: *Estrutura gerencial para o trabalho fonoaudiológico na ESF* e *Processo do trabalho fonoaudiológico na ESF*. A primeira com três categorias e dezessete subcategorias e a segunda com duas categorias e cinco subcategorias (APÊNDICE 6).

As interlocuções resultantes do grupo focal com as equipes de saúde dizem respeito ao papel desempenhado pelo fonoaudiólogo na ESF a partir da opinião da equipe de saúde, em que foi apreendida uma classe temática: *Análise processo do trabalho fonoaudiológico pela equipe de saúde*, com três categorias e dez subcategorias (APÊNDICE 7)

As interlocuções resultantes das questões abertas das entrevistas semi-estruturadas com os usuários dizem respeito ao resultados da assistência fonoaudiológica na ESF, em que foi apreendida uma classe temática: *Resultado do trabalho fonoaudiológico na ESF*, com três categorias e onze subcategorias (APÊNDICE 8)

Com os resultados obtidos com a análise de Bardin feita separadamente para cada ator social, foram construídos três quadros com objetivo de associar as subcategorias iguais que emergiram das falas dos diferentes atores referentes aos componentes da avaliação. O primeiro quadro foi referente ao componente estrutura (QUADRO 1), o segundo foi referente ao componente processo (QUADRO 2) e o terceiro referente ao componente resultado (QUADRO 3).

Além desses resultados obtidos com a Análise de Conteúdo de Bardin, também utilizamos os dados do Sistema de Informação da Residência Multiprofissional (SIREMU), para analisar o resultado do trabalho desses profissionais. O SIREMU contém dados sobre as ações dos fonoaudiólogos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da EFSFVS na cidade de Sobral, para analisar o processo de trabalho desses profissionais. (QUADRO 4).

QUADRO 1. ESTRUTURA - Distribuição das subcategorias e atores sociais.

COMPONENTE DA AVALIAÇÃO	SUBCATEGORIAS	ATORES SOCIAIS
Estrutura	Falta de Recursos Humanos	Fonoaudiólogos e Equipes de Saúde
Estrutura	Falta de Materiais	Fonoaudiólogos e Equipes de Saúde
Estrutura	Indisponibilidade de Recursos Físicos	Fonoaudiólogos e Equipes de Saúde
Estrutura	Falta de Profissionais com Formação para Atuação na ESF	Fonoaudiólogos
Estrutura	Disponibilidade de Capacitação – Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Fonoaudiólogos

QUADRO 2. PROCESSO - Distribuição das subcategorias e atores sociais.

COMPONENTE DA AVALIAÇÃO	SUBCATEGORIAS	ATORES SOCIAIS
Processo	Público da Fonoaudiologia	Fonoaudiólogos
Processo	Atuação Específica da Categoria de Fonoaudiologia	Fonoaudiólogos e Usuários
Processo	Encaminhamentos para a Fonoaudiologia	Fonoaudiólogos, Equipes de Saúde e Usuários
Processo	Triagem Fonoaudiológica	Fonoaudiólogos
Processo	Ações da Fonoaudiologia na ESF	Fonoaudiólogos e Equipes de Saúde
Processo	Ações de Menor Participação do Fonoaudiólogo	Fonoaudiólogos
Processo	Papel do Fonoaudiólogo na ESF	Fonoaudiólogos, Equipes de Saúde e Usuários
Processo	Olhar Integral	Fonoaudiólogos
Processo	Promoção do Autocuidado	Fonoaudiólogos e Usuários
Processo	Ferramentas de Trabalho	Fonoaudiólogos
Processo	Processo de Inserção do Fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família	Fonoaudiólogos
Processo	Desconhecimento do Fazer na ESF	Fonoaudiólogos
Processo	Conhecimento das Áreas de Atuação do Fonoaudiólogo na ESF pelas Equipes de Saúde	Equipes de Saúde
Processo	Atuação junto a Equipe Multiprofissional	Fonoaudiólogos e Equipes de Saúde
Processo	Perfil do Profissional ao Atuar na ESF	Equipes de Saúde
Processo	Mudanças Necessárias para o Aprimoramento do Serviço Fonoaudiológico	Equipes de Saúde
Processo	Reconhecimento do Fazer da Categoria	Fonoaudiólogos e Equipes de Saúde
Processo	Processo de Territorialização	Fonoaudiólogos
Processo	Comunicação	Fonoaudiólogos
Processo	Redes de Saúde	Fonoaudiólogos

QUADRO 3. RESULTADO - Distribuição das subcategorias e atores sociais.

COMPONENTE DA AVALIAÇÃO	SUBCATEGORIAS	ATORES SOCIAIS
Resultado	Tempo de Espera para Atendimento Fonoaudiológico	Usuários
Resultado	Esclarecimento sobre o Problema	Usuários
Resultado	Vínculo	Usuários
Resultado	Satisfação quanto ao Atendimento Fonoaudiológico	Usuários
Resultado	Ações da Fonoaudiologia na ESF	Usuários
Resultado	Expectativas dos Usuários	Usuários
Resultado	Insatisfação com Atuação do Fonoaudiólogo	Usuários

QUADRO 4 . SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (SIREMU)

TOTAL DE DADOS REFERENTES A 01/2013 A 04/2014

FAIXA ETÁRIA DO PÚBLICO ATENDIDO	TOTAL DE PESSOAS ATENDIDAS PELA FONOAUDIOLOGIA NA ESF	ÁREAS DE ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA ESF	NUMERO DE AÇÕES EM CADA ÁREA
< 1 ano	168	LINGUAGEM	277
1 a 4 anos	260	AUDIÇÃO	472
5 a 9 anos	412	MOTRICIDADE OROFACIAL	61
10 a 19 anos	198	DISFAGIA	35
20 a 39	586	VOZ	133
40 a 59	1015	HANSENÍASE	2
60 a mais	1385	PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS)	10
ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA COM OUTRAS CATEGORIAS	NUMERO DE AÇÕES	HIPERDIA	25
TERAPEUTA OCUPACIONAL	118	PARTICIPAÇÃO SOCIAL	5
EDUCADOR FÍSICO	554	VISITA INSTITUCIONAL	68
FISIOTERAPIA	136	CAMPANHAS DE SAÚDE	112
SERVIÇO SOCIAL	129	PLANEJAMENTO	267
NUTRIÇÃO	111	INTERVENÇÃO EM RODA	63
ENFERMAGEM	390	INTERCONSULTA	200
PSCICOLOGIA	313	INTERVISITA DOMICILIAR	87
FARMÁCIA	8	VISITA DOMICILIAR	112
MEDICO ESPECIALISTA	24	CONSULTA	444
MEDICO SAUDE DA FAMÍLIA	45	GRUPO	455
ODONTÓLOGO	34		
ACS	515		

CONTINUAÇÃO DO QUADRO 4.

ENCAMINHAMENTOS PARA OUTROS NIVEIS DE ATENÇÃO	NUMERO DE ENCAMINHAMENTOS
ATENÇÃO TERCIÁRIA	2
PROTETIZADOS –AASI	34
TRIAGEM AUDITIVA	458
BERA	1
AUDIOMETRIA	208
IMPEDANCIOMETRIA	197
EOAT	19
ACOMPANHAMENTO TAN	42
LARINGOSCOPIA	85

5.1. COMPONENTE DA AVALIAÇÃO - ESTRUTURA

5.1.1 - Falta de Recursos Humanos

Em relação ao componente estrutural, detectamos por meio da subcategoria *Falta de Recursos Humanos* a necessidade da ampliação da oferta de emprego neste cenário para o fonoaudiólogo. Em Sobral, o número de profissionais desta categoria demonstrou-se insuficiente para atender à demanda, o que pode ser constatado nas falas abaixo.

“Nos postos que eu trabalhei já tinham tido residência em fono, mas já tinha tido há muito tempo.” (F11)

“...então tinha que dar conta de três, quatro postos de saúde...”(F12)

“ A fono não existe aqui no Padre Palhano, a gente tá sem...”(E3)

“... é importante que haja mais presença do profissional aqui na unidade.”(E4)

“Assim como era só da residência, ficava um tempo muito restrito.” (E5)

Segundo Albuquerque (2010), há uma inadequação da quantidade de profissionais para a grande demanda em Sobral, levando à uma deficiência na qualidade do atendimento.

Para Lima et al (2013), a inserção do fonoaudiólogo poderá ocorrer em boa parte dos Nasf que estão sendo criados no Brasil, haja vista, os altos índices epidemiológicos que os distúrbios da comunicação atingem a população. Fernandes et al (2013) apontam em seu estudo que o número de fonoaudiólogos nos Nasfs da Região metropolitana do Recife é inferior às demais profissões de saúde. Os autores dessa pesquisa acreditam que isso se deve ao conhecimento incipiente dos gestores a respeito da importância da fonoaudiologia na Atenção Básica (FERNANDES et al., 2013).

A superação desse desafio, para Mendes (2009), é a discussão e a participação organizada dos profissionais na definição de estratégias de convencimento e sensibilização

dos gestores e profissionais da saúde sobre a importância da inserção do Fonoaudiólogo na Atenção Básica, por meio da sistematização e análise dos agravos à saúde, das necessidades de sujeitos e grupos sociais, bem como de propostas e ações que possam contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde.

Um exemplo disso foi o trabalho dos pesquisadores Maia et al (2012), no qual concluíram que a presença do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde é fundamental no acompanhamento e monitoramento do diagnóstico precoce das alterações auditivas, garantindo a melhoria na qualidade de vida das crianças no município de Sobral.

5.1.2 - Falta de Materiais

Além do número restrito de profissional, a categoria destacou a falta de materiais adequados para o desenvolvimento do trabalho, como foi demonstrado na subcategoria *falta de materiais*.

Esse problema pode implicar uma baixa resolubilidade desta categoria neste nível de Atenção, pois o fonoaudiólogo acaba referenciando pacientes para Atenção Secundária por falta de materiais adequados para assistência na Atenção Básica, tendo em vista que muitos casos poderiam ser solucionados nas Unidades de Saúde. Esse aumento no número de encaminhamentos gera demanda excessiva para os outros níveis de Atenção, prejudicando o funcionamento das redes de Atenção à saúde do município.

As falas abaixo relatam um pouco dessa dificuldade:

“ O material do grupo de puericultura, pré natal eu levo”

(F6)

“ Vc tem que pagar, por isso a gente, os próprios gastam do bolso para deixar realmente um trabalho bem feito a gente termina custeando isso...”(F1)

“...mas eu creio que precise de equipamentos que na atenção básica a gente não disponibilizaprejudicando os casos que poderiam ser trabalhados pra ser evitado essas referencias.” (E3)

“Ele pegava o transporte dele, ia até o Boqueirão, fazia visita casa a casa” (E1)

Moura et al (2010) destacam que a falta de equipamentos adequados influenciam sobre a qualidade da atenção aos usuários, porque podem dificultar a realização de atividades de promoção à saúde e à prevenção de agravos comprometendo a continuidade do cuidado.

Pesquisa sobre o trabalho na ESF constatou que os trabalhadores convivem com a insuficiência de materiais considerados básicos para o desempenho das suas atividades, como insumos, instrumentos, equipamentos e espaço físico, o que pode gerar desgastes e aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população em relação aos serviços prestados (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Quanto ao tipo de material necessário para atuar na ESF, foram destacados pelos fonoaudiólogos:

“Como o olhar não é clínico, então não acho necessário ter aquela estrutura clínica do fonoaudiólogo....” (F9)

“...ter um espelho, ter luz, ter espátulas, ter brinquedos, ter talvez um alimento.” (F1)

“materiais luva, espátula... brinquedo, otoscópio...” (F4)

“O álbum fonético... os brinquedo da puericultura que tem no posto eles não são adequados para a gente avaliar” (F6)

Para assistência na ESF os fonoaudiólogos não necessitam de materiais especializados, mas precisam, no mínimo, de instrumentos que os possibilitem ajudar a população na promoção da saúde da comunicação.

5.1.3 - Indisponibilidade de Recursos Físicos

Outro ponto, que também influencia sobre a qualidade da atenção aos usuários, é o local onde é prestado a assistência (seja em grupo e/ou individual). Em Sobral, com o aumento do número de profissionais atuando na Atenção Primária à saúde, seja pela RMSF ou NASF, levou a uma falha na organização do serviço, visto que a maioria das unidades de saúde não estavam aptas fisicamente para receber esses novos profissionais, visto na subcategoria *Indisponibilidade de recursos físicos*

“Geralmente os postos são muito pequenos, não comportam a quantidade de profissionais”. (F10)

“ Quantas vezes eu fiz atendimento debaixo de uma árvore, na varanda da casa da frente do posto de saúde, porque faltava realmente sala...” (F11)

A estrutura né, porque as vezes não tem onde ela atender, ela atende debaixo da árvore.” (E5)

“ Porque a gente foi colocado no posto de saúde, mas ele não se preparou para gente.” (F5)

Para Costa et al (2013), os desafios estruturais enfrentados pelos fonoaudiólogos na Atenção Básica os impelem a agir muito mais em função do aspecto curativo, realçado pela oferta de atendimento individualizados, o que favorece a hegemonia do modelo biomédico, restringindo, portanto, o cuidado a práticas isoladas de atenção à saúde.

Por outro lado, a falta de salas na UBS para atividades em grupo ou reuniões pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade (MOURA et al, 2010).

Araujo e Rocha (2009) acreditam que a frequente utilização de imóveis com características domiciliares para a instalação de UBS, sem a adequada adaptação, é um aspecto que reforça a pouca valorização dos aspectos estruturais nas unidades de Atenção Primária.

5.1.4 - Falta de Profissionais com Formação para Atuação na ESF

Outro fator do componente estrutural que fragiliza a inserção da fonoaudiologia neste palco foi visto pela subcategoria *Falta de Profissionais com Formação para Atuação na ESF*. Identificamos, pelos discursos descritos abaixo, que um grande empecilho à atuação dos fonoaudiólogos na Atenção Básica é a falha na sua formação acadêmica sobre o trabalho na ESF. Várias grades curriculares abordam ligeiramente este assunto, não formando adequadamente o aluno para atuar com perfil condizente à atuação na Atenção Primária.

“A formação que a gente teve, que é uma formação acadêmica que geralmente era na perspectiva clínica que na

atenção básica a gente não vai trabalhar nessa perspectiva.”

(F6)

“Na graduação a gente não tem essa realidade, né, então quando nós chegamos lá, nós somos jogados pra mesmo desenvolver as atividades” (F2)

“...pelo tempo que eu me formei a gente não tinha nenhuma disciplina do SF, não tinha, entendeu?” (F4)

O Conselho Nacional da Educação (2002), por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais na área de fonoaudiologia, traz o fonoaudiólogo como um profissional generalista, com sólida formação humanista, ético-filosófica e política, com capacidade para intervir no seu campo, tendo visão e postura crítico-reflexiva e capacidade para atender ao sistema de saúde vigente no país. No entanto, observamos que o grande desafio das escolas de formação em fonoaudiologia é de saber articular a formação técnica com a formação ético-política vigente no Brasil.

Para Costa et al (2013), as universidades têm buscado se adequar a este campo de atuação, reorganizando seus currículos para que os profissionais possam atuar na promoção da saúde, tendo em vista que, até pouco tempo, o trabalho do fonoaudiólogo se encontrava restrito às atuações na média de alta complexidade.

Já Garcia e Sebastião (2009) afirmam que o processo de mudança dos currículos de graduação em fonoaudiologia está acontecendo de forma lenta, não acompanhando a rápida transformação nos demais cursos de saúde e as necessidades das redes de serviço. Assim, a atuação do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) fica marcada pela falta de formação profissional para atuar no nível da promoção da saúde (MOREIRA; MOTA, 2009).

O fonoaudiólogo, ao se inserir na Atenção Básica, reflete o modelo clínico em que se formou, centrando-se numa atuação restrita com o seu paciente, favorecendo a concepção de doença enquanto fenômeno estritamente pessoal. Esse modelo clínico resulta ineficaz para a prevenção e promoção da saúde (LIPAY; ALMEIDA, 2007).

Maldonade (2009) reforça que a Saúde Coletiva requer do fonoaudiólogo ações de cunho generalista, desenvolvido segundo uma rede de cuidados progressivos relacionando outros saberes e na perspectiva da integralidade em saúde, além disso, a formação do fonoaudiólogo deve desenvolver competências para a prática exercida desde a atenção básica até a gestão. Para isto, a sua formação deve contemplar cenários e práticas que pertencem ao

mundo real, voltados à realidade local com ênfase na humanização do cuidado (ROSSONI; LAMPERT, 2004)

5.1.5 - Disponibilidade de Capacitação – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

A subcategoria *Disponibilidade de Capacitação – Residência Multiprofissional em Saúde da Família* apresentou-se como um aspecto estrutural favorável auxiliando no desenvolvimento de competências necessárias para atuação da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família surge no Brasil como uma maneira de compensar hiato na formação do profissional da saúde. Esses Programas de Residência se propõem à formação para o trabalho em equipe multiprofissional a fim de preencher uma lacuna oriunda dos cursos de graduação na área da saúde, utilizando, como referencial teórico, os conceitos de campo e núcleo na organização do processo de trabalho coletivo (CECCIM; ARMANI, 2001).

Em Sobral, essa realidade já está sendo vivenciada desde o ano de 1999. Para a fonoaudiologia essa vivência iniciou no ano de 2005 com a ofertada das primeiras vagas para categoria na RMSF da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia. Com os discursos descritos abaixo, identificamos que a residência é um componente estrutural favorável para aperfeiçoamento da atuação do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família de Sobral.

“... vim fazer a residência me sinto como uma profissional da estratégia de saúde da família...isso sim que é o SUS.”

(F8)

“Eu percebo que as residências em saúde da família evoluíram muito...acho que hoje o residente tem mais condições de trabalho, ele é bem mais assistido” (F 10)

“...com esse olhar bem mais ampliado, em 6 meses de residência, eu deixei de fazer atendimento clínico porque eu vi que o caminho não era esse, né” (F9)

A residência Multiprofissional em Saúde da Família promove a atuação interdisciplinar com as demais categorias inseridas no programa, juntamente com a equipe básica dos Centros de Saúde da Família (CSF) propicia um trabalho intersetorial e a articulação com os serviços de Fonoaudiologia da Atenção Secundária gerando ferramentas importantes para potencializar as ações da fonoaudiologia na Atenção Básica (MEDEIROS et al., 2009).

Devido às poucas experiências dos fonoaudiólogos na Estratégia de Saúde da Família, observamos que RMSF contribuiu significativamente para condução do fazer dessa categoria, assim como seu fortalecimento neste cenário de atuação, destacando-se como um indicador estrutural de qualidade muito importante, um vez que todos os fonoaudiólogos que atuaram ou atuam neste cenário passaram por essa capacitação na cidade de Sobral.

O resultado desta formação pode ser visto pelas mudanças na práxis do fonoaudiólogo quanto às ações desenvolvidas, com a valorização das ações coletivas, porém sem o detrimento das ações individuais que se fazem necessárias e que são pertinentes à atuação do profissional da APS (MEDEIROS et al., 2009).

A formação na área profissional pouco tem contribuído para a atuação na ESF, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) têm sido uma oportunidade de construir saberes e práticas do trabalho em equipe requerido na ESF (COSTA et al., 2012).

5.2. COMPONENTE DA AVALIAÇÃO - PROCESSO

5.2.1 - Público da Fonoaudiologia

Em relação ao componente processo da avaliação da qualidade (Donabedian, 1999), várias subcategorias surgiram dos entrevistados, o que possibilitou a compreensão de como está ocorrendo o trabalho fonoaudiológico na Estratégia de Saúde da Família.

Dentro da categoria temática que abordou o fazer da categoria no território, a subcategoria *público da fonoaudiologia* identificou que os fonoaudiólogos prestam assistência para um público de diversas faixas etárias, desde o nascimento até a terceira idade.

“Junto com idosos...fazendo um trabalho com crianças... com os professores...junto com os adolescentes.” (F2)
“observar nas visitas que eram crianças que não tinham brinquedos em casa e nem estudavam porque tinham 1ano, 2 anos, 3 anos, né 2, 3 anos”(F9)
“orientava as mães de como tratar melhor o seu bebê...” (F12)

As desordens da comunicação podem apresentar altos índices para as populações consideradas de risco, como os recém-nascidos de baixo peso, prematuros e com anomalias congênitas; crianças com desordens gerais do desenvolvimento; adultos expostos a ruído ocupacional ou que por características profissionais realizam abusos vocais; idosos, tanto pelas questões auditivas, de fala e de linguagem, quanto pelas alterações neurovegetativas (PEIXOTO et al., 2010).

Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais registrou que o público atendido pela fonoaudiologia tinha idade entre 1 a 82 anos. Para os autores da pesquisa, a atuação com essa ampla faixa etária é consequência do perfil generalista da assistência em fonoaudiologia (SANTOS et al., 2013).

No entanto, o público mais assistido por essa categoria em Sobral, segundo os dados do Sistema de Informações da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (SIREMU), foi a população acima de 60 anos, seguida do público adulto entre 20 a 59 anos.

5.2.2. Atuação Específica da Categoria de Fonoaudiologia

O caráter generalista, relatado pelos autores acima, corroborou com os achados desta pesquisa por meio da subcategoria *atuação específica da categoria de fonoaudiologia*. Essa subcategoria mostrou que os fonoaudiólogos levam para o território a identidade dos seus saberes e práticas, desenvolvendo um trabalho em todas as suas áreas específica de atuação como voz, linguagem, fala, escrita, audição, motricidade orofacial e disfagia.

Esses saberes e práticas são de extrema importância para a população, pois o fonoaudiólogo é o profissional mais capacitado para promover, prevenir e reabilitar a saúde da comunicação.

“áreas que a fonoaudiologia atua é linguagem, voz, fala, linguagem e audição.” (F2)

“a maior demanda que eu tô tendo é atraso de linguagem na criança, vem muitos pais atrás de fono porque a criança tá demorando a falar.” (F5)

“o que a gente vê muito é a parte de disfagia e a parte também de problemas vocais e problema de fala em criança, crianças que trocam.” (F10)

“... perda de audição, encaminhamentos para aparelhos auditivos pra aquelas que tinham deficiência auditiva, foi feito um trabalho junto com reabilitação labiríntica.” (F12)

O fonoaudiólogo pode atuar direta ou indiretamente com a população, elaborando programas de orientação quanto ao desenvolvimento da linguagem e da audição, a importância do desenvolvimento das funções neurovegetativas na produção sons da fala, o uso adequado da voz, as modificações que ocorrem na linguagem e nas funções neurovegetativas e suas interferências na fala, além de realizar diagnóstico e tratamento precoce (WERTZNER, 1997).

As próprias falas dos usuários sobre seus sinais e sintomas fonoaudiológicos abordaram as áreas específicas da atuação da categoria no território.

“meu netinho não fala.” (U15)

“Porque eu tive um AVC... era toda dura, tava falando ruim, eu ía beber água, era tudo torto, não comia, minha voz embolada.” (U2)

“Porque eu tô quase môco.” (U8)

Befi (1997) descreve que fonoaudiólogo da Atenção Básica deve ser um profissional generalista, capaz de identificar as alterações de maior incidência na comunicação humana na sociedade em que atua, a partir daí planejar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da comunicação, proporcionando um atendimento integral e de qualidade à comunidade.

A atuação fonoaudiológica proporcionará a identificação precoce de perdas auditivas, gagueira, alterações vocais, distúrbio da leitura e escrita, dentre outros, além de contribuir para redução desses agravos por meio de ações de promoção e prevenção (SILVA; ACIOLE, 2013).

Costa et al (2013) ressalta que o fonoaudiólogo, como trabalhador de Atenção Básica à saúde, deve atuar além do seu núcleo de saber, de modo que o exercício da prática revele ações de cunho generalista, desenvolvido segundo uma rede de cuidados progressivos, relacionando outros saberes e na perspectiva da integralidade em saúde.

Segundo os dados do SIREMU, a área da fonoaudiologia que concentrou maior número de ações foi a audiologia, seguida da área de voz na ESF. Este fato deve ocorrer porque essas duas especialidades são as mais antigas e pesquisadas dentro da fonoaudiológica, sendo áreas de maior reconhecimento sobre a atuação da categoria. Em Sobral existem programas da atenção secundária em audiologia que envolvem a participação direta dos fonoaudiólogos da Atenção Básica.

5.2.3. Encaminhamentos para a Fonoaudiologia

Essa população com sinais e sintomas fonoaudiológicos são encaminhados pela equipe de saúde ao fonoaudiólogo do território, como demonstra a subcategoria *encaminhamentos para a fonoaudiologia*.

“E o outro publico alvo, que nos encaminhava mesmo eram os ACS.” (F2)

“Muitas vezes o enfermeiro vê uma necessidade na área e falava com o fonoaudiólogo e ele pedia pra colocar na agenda, ou pra fazer a visita domiciliar ou pra vir aqui.” (E4)

“Foi o agente de saúde” (U8)

Albuquerque (2010) diz que a grande visibilidade da ESF se dá pela presença do o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsáveis pelas visitas e acompanhamento da população, sendo eles em grande parte responsáveis pelos efeitos positivos na integralidade.

Nosso estudo corroboram com a autora, pois as falas evidenciaram o ACS como o principal ator no encaminhamento para o fonoaudiólogo, conseqüentemente se torna um importante elo entre a fonoaudiologia e a comunidade. Os dados do SIREMU comprovam esse achado ao mostrar que o profissional que a fonoaudiologia mais compartilha as suas ações é com ACS.

O ACS é um ator fundamental na ESF desenvolvendo um importante trabalho junto às equipes de saúde da família, com o objetivo principal de acompanhar pacientes portadores de doenças crônicas, gestantes e crianças (ROSA et al., 2004).

Apesar disso, muitos ACS possuem falhas no conhecimento sobre a saúde da comunicação (MIRANDA SÁ, 2007). Isso demonstra a necessidade de a fonoaudiologia realizar capacitação e educação permanente com esses profissionais.

Brites et al (2013) desenvolveram um processo de formação com os Agentes Comunitários de Saúde sobre a atuação da fonoaudiologia na ESF, permitindo que eles se apropriassem dos fazeres da categoria no território. Santos et al (2012) acredita que se faz importante ao ACS o conhecimento sobre as áreas de atuação do profissional fonoaudiólogo (audição, voz, linguagem e motricidade orofacial), bem como das formas de suas alterações, manifestações e influência no cotidiano das famílias, podendo identificar as situações que colocam em risco a comunicação humana e encaminhar a população para o serviço de saúde, na verdade, esse conhecimento deve ser disseminado para toda a equipe de saúde.

5.2.4. Triagem Fonoaudiológica

Dentro do fazer da fonoaudiologia, a subcategoria *triagem fonoaudiológica* salientou a triagem como parte da estruturação do trabalho fonoaudiológico dentro das Unidades Básicas de Saúde, com ela, o fonoaudiólogo direciona os usuários que foram encaminhados pela equipe de saúde.

“ A gente faz a triagem de acordo com um agendamento feito mesmo numa sala individualmente e encaminhamos para secundárias.” (F1)

“... de acordo com a queixa do paciente ele procurava a unidade de saúde encaminhado pelo ACS ou pela enfermeira, aí tinha um dia de fazer essa triagem.” (F4)

“É na unidade mesmo ou quando vou fazer alguma visita assim, geralmente eu faço uma triagem inicial para depois estar fazendo avaliação. ” (F5)

Estudo sobre a inserção e contribuições da atuação fonoaudiológica na Estratégia de Saúde da Família descreveu que os profissionais da equipe de saúde encaminhavam as respectivas demandas para triagem fonoaudiológica. Após a triagem, realizavam uma avaliação simplificada para que, a partir daí, fossem realizados os encaminhamentos (otorrinolaringologista, audiologia, fonoterapia, dentre outros) e as orientações (à família e à escola) pertinentes no momento (FERNANDES; CINTRA, 2010).

Maia (1997) diz que muitas vezes a construção da demanda fonoaudiológica de uma população delimitada é, na maioria das vezes, pela queixa/hipótese diagnóstica que são colhidas nas triagens.

Nascimento et al (2013) afirmam que a triagem fonoaudiológica se categoriza dentro das ações de atendimentos específicos, junto com as atividades de avaliação, orientação e encaminhamento. Os autores afirmam que essas ações, atendimentos específicos, não devem ocorrer de forma sistemática, a fim de evitar a caracterização do Nasf/ESF a um centro de especializações e/ou ambulatorios, mas infelizmente essas ações são rotineiras (NASCIMENTO et al., 2013).

5.2.5. Ações da Fonoaudiologia na ESF

Podemos comprovar esse acontecimento pela subcategoria *ações da fonoaudiologia na ESF* a qual identificou que as principais ações fonoaudiológicas no território eram de caráter clínico, enfatizando uma maior atuação na perspectiva de núcleo.

Os dados do SIREMU apresentaram praticamente os mesmos números para ações em grupo e consultas exclusivas com a fonoaudiologia. Isso deixa claro que ainda há um significativo olhar clínico para o território.

“A gente fazia era uma triagem, um acompanhamento e fazia os encaminhamentos de referência e de contra-referência”

(F11)

“Desenvolvo muita visita domiciliar, compartilhamento de caso, intervisita, interconsulta.” (F8)

“ O fonoaudiólogo vai a visita também com a gente, ele faz a visita quando a gente...” (E2)

“Durante o tempo que a fonoaudióloga teve aqui, ela participou ativamente do grupo de idosos, um grupo de caminhada...” (E5)

Na Estratégia de Saúde da Família as ações fonoaudiológicas devem envolver promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana. Cabe ao fonoaudiólogo inserido neste programa diagnosticar os problemas ambientais e detectar alterações, desenvolver atividades de promoção e proteção à saúde em geral, realizar visitas domiciliares, atuar em escolas e creches, oferecendo assessoria e orientação, organizar grupos de promoção e prevenção de saúde (recém-nascidos, hipertensos, idosos, crianças), atender à demanda encaminhada para oficinas e terapias grupais e discutir os casos com a equipe (LIPAY; ALMEIDA, 2007).

Na verdade isto seria o ideal, mas Fernandes et al (2013) pontuaram em sua pesquisa com fonoaudiólogos do Nasf que suas ações eram prioritariamente de atendimentos domiciliares e ambulatoriais, o que remete ao fato de que, por muito tempo, o fonoaudiólogo atua em ambulatórios e atendimento especializados.

Andrade (2000) acredita que é preciso buscar uma transformação da prática fonoaudiológica, atualmente centrada em ações individuais e fragmentadas, para um modo de cuidar mais integral e coletivo, de modo que supere a prática nuclear do conhecimento, conseqüente à formação acadêmica recebida.

5.2.6. Ações de Menor Participação do Fonoaudiólogo

Nesta pesquisa, foi possível perceber que os próprios fonoaudiólogos desconhecem todas as possibilidades de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Assim, emergiu a

subcategoria *ações de menor participação do fonoaudiólogo* sinalizando a dificuldade do próprio fonoaudiólogo em enxergar o seu fazer em algumas ações promotoras da saúde.

“As que menos participei, foi do dia da mancha, hiperdia... eu nunca me interessei de me inserir.” (F8)

“...mas tem outras preceptorias como a de geriatria é muito difícil eu entrar.” (F7)

“a questão do fórum comunitário, como fonoaudióloga eu acaba não me envolvendo tanto...” (F9)

“a gente vê que o fonoaudiólogo só é inserido se for uma campanha de áudio, se for uma questão de voz” (F1)

Podemos comprovar isto pelos dados do SIREMU, os quais indicaram pouca participação da fonoaudiologia que englobava Projeto Terapêutico Singular, Hanseníase, Hiperdia, Saúde Mental, Visita Institucional, Saúde do Trabalhador, Participação Social e Participação Familiar.

Essa falta de conhecimento das possibilidades de atuação pode estar sendo desencadeada pela dificuldade do fonoaudiólogo em atuar no campo social, mantendo um forte olhar para o seu núcleo específico e por não abordar os aspectos político e sociais como integrante das suas ações diárias na ESF.

Campos (2000) desenvolveu a idéia de campo e núcleo de saberes ao discorrer sobre a saúde pública e suas interfaces. O campo possui um caráter mais geral e interdisciplinar, envolvendo diferentes atores; o núcleo ele é específico no qual se encontra a atuação de uma dada área, com um dado profissional, dentro de uma especificidade.

Malfitano (2005) acredita que para o profissional da saúde atuar efetivamente no campo social, ele deve incorporar o aspecto político no seu cotidiano. O profissional precisa estabelecer um diálogo entre a microestrutura – seu cotidiano de ações com sua população-alvo – e a macroestrutura – no aspecto das políticas sociais – articulando uma política que viabilize o acesso aos direitos para esta população.

Para Mendes (2009), a Fonoaudiologia na Saúde da Família e, mais recentemente, ao trabalho que começa a ser desenvolvido nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), necessita de um maior alinhamento das ações fonoaudiológicas às atuais proposições das

Políticas Públicas Nacionais: Atenção Básica, Promoção à Saúde, Integração à Pessoa com Deficiência, Saúde do Idoso, Saúde Auditiva, Humanização, entre outras.

5.2.7 - Papel do Fonoaudiólogo na ESF

Quando analisamos todo o processo de trabalho da categoria, identificamos que os fonoaudiólogos desenvolvem um papel clínico focado na sua especialidade. No entanto, eles compreendem que seu papel na ESF é prevenir danos à comunicação humana, presenciado na subcategoria *papel do fonoaudiólogo na ESF*.

“Eu vejo como um papel de contribuir na atenção à saúde daquele paciente, tanto da parte específica da categoria de fono, como dos aspectos de saúde em geral” (F10)

“Está mais voltado para prevenção... a gente muito a prevenção, a prevenção e alguns cuidados primários.” (F1)

“É trabalhar na parte preventiva, nas ações de saúde e nas áreas que a fonoaudiologia atua, linguagem, voz, fala, linguagem e audição.” (F2)

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Costa et al (2013), quando observaram que os fonoaudiólogos do Nasf se posicionam ideologicamente em função de uma prática centrada na prevenção, mas desenvolvem, geralmente, ações curativas individualizadas como recurso assistencial único.

Outro agravante na fala dos fonoaudiólogos de Sobral foi a ausência do seu papel de promotor da saúde. A promoção da saúde não está sendo privilegiada nas ações da maioria dos fonoaudiólogos, isto pode ocorrer por dificuldade de trabalhar com esse novo paradigma em saúde.

Czeresnia (2008) descreve que as estratégias de promoção da saúde enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial .

No que tange às ações preventivas, elas se definem como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas

populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2008)

Para os usuários e equipe de saúde, o papel do fonoaudiólogo na ESF limita-se ao seu núcleo de sua especialidade.

“O fonoaudiólogo colabora com a reabilitação do paciente... pode também auxiliar no trabalho com terapia na fala e outras coisas.” (E2)

“Eu acho que uma das dificuldades é conhecer um pouco mais quais são as funções, quais são os papéis da especialidade, porque é uma especialidade nova dentro do serviço de Saúde da Família.” (E2)

“Eu acho que é pra ensinar as pessoas a falar melhor, ensinar alguns tipos de exercícios pra ver se a pessoa consegue falar melhor.” (U23)

“...a gente sabe que eles trabalham nessa área da voz e estímulos das cordas vocais, e foi isso que a gente ficou mais identificado com o trabalho dele.” (U4)

O fonoaudiólogo inserido na ESF tem como atribuições valorizar os princípios do acolhimento, vínculo e responsabilização pela comunidade junto à Equipe Multiprofissional; estimular o autocuidado; apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, epidemiológicas e ambientais do território, identificando também os fatores de risco para os distúrbios fonoaudiológicos. Buscar soluções para os problemas encontrados, inclusive com o estabelecimento de prioridades pactuadas com a comunidade e com as equipes de saúde, potencializando a resolutividade das ações (MEDEIROS et al., 2010).

Para desempenhar essas competências e atingir os objetivos de promoção, prevenção e recuperação da saúde da comunicação, é necessário que a categoria reconheça que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida. No entanto, essa dificuldade em atuar como promotor da saúde talvez esteja sendo ocasionado por um trabalho

voltado fortemente para o seu núcleo de atuação, esquecendo o campo social em que seu trabalho está inserido.

Para uma atuação eficaz, o fonoaudiólogo precisa compreender que o campo social envolve trabalho interdisciplinar com interfaces com diversos núcleos, cujos projetos exigem a intervenção, a comunicação e o trabalho conjunto entre os diferentes atores para composição de uma rede de intervenção (MALFITANO, 2005).

5.2.8. Olhar Integral

Apesar dessas dificuldades, este estudo trouxe um avanço no fazer da fonoaudiologia na ESF, identificado na subcategoria *olhar integral* em que contemplava um desenvolvimento do olhar integral para com o ser humano no cuidado da sua saúde nos territórios.

A nosso ver, o desenvolvimento dessa competência foi fruto do seu processo de capacitação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

“mas como profissional do Saúde da Família, a gente vai ver o paciente como um todo...” (F4)

“Então, eu to lá, antes de fono, como uma profissional de saúde pra abranger um pouquinho de tudo.” (F7)

“eu não posso olhar aquele paciente só nos aspectos de voz, fala, linguagem, audição, que são as categorias específicas da fono, eu tenho que olhar ele como um paciente de forma integra.” (F10)

A integralidade ocorre nos diversos serviços de saúde por meio do compromisso dos profissionais de escutar atentamente e cuidadosamente os usuários, para identificar suas necessidades de saúde (MERHY, 1997).

Para Silva et al (2013), o cuidado integral resgata a capacidade cuidadora da fonoaudiologia comprometida com a saúde da comunicação humana e não focada nos distúrbios da comunicação, mas Costa et al (2013) alertam aos fonoaudiólogo da ESF que

uma prática pautada na visão nuclear leva à fragmentação da assistência e conseqüentemente a um enfraquecimento do cuidado integral ao usuário.

Para evitar que isto ocorra, o fonoaudiólogo deve estar consciente que a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde, além de mais sensível às dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (PINHO et al., 2006).

Lembrando que para Mattos (2004) o olhar integral na saúde revela a capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento manifesto, que resulta na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa de ações ou procedimentos preventivos. Dessa forma, o conhecimento sobre as doenças permite aos profissionais de saúde intervirem antes que elas se revelem um sofrimento manifesto, considerando, na perspectiva da integralidade, as recomendações preventivas.

5.2.9 – Promoção do Autocuidado

Além do olhar integral com os usuários do sistema de saúde de Sobral, o fonoaudiólogo, dentro do seu fazer, passou a desenvolver um trabalho de promoção do autocuidado nos territórios, contemplando a subcategoria *promoção do autocuidado*. A sensibilização desses profissionais para realizar essa ação, provavelmente tenha sido oriunda do seu processo de capacitação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

“agente mostrava para ele a necessidade que ele tá também sendo responsável pela saúde dele” (F4)

“... a gente conseguisse trabalhar também o empoderamento, pra que eles pudessem se tornar responsáveis, não só por eles, mas por toda a comunidade.” (F11)

“...estamos trabalhando com o meu filho, tudo que a gente pode trabalhar, a gente vem trabalhando...” (U4)

“ A fonoaudióloga pediu que a gente trabalhasse muito com as vogais, então a gente começou a trabalhar mais isso.”

(U5)

Com as frases dos fonoaudiólogos, percebemos que eles tiveram a preocupação de fazer com que os usuários se empoderassem da sua saúde. No que diz respeito às falas dos usuários, elas revelaram a conscientização de que ações desenvolvidas pelos fonoaudiólogos podem e devem ser aprendidas e deliberadas por eles no dia-a-dia.

O “empoderamento” (*empowerment*) é parte do modelo precitado e inclui a promoção da conscientização e fornecimento de informações sobre o campo da saúde e habilidades vitais, possibilitando ao indivíduo autonomia para fazer suas escolhas (OLIVEIRA, 2005).

Em estudo sobre avaliação do acompanhamento do lactante, foi possível observar que as mães e cuidadoras adquiriram uma série de conhecimentos quanto aos aspectos de desenvolvimento infantil, isso só ocorreu porque as fonoaudiólogas trabalharam o empoderamento das famílias em questão (BOTASSO, 2013).

Ferreira et al (2012) observaram que a participação da fonoaudiologia no grupo com idoso proporcionou novos conhecimentos, o que favoreceu o empoderamento do público alvo, gerando mudanças significativas nos aspectos bio-psicossociais e aprendizado útil no autocuidado.

5.2.10. Ferramentas de Trabalho

Neste estudo, a subcategoria *ferramentas de trabalho* destacou a falta de instrumentos norteadores do fazer da fonoaudiologia na ESF, por exemplo: o uso de protocolos. Com as falas dos fonoaudiólogos observamos um preconceito em utilizá-los.

F1 – “...eu tenho um que sigo mas ele não consta dentro da pasta de nenhum paciente...” (F1)

F5 –“ ... não sigo aquele protocolozinho não.” (F5)

F6-“ Assim, eu tenho uma visão restrita desses protocolos, eu não gosto de protocolo.” (F6)

O fonoaudiólogo necessita de instrumentos para conduzir o seu processo de trabalho, assim o protocolo ajudaria no acompanhamento da saúde da comunicação da comunidade.

Fernandes et al (2013) identificaram que a maioria dos fonoaudiólogos, da região metropolitana de Recife, não construíram protocolos de atividades no Nasf. Esse fato contribuiu para fragilização do bom desempenho do Nasf, pois os protocolos são ferramentas importantes para nortear o planejamento e monitoramento das ações realizadas (FERNANDES et al., 2013).

Estudo de Antunes (2010), no qual levantou o perfil fonoaudiológico da Comunidade do Dendê da cidade de Fortaleza - CE, ressaltou a importância dos protocolos em possibilitar informações mais precisas e estabelecer melhoria nos determinantes e condicionantes da saúde pela atuação da fonoaudiologia.

Para Werneck et al (2009), os protocolos são estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Deste modo, a categoria de fonoaudiologia poderia utilizar esses instrumentos para organização do seu serviço.

A sugestão do uso não é de engessar o processo de trabalho, mas sim de nortear o fazer em algumas ações específicas da fonoaudiologia, garantindo melhor qualidade da atenção.

5.2.11. Processo de Inserção do Fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família

Neste caminho junto a ESF, a categoria se deparou com alguns fatores que restringiram a sua atuação, pontuado em algumas subcategorias, entre elas a subcategoria *processo de inserção do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família* que contemplou as seguintes frases

“... ainda tá aquele engatinhar porque tem muita gente que não em conhecimento sobre a atuação do fono” (F5)

“Eeu me sinto parte da equipe, mas a minha inserção não foi muito fácil” (F6)

“...é foi um momento que encontramos dificuldades, né, porque estávamos nos inserindo numa nova estratégia..”

(F2)

“ programas do posto, mas muito difícil, por conta daquela visão de núcleo ali.” (F4)

F10. “... foi muito desafiador, porque naquele território, lhe dava a oportunidade de você atuar em todas as áreas que você nunca tinha atuado.” (F10)

Na verdade, o serviço de fonoaudiologia está lentamente se inserindo e conseguindo organizar e solidificar algumas propostas de trabalho (BEFI, 1997), encontrando ainda alguns desafios em relação aos componentes dos serviços de saúde (LIMA; ACIOLE, 2013). Os desafios apontados por Lima e Aciole (2013) são dos componentes do Modelo de atenção, organização dos recursos de infraestrutura, gestão e financiamento.

Em relação ao Modelo de Atenção, o fonoaudiólogo não é visto como promotor da saúde da comunicação, mas sim como um reabilitador, além de ter uma incipiente atuação clínica baseada na Política Nacional de Humanização. Quanto à organização dos recursos e infraestrutura, o fonoaudiólogo possui problemas na regionalização, oferta insuficiente do serviço de fonoaudiologia, dificuldades de acesso geográfico aos serviços de fonoaudiologia, lista de espera de atendimentos que gera demanda reprimida, recursos humanos insuficientes e com necessidades de qualificação e má-remuneração e vínculos precários. Em relação à gestão, os gestores não conhecem a atuação da fonoaudiologia e a sua importância na gestão do cuidado, autoridades sanitárias não ampliam a oferta de serviços em fonoaudiologia, poucos fonoaudiólogos militantes em prol a saúde da comunicação humana, pouca participação dos fonoaudiólogos nos conselhos e conferências de saúde. No que tange ao financiamento, ocorrem poucos investimentos em pesquisas e estudos no campo da atenção básica do SUS e na fonoaudiologia (LIMA; ACIOLE, 2013).

Para Fernandes e Cintra (2010), a falta de plano de ação específico para atuação nas Unidades Básicas de Saúde foi uma das grandes dificuldades do fonoaudiólogo, mas que a prática dentro da ESF está possibilitando o amadurecimento profissional e a inserção da categoria neste cenário.

5.2.12. Desconhecimento do Fazer na ESF

Essa dificuldade de inserção da categoria implicou um desconhecimento, por parte da equipe de saúde e usuários, sobre as possibilidades de atuação do fonoaudiólogo nesta estratégia, isso levou à subcategoria *desconhecimento do fazer na ESF*, descrita nas falas abaixo:

“...a gente ainda tem hoje nos territórios pessoas que não sabem o que é fonoaudiologia” (F1)

“As vezes é porque é a visão que eles tem ainda de que a gente tem que clinicar, as vezes ele não entendem que a gente lá” (F7)

“Os restritivos é o próprio conhecimento dos outros profissionais e da própria população...” (F2)

“...desconhecimento é o ponto mais fraco de acontecer, é um entrave” (F6)

Os autores Brites et al (2008), em pesquisa realizada com agente comunitários de saúde, perceberam que todos achavam que a fonoaudiologia podia intervir apenas em crianças de creche, esse dado indicou que existem ESF em que o trabalho do fonoaudiólogo ainda é desconhecido.

Outro ponto que favorece esse fato, segundo Costa et al (2013), é gestor não pertencer, muitas vezes, à área da saúde, o que contribui para que o papel do fonoaudiólogo, na organização e na gestão do cuidado, se distancie das ações preventivas, limitando-se aos atendimentos semelhantes aos desenvolvidos nos ambulatórios de especialidades, onde a prática é exercida principalmente na estrutura de consultório clínico e direcionada ao indivíduo de modo particular

Ademais, outra realidade vivenciada pela fonoaudiologia que favorece esse desconhecimento é a regionalização e a organização dos serviços de saúde, uma vez que os fonoaudiólogos que atuam nas equipes Nasf e ESF são, muitas vezes, únicos em relação ao atendimento de uma significativa demanda reprimida, com necessidades diretamente alusivas ao campo da reabilitação, o que dificulta a promoção de práticas preventivas e a descoberta do real fazer do fonoaudiólogo na ESF (COSTA et al., 2013).

Para Lipay e Almeida (2007), a existência da demanda reprimida para atendimento fonoaudiológico associada ao desconhecimento sobre as possibilidades de atuação dessa categoria neste cenário, levaram à opção pela intervenção clínica na Atenção Básica, o que resultou em um isolamento do profissional e dificuldade de integrar o fonoaudiólogo à equipe da Unidade de Saúde.

Para agravar esta situação, Maldonado (2009) afirma que as unidades de saúde ainda têm no modelo médico-assistencial seu principal filão, cujo foco reflete na inserção destes profissionais nos serviços, o que concorre para a falta de compreensão do pleno exercício de suas funções. Podemos também confirmar isto quando Costa et al (2013) descrevem em sua pesquisa que muitos fonoaudiólogos se demonstraram pressionados a realizar unicamente o atendimento clínico-individualizado dentro das Unidades Básicas de Saúde.

5.2.13. Conhecimento das Áreas de Atuação do Fonoaudiólogo na ESF pelas Equipes de Saúde

Esse desconhecimento ficou evidente nos diálogos das equipes de saúde, pois apresentaram conhecimento muito limitado sobre as áreas de atuação do fonoaudiólogo, pontuado na subcategoria *conhecimento das áreas de atuação do fonoaudiólogo na ESF pelas equipes de saúde* e elucidado nas falas abaixo:

“... a questão dele participar dos grupos, de dar palestras, não só sobre a fala, mas sobre engargalos, que é muito importante...” (E1)

“Deve ser na questão do escutar e não poder falar, a dificuldade né da criança.” (E5)

“Trabalha a voz, a emissão da voz, o músculo orofacial, melhorar a condição alimentar.” (E2)

“Até na falta de uma enfermeira, ele pode fazer a puericultura de uma criança.” (E2)

Estudo feito com médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas e assistentes sociais, os quais foram questionados sobre os conceitos de saúde geral e

saúde fonoaudiológica, mostrou que para eles a comunicação humana exerce pouca influência sobre a saúde geral (ANDRADE, 2000).

E com o passar do tempo, observamos que os profissionais ainda possuem essa percepção. Rabelo et al (2004), em pesquisa com médicos pediatras, identificaram que eles acreditavam que o trabalho do fonoaudiólogo estava relacionado apenas aos distúrbios de fala, desconhecendo a atuação fonoaudiológica em outras áreas.

Cruz (2008) acredita que a dificuldade em se compreender a atuação deste profissional, muitas vezes, parte da própria iniciativa do ator social não saber justificar sua atuação, ocasionando um desconhecimento geral de outras classes profissionais sobre o seu fazer.

Os fonoaudiólogos precisam divulgar e orientar mais sobre sua profissão dentro dos territórios, por meio de folhetos informativos, painéis, palestras de dinâmicas de sala de espera, etc (PIMENTEL et al., 2010). Também devem capacitar os profissionais da equipe multiprofissional quanto às possibilidades da sua atuação com a comunidade.

5.2.14. Atuação junto a Equipe Multiprofissional

As equipes de saúde também pontuaram alguns aspectos negativos da atuação do categoria no território, como a falta de entrosamento do trabalho fonoaudiológico junto a eles, que foi observado na subcategoria *atuação junto a equipe multiprofissional*.

“Não existia o engajamento com o restante da equipe...”

(E3)

“...acho que seria interesse o profissional em tá apresentando o trabalho dele e fazendo isso de forma constante pra toda a equipe.” (E3)

“a gente tem muitos casos que ele poderia tá contribuindo pra não haver encaminhamento, porque a gente não tem suporte de acompanhamento eu acho”(E2)

Costa et al (2013) observaram que apesar de os fonoaudiólogos conhecerem a importância do trabalho a ser desenvolvido na perspectiva de equipe, muitos não o realizam.

Essa incorporação se faz necessária, uma vez que o desenvolvimento de ações multidisciplinares e intersetoriais são relevantes para ampliar o conhecimento da população e dos outros profissionais de saúde sobre o trabalho do fonoaudiólogo (FERNANDES et al., 2013).

Entretanto, os fonoaudiólogos destacaram em suas falas que a atuação junto à equipe multiprofissional é um facilitador do trabalho da categoria dentro da UBS.

“... a gente sempre trabalhava junto a essa população com o educador físico, terapeuta...”(F2)

“O meu trabalho inicialmente foi com a equipe da residência, era muito com o fisioterapeuta da residência, com a psicóloga da residência.” (F9)

“... a gente desenvolve ações de saúde relacionados a minha categoria e as outras categorias dos outros residentes.” (F5)

“Os facilitadores do trabalho é a questão de se trabalhar com multidisciplinaridade.” (F11)

Foi possível perceber que os fonoaudiólogos, na maioria das vezes, se referiam à equipe multiprofissional composta pelos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e não à equipe multiprofissional de referência das Unidades de Saúde, gerando essas falas ambíguas entre fonoaudiólogos e equipes de saúde. Isto foi comprovado pelos dados do SIREMU, os quais mostraram uma grande participação do fonoaudiólogo junto à sua equipe da residência em ações desenvolvidas no território.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001). Para Araújo e Rocha (2009), o trabalho em equipe é um elemento essencial para o desenvolvimento da Estratégia de saúde da Família.

Fernandes e Cintra (2010) relatam que muitos estudos comprovam as contribuições da atuação do fonoaudiólogo na saúde da comunicação, apesar de não estar totalmente incorporada junto à equipe multiprofissional e à interdisciplinar da ESF.

O fonoaudiólogo deve ter em mente que a integração dos profissionais da equipe e a articulação com os setores da administração pública e demais parceiros é de fundamental importância para o sucesso do trabalho de promoção de saúde e prevenção de agravos (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010).

5.2.15. Perfil do Profissional ao Atuar na ESF

Além dessa situação, as equipes de saúde pontuaram a grande dificuldade de alguns fonoaudiólogos em se adequarem ao Modelo de Atenção proposto pela ESF, sendo sinalizado pela subcategoria *perfil do profissional ao atuar na ESF*

“... o que eu percebi nessas duas realidades é que um veio ciente do seu papel e outra não, então o papel mudou de profissional pra profissional” (E3)

“...depende de profissional pra profissional, porque eu tive duas realidades com dois fonoaudiólogos” (E3)

“A gente percebe que realmente uma se envolveu com cada um dos pacientes, coisas que a gente não tem percebido com a outra.” (E3)

“As duas fonoaudiólogas que passaram por aqui tiveram uma grande dificuldade pra reconhecer o espaço delas e fazer as ações” (E2)

Pesquisa, em relação ao perfil dos fonoaudiólogos que atuavam no Nasf, verificou que 100% confirmaram experiência em trabalho com comunidade, sendo estas atividades em 80% dos casos atendimentos domiciliares e apenas 20% atendimentos em grupos e, em relação ao tempo de atuação na Atenção Básica, evidenciando muito o perfil clínico abordando as especialidades da categoria (FERNANDES et al., 2013).

Zanetti et al (2010) creem que o conhecimento sobre o perfil e a formação dos profissionais da ESF podem contribuir significativamente para construção de ações formativas e educativas na área, visando a implementação e a efetividade dos princípios da Estratégia.

5.2.16. Mudanças Necessárias para o Aprimoramento do Serviço Fonoaudiológico

Para solução desses problemas, as equipes de saúde sugeriram algumas mudanças no trabalho da fonoaudiologia presenciado na subcategoria “Mudanças *necessárias para o aprimoramento do serviço fonoaudiológico*”.

“ Precisa ter um maior envolvimento com o pessoal das equipes, com os profissionais, pra que a gente compreenda mais onde é que ele pode ajudar mais.” (E4)

“Então há importância deles saírem um pouco do consultório e ir pra própria comunidade.”(E1)

“O que eu queria mais era a presença deles ali constante com os pacientes” (E1)

“...em uma semana vai em 4 ou 5 PSF, então fica muito reduzido a participação desse profissional na unidade”.(E4)

“ Um ambiente físico adequado, melhoraria bastante...”
(E1)

Essas falas atestam que o aspecto estrutural do serviço de fonoaudiologia é o que mais possui falhas segundo a percepção das equipes de saúde, esses dados já foram discutidos na avaliação da qualidade do componente estrutural. As sugestões também incluíram um maior envolvimento dos fonoaudiólogos com a equipe multiprofissional de referência das unidades. Essa falta de participação corroborou com achados da literatura, em que Costa (2013) observou nos discursos dos fonoaudiólogos dos municípios Paraibanos que trabalhavam no Nasf que muitos revelaram estarem conscientes da importância do trabalho a ser desenvolvido na perspectiva de equipe, entretanto muitos não o realizavam.

5.2.17. Reconhecimento do Fazer da Categoria

Apesar desses desafios apontados pelos fonoaudiólogos e as equipes de saúde, alguns fatores facilitaram a atuação da categoria na ESF, referenciados em algumas subcategorias. Entre elas, a subcategoria *reconhecimento do fazer da categoria* demonstrou que fonoaudiologia, mesmo incipiente neste palco na cidade de Sobral, já está realizando algumas conquistas, entre elas o reconhecimento do seu trabalho.

“ Eu vejo que eles sentem que tem essa necessidade de vc, eles veem a necessidade da fonoaudiologia dentro da estratégia.” (F1)

“...agente faz parte da realidade do posto de saúde, todas as atividades que eles realizam nós estamos inseridos.” (F4)

“Ele facilita muito tanto o trabalho do enfermeiro, como o do agente de saúde, como o do Doutor.” (E2)

“... ela tava bem “caquiticazinha”, depois de umas orientações que o fono fez, a gente voltou lá ontem ela tava bem mesmo” (E2)

O acompanhamento fonoaudiológico nos primeiros anos de vida da criança reduziu significativamente o encaminhamento para Atenção Secundária e Terciária, permitindo um trabalho de promoção da saúde e prevenção, diminuindo os impactos negativos que os distúrbios da comunicação podem trazer à saúde da população (BOTASSO et al., 2013). Nesta mesma pesquisa, a população que frequentou o programa reconheceu o fonoaudiólogo e a importância de seu trabalho na ESF (BOTASSO et al., 2013).

Brites et al (2013) observaram o reconhecimento do fazer da fonoaudiologia na ESF pelos Agentes Comunitários de saúde após um processo de formação, o que permitiu uma maior interdisciplinariedade no âmbito da saúde.

5.2.18. Processo de Territorialização

Para atingir essas conquistas, o fonoaudiólogo da cidade de Sobral se apoiou em alguns métodos facilitadores do seu trabalho, por exemplo: o reconhecimento do território foi fundamental para elaboração do diagnóstico da área e organização das ações de saúde. Ficou

evidente, na subcategoria *processo de territorialização* que os fonoaudiólogos que atuaram na Atenção Primária da cidade de Sobral estavam bem conscientes e sensibilizados quanto a este processo. Através das falas, os fonoaudiólogos demonstraram a importância de realizar o processo de territorialização para atingir o êxito nas suas ações.

-“... eu tentei fazer o processo de territorialização, me senti mais parte para estar mais apropriada e eu fui desenhando as minhas ações de hj...” (F6)

“A princípio, dentro da minha unidade, a gente fez um mapeamento.”(F12)

“... tinha que esperar a demanda do território para poder me organiza” (F9)

O fonoaudiólogo que atua na Saúde da Família precisa organizar suas práticas em bases territoriais definidas a partir do conhecimento das necessidades de saúde da população e de perfis epidemiológicos específicos, sendo responsável pelos processos de cuidado de 90% dos agravos à saúde (MENDES, 2009).

Compartilhando o mesmo posicionamento, Fernandes et al (2013) afirmam que o processo de territorialização é uma das atribuições dos fonoaudiólogos no NASF, no qual realizam o mapeamento das áreas de atuação para se obter informações sócio-demográficas para elaboração do plano de ação.

Para fazer o diagnóstico da área, o fonoaudiólogo necessita coletar dados provenientes dos registros escritos existentes e fontes secundárias que são os Sistemas de Informação em Saúde; necessita fazer entrevistas com informantes-chaves que são as informações e demandas relatadas pelo usuário e equipe de saúde; ademais, precisa fazer observação ativa na área identificando o ambiente físico, conhecendo problemas de saneamento, moradia e o ambiente social (SILVA et al., 2013).

Peixoto et al (2010) concluem que é necessário a fonoaudiologia traçar o perfil dos seu público, considerando os aspectos socioeconômicos, pois só assim será possível favorecer ações de saúde nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação de acordo com a realidade da população.

Desta feita, a territorialização é uma das ações estruturadoras do processo de trabalho na saúde coletiva, as ações de promoção e prevenção devem ser planejadas frente às necessidades e indicadores sociais da comunidade (FERREIRA et al., 2009).

5.2.19. Comunicação

Outro método, exposto como facilitador da integração desta categoria nas Unidades de Saúde de Sobral, foi o diálogo. Ele está presente em todos os tipos de relação e em todas as situações, tornando-se uma poderosa ferramenta de trabalho. O fonoaudiólogo tendo conhecimento disto, soube aproveitar os momentos das conversas para estabelecer uma troca de informações entre ele, equipe de saúde e usuários. Soube, principalmente ouvir o que outro tinha a dizer, conquistando a confiança e estabelecendo vínculos, deste modo, surgiu a subcategoria *comunicação*

“... a comunicação é um facilitador. Tudo vai para fala, tudo vai para comunicação” (F6)

“A gente sempre vai tentando dialogar e manter esse relacionamento.” (F7)

“Então é uma troca de informação, porque é nesse momento, o diálogo e mostrar o seu serviço.” (F7)

“O manejo das narrativas, da escuta, a conversa e o diálogo são tecnologias das mais imprescindíveis para a produção do cuidado humanizado em saúde” (DESLANDES, 2008, p.1). A Estratégia de Saúde da Família pressupõe a relação de diálogo que se estabelece entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos (MACHADO et al., 2010)

Aguiar (2005) frisa que temos que ser capazes de enxergar as pessoas completamente com todas as suas aflições e limitações, procurando contribuir para o seu desenvolvimento, para a resolutividade de seus problemas e para sua integração ao mundo. Por meio da comunicação humana, o fonoaudiólogo e o usuário podem estabelecer um vínculo afetivo e uma relação de responsabilização fundamental para solucionar as queixas de uma forma ampla, envolvendo todos os aspectos necessários para proporcionar saúde e qualidade de vida (ALMEIDA; FURTADO, 2006).

Para Alves (2005), por meio do diálogo ocorre a explicitação e compreensão do saber popular contrapondo-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. Nesta direção, destaca-se “a valorização do diálogo – a conversa, como instrumento de trabalho” na Estratégia de Saúde da Família (SILVA; DALMASO, 2006).

Os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família devem estar atentos para perceber as múltiplas oportunidades de aproximação do usuário, apropriando-se dos espaços existentes para estabelecer contato, conseqüentemente instituindo um processo mais efetivo de comunicação entre eles (BASTO, 2010).

5.2.20 Redes de Saúde

Além desses fatores facilitadores, a rede de saúde foi apontada como coadjuvante na realização das atividades fonoaudiológicas. A subcategoria *redes de saúde* prova que alguns fonoaudiólogos da ESF de Sobral se identificaram com esse arranjo organizativo de ações e serviços de saúde e passaram a utilizá-lo em prol do seu trabalho.

“...coisa que facilitou bastante foi o vínculo com as demais redes.” (F11)

“Outra facilitação que é que eu uso muito, mas aprendi a pouco tempo é a articulação de redes.” (F6)

“Aqui eu tenho redes, que eu posso usar.” (F6)

É fundamental que cada serviço de saúde, com a sua identidade, trabalhe com outros, com outras identidades. Na rede de saúde todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2010).

Wagner et al (1999) realizaram uma avaliação com 72 sistemas que utilizaram alguma forma de integração entre os serviços de saúde, e concluíram que os programas que integravam a Atenção Primária à saúde com os outros níveis foram mais efetivos e que seus usuários estavam mais satisfeitos.

5.3. RESULTADO

Em relação ao componente resultado da avaliação da qualidade (Donabedian, 2003), foi possível identificar quais foram as mudanças na saúde dos usuários e se houve transformações no comportamento e conhecimento sobre saúde geral e da comunicação após as ações fonoaudiológicas, bem como, a satisfação do usuário com o serviço da fonoaudiologia na atenção básica.

Para Cecílio (2002), entender a percepção de satisfação do usuário dos serviços de saúde é de fundamental importância para a melhoria da qualidade da assistência fornecida por esses serviços, visto que a fala dos usuários associada a um conjunto de indicadores técnicos permitem avaliar os resultados finais do atendimento da maneira mais fidedigna possível.

A satisfação dos usuários com o serviço de fonoaudiologia foi demonstrado pelas subcategorias “*tempo de espera para atendimento fonoaudiológico*”, “*esclarecimento sobre o problema*”, “*satisfação quanto ao atendimento fonoaudiológico*” e “*vinculo*”.

5.3.1. Tempo de Espera para Atendimento Fonoaudiológico

Na subcategoria *tempo de espera para atendimento fonoaudiológico*, os usuários declararam ter um acesso rápido ao serviço de fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sobral.

“Demorou não, foi ligeiro, foi mais ou menos uma semana.”

(U1)

“Foi rápido, o trabalho dos meninos é muito bom, tem uma acessibilidade boa...” (U7)

“Com ela foi rápido, falei num dia e no dia seguinte ela marcou pra mim ir, eu fui atendida...” (U19)

Essa realidade de Sobral diferencia-se dos dados encontrados na literatura, que mostram um alto grau de insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento nos serviços de saúde (ANDRADE; FERREIRA, 2006). Geralmente, a insatisfação dos usuários da ESF se relaciona à demora por atendimento, ao tempo de espera no serviço, ao

acolhimento deficiente e às dificuldades nos relacionamentos com os profissionais (CLARIS; SILVA, 2011). No estudo de Moiomaz et al (2010), a principal queixa do usuário foi por uma melhor organização do serviço, que proporcione atendimento mais rápido e efetivo.

Com a regionalização do serviço de fonoaudiologia, o acesso da população a este serviço se torna mais fácil e com prestação de serviço mais efetiva (FUSSIGER, 2012), contudo essa realidade não é encontrada em todo o território Nacional. Bazzo e Noronha (2007) ressaltam que algumas instituições do Estado da Bahia apresentaram inadequações em relação ao serviço fonoaudiológico, sendo uma delas a espera prolongada para o usuário conseguir atendimento.

5.3.2. Esclarecimento sobre o Problema

A satisfação também surgiu em relação aos esclarecimentos dados pela fonoaudiologia sobre os problemas enfrentados pelos usuários das Unidades Básicas de Sobral. A informação é um direito do cidadão, é um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivenciando (CHAVES, 2005). Com os discursos abaixo, percebemos que a fonoaudiologia respeita esse direito esclarecendo sempre as dúvidas e questionamentos da comunidade.

“Ela explica tudo... ela explica sobre a face, como a gente tem que fazer, mastigar, tudo ela explica bem direitinho.”

(U11)

“Ela explica, ela me ensina, alguns movimentos, tipo “Você precisa fazer isso pra ele manter o movimento tal” ela explica” (U22)

“Esclareceu todas as minhas dúvidas...” (U6)

Podemos ver que os usuários, em sua maioria, afirmaram ter recebido informações sobre sua saúde ou tratamento. Entretanto, com este estudo não se pode julgar se as informações dadas foram completas no que se referem a diagnóstico, orientações, explicações do tratamento, principalmente, adequação à linguagem do destinatário.

Beigelmeyer et al (2009) reforçam a importância de um profissional com perfil voltado para atuação na Atenção primária à saúde, no qual priorize a orientação e esclarecimento da população sobre aspectos gerais de cidadania e direitos fundamentais, contribuindo com o desenvolvimento social e promoção da saúde individual e coletiva. Lembrando que a fonoaudiologia comunitária busca promover ações inovadoras e atentas à realidade social (LENZ et al., 2006).

Para Lima et al (2014), se o que se pretende na ESF é a participação da comunidade na tomada de decisão, é necessário a troca de informações e de compromisso entre equipe de saúde e usuário. O acesso do usuário à informação assegura decisões autônomas e faz efetivar a cidadania à saúde (LIMA et al., 2014).

Ramos e Lima (2003) afirmam que quando os profissionais da saúde respondem aos questionamentos que o usuário se encoraja a fazer, as respostas que obtém ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas conferem-lhe segurança e promove o aumento da relação de confiança interpessoal. A confiança é considerada “o sustentáculo de todo o convívio humano” (BAUMAN, 2005, P.115). É pela confiança do usuário nos profissionais de saúde que se inicia a construção do vínculo.

5.3.3. Vínculo

Vínculo é “[...] a circulação de afeto entre pessoas” (CAMPOS, 2005, p. 28).

A confiança dos usuários depositadas nos fonoaudiólogos possibilitou a criação do vínculo que facilitou a identificação, o atendimento e acompanhamento dos agravos à saúde da comunicação, promovendo um resultado mais satisfatório do serviço de fonoaudiologia no território, visto na subcategoria *vinculo*.

“Fiquei satisfeita, porque ela é uma profissional que não é só profissionalismo, ela interage com você, ou aqui, ou fora, tem aquela amizade.” (U24)

“ Eu gostei muito, elas são muito boas com a gente, eu peguei muita amizade com elas.” (U27)

“Ela é muito boa, procura saber como a gente tá se sentindo, o que tá acontecendo, se eu tô bem, como é, ela já tem arranjado muita coisa pra mim.” (U15)

A ESF possui como pontos centrais o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de responsabilização entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2007)

Ensinam Schimidt e Lima (2004) que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Sendo assim, o vínculo se torna um instrumento utilizado na ESF para alcançar objetivos, já que ele cria laços de compromisso e de co-responsabilização entre profissionais de saúde e a população (NASCIMENTO et al., 2010).

Almeida e Furtado (2006) refletem que, por meio da comunicação humana, o fonoaudiólogo e o usuário podem estabelecer um vínculo afetivo e uma relação de responsabilização fundamental para solucionar as queixas de uma forma ampla, envolvendo todos os aspectos necessários para proporcionar saúde e qualidade de vida.

Botasso et al (2013) observaram que vínculo com as famílias na ESF favoreceu a troca de saberes, o estabelecimento de uma relação horizontal, pois o saber dos participantes é valorizado, bem como a do profissional Fonoaudiólogo.

5.3.4. Satisfação quanto ao Atendimento Fonoaudiológico

Outra subcategoria que emergiu da satisfação do usuário foi “satisfação quanto ao atendimento fonoaudiológico”. Foi possível perceber, pelas falas abaixo, que essa satisfação não estava vinculada a resolução do problema fonoaudiológico em questão, mas sim ao atendimento humanizado prestado.

“Ele é uma benção, primeiro Deus e segundo ele. Tudo que ele mandava eu fazer, eu fazia” (U2)

“...as seções, começou aqui no posto, foi muito bem atendido, num tenho o que falar, ela é muito jeitosa com criança.” (U1)

“Foi ótimo, ela atende super bem, muito atenciosa, muito preocupada com os pacientes” (U6)

No campo da atenção, a Política Nacional da Humanização visa à acessibilidade e integralidade da assistência ao vínculo entre os servidores/trabalhadores e população, bem como o avanço da “clínica ampliada”, lidando com as necessidades dos sujeitos (SANTOS FILHO, 2007).

Cardoso (2001) crê que uma assistência humanizada do cuidador possibilita a este e a seu paciente uma convivência mais próxima, que permite a troca de experiências, a solução de problemas e o conhecimento da limitação do outro, mesmo que a comunicação entre os participantes não seja verbal.

Pesquisa sobre a percepção dos fonoaudiólogos quanto a Política de Humanização, demonstrou que eles acreditam que, para garantia do atendimento humanizado, é necessário oferecer atendimento integral com equidade, em todas as práticas profissionais, e considerar cada usuário como ser indivisível sem possibilidades de desvincular biológico, psíquico, espiritual e social (CELIN et al., 2012).

Marin et al (2010) destacam que mesmo frente a tal compreensão dos profissionais de saúde, ao se apontar para as dificuldades no processo de humanização, observa-se a perpetuação de um modelo de atenção fragmentado e burocratizado que nada contribui para ações integradoras e humanizadas, causado principalmente por falta de profissionais preparados, excessiva demanda e deficiências na organização do serviço.

5.3.5. Ações da Fonoaudiologia na ESF

As falas dos usuários apontaram como ação principal do fonoaudiólogo o encaminhamento para os outros níveis de atenção, sinalizando uma fragilidade nas ações dos fonoaudiólogos na ESF, uma vez que a maioria desses encaminhamentos poderia ser solucionada na própria unidade de saúde.

Os dados do SIREMU atestam esses achados, mostram um elevado número de encaminhamentos para Atenção Secundária, seja para consultas ou exames.

“Eu disse que tinha problema no ouvido e ela me encaminhou lá pro médico.” U25

“...fez uma avaliação, que inclusive foi ele que fez o encaminhamento pro CEO.” U7

“ Logo na primeira vez que ela atendeu ela, ela fez logo o encaminhamento pro Centro de Reabilitação.” U23

Essas ações precisam ser repensadas pelos fonoaudiólogos e pela gestão da área da saúde da cidade de Sobral, afinal afetam diretamente a qualidade da assistência prestada ao usuário. A fragilidade detectada pode estar sendo causada por uma precária estrutura oferecida para o fonoaudiólogo trabalhar e/ou por processos de trabalho inadequados para este nível de atenção conduzido por profissionais com poucas competências para atuar área.

Uma das principais dificuldades, para a maioria dos gestores da Estratégia de saúde da Família, no que diz respeito à organização da atenção primária, era profissionais com pouca qualificação para atuar na área. (FOSTER et al., 2008).

Assim, Foster et al (2008) descrevem que a falta de filtro na atenção primária não só aumenta consideravelmente o número de consultas desnecessárias, mas também sobrecarrega a Atenção Secundária, aumentando os riscos para os pacientes. Sugere que a utilização de tecnologias econômicas eficazes, como grupos de orientação associadas a profissionais bem treinados e infra-estrutura básica, podem promover uma alta resolução de casos com baixos custos.

Para Bazzo e Noronha (2008), o fonoaudiólogo da atenção básica, por ter caráter generalista, tem a possibilidade de desenvolver ações mais abrangentes e versáteis, o que poderá impactar não só no tratamento das doenças, mas também no quadro de saúde em geral da população.

5.3.6. Expectativas dos Usuários

A organização do serviço foi apontada, neste estudo, como uma das expectativas sobre o fazer da fonoaudiologia no território. Através das falas dos usuários emergiu a subcategoria “*expectativas dos usuários*”, no qual se enfatizou o anseio da população por um número

maior de profissionais desta categoria nos territórios e por fonoaudiólogos capacitados para atuar segundo as diretrizes do SUS.

“Quando vier um profissional, que seja comunitária.” (U24)

“É muito importante, eu não sei se já tá tendo outra fonoaudióloga aqui, mas de tudo um PSF tem que ter um pouco.” (U24)

“Falou em fono pra mim, acho que diria que eu to melhorando a qualidade... fono pra mim, seria essencial...” (U22)

A expectativa apresentada pelos usuários do serviço de fonoaudiologia foi semelhante aos achados da literatura nacional sobre o assunto. No estudo de Bazzo e Noronha (2009) os usuários se referiram a uma oferta insuficiente do serviço fonoaudiológico disponibilizado pelo SUS. Já, Lima e Aciole (2013) colocam como um grande desafio para a fonoaudiologia na ESF a organização dos recursos e infraestrutura, que envolvem, principalmente, a oferta insuficiente do serviço de fonoaudiologia e recursos humanos insuficientes e com necessidades de qualificação. Fernandes e Cintra (2010) descreveram que a inexperiência e despreparo da fonoaudiologia na saúde pública, em especial na ESF, podem prejudicar o planejamento e a organização do serviço. Molina-Avejonas et al (2010) destacaram a necessidade maior número de fonoaudiólogos atuando na Saúde Pública, profissionais preparados para lidar com este nível de atenção.

5.3.7. Insatisfação com Atuação do Fonoaudiólogo

Com isso, por essas expectativas não serem atendidas, ocorrem a frustração e a insatisfação do usuário, o que foi visto da subcategoria *“insatisfação com a atuação do fonoaudiólogo”*. Em mais um momento foi pontuado a necessidade de mais fonoaudiólogos atuando na área. Isso só comprova que a falta desse profissional na ESF implica prejuízo para organização e fortalecimento dos processos de trabalho da fonoaudiologia.

“Poderia melhorar não só aqui, mas mesmo no posto, porque a Fonoaudióloga tá aqui, mas no posto quando a gente procura, “Cadê?” Não tem outra fonoaudióloga” (U1)

“ Primeiro tem que trazer um pra cá pro bairro, porque a gente tá sem.” (U3)

“É importante, mas eu mesmo não vejo nenhum fonoaudiólogo, na minha residência não vai nenhum.” (U11)

Bazzo (2007) explica que a falta de fonoaudiólogos no serviço público de saúde pode ser consequência da reforma do Estado brasileiro, em que ocorre um enxugamento (também) do setor saúde, priorizando o foco nas doenças que podem levar a óbito, sendo assim, a fonoaudiologia raramente é convocada para trabalhar nos serviços públicos, em virtude da restrição de recursos financeiros, fato que pode colocar a profissão à margem dos reais problemas sanitários enfrentados pela sociedade.

Ademais, a fonoaudiologia precisa mostrar evidências positivas de sua atuação com a publicação de pesquisas científicas (MOLINA-ALVEJONAS et al., 2010) e elencar a atenção básica como eixo reordenador da atenção Fonoaudiológica no SUS como o primeiro passo no sentido de solucionar os problemas de organização no serviço, gestão e financiamento da saúde fonoaudiológica (LIMA; ACIOLE, 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou avaliar a qualidade da assistência prestada pela fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família. Foram analisados na avaliação da qualidade fatores inerentes à estrutura, aos processos e aos resultados, segundo o referencial de Donabedian.

A avaliação da estrutura evidenciou muitas deficiências que precisam ser corrigidas para o aumento da qualidade da atenção prestada pela fonoaudiologia, principalmente a falta de materiais, o número restrito de fonoaudiólogos atuando junto às comunidades e a falta de profissionais capacitados para atuar neste nível da atenção à saúde.

Apesar das mudanças das diretrizes curriculares, o componente estrutural que mais prejudicou a qualidade da atenção fonoaudiológica foi o processo de graduação. A formação desses profissionais ainda é fortemente centrada na visão de técnicas biomédica, com ênfase em procedimentos clínicos, não favorecendo o desenvolvimento de competências para atuação em na Atenção Primária a Saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, se tornou indispensável para diminuir a lacuna na formação do fonoaudiólogo sobre Atenção Básica. Durante a pesquisa, ficou evidente a importância da capacitação para os profissionais que atuam neste cenário, pois proporciona uma formação mais completa para o fonoaudiólogo, favorecendo o seu desenvolvimento no território, apesar de alguns egressos permanecerem com perfil clínico na assistência da comunidade.

Sobre os elementos que compõe o processo de trabalho dos fonoaudiólogos na Atenção Primária à Saúde da cidade de Sobral-CE, é importante salientar que a percepção dos fatores sociais da pesquisa se mostraram semelhante aos dados do Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Sobre o processo, destacamos a organização do trabalho pautada na lógica da ESF no qual o planejamento das ações deve partir do conhecimento epidemiológico e demográfico da área de atuação. A principal demanda da fonoaudiologia foram os idosos e o encaminhamento dessa população foi feito especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde.

A especialidade de maior concentração de ações nos territórios foi a audiolgia. Como Sobral possui um serviço de saúde auditiva no nível secundário fortalecido, suas ações acabam envolvendo os fonoaudiólogos da Atenção Primária e refletindo no delineamento das atividades no território. Outro ponto que favorece essas ações é a identificação do fazer por

parte do fonoaudiólogo na ESF, pois o seu papel na atenção básica em relação às ações que envolvem a saúde auditiva está muito bem delimitado.

As atividades que compõe a agenda do fonoaudiólogo são intervenções diretas e indiretas com o usuário e algumas atividades de educação permanente. E a maioria das intervenções foram ações clínicas específicas focadas em visitas domiciliares e consultas. Nestas consultas, o fonoaudiólogo realizava triagens, orientações, avaliações, atendimentos e visita domiciliar. As ações coletivas ficaram mais restritas aos grupos, com pouco envolvimento do profissional em atividades educativas em saúde, campanhas em saúde e planejamento. Também, percebemos a escassa participação da categoria nos programas implantados pelo Ministério da Saúde e nos movimentos sociais e políticos dos territórios.

Diante desses métodos de trabalho, foi possível concluir que o fonoaudiólogo está desenvolvendo no território um papel somente na perspectiva do seu núcleo, com atividades clínicas voltadas para suas especialidades. No entanto, os profissionais da ESF estão inseridos em um campo social, que demanda a integração do núcleo dos saberes da categoria com o campo da interdisciplinariedade, intersetorialidade e da integralidade. O fonoaudiólogo deveria trabalhar tanto na perspectiva do núcleo, quanto do campo demandando ações realizadas em rede que se traduzam numa maior efetividade para a população atendida.

Sendo assim, fonoaudiologia da ESF de Sobral possui como objeto de trabalho a saúde da comunicação e tem como finalidade da atuação reabilitar as alterações da comunicação, em vez de promover a saúde da comunicação.

As ações de estruturação, organização e planejamento do processo de trabalho foram falhas, não foram identificadas ações de planejamento e avaliação do processo de trabalho, pouca participação nos projetos terapêuticos singulares, ausência da participação dos fonoaudiólogos em associação de moradores, conselho de assistência social, secretaria de educação para elaboração de ações intersetoriais de saúde, presença de poucos indicadores fonoaudiológicos para conduzir o fazer no território e ausência instrumentos de monitorização das ações.

Acreditamos que essas ações estejam presentes no cotidiano do fonoaudiólogo, mas, sem que eles percebam ou deem a isto uma denominação, essa forma de conduzir a gestão dos processos fonoaudiológicos enfraquece o cuidado e fragiliza o papel dessa categoria.

Neste estudo, o diálogo, o trabalho em equipe multiprofissional, o processo de territorialização e os resultados positivos das ações fonoaudiológicas foram identificados

como fatores facilitadores da atuação, no qual, o diálogo recebeu um destaque, sendo apontado como melhor instrumento de trabalho junto às equipes de saúde e usuários.

O principal obstáculo para a fonoaudiologia na ESF em Sobral foi a sua inserção: encontrou desafios quanto à adequação dos fonoaudiólogos ao modelo estabelecido pelo SUS, e quanto à falta de organização e de plano de ação da categoria.

Para as Equipes de Saúde da Família, o fonoaudiólogo desempenha um papel predominantemente clínico nas suas ações, referiram pouca participação da categoria junto à equipe multiprofissional de referência da unidade de saúde, para os profissionais da saúde este afastamento limitava o conhecimento sobre o fazer da categoria na ESF, e ainda destacaram a falta de perfil de alguns fonoaudiólogos para atuar neste modelo de atenção.

Em relação ao componente resultado, os usuários apresentaram satisfação com o rápido acesso ao serviço fonoaudiológico e com a construção de vínculos entre a comunidade e fonoaudiólogos, que facilitou sua adesão para o processo de autocuidado.

Foi possível observar que a comunidade valorizava o fazer do fonoaudiólogo nos territórios, referindo ser uma área de atuação totalmente diferente dos demais profissionais da saúde, pois era o único profissional atento aos problemas de comunicação. Sendo assim, desejavam que cada UBS tivesse um fonoaudiólogo e que este fosse exclusivo do território.

Apesar de os usuários terem apresentado contentamento com o atendimento fonoaudiológico, um fator muito agravante sinalizado foi quando questionados sobre o fazer desta categoria: todos os usuários pontuaram o encaminhamento para atendimentos especializados como a principal ação desenvolvida pelo fonoaudiólogo.

Essa situação sinalizou uma baixa resolução da fonoaudiologia na assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família, ora, parte desses encaminhamentos poderiam ser solucionados na própria unidade de saúde. A baixa resolubilidade das ações fonoaudiológicas na ESF pode ser em decorrência de um conjunto de fatores, como: estrutura física precária, processo de trabalho inadequado para este nível de atenção, poucos profissionais atuando na área e lacunas na graduação do fonoaudiólogo impedindo o desenvolvimento de competências necessárias para atuar segundo modelo de atenção à saúde vigente no Brasil.

Os usuários apresentaram um conhecimento limitado das áreas de atuação da fonoaudiologia na ESF, descrevendo o fonoaudiólogo como um reabilitador atuando apenas nas áreas específicas da sua especialidade.

Apesar das limitações inerentes a uma avaliação da qualidade, os atores sociais da pesquisa reconheceram mais dificuldades do que potencialidades no trabalho do fonoaudiólogo indicando uma qualidade da assistência à saúde fonoaudiológica deficiente.

Como se pode notar, houve coincidência entre os diversos olhares sobre o que é prioritário para garantir a qualidade dessa assistência na ESF. Assim, a fonoaudiologia, baseada nessa avaliação da qualidade, deveria repensar o seu trabalho na Atenção Primária à Saúde, isto iria promover mais qualidade na sua assistência e fortaleceria o seu papel neste cenário integrando de forma mais efetiva as Equipes de Saúde da Família e as equipes do Nsf na cidade de Sobral.

Entretanto, o estudo identificou algo muito importante, que demonstra um avanço significativo da categoria neste modelo de atenção, que foi a sensação de fazer parte da construção de um sistema de saúde mais integral, mais humanizado e acessível nas questões da fonoaudiologia.

São muitos desafios para a categoria de fonoaudiologia consolidar a sua atuação na Estratégia de saúde da Família, que, apesar das fragilidades, o seu fazer no território promove um cuidado que propicia mais qualidade de vida e saúde a essas pessoas.

Reconhecemos as limitações inerentes a esta avaliação da qualidade, por isso, sugerimos outros trabalhos que problematizem as questões levantadas, porém não aprofundadas neste estudo, sendo estas de extrema relevância para a construção do conhecimento voltado do campo de trabalho e fortalecimento das práticas do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

AGUIAR, K. F.; PATUSSI, E. G.; AREAL, R.; BOSCO, V. L. Remoção de hábitos de sucção não nutritiva: integração da odontopediatria, psicologia e família. **Arquivos de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 41, p. 356-66, 2005.

ALBUQUERQUE, I.M.N. Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas. 2010. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza.

ALGODOAL, M. J. A. O. **As práticas de linguagem em situação de trabalho de operadores de telemarketing ativo de uma editora**. São Paulo, 2002 Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica, PUC-SP.

ALMEIDA, E.C; FURTADO, L.M. Acolhimento em Saúde Pública: a contribuição do fonoaudiólogo. **Revista. Ciências Médica**, Campinas, v.15, n.3, p.249-256, maio/jun 2006

ALMEIDA, S.M.V.; REIS, R. A. Políticas Públicas de Saúde em Fonoaudiologia. In: FERNANDES, F.D.M.; MENDES, B.C.A.; NAVAS, A. L.P.G.P. (Org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2009, p.603-611.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JUNIOR, T.; et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. **SANARE**, Sobral, n.1, p. 34-39, jan/fev/mar 2004

ANDRADE, C. R. F. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: VIEIRA, RM. (Org.). **Fonoaudiologia e Saúde pública**. São Paulo: Pró-Fono, 2000, p. 81-102.

ANTUNES, D. K. Perfil fonoaudiológico da comunidade do Dendê: perspectiva para ações futuras. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, n. 15, v. 2, p. 264-9, 2010.

ALBUQUERQUE, I.M.N. Análise da atenção primária à saúde de Sobral, à partir da Teoria dos Sistemas.2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Programa de pós-graduação em enfermagem, Fortaleza.

ARAÃO, P. L.; PEREIRA, F. C. B.; SEIXAS, K. L.; et al. Histórico da Fonoaudiologia: relato de alguns estados brasileiros. **Revista Medica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n.2, 238-244, 2011.

Araújo, M. B. S.; Rocha, P. M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14(Supl 1), p. 1439-52, Sept./Oct. 2009.

BACHA, S. M. C.; OSÓRIO, A. M. N. Fonoaudiologia e Educação: uma revisão histórica. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.6, n.2, p. 215-21, abr-jun. 2004.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BARBOSA, M.L.C. **Promoção da saúde vocal: investigando as contribuições fonoaudiológicas junto ao grupo de dramistas no bairro Expectativa em Sobral-CE.** Sobral, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

BARDIN, LAURENCE. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, D. F.; BARBIERI, A. R.; IVO, M. L.; SILVA, M. G. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto-Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n. 1, p. 78-84, Jan-Mar 2010.

BASTO, G.B .P. **Comunicação e Saúde – Utilização de recursos tecnológicos como estratégias para esclarecimento dos usuários do Sistema Único de Saúde.** Belo Horizonte, 2010, Monografia - Universidade de Federal de Minas Gerais.

BAZZO, L. M. F.; NORONHA, C. V. Privação da oferta de serviços fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma do Estado: a mediação do debate. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 190-196, 2007.

BAUMAN, Z. Globalização: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorje Zahar Editor, 1999, p

BEFI, D. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: _____.(Org.). **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise; 1997, p. 15-36.

BIEGELMEYER, S.; LUCCHESI, M. C.; GOULART, B. N. G.; et al. Articulação comunitária e promoção da saúde - perspectivas para a atuação fonoaudiológica. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 365-371, dezembro 2009.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. São Paulo: Plexus, 1995.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 2029-38, 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J.(Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006, p. 87-117.

BOTASSO, K. C; CAVALHEIRO, M. T. P; LIMA, M. C. M. P. Avaliação de um Programa de Acompanhamento de Lactentes Sob a Óptica da Família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n.2, p.374-381, Mar./Apr. 2013.

BRANCO R.F. **O Movimento da Qualidade em Portugal**. Porto:Vida Económica, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/232RG>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Nucleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasilia. 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 154 de 24/01/2008**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/legislação>.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dezembro de 1996. Seção 1, p.

27833-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.9.

_____.Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997

BRITES, L. S; SOUZA, A. P. R; LESSA, A. H. Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.258-66, 2008.

BUSS, P. M. Promoção e qualidade de vida. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 28

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 219-30, 2000.

CAVALHEIRO, M. T. P. Fonoaudiologia e Saúde da Família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.179-368, Apr./June 2009.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CELÍN, S.H.; GOBBI, F.H.A.; LEMOS, S.M. Am fonoaudiologia e humanização: percepção de fonoaudiólogas de um hospital público. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.14, n.3.p. 516-527, Mai-Jun 2012.

CESARO, B.C.; GURGEL, L.G.; NUNES, G.P.C.; REPPOLD, C.T. Intervenções em linguagem infantil na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **CoDAS**, Porto Alegre, v.25, n. 6, p. 588-94, 2013.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.1, p. 38-43, Jan./Mar 2005.

CLARES, J. W. B.; SILVA, L.M.S.; et al. Regulação do acesso ao cuidado na atenção Primária: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 604-609, out-dez 2011.

COLUSSI, C. F. Avaliação da Qualidade da Atenção em Saúde Bucal em Santa Catarina. Santa Catarina, 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil**. (Documento Oficial). 2ª Edição: Brasília, p.7, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **História da Fonoaudiologia**. Brasília, 2005. Disponível em< <http://www.fonoaudiologia.org.br/>>. Acesso em 12 de dezembro de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Brasília, 2005. Disponível em< <http://www.fonoaudiologia.org.br/>>. Acesso em 12 de dezembro de 2012.

CONSELHO NACIONAL DA EDUCAÇÃO. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Resolução CNE/CES 5, DE 19 de fevereiro de 2002.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª região. Documento aborda inserção da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família. **Revista de Fonoaudiologia**, v. 47, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P, et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 131.

CORREA, R.B.F. **Ações em saúde auditiva escolar no município de Sobral – CE**. Sobral, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

COSTA, L. S.; ALCÂNTARA, L. M.; ALVES, R. S.; LOPES, A. M. C.; SILVA, A. O.; SÁ, L. D. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAS**, Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 381-7, 2013

COSTA, H. O.; CHAGAS, M. I. O.; CORREIA, B. F. C.; DIAS, M. S. A.; SOUZA, F. L.; QUEIROZ, A.H.A. B. Conhecimentos e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde Frente aos Problemas de Saúde Fonoaudiológica da População na Atenção Básica. *SANARE*, Sobral, v.11, n.2, p. 32-43, jul./dez. 2012.

COSTENARO, R. G. S; LACERDA, M. R. Quem cuida de quem cuida, quem cuida do cuidador. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano; p. 26, 2002

CRUZ, S. L. Representações Sociais e Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Caetano do Sul, v. 12, n.3, p. 263-272, 2008.

CUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth-focused evaluation**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997, p.23-29

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.(org) et al. **Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 39-54. 2008.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care.1966. **The Milbank Quarterly** , Nova York, vol. 83, n.4, p. 691-729, , 2005.

_____. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: an Illustrated Analysis. **Health Administration Press**, Ann Arbor, MI. 1985

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford; 2003.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTRANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Org.). **Avaliação, Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, p.19-39.

ESKELSEN, M. W.; FREITAS, S. T. Fonoaudiologia em saúde pública: conceitos teóricos para melhor atuação. *Revista Estácio Saúde*, v.1,p. 94-109, 2008.

FARIAS, A. V. M.; VASCONCELOS, M.C.R.; FONTES, L. B. C.; BENEVIDES, S. D. Repercussões das Estratégias de Retirada dos Hábitos Oraís Deletérios de Sucção das Crianças do Programa de Saúde da Família em Olinda – Pe. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.12, n.6, p.971-976, Nov-Dez 2010.

FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA, F. O. S. Análise das Atribuições dos Fonoaudiólogos do Nasf em Municípios da Região Metropolitana do Recife. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.15, n.1, p.153-159, Jan-Fev 2013.

FERNANDES, E. L.; CINTRA, L. G. A inserção da fonoaudiologia na Estratégia da Saúde da Família: relato de caso. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 380-385, jul./set. 2010.

FERREIRA, J. M.; PIMENTEL, A. R. S.; SILVA, C. A. B. Núcleo de apoio a saúde da família: relato de experiência da fonoaudiologia nas práticas públicas. In. 17º CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, out 21-24 2009, Salvador-BA.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.(Orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 01-13

FIGUEIREDO NETO, L. E. O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo: seus determinantes históricos e sociais. 1998, Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC-SP, São Paulo.

FIGUEREDO NETO, L. E. Consciência histórica e identidade profissional. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, v. 7, n.1, p.71-8, 1994

FREIRE, R. M. Fonoaudiologia em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.26, n.3, p.179-84, Junho 1992.

FRIAS, P. G.; COSTA, J. M. B. S.; FIGUEIRÓ, A. C.; MENDES, M. F. M.; VIDAL, S. A. Atributos de Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.(Orgs.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 43-55.

FORSTER, A. C.; ROCHA, J. S. Y.; ALMEIDA, T. L.; GUEDES, R. B.; DAL FABRO, A. L.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. Prácticas de gestión en la atención básica y en el programa de salud de la familia. **Atención Primaria**, v.40, n.5, maio p. 265-6.

FUSSIGER, C.C. A inserção do profissional de fonoaudiologia no SUS – Relatório de experiência no município de São Vandelino –RS. Porto Alegre, 2012. Monografia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

GARCIA, V. L.; SEBASTIÃO, L. T. Formação e educação na saúde. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. (org). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo:Roca, 2009, p.674-81.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: cidadania na saúde**. Rio de Janeiro: Record, 1998, p. 21.

GOLDNBERG, M. Um olhar sobre a Fonoaudiologia no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, v, n.1 1998, p. 4 a 9, 1998.

GOMES, E.D.P. Presença da disfonia nos professores do ensino fundamental da rede municipal de Sobral – CE. Sobral, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

GOULART, B. N. G.; HENCKEL, C.; KLERING, C. E.; MARTINI, M. Fonoaudiologia e promoção da saúde: relato de experiência baseado em visitas domiciliares. **Revista CEFAC**, São Paulo v.12, n.5, p.842-849, Set-Out 2010.

GOULART, P.; GOULART, S.; ISSLER, S.; HASSAN, M.; DANTAS, M. Um breve relato da história da Fonoaudiologia. **Jornal Brasileiro de Reabilitação**. Rio de Janeiro, n. 4, p.1-3, 1984.

GRANER, A. R.; SOUSA, L. A. P. Fonoaudiologia e Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (sus): análise da produção científica (1990-2005). **Revista Bahiana de Saúde Pública**. Bahia, v. 34, n.4, p.967-979, out-dez. 2011.

HARTZ, Z.M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HENRIQUE, F. Atenção Primária a Saúde: História, Contextos, Conceitos e tendências no Brasil e em Santa Catarina. In. Cutolo, L. R. A. (Org). **Manual Terapêutico da Assistência à Família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: (Org.). POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção básica**. 2. ed. Artmed editora, 2005.

KRUEGER, R. A. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. London: Sage Publications, 1996.

Lemos, M; Bazzo, L. M. F. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2563-2568, 2010.

LENZ, A. J.; GERNHARDT, A.; GOULART, B. N. .G; ZIMMER, F.; ROCHA, J. G.; VILANOVA, J. .R; et al. Acolhimento, humanização e fonoaudiologia: relato de experiência em unidade básica de saúde de Novo Hamburgo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, 2006; v.20, n.2, p. 59-69, maio/jun 2006.

LIMA, C.A.; OLIVEIRA, A.P.S.; et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista Bioética**, v.22, n.1, p. 152-60, 2014.

LIMA, T. F. P.; ACIOLI, R. M. L. A Inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. In: SILVA, V. L.; LIMA, M. L. L. T.; LIMA, T. F. P.; ADVÍNCULA, K. P. **A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde**. São José dos Campos: Pulso Editora, 2013, p. 25-42.

LIMA, R. L.; Silva, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**. São Caetano do Sul, v. 15, n.1, p.103-114, 2011.

LIMA, P. S. Enfoque Histórico da Fonoaudiologia. Fortaleza, 1999, Monografia -Centro de Especialização CEFAC, São Paulo.

LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 16, n. 1, p.31- 41, jan./fev 2007.

MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 133-43, 2010

MALDONADE, I. R. Enfrentar a realidade metodologicamente: o Zopp e a organização do trabalho fonoaudiológico por estagiários em UBS. **Pró- Fono**, São Paulo, v.21, n.2, p.175-7, abr-jun 2009.

MALFITANO, A.P.S. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social **Revista de Terapia. Ocupacional**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MALIK A. M., SHIEZARI L.M.C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Série Saúde e Cidadania, v. 3. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1998.

MAIA, R. M.; SILVA, M. A. M.; TAVARES, P. M. B. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. **Revista CEFAC**. São Paulo, v.14, n.2, p. 206-214, Mar-Abr 2012.

MAIA, R. M. **Promoção da saúde auditiva dos recém nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família**. Sobral, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

MAIA, S.M. - Implicações sociais do trabalho fonoaudiológico na atenção primária à saúde. In: - **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997, p. 37-41.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Teria Ocupacional**, São Paulo, v.19, n.2, maio/ago 2008

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, set-out 2004.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.7,p.1-7, jul-ago 2010.

MARTINS JUNIOR, T.; PARENTE, J.R.F.; SOUSA, F.L.; et al. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral – CE. **SANARE**, Sobral, v.7, n.2, julh-dez 2008.

MEDEIROS. E.A. **Manifestação fonoaudiológica em pessoas com AVC**. Sobral, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

MEDEIROS, E.A.; MAIA, R. M.; CEDRO, M. O.; et al. A Inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: Vivências em Sobral – Ce . **SANARE**, Sobral, v.8, n.2, p.07-15, jul./dez 2009.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E.; Onocko, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o publico**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MEIRA, M. I. M. Regulamentação: reconhecimento e respeito. **Revista Comunicar**. São Paulo, v. 51, p.14-16, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-04, Agosto 2010.

MENDES, V. L. P. S. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: Questão de cidadania. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.18, n.2, p. 97-110, 2003.

MENDES, V. L. F. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. **Distúrbio da Comunicação**. São Paulo, v.10, n.2, p.213-24, 1999.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo Hutech; 2006.

MOLINI-AVEJONAS, D.R.; MENDES, V.L.F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, v.15, n.3, p. 465-74, 2010.

MOIMAZ, S.A.S.; MARQUES, J.A.M. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista. CEFAC**. São Paulo, v.11, n.3, p.516-521, Jul-Set; 2009.

MOREIRA, D. R. Fonoaudiologia: Sentido Produzido por Acadêmicos da Área de Saúde. **Revista ESTUDOS**, Goiânia, v. 33, n. 5/6, p. 397-424, maio/jun 2006.

MOURA, B.L.A.; CUNHA R. C.; FONSECA A. C. F. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10 (Supl. 1), p. 69-81, nov.2010.

NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA, F. O. S.; CALDAS, K. U.; FERNANDES, T. L. Construindo o processo de trabalho da fonoaudiologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. In: SILVA, V. L.; LIMA, M. L. L. T.; LIMA, T. F. P.; ADVÍNCULA, K. P. A **Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde**. São José dos Campos: Pulso Editora, 2013, p. 25-42.

NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, S. C. M.C.; ASSIS, M. M. A.; et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família. In: ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B.; JORGE, M. S.B.(org). **Produção do cuidado no programa saúde da família - olhares analisadores em diferentes cenários**. Bahia: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2010

NETO, O.C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>

NÓBREGA-TERRIEN, S.M.; TERRIEN, J. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 15, n. 30, p. 5-16, jul.-dez 2004.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o Nasf: Relatando uma Experiência Acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n. 4, p. 574 – 580, 2012.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v.13, n.3, p. 423-31, maio-junho 2005.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Ação Social .IN: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde**. Brasília, 2000, p 65-74

PAGLIOSA, I. F. L.; DA ROSA, M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492 – 499 , 2008.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35,n.1, p 103-109, 2001.

PEIXOTO, M. V. S.; SIQUEIRA, C. G. A.; SILVA, A. F.; PEDRUZZI, C. M.; SANTOS, A. A. Caracterização da população assistida por um serviço de Fonoaudiologia em uma Unidade de Saúde. *Distúrbio da Comunicação*, São Paulo, v. 22, n. 2, p.107-115, agosto 2010.

PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v.16, n.1, p. 107-116, abril 2004.

PIMENTEL A. G. L.; LOPES-HERRERA, S. A.; DUARTE, T. F. Conhecimento que acompanha de pacientes de uma clínica-escola de Fonoaudiologia tem sobre a atuação fonoaudiológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.1, p.40-6, 2010.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletronica de Enfermagem** [Internet], v.8, n.1, p.42-51, 2006.

PORTERFIELD, J. D. Evaluation of Patients: Codman Revisited. **Bull New York Academy Medicine**. New York, v. 52, n.1, p. 30-8, Jan. 1976.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. .A; et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro, vol.6, n.1, p. 50-61, Jan./Mar. 1990.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.255-61, jul.-set 2004.

SANTOS, J.N.; GOMES, L. B. P.; SOUZA, L. M.; SOUZA, N. R. M. Aspectos da Assistência Fonoaudiológica Segundo a Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.15, n.2, p.366-373, 2013.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.999-1010, julho-agosto2007.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.11, p 4315-4326, Nov. 2011.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, junho 2000.

SILVA, V. L.; MOREIRA, R. S.; VILELA, M.B.R. O conhecimento do território como ferramenta para o trabalho das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. In: SILVA, V. L.; LIMA, M. L. L. T.; LIMA, T. F. P.; ADVÍNCULA, K. P. **A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde**. São José dos Campos: Pulso Editora, 2013, p. 25-42.

SILVA, A.L.F.; OLIVEIRA, B.N. A Trajetória da educação física no SUS em Sobral – CE: Um resgate histórico. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, Campinas, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2013

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 6. n. 10, p. 75-83, fev. 2002

RABELO, B. G. R.; SALOMÃO L. M.; CARNIVALI, P. A.; LEITE, I. C. G. Algumas considerações sobre o grau de conhecimento dos pediatras sobre questões fonoaudiológicas. **Fono Atual**, São Paulo, v.7, n.27, p. 4-10, jan.-mar 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.27, p.27-34, 2003.

ROCHA, J.A.O. *Gestão da Qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos*. Lisboa: Escolar Editora, 2006.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, V. 18, n. 1, Jan./Jun. 2004

SANTOS, J.N.; RODRIGUES, A. L.V.; SILVA, A. F. G.; MATOS, E. F.; JERÔNIMO, N. S.; TEIXEIRA, L. C. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.17, n. 3, p.333-9, 2012.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Lisboa, v.85, p. 65-82, Junho 2009.

SISSON, M. C. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde, **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v.11, n. 3, p. 265-276, 2007.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1487-94, nov-dez. 2004.

SHIMIZU, F.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência E Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p.2405-2414, 2012.

SYLVER L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H.; (Org.). **Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 195-209

STENZEL, A. C. B.; MISOCZKY, M. C.; OLIVEIRA, A. I. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M. C; BORDIN, R. **Gestão local em saúde: Práticas e Reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 236

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2004. 83p.

TORQUATO, J.L. **Avaliação da saúde Vocai dos professores da rede municipal de Sobral-CE**. Sobral, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso da Residencia Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade do Vale do Acaraú – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2008.

TURRIS, S. A. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.50, n.3, p. 293-8, May 2005.

XIMENES NETO, F. R. G.; LEITE, J. L.; FULY, P. S. C.; CUNHA, I. C. K. O.; et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n.5, 2008, p. 595-602.

WAGNER, E.H.; Davis, C.; Schaefer, J.; Von Korff M.; Austin, B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? **Managed Care Quartely**, v.7, p. 56-66, january1999.

WERTZNER, H. F. Ambulatório de fonoaudiologia em unidade básica de saúde. In: BEFI, D. - **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997. p. 161-176.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004, p. 730.

ZANETTI, T. G.; VAN DER SAND, I. C. P.; GIRARDON-PERLINI, N. C. P. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciências, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.3, p. 448-455, Jul/Set 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS FONOAUDIÓLOGOS QUE
ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Qual é o papel do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família?
- 3- Avalie o seu processo de trabalho na Saúde da Família?
- 4- Quais as ações que você mais desenvolve no Saúde da Família?
- 5- Quais ações que a sua categoria tem menos participação ? Por quê?
- 6- Quais os fatores facilitadores e os restritivos do trabalho fonoaudiológico dentro da Estratégia de Saúde da Família?
- 7- Como é realizada a triagem fonoaudiológica?
- 8- Como e por quem são realizados os encaminhamentos para a fonoaudiologia?
- 9- Você trabalha com algum protocolo fonoaudiológico? Ele é validado cientificamente ou foi criado por vocês?
- 10 -Qual a estrutura necessária para fazer o atendimento em fono? Essa estrutura existe ou não? O que falta?

APÊNDICE 2

GRUPO FOCAL COM A EQUIPE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA

1. No seu entendimento qual o papel do fonoaudiólogo na Estratégia Saúde da Família ?
2. Avalie o papel do fonoaudiólogo na Estratégia de saúde da família?
3. O trabalho do fonoaudiólogo no Saúde da família supre as necessidades da população?
4. Como o encaminhamento para esse profissional é feito? Vocês tem conhecimento de todas as áreas que ele pode atuar junto à equipe multidisciplinar?
5. Quais são os fatores facilitadores e os restritivos do trabalho do fonoaudiólogo no Saúde da Família?
6. Na opinião de vocês, o que precisa mudar no trabalho do fonoaudiólogo dentro da Estratégia de Saúde da Família?

APÊNDICE 3

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS USUÁRIOS DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE QUE PASSARAM POR ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO

1. Por que você precisou de atendimento fonoaudiológico?
2. Quem fez o encaminhamento?
3. Quanto tempo demorou para conseguir o atendimento?
4. O tratamento foi bom? Teve resultado satisfatório? Caso a resposta for negativa, quais os motivos?
5. O fonoaudiólogo esclareceu todas as suas dúvidas?
6. Para você, qual é o trabalho do fonoaudiólogo no seu bairro?

APÊNDICE 4

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Cara participante,

Sou Loise Elena Zanin discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Sobral. Estou desenvolvendo um estudo com o objetivo de avaliar o processo de trabalho do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família na zona urbana de Sobral-Ce. Esclareço que entrevistaremos fonoaudiólogos que atuam ou atuaram nas Unidades Básicas de Saúde, entrevistaremos as equipes da Estratégia Saúde da Família e os usuários que foram atendidos pelos fonoaudiólogos nas Unidades Básicas de Saúde. Neste sentido, estou solicitando sua contribuição nesse estudo.

Gostaria de deixar claro que essas informações são **sigilosas**, e principalmente seu nome não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangida, envergonhada, durante essa nossa entrevista, você tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar prejuízos.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para a compreensão do papel do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento na Rua Francisca das Chagas Muniz, 1555, casa 10, Bairro Renato Parente. Cidade Sobral – CE.

Telefones para contatos: (88) 3611-8001 e (88) 8814-4152

Diante disso, gostaria muito de contar com a sua colaboração

Atenciosamente

Pesquisadora

Orientadora

Participante ou responsável legal

CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa de Loíse Elena Zanin: **AValiação da Qualidade da Assistência Prestada pela Fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família na Zona Urbana de Sobral-Ce**, e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar meu consentimento.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador

Participante ou responsável legal

APÊNDICE 5

INVENTÁRIO – FONOAUDIOLOGIA

1. F1 “Está mais voltado para prevenção... a gente muito a prevenção, a prevenção e alguns cuidados primários.”
2. F1 “ a gente tem toda aquela atenção primária, mas mais voltada pra prevenção... acho que a prevenção mesmo.”
3. F2. “É trabalhar na parte preventiva, nas ações de saúde e nas áreas que a fonoaudiologia atua, linguagem, voz, fala, linguagem e audição.”
4. F3. “...é tá junto com a equipe multidisciplinar, fazendo esse trabalho na atenção primária que aqui na cidade não tem e tá nas comunidades vendo as necessidades das pessoas que precisam de fonoaudiólogo, tá resgatando essas pessoas.”
5. F4. “È como profissional do Saúde da Família, o papel do fonoaudiólogo é ver o usuário como um todo, não só a parte fonoaudiológica, não só a parte da audição, fala e linguagem, mas o usuário como um todo”
6. F5, ‘No caso é mais vê a demanda, supri a demanda que tem no território relacionado a voz, audição, linguagem, motricidade’
7. F6. “O fonoaudiólogo tem o papel de fazer a interação da comunidade com o individuo, ver o individuo como um todo, do processo de saúde e doença mais o cuidado”
- 8 F7. “ eu mais foco é promoção, prevenção, atividades,”
9. F8. “O fonoaudiólogo atua com prevenção, prevenir, ele tá inserido junto com uma equipe multiprofissional. Eu vejo mais por esse lado, a parte de prevenir, diagnosticar.”
10. F9. “Eu considero que o papel do fonoaudiólogo pelo o que eu vivi e vivenciei é muito de apoiador matricial.”
11. F10. “Eu vejo como um papel de contribuir na atenção à saúde daquele paciente, tanto da parte específica da categoria de fono, como dos aspectos de saúde em geral”
12. F11. “O fonoaudiólogo, na Estratégia de Saúde da Família, tem tanto o papel de prevenção, promoção da saúde, cura e reabilitação.”
13. F11. “Na prevenção ele tenta trabalhar nos grupos, tenta participar dos programas já existentes e tenta também implantar alguns grupos na tentativa de associar esses programas...”
14. F7- “...mas ainda estou em um processo de construção...”
15. F7- “... o meu processo tá em construção nesse aspecto e tanto no fazer da fono, de fazer no que pode ser feito, no que é capaz, o que eu posso tá inserida.”
16. F2. “...áreas que a fonoaudiologia atua, linguagem, voz, fala, linguagem e audição.”

-
17. F12. “...orientações básicas sobre amamentação... deficiência auditiva. ...reabilitação labiríntica...trabalho de presbiacusia, que é a audição do idoso ...de triagem auditiva escolar ... a questão da linguagem dessas crianças... pode-se desenvolver um trabalho de educação vocal com os professores.”
18. F9- “...muito problema na linguagem infantil, era muito atraso, não era distúrbio. Era atraso de linguagem devido a pouca estimulação”
19. F9- “...a questão da voz do professor e começamos organizar para trabalhar nas escolas com a voz do professor através de oficinas”
20. F11. “...foi com as crianças que tinham atraso de linguagem”
21. F12 “. Então trabalhar era muito complicado, pra eliminar cigarro, eliminar bebida, é muito difícil o trabalho, então por isso que a gente vê que a situação de Sobral hoje, tem uma tendência grande a ter problemas de câncer de laringe”
22. F1. “... vem de um trabalho de formiguinha desde os grupos a gente tá falando das importâncias da prevenção da audição e eu vejo um numero crescente da questão da audição do idoso”
23. F2. “a fono atuava mais na parte da amamentação”
24. F3 “Em relação a fonoaudiologia, a gente desenvolveu a triagem auditiva escolar”
25. F5 “a maior demanda que eu to tendo é atraso de linguagem na criança...”
26. F10. “... eu trabalhava muito com criança com atraso de desenvolvimento de linguagem...outro ponto também que foi muito trabalhado...foi a questão da saúde vocal dos professores.”
27. F11“Um programa que se destacou bastante e que já tem um destaque grande aqui em Sobral é o Programa de conservação auditiva que é apoiado pelo centro de reabilitação”
28. F12 “... perda de audição, encaminhamentos para aparelhos auditivos pra aquelas que tinham deficiência auditiva, foi feito um trabalho junto com reabilitação labiríntica”
29. F12 “ Com relação aos protetizados a gente conseguiu na época um bom trabalho, porque já existiam protetizados na unidade de saúde”
30. F10. “...o que a gente vê muito é a parte de disfagia e a parte também de problemas vocais e problema de fala em criança, crianças que trocam”
31. F5 “tá fazendo grupos relacionados as áreas em si, pra tá diminuindo, fazendo orientações, palestras ou os devidos encaminhamentos relacionados a necessidade do paciente.”

32. F7. “ ... visitas domiciliares, orientação... grupo de gestante que eu tento puxar para o lado da fonoaudiologia, o grupo de terapia comunitária e eu to inserida.”
33. F9. “...realmente me foquei nas ações de promoção da saúde, as vezes em quando tinha, tinha atendimento não de terapia, tinha atendimento de triagem, orientações, as visitas domiciliares, grupos”
34. F11. “a gente fazia era uma triagem, um acompanhamento e fazia os encaminhamentos de referência e de contra-referência”
35. F11. “a gente fazia rodas de conversas”
36. F11. “a gente conseguiu fazer um trabalho na escola onde essas crianças eram encaminhadas pra que fosse feito essa triagem...”
37. F1. “Mais as ações de prevenção, mais no sentido de organizar grupos, acolhimento e nas questões de avaliações de atendimentos”
38. F1. “...mas a gente tá mais voltado para prevenção no sentido de grupo, a gente participa muito de grupos e a gente vê umas respostas maiores...”
39. F2. “...atuei mais em questões da ações preventivas em grupos de gestantes”
40. F2. “..Na parte dentro mesmo, assim, com o paciente eram feitos atendimentos de triagens para realizar encaminhamentos para atenção secundária.”
41. F3 “...grupos de gestante, grupo de idosos onde a gente focava nossa parte da fonoaudiologia”
42. F4. “...a gente tava mais envolvido em fazer parte dos grupos, atender aqueles pacientes que tavam precisando de fono especificamente e principalmente fazendo visita domiciliar junto com o agente de saúde, a gente fazia muito isso.”
43. F5. “Triagem... eu atuo em grupo, nos grupos de convivência, de futebol....a gente participa do matriciamento de psiquiatria”
44. F6. “ Eu mais desenvolvo facilitação de grupos... hj eu desempenho ações no grupo como facilitadora, e comando grupo, facilito... eu tenho grupo de idosos, caminhada, tenho um grupo de prostíbulo.”
45. F7. “...praticamente eu estou mais em grupos, então, é mais promoção da saúde e preceptorias ”
46. F8. “ Desenvolvo muita visita domiciliar, compartilhamento de caso, intervisita, interconsulta, os grupos, eu to sempre nos grupos, ou explicando o que é fonoaudiologia, falando sobre a voz, labirintite, coisas que eels se interessam”
47. F9. “ Como residente o foco maior, depois que a gente começou a aprender como deveria ser na ESF, foi realmente em grupos.”

-
48. F9. “... a gente trabalhava muito educação permanente com os profissionais da equipe do SF, até com os residentes”
49. F11. “Eu procurei dar muito foco para os grupos, o atendimento que a gente tinha era só pra triagem e avaliação, mas a gente tentava sempre muito entrar nos grupos e nos programas como puericultura e do hiperdia”
50. F2 . “Que eu menos participei, vamos dizer, grupos de adolescentes”
51. F4. “Que menos participamos foi da triagem, o porque eu não sei te dizer assim ao certo...”
52. F5. “A gente não participa, não só a minha categoria mas as outras também, na preceptoria de pediatria e obstetrícia, que eu acho que eles não dão abertura pra gente tá dentro...”
53. F7. “mas tem outras preceptorias como a de geriatria é muito difícil eu entrar, existe uma resistência da profissional que está lá, de as vezes não querer do próprio profissional”
54. F8. “As que menos participa, pois é, dia da mancha, hiperdia, eu nunca participei de nada... eu nunca me interessei de me inserir.”
55. F9. “...a questão do fórum comunitário, como fonoaudióloga eu acaba não me envolvendo tanto.... “
56. F11. “Muitas das vezes tinha um número muito elevado de crianças com hiperatividade, dificuldade de concentração, dentre outras coisas, e muitas vezes a gente tinha dificuldade pra encaminhar ”
57. F12. “Junto a escola a gente não desenvolveu um trabalho muito assíduo”
58. F12. “... não ter um acompanhamento junto com o professor, uma educação vocal junto com os professores e por isso tá tendo tantos professores com atestado médico.”
59. F12. “...mães nas orientações de como tratar melhor o seu bebê...”
60. F12. “Junto com idosos...com crianças... com os professores...junto com os adolescentes.”
61. F12. “..., desde bebê até o idoso, o adolescente, a escola principalmente, que eu acho que é um campo que você pode tá desenvolvendo um trabalho de educação”
62. F9. “... crianças que tinham 1 ano, 2 anos, 3 anos, né 2, 3 anos”
63. F12. “...junto com o idoso, junto com os bebês recém-nascidos....”
64. F1 -Não, a gente tem um independente digamos, eu tenho um que sigo mas ele não consta dentro da pasta de nenhum paciente, é um protocolo que eu sigo.”
65. F1 “Não, não é validado é meu. Na verdade é um protocolo que trago de outro local que eu trabalhava, então a gente trabalhava em cima desse protocolo, mas ele não é validado”

-
66. F1. “...protocolo validado dentro da pasta de cada paciente que foi atendido, seguindo o protocolo e preenchido, não tem. Cada um segue um protocolo.”
67. F1. “ A gente já tentou unificar...mas até o presente momento, a gente não tem protocolo fechado.”
68. F3. “ Não, só a triagem auditiva escolar que já existia que era uma coisa que já existia na atenção secundária”
69. F4. “Protocolo de avaliação meu, porque eu mesmo levava e eu realizava, ele não era validado, é o protocolo que a gente traz da faculdade...”
70. F5. “ Não, eu trabalho mais assim, eu vou buscando mais o que eu necessito saber do paciente em si, não sigo aquele protocolozinho não.”
71. F6. “Assim, eu tenho uma visão restrita desses protocolos, eu não gosto de protocolo, eu lembro protocolo uma formação clínica.”
72. F6. “...acho que o protocolo maior nosso é o prontuário... então, eu peguei uma maneira de estar preenchendo o prontuário, com diagnóstico, conduta, encaminhamento, pequena anamnese e queixa.”
73. F6. “ Eu fiz um protocolo de triagem de todas as áreas, mais abrangente para atuar em todas as equipes e aí eu fiz esse protocolo”
74. F6. “A gente pactuou que cada um usasse o seu...”
75. F6. “Eu preencho protocolo para me nortear e para eu ter uma triagem e utilizo esse protocolo como forma de saber se eu já atendi e tal”
76. F7. “ os protocolos de voz porque já pegava aquele protocolozinho básico, que tem da Mara.”
77. F8-“ Protocolo não, assim, tem um modelo de avaliação, essas coisas que a gente faz. É meu da época da faculdade.”
78. F9. “Tinha esse de triagem, não era de avaliação, era pra saber identificar as dificuldades daquele usuário e saber se era encaminhamento, se era orientação, se era algum caso pra inserir em grupo...é o protocolo da Universidade”
79. F9. “...protocolo que eu usava na minha época, não era pra anexar no prontuário, porque eu acho que descaracteriza um pouco, porque o prontuário num é multiprofissional, do jeito que o enfermeiro escreve, acho que o fonoaudiólogo também deve escrever.”
80. F10. “Na minha época, eu utilizava um protocolo que eu tinha da faculdade”

81. F10. “Hoje eu pedi os meninos que entraram em 2012 pra eles criarem um protocolo de avaliação dos residentes, só que uns queriam utilizar o deles, outros não, então eu deixei isso muito a vontade...”
82. F10. “A gente elaborou um protocolo, mas uns preferiram usar o seu próprio.”
83. F11. “- Não, de jeito nenhum... mas a questão de protocolo em si, a gente não realizou...”
84. F11. “...a gente fazia o acompanhamento junto com o enfermeiro e a visita domiciliar e a gente tentou pontuar algumas coisas que a gente iria trabalhar em cima deles, como se fosse um guia, mas o protocolo em si a gente não usou.”
85. F12. “Não, não existia nenhum protocolo pra fonoaudiologia, nem pra triagem. Existia a triagem auditiva escolar, era a única coisa que existia... dentro da unidade não tinha **mesmo nenhum protocolo**”
86. F4. “... que mostrasse para ele a necessidade que ele tá também sendo responsável pela saúde dele”
87. F11. “..trabalhar também o empoderamento, pra que eles pudessem se tornar responsáveis... e que eles começassem a se conscientizar que eles poderiam sim, mudar a situação daquele bairro, daquela comunidade, que eles **poderiam reivindicar sim**”
88. F4. “mas como profissional do Saude da Familia a gente vai ver o paciente como um todo até pra poder fazer algum encaminhamento....”
89. F7. “... eu estou de outra forma to na escuta, to na própria escuta, to na orientação que surge do próprio falar dele, as vezes surge uma dúvida, um questionamento... eu não to inserida só no meu saber fonoaudiológico, eu tô inserida como uma profissional de saúde “
90. F7. “Então, eu to lá, antes de fono, como uma profissional de saúde pra abranger um pouquinho de tudo.”
91. F10. “eu não posso olhar aquele paciente só nos aspectos de voz, fala, linguagem, audição, que são as categorias específicas da fono, eu tenho que olhar ele como um paciente de forma integral...”
92. F10. “A fonoaudiologia ela vem contribuir pra isso, com o meu saber como fonoaudióloga, mas também contribuir pra ter esse olhar integral do paciente.”
93. F3. “Ficamos inseridas em muitas ações... a gente ficou dando plantão nos abrigos que são coisas que não era da nossa área .”
94. F1 “ Tem um agendamento, a gente uma agenda e eles vem de acordao com que tá lá agendado e a gente faz a triagem... o enfermeiro tria para chegar no fonoaudiólogo”
95. F7. “...para existir uma triagem no posto de saúde, era para existir na teoria, triagem não um acolhimento, na verdade acontece uma triagem de forma aleatória.”

96. F11 “ Então a gente lançou um programa superlegal, aonde a gente trabalhava nas escolas com a saúde dos professores e com a saúde dos alunos também... era feito uma triagem multiprofissional”
97. F2“a triagem era feita pelo próprio profissional através da necessidade do atendimento que tava sendo feito naquele momento. E aí, de acordo com essa avaliação eram feitos os encaminhamentos necessários.”
98. F4. “...triagem fonoaudiológica, de acordo com a queixa do paciente ele procurava a unidade de saúde encaminhado pelo ACS ou pela enfermeira, aí tinha um dia de fazer de estar realizando essa triagem”
99. F4“ Nessa triagem a gente avaliava os aspectos fonoaudiológicos dependendo da necessidade a gente encaminhava para atenção secundária “
100. F4. “Era só a triagem com orientação e o acompanhamento, paciente chegava com a queixa e a gente orientava na medida do possível pra que ele já saísse esclarecido do seu problema”
101. F5. “ É na unidade mesmo ou quando vou fazer alguma visita assim, geralmente eu faço uma triagem inicial para depois estar fazendo avaliação”
102. F6. “A triagem surgiu de conversa, por exemplo, eles fazem os enfermeiros as rodas do centros de saúde então as próprias rodas, dependendo da temática, já vira uma triagem”
103. F6. “quando, no momento que ele tá recebendo o SIAB dos ACS eu tô lá para ver quantas gestantes, o que tá acontecendo...”
104. F6. “ O PSE gera triagens, as preceptorias geram triagens porque, a de psiquiatria por exemplo tão triagens e encaminhamentos...quando participo gera triagem, quando não participo gera encaminhamentos”
105. F7. “ No meu caso, eu não tenho, como é demanda livre eu vo vendo de acordo com o que for encaminhar agendar,”
106. F8. “...os enfermeiros, no momento que ela tá fazendo o acolhimento aí percebe... a enfermeira já ali tria, já percebe uma alteração e encaminha.”
107. F9. “Todos os casos que achavam que era da fono, já iam diretamente pra fono, não passava pelo enfermeiro...aí quando chegava pra mim, que eu ía fazer a triagem...”
108. F10. “Na Estratégia de Saúde da Família, na atenção básica, como a maioria dos residentes tem uma agenda com algumas ações... então essa demanda, ela acaba sendo livre”
109. F11. “ ... tinha a demanda espontânea, aonde eram realizadas essas triagens, mas tinham momentos pontuais, aonde a gente fazia campanhas ou participava de alguma campanha...”

-
110. F11. “ a gente fazia uma oficina ou somente um acolhimento mesmo, e desse acolhimento a gente pegava aquelas pessoas que tavam no momento do acolhimento”
111. F1. “... alguns encaminhamentos dos ACS...os enfermeiros veem alguns casos mas a gente já recebe pelos médicos e pelos matriciamentos”
112. F2 “Maior parte desse encaminhamentos eram feitos pela parte da própria equipe multiprofissional, né, como eles já estavam sempre em contato com a gente tinham mais conhecimento ele encaminhavam”
113. F2 “...muito difícil vir um encaminhamento de um médico, muito difícil vir um encaminhamento de um enfermeiro, o outro publico alvo que nos encaminhava mesmo eram os ACS.”
114. F3. “ Mais pelos agentes de saúde”
115. F4. “Quem encaminhava eram os professores das escolas, enfermeiro e ACS”
116. F4. “...fazia um momento com as ACS e profissionais do posto de saúde para esclarecer a eles qual o papel da fono... depois desse esclarecimento, iam surgindo os encaminhamentos...”
117. F5. “ Enfermeiros, ACS e o pessoal da residência, psicólogo, educadora física, TO ou assistente social ou nutricionista que vem a nossa procura quando eles acham que é necessário a minha intervenção.”
118. F6. “No começo não haviam os encaminhamentos, não haviam...eu comecei a fazer articulações com os enfermeiros ...e fui procurando esses encaminhamentos”
119. F6. “Fazendo busca ativa mesmo com os enfermeiros, então aí, eles já marcam, encaminham”
120. F6. “... o que gera encaminhamento, no meu caso, é por exemplo, eu faço muitos encaminhamentos com a dentista e vice-versa”
121. F7. “ ...encaminhamento da propria ACS ...”
122. F7 “Hoje, já recebo encaminhamentos da própria médica...ou é o ACS ou é enfermeiro, ou até espontaneo mesmo, o paciente chega que a agente de saúde comentou e ela foi lá e marcou.”
123. F8. “Enfermeiro, o médico, o ACS e as outras áreas, a TO, nutrição, assistente social encaminha, enfermeiro encaminha”
124. F9. “Pra fono, qualquer profissional podia fazer... mas a maioria das vezes era o agente de saúde e algumas vezes era o enfermeiro”

125. F10 “Geralmente pelo médico da área, quando não pela enfermeira ou pelo agente de saúde.”
126. F11. “...as ACS acabavam também como se fosse uma pesquisa, meio que uma pré-triagem, pra um encaminhamento pra gente.”
127. F11 “ACS encaminhavam muitos pacientes, poucas vezes era encaminhado pelo médico”
128. F11 “...a escola se responsabilizava em encaminhar os alunos...”
129. **F12.** “Geralmente era o enfermeiro, o médico a gente chegou a conversar algumas vezes, mas como o tempo dele era muito restrito e poucos os dias, aí então eu tinha pouco contato”
- 130 F2. “...a gente fez momentos de orientações com as equipes, ACS, profissionais, pra mostrar o que a fono é e onde atua...”
131. F3. “...em algumas reuniões da roda a gente mostrava uma parte do fazer da fonoaudiologia... daí os ACS conhecerem e tá encaminhando esses paciente para gente ou chamando para visita”
132. F6. “No dia também da saúde do trabalhador, também gera dos processos auditivos e também gera encaminhamentos”
133. F12. “ o acolhimento, e nesse acolhimento seria encaminhado algumas pessoas,”
134. F12 “Os agentes de saúde, muitos deles encaminhavam”
135. F1. “ a gente ainda tem hoje nos territórios pessoas que não sabem o que é fonoaudiologia, mesmo a residência já ter trabalhado por muito tempo nesses territórios”
136. F3. “...a gente foi a primeira turma que teve fonoaudiólogo, então, a gente ficou meio assim pra descobrir,né, como a gente iria fazer e qual seria o nosso papel”
137. F7. “...tentar explicar o papel do fonoaudiólogo que as vezes é difícil eles compreenderem”
138. F7. “... apesar de há um bom tempo ter fonoaudiólogas aqui na cidade, muita gente ainda fala mas ainda precisa explicar muito”
139. F4. “A gente fazia um momento com as ACS e profissionais do posto de saúde para esclarecer a eles qual o papel da fono...”
140. F6. “O fazer do fono na atenção básica ainda tá muito restrito ou seja os profissionais ainda não tem a visão do encaminhamento, do fazer, o que é que o fono faz.”
141. F1. “É a gente é bem aceito em algumas questões, tipo ele não fala é pro fono, mas as vezes ele tá acamado, ele não tá engolinedo, manda alguém vim pra fazer uma gastro, mas ele não lembra do o fono.”

142. F1. “... não sei se é isso por que é uma área recente, a gente tem pouco profissionais, e a gente tem umas coisas muito passageiras a residência são dois anos,”
143. F1. “A sofreu uma agressão, uma violência doméstica, o aprendizado da criança tá caindo mas o fono não é chamado, sofreu um AVC não é chamado o fono...”
144. F1. “ Engasgo, vc não tem uma grande demanda de disfagia dentro do posto, mas será por quê? Se eu tenho camados, será que os acamados estão engolindo divinamente bem e estão num processo muito bom”
145. F2. “Como falei, a gente fez momentos de orientações com as equipes, ACS, profissionais, para mostrar o que a fono é e onde atua”
146. F1. “...as vezes termina ficando com a cara daquele profissional e não a cara da fonoaudiologia...”
147. F1. “... uma das grandes dificuldades principalmente quando a gente se insere nesses territórios porque eles querem que a gente tenha a cara do outro profissional, e as vezes não é, a gente traz a cara da fonoaudiologia...”
148. F1. “Uma das grandes dificuldades que a gente encontra hoje é as pessoas perceberem o fonoaudiólogo.”
149. F1. “...eu acho que grande dificuldade nossa é essa percepção do que é o fonoaudiólogo dentro do posto de saúde”
150. F2. “Os restritivos é o próprio conhecimento dos outros profissionais e a própria população por não conhecer a necessidade do que o fonoaudiólogo faz restringia muito a nossa atuação...”
151. F3. “...na nossa época é que a gente era primeiro, então tinha muita gente desconhecia e não sabia quando encaminhar.”
152. F6. “As vezes, eu estou fazendo o acolhimento do conselho de saúde e eles não identificam que eu posso ter esse fazer, a organização do serviço também”
153. F6. “O que realmente agente não tá inserido é , assim eu não vejo os fonos inseridos nos grupos... não enxergam a gente como potencial”
154. F6. “eu me inseri em alguns e até mesmo em alguns programas do posto, mas muito difícil, por conta disso, de achar que o profissional de saúde ele não pode estar ocupando outros espaços, né aquela visão de núcleo ali.”
155. F6. “O grupo de caminhada é o educador físico, naquele território não tem educador físico, então vai o fisio. O prostibulo é a psicóloga e assistente social, certo. Quando tem

alguma ação ele já identifica e ele não identifica o fonoaudiólogo. No máximo identifica o fonoaudiólogo na escola, infelizmente.”

156. F6. “desconhecimento é o ponto mais fraco de acontecer é um entrave, porque a gente não chega e já tá lá, a gente tem que conquistar esse espaço, o que chega e já tá lá é o atendimento, a visita aquela coisa bem assistencialista, infelizmente”

157. F7. “As vezes é porque é a visão que eles tem ainda de que a gente tem que clinicar, as vezes ele não entendem porque a gente tá lá”

158. F7. “Eles pensam que aquele trabalho de estar trancado numa sala e atendendo 15 é mais trabalho que tá arrumando um espaço que seria daquele grupo específico”

159. F11 “muita desinformação tem uma demanda bem grande de usuários que não são informados, são completamente desinformados, e isso dificulta muito o trabalho muito o trabalho da gente”

160. F2. “... foi um momento que encontramos dificuldades, né, porque estávamos nos inserindo numa nova estratégia, nova categoria no processo.”

161. F5. “Assim no meu território como não tinha fonoaudiólogo antes da minha turma, ainda tão aparecendo as demandas.”

162. F5. “... eu tô buscando os locais que eu devo tá trabalhando, tendo um trabalho mais efetivo, mas ainda tá aquele engatinhar porque tem muita gente que não em conhecimento sobre a atuação do fono”

163. F9. “...meu primeiro 1 ano de residência foi tentando organizar o trabalho, porque é uma área nova, então eu cheguei sem saber exatamente o que devo fazer, até onde eu posso ir”

164. F10. “Como a fonoaudiologia é uma profissão muito nova, tudo era muito novo, então eu tinha que saber o que era que eu ía trabalhar”

165. F11. “Era um trabalho que exigia muita motivação, uma vez que era muito novo, principalmente no município, onde era inovador também pra área da fonoaudiologia. “

166. F11.” na estratégia de saúde da família já foi promovido uma evolução pra gente, aonde a fonoaudiologia trabalhava muito mais em equipe e trabalhava com esses programas que já existiam, né”

167. F6. “.. eu me sinto parte da equipe, mas a minha inserção não foi muito fácil”

168. F6. “Aí eu fui me inserindo na equipe aos poucos, tive resistência porque o fonoaudiólogo tem muito essa questão do núcleo.”

169. F6. “Hoje , eu me inseri e estou inserida nos grupos, na comunidade,nos programas do ministério da saúde, de puericultura, gestante e pré-natal e até mesmo o hiper dia e saúde mental.”

170. F6. “Eu me inseri e me inseri na perspectiva do fono realmente, antes eu comecei com a atividade da educação e saúde que é geral do profissional da atenção básica, e aos poucos fui criando estratégia de estar levando o meu saber”

171. F7- “Eu tô inserida no processo...tentando construir e construindo, e vendo e fazendo, assim o meu processo é de construção...”

172. F10. “ No meu processo de trabalho eu tive muita dificuldade, por eu estar muito solta, mas foi um período que eu percebo que eu mais cresci como profissional, porque eu também não tinha nada pronto,”

173. F10. “... foi muito desafiador, porque naquele território, lhe dava a oportunidade de você atuar em todas as áreas que você nunca tinha atuado”

174. F6. “...no começo os seis primeiros meses eu acredito que tenha sido de conhecer o trabalho, porque eu ciência do meu fazer enquanto residente, do meu fazer quanto fonoaudiólogo mas não conseguia agregar os dois fazeres na atenção básica, não conseguia”

182 F4- “ O meu processo de trabalho, na residência a gente vem passando por um todo, um processo que a gente vai começando a territorialização”

183. F6. “...eu tentei fazer o processo de territorialização, me senti mais parte para estar mais apropriada e eu fui desenhando as minhas ações de hj...”

184. F9. “...todo esse processo que no começo cheguei com toda ele pronto, quero trabalhar assim, quando eu me deparei no território vi que não era isso, que tinha que esperar a demanda do território para poder me organiza.”

185. F12. “A princípio, dentro da minha unidade, a gente fez um mapeamento... agente foi pra área pra conhecer a população, quais os problemas que estavam tendo em cada área”

186. F4 “Gente vai realizando as atividades de acordo com as necessidades deles e de acordo com que a saúde tá precisando”

187. F12.“A princípio, dentro da minha unidade, a gente fez um mapeamento

188. F1. “Eu vejo que eles sentem que tem essa necessidade de você, eles veem a necessidade da fonoaudiologia dentro da estratégia.”

189. F3. “...vi necessidade da nossa profissão tá nessa área da atenção básica, o processo é esse, eu realmene enxerguei a necessidade... consegui me enxergar dentro da equipe.”

190. F4. "...agente faz parte da realidade do posto de saúde, todas as atividades que eles realizam nós estamos inseridos."
191. F6 "Quando vc começa nessa perspectiva de grupo e de interconsultas e vc começa a compartilhar os casos, aí sim, vc já gera uma demanda, uma devolutiva. Faço uma puericultura, pronto, na outra semana já está lotado de encaminhamento."
- 192 F8. "Eu sempre tô ali falando algo relacionado com a fono para as pessoas entenderem e saber. Por que até então, acham que o fono cuida do ouvido ou então, não é o que vai ensinar a falar."
193. F11 ".Então assim, a fonoaudiologia conseguiu conquistar um espaço muito grande, porque a gente conseguia ter essa interação com especialidades".
194. F11. "A gente conseguia ter esse *feed back* muito grande, que foi outra coisa que a fonoaudiologia realizou que me deixou muito satisfeita, esse *feed back* com outros setores."
195. F12. "... a gente sempre trabalhava junto a essa população com o educador físico, terapeuta, psicólogo, assistente social..."
196. F4. "...a gente é colocada a fazer parte de uma equipe multiprofissional onde a gente vai atuar de forma multidisciplinar fazendo parte dos profissionais do posto de saúde"
197. F9. "O meu trabalho inicialmente foi com a equipe da residência, era muito com o fisioterapeuta da residência, com a psicóloga da residência isso em 2008 e 2009"
198. F11. "A gente conseguia fazer esse trabalho multiprofissional, onde a gente conseguia passar pra esses pacientes, um trabalho completamente diferenciado..."
199. F5. "... a gente desenvolve ações de saúde relacionados a minha categoria e as outras categorias dos outros residentes."
200. F7. "No inicio a médica ficava mais ouvindo, caladinha até perceber minha presença, hoje já possui a me perguntar e encaminhar"
201. F8. "Atendo muito com a enfermeira e todas as vez que tô com ela tem encaminhamento para fono, sempre"
202. F9. "Também tinha muito as visitas domiciliares, trabalho muito bom que a gente fez foi junto com a dentista e o enfermeiro"
203. F12. "a gente conversou, e as atividades que mais foram desenvolvidas foram junto com o educador físico, a gente fazia um grupo de idosos"
204. F12. "a gente fez até um grupo com o dentista, pra questão da prótese dentária, a questão da dificuldade de deglutição, alimentação, justamente por conta dessa prótese mal posicionada, então teve um trabalho voltado pra isso"

-
205. F12. “Com as gestantes, a gente conseguiu um trabalho legal, elas compareciam realmente aos postos de saúde e a gente fazia junto com a enfermeira, então eu sempre tava acompanhando com a enfermeira, exatamente pra tá dando aquelas orientações básicas.”
206. F2. “...acho que a própria equipe do território com a parte da preceptoria junto com o grupo multiprofissional acaba que facilita o nosso processo e vai cada um se descobrindo o seu fazer”
208. F5. “O que facilita é a minha equipe em si, a minha equipe ela é bem, tanto da residência quanto do NASF, a gente acaba se entrosando bem.
209. F6. “A gente não tá inserido, mas aos poucos a gente conseguiu através mesmo dessa parceria com o outro, com a equipe multi que foi trabalho de formiguinha e também nas conversas com agente de saúde. “
210. F6 “A facilidade também é a interação da equipe, quando vc tem uma interação com a sua equipe gera comunicação de um profissional com o outro e aí vc já vai vendo vários casos”
211. F11 “Os facilitadores é a questão de se trabalhar com multidisciplinaridade
212. F6. “O facilitador é a questão de tentar argumentar que tem que haver um diálogo, a comunicação é um facilitador, tudo vai para fala, tudo vai para comunicação”
213. F7 “O que facilita é mostrar para eles e explicar o quê que eu estou fazendo ali...é trocar informação .”
214. F7 “Então é uma troca de informação, porque é nesse momento, o diálogo e mostrar o seu serviço. Não ficar calada, mostrar para elas entenderem que vc tá fazendo aquilo... é muita explicação.”
215. F7. “A gente sempre vai tentando dialogar e manter esse relacionamento. Hoje é bem melhor do que quando a gente chegou. Tá bem melhor delas entenderem a gente e o nosso papel.”
216. F11. “ coisa que facilitou bastante foi o vínculo com as demais redes, que isso fazia que a gente tivesse um acesso mais fácil...”
217. F6 “Outra facilitação que é que eu uso muito, mas aprendi a pouco tempo é a articulação de redes.”
218. F6. “Aqui eu tenho redes, que eu posso usar... vendo como eu posso tá fazendo essa articulação de rede para que não seja só o nome da fono que esteja lá, seja numa perspectiva que eu consiga fazer essa costura e link que seja útil para equipe...”

219. F9. “Quando eu cheguei na residência, foi o que eu tentei fazer, aquela coisa bem restrita do fonoaudiólogo de forma isolada, com o passar do tempo, eu vi que o papel não é esse, então é o principal papel de promotor da saúde”
220. F9. “...6 meses de residência eu deixei de fazer atendimento clínico porque eu vi que o caminho não era esse”
221. F1-“eu vim de uma realidade que eu tava bastante habituado a secundária e terciária, então quando eu vim para primária foi um diferencial”
222. F1-“vc de uma certa forma abre o horizonte e se deixa de ser muito pautado em algumas ações, e vc deixa a cara da fonoaudiologia digamos”
223. F8. “Bom, desde de quando eu me formei que eu trabalho na saúde da família...quando eu vim para o Ceará eu percebi que aqui era muito diferente em diferente...você tem todo um processo de formação”
224. F8.” vim fazer a residência me sinto como uma profissional da estratégia de saúde da família...isso sim que é o SUS.”
225. F10. “Eu percebo que as residências em saúde da família evoluíram muito de 2003 pra cá... acho que teve uma evolução muito grande, acho que hoje o residente tem mais condições de trabalho, ele é bem mais assistido”
226. F9. “Acho que o fono também hoje em dia já tem outro olhar, outros conhecimentos, outras práticas que na época eu não tinha.”
227. F11. “A gente conseguia também fazer muita reunião pra estudo de caso, outra coisa que a fonoaudiologia conseguiu, que a gente tinha espaço só pra estudo de caso, que isso foi fantástico”
228. F6. “...a formação que a gente teve, que é uma formação acadêmica que geralmente era na perspectiva clínica que na atenção básica a gente não vai trabalhar nessa perspectiva.”
229. F2. “...na graduação a gente não tem essa realidade, né, então quando nós chegamos lá, nós somos jogados pra mesmo desenvolver as atividades”
230. F1. “ dificuldade de conseguir inserir os fonoaudiólogos dentro dos programas que já tem dentro do PSF, dentro do ministério...a gente vê que o fonoaudiólogo só é inserido se for uma campanha de áudio, se for uma questão de voz”
231. F4. “...pelo período que eu me formei não existia essa formação voltada para ESF, não vi algo que facilitasse o trabalho, por exemplo, se eu tivesse saído em 2002 quando eu me formei e tivesse ido para SF eu tava perdida, tá entendendo?”

232. F4. “...pelo tempo que eu me formei a gente não tinha nenhuma disciplina do SF, não tinha...não tinha na grade curricular no período que me formei as disciplinas para o Saude da Familia.”
233. F6“Eu acredito que essa visão ainda é muito clinica de que o fono é atendimento e visita domiciliar”
234. F9 “Eu acho que na participação popular, por a gente não ter na nossa faculdade, não ser preparada pra ter esse olhar, a gente participa por fazer parte de uma equipe...”
235. F6. “ porque o que eu sabia de saúde coletiva era muito teórico menos pratico”
236. F10” A gente não via isso na faculdade, e pra mim foi muito bom, porque eu saí da faculdade e fui inserida nesse processo da residência, que foi que me ajudou muito a ser a profissional que sou hoje, de ter esse olhar diferenciado
237. F9. “Na caderneta do NASF, ele fala que o profissional do NASF no caso o profissional que atua na ESF que não tem em Sobral”
238. F1. “ a minha estratégia é muito boa e eu vejo que tem diferencial no meu território que tem fono para um território que não tem fono, vc vê uma diferença na qualidade”
239. F7 “..quem fica em dois acaba não dando conta de nenhum”
240. F11.” Era muito bom, que pena que a gente não consegue é dar continuidade.”
241. F11. “Nos postos que eu trabalhei já tinham tido residência em fono, mas já tinha tido há muito tempo, então era como se o trabalho tivesse começado, quebrado por determinado momento e começado de novo, então é como se você voltasse lá pra trás e começasse de novo”
242. F10. “Sistema de Informação da Residência Multiprofissional, quando o residente ta na área, ele consegue ter uma cobertura muito grande dos atendimentos, a gente tem uma diferença muito grande de quando se tem um residente e quando não se tem.”
243. F12. “então tinha que dar conta de três, quatro postos de saúde, e às vezes ía só uma vez na semana, duas, pra um posto, duas pra outro posto e então dificultava o entrosamento da equipe multidisciplinar.”
244. F1. “A gente não tem, a gente não tem objeto de trabalho”
245. F1 “..vc não consegue dar as devida orientações, por que as vezes não dá para conversar, só dá para perguntar a sua queixa e superficialmente olhar se vc me mostrar alguma coisa, se não vou ter que dar o encaminhamento.”
246. F1.” - A estrutura física e nem de material existe, o que existe em termo de material é algo que seja usado por todos mas não pela fonoaudiologia.”.

247. F1. “Falta um pocado de coisa, viu? Não falta só uma coisa, eu não posso lhe dizer que só flata uma coisa, falta tudo”
248. F1. “Por que talvez eu diga que falta uma sala, mas não é só a fono que não tem uma sala, o fisio não tem uma sala, o nutricionista não tem uma sala, o TO não tem uma sal.”
249. F1. “...então o que a gente e tem hj nos postos, vários profissionais, mas uma estrutura muito pequena...a gente precisaria do básico necessário de um atendimento com respeito e dignidade...”
250. F1. “Vc tem que pagar, por isso a gente gasta do bolso para fazer uma cara, para deixar realmente um trabalho bem feito a gente termina custeando isso, então eu acho que depende muito, depende de gestão, depende desse olhar e da estrutura física também.”
251. F2. “Como na ESF a gente não trabalha basicamente com atendimento, né, acho que o que seria necessário mesmo é uma sala”
252. F2. “... o transporte para os profissionais ir até o local as vezes era difícil, muitas das vezes iamos no nosso transporte.”
253. F3. “Como o Saúde da Família não visa atendimento, então acho assim, tendo um espaço no posto de saúde pra ele fazer um primeiro atendimento e pra saber onde encaminhar não precisa de uma estrutura mesmo equipado com sala e equipamento...”
254. F4. “No posto de saúde , qualquer profissional tem que ter uma sala (risada) e que muitas vezes a dificuldade de ser ter uma sala para esse profissional tá atendendo.”
255. F4. “ Porque a gente foi colocado no posto de saúde, mas ele não se preparou para gente”
256. F4. “Mas a gente sabe que até a necessidade de uma sala que esteja disponível para o profissional estar atendendo, a dificuldade já existe daí. “
257. F5. “Em atendimentos individuais, no caso as avaliações e triagens é o ideal ter uma sala com estruturazinha mais ou menos, que tenha material espátula, luva, é se puder ter um espelho e em atendimento em grupo uma salinha mesmo maior assim com as cadeiras, ou uma estrutura maior que eu possa fazer um grupo maior.”
258. F5. “A estrutura ideal não existe, eu já tinha falado falta tudo.”
259. F6. “A estrutura não existe, falta a gestão sensibilidade de “ahh vai ter o profissional de fono aqui no posto” então o que o profissional de fono precisa.”
- 260 F8. “... tem dia que tá atendendo eu a nutrição e a TO ou eu a assistente social e a TO.”
261. F9. “ Por ser na ESF, é importante uma estrutura é, não é logicamente a prioridade ter a sala do fonoaudiólogo, porque ele fica muito em grupo, muito em visitas”

262. F9. “Eu acho ideal, ter uma sala pra residência, pra que se precisar conversar com algum usuário, conversa na sala, se precisar fazer uma reunião de equipe, tem aquele espaço físico.”
263. F9. “Como o olhar não é clínico, então não acho necessário ter aquela estrutura clínica do fonoaudiólogo.... mas tem que ter um espaço mínimo pra realizar os atendimentos.”
264. F10. “A gente tem muita dificuldade de sala, como são muitos profissionais hoje devido a questão da residência multiprofissional... você não tendo espaço físico mesmo pra você fazer uma intervenção e isso dificulta muito”
265. F10. “Geralmente os postos são muito pequenos, não comportam a quantidade profissionais”
266. F10. “Ela existe, mas é precária.”
267. F10. “Porque como Sobral cresceu na questão do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF, as Residências, eu sei que não é uma proposta da Residência atender, mas tem momentos que você necessita fazer um atendimento”
268. F10. “A gente tenta se adaptar com a realidade do posto e tenta fazer um jogo de cintura pra ver o dia que a enfermeira ta em visita pra gente ver se consegue ficar com a sala pra fazer algum tipo de intervenção se for necessário.”
269. F11. “Eu acho que não seria necessária uma estrutura tão perfeita não, até porque a meu ver não é necessário fazer uma fonoaudiologia reabilitatória”
270. F11. “Mas a estrutura que eu acho que seria necessária, seria uma estrutura onde a gente tivesse espaço maiores pra realizar nossos grupos...”
271. F11.” Muitas vezes ficava difícil pela falta de uma salinha pequena, podia ser uma salinha pequeninha, só pra gente fazer uma avaliação e a gente não tinha.”
272. F11. “Quantas vezes eu fiz atendimento debaixo de uma árvore, na varanda da casa da frente do posto de saúde.”
273. F11. “Então a questão estrutural, eu acredito que é só essa questão de mais uma sala mesmo, não muitos equipamentos, existem vezes que a gente realmente precisa, mas que é específico do profissional, e cada qual tem o seu.”
274. F11. “...estruturalmente, precisaria de um ambiente que não fosse muito grande, sem precisar de muita coisa, seria bem mais básico mesmo”
275. F12. “Eu acho que na atenção primária é preciso a pessoa ter um espaço físico de todas as categorias, mesmo que esse espaço físico se divida em um horário com uma categoria”
276. F12. “Acho que uma das dificuldades maiores é isso, a gente não conseguir escutar esse paciente com tranquilidade, e pra ser escutado precisaria de um ambiente físico adequado”

277. F1.” . Então, as vezes falta um pouco de organização dentro do posto, falta. As vezes eu posso dizer que tem algumas coisas, mas a organização não favorece.”
278. F1”...depois que eu tivesse uma sala, dentro dela aí eu poderia ter um espelho, ter luz, ter espátulas, ter brinquedos, ter talvez um alimento, uma coisa que eu pudesse.
279. F1” As vezes o paciente está até me mostrando o que ele quer que eu veja, mas as vezes, não tô conseguindo ver até pelo local, pela estrutura, por que as vezes vc chega e diz assim, ta aqui uma luva. Tem espátula? Não, eu vou bota o dedo na boca do paciente?
280. F1. “Algumas vezes dá para vc ter um esclarecimento muito bom, mas muito verbal. Vc não tem um papel, um cartaz, nada. A estrutura tem sempre tem mas quando vc procura nada tem.”
281. F1. “Eu tenho que precisar de material que seja utilizado por todos que estão dentro do posto, e não pela fono”
- 282 F1. “ Eu não tenho material, o TO tb não tem material, psicólogo se quer tem material então depende de uma certa forma de abrir os olhos. Aí reclamam há tem uma série de encaminhamento, sim mas eu tenho que encaminhar já que eu não posso avaliar.”
- 283 F1. “ Talvez tem coisa que fosse até favorável e fosse até de bom prognóstico a gente poder resolver dentro do posto, mas eu não tenho esse material. “
284. F1. “... as vezes vc tem que custar do seu bolso para trazer um brinquedo, obrigado vc juntar sua própria maleta, como a gente chama, para trazer brinquedo, espátula, e outras questões mais.”
285. F2. “E a questão dos materiais necessários para realizar as atividades era de fácil acesso, a gente conseguia com facilidade.”
286. F4. “Agora assim, para fono, se for só para realizar a triagem uma mesa, cadeira, brinquedos, aquele material que a gente precisa para realizar uma mini avaliação”
287. F4. “Mas como fonoaudiólogo a gente sabe que os materiais luva, espátula pra tá avaliando, brinquedo, otoscópio..”
288. F6. “O otoscópio que não tem, algumas unidades tem e quebram. O otoscópio é interessante porque muitos casos até pra eu fazer uma referencia melhor.”
289. F6. “o estetoscópio também precisa do estetoscópio. Tem no posto, mas é do consultório, é do médico, é compartilhado. Agente vai fazer a visita e as vezes não.”
- 290 F6. “O álbum fonético que eu uso, esse eu tenho também. Ele é meu, não é do posto.”
291. F6.” Mas não tem brinquedos, jogos, não tem livros. O que tem é espátula.”
292. F6 “ O material de fono que eu uso são todos meus”

293. F6. “Como é que eu trabalho numa equipe que tem três consultórios e não tem nenhum material de fono nesses consultórios...muito difícil trabalhar, a gente trabalha com material proprio porque não tem.”

294 F6. “Material do grupo de puericultura, pré natal eu levo os slides, mostrar algumas coisas, figuras que prendem muito mais a atenção delas, aí eu levo o meu computador, a enfermeira preenche o que tiver que preencher, só.”

295. F6. “ Folder é td a gente que consegue. O posto consegue espátula, luva, máscar mas outra coisa somos nós”

296. F8. “Aqui essa estrutura não existe, nem sala pra gente atender”

297. F10. “E a questão também do próprio material, a gente tem muita dificuldade de ter material básico pra fazer uma avaliação, então tudo isso atrapalha o atendimento...”

298. F12. “, que muitas vezes falta até material básico dentro de uma unidade. E isso é uma realidade no Brasil inteiro.”

INVENTÁRIO EQUIPE

1. E1.” Eu acho que o papel do fonoaudiólogo, por exemplo, eu tenho uma filha que precisa e um sobrinho que eu trouxe também para se consultar, porque eles falam muito ruim”

2. E1. “a questão deles trabalharem fora do consultório, nos grupos”

3. E1. “Então há importância deles saírem um pouco do consultório e ir pra própria comunidade.”

4. E2 “ Primeiramente, cuidar da voz dos pacientes.”

5. E2 “A importância do fono é pela questão também dele permitir uma condição alimentar pro paciente, um paciente que recebe uma alimentação especial, que tem traqueostomia, então é importante ele fazer essa avaliação pra saber se ele pode ou não se alimentar via oral, então isso é um dos papéis dos fonoaudiólogo.”

6. E2 “O fonoaudiólogo colabora com a reabilitação do paciente e pode também sugerir o uso de alguns aparelhos, no caso quando tem perda auditiva, pode também auxiliar no trabalho com terapia na fala e outras coisas.”

7. E3 “As duas fonoaudiólogas que passaram por aqui tiveram uma grande dificuldade pra reconhecer o espaço delas e fazer as ações”

8. E3. “...realmente ela não sabe o papel, eu como agente de saúde as vezes ficava com aquela ansiedade, queria ensinar o que a fono tinha que fazer”

-
9. E3. “...muitas vezes ficava angustiada perguntando “ Tu tem visita?” pra ir comigo, porque realmente ela não tava sabendo qual era o seu papel na unidade.”
10. E4 . “eu acho que o papel da fonoaudiologia é detectar os problemas o mais precoce possível e ajudar também alguns transtornos relacionados a fala.”
11. E4. “ eu vejo a fonoaudiologia como uma maneira de prevenir certos agravos tanto na voz, como na dicção das pessoas, é uma maneira de prevenir.”
12. E4. “eu acho que na Saúde da Família, eles ajudam crianças que tem muita necessidade da voz, o no bairro geralmente a gente descobre muito e acho que isso ajuda bastante.”
13. E5. “Eu acho que o papel do fonoaudiólogo é ensinar como a criança deve falar, ou eu to errada? O que eu entendo é isso.”
14. E4. “Eu acho o papel do fonoaudiólogo muito importante porque muitas vezes o paciente não escuta direito, e ela vai fazer a visita, tenta fazer com que ele consiga usar o aparelho...”
15. E3. “Como não é um profissional assim como o enfermeiro que já tá aqui, que já faz parte, a gente vai descobrindo no momento que vai tendo um contato com aquele profissional, descobrindo as áreas que eles atuam, mas não sei.”
16. E3 “Todas não, mas a fala, a questão da postura também, por conta dos casos de labirintite. Mas assim, é um conhecimento bem limitado.”
17. E4 . “ Ele cuida da voz, de problema de garanta, da audição.”
18. E5. “eu penso que apesar da gente se encontrar na 11ª turma da residência... o fazer da fonoaudiologia na atenção básica ainda não é algo consolidado.”
- 19.E3 “...é aquela falta do conhecimento do papel do fonoaudiólogo,...por eu não saber o que que realmente é, com certeza eu vou tá deixando de discutir casos e resolver casos com o fonoaudiólogo”
20. E2 “Eu acho que uma das dificuldades é conhecer um pouco mais quais são as funções, quais são os papéis da especialidade”
21. E2. “.. eu acredito que a gente precise conhecer mais todas as potencialidades da especialidade, que eu acredito que nem todos os profissionais nem a comunidade conhece, fica um pouco a gente ainda na falta do conhecimento.”
22. E5. “O contato que eu tive com a fono foi muito bom, ela participou do grupo de idosos, onde ela fez várias atividades lá.”
23. E5. “Durante o tempo que a fono teve aqui, ela participou ativamente do grupo de idosos, um grupo de caminhada..”

-
24. E2. “O fonoaudiólogo vai a visita também com a gente, ele faz a visita quando a gente repassa um caso quando a pessoa.”
- 25.E3. “Eu acho que a questão do encaminhamento dos pacientes pra ele, no meu ver não existia dificuldade, porque a gente consegue estabelecer esse vínculo, e a gente já passa direto de profissional pra profissional.”
26. E4. “Muitas vezes a gente vê uma necessidade na área e falava com o fonoaudiólogo e ele pedia pra colocar na agenda, ou pra fazer a visita domiciliar ou pra vir aqui”
- 27.E5. “...mas não havia um encaminhamento, quando a equipe detectava a necessidade de um olhar do fonoaudiólogo, se marcava ou se conversava com ela..”
28. E1. “Às vezes o próprio médico”
29. E1. “Então assim, o encaminhamento é feito pelo enfermeiro, pelo médico, pelo agente de saúde.”
30. E2. “Tudo inicia com a triagem da enfermagem, a enfermeira agenda pro médico, e o médico já sugere o fonoaudiólogo”
- 31.E1. “... a questão dele participar dos grupos, de dar palestras não só sobre a fala, mas sobre engargos, que é muito importante. Inclusive isso foi feito recentemente, lá no nosso grupo.
32. E1. “...tem a questão da audição também, fazer encaminhamento pro CEM, como foi avaliado, pra ver se realmente precisa usar o aparelho, da prótese.
33. E2. “Trabalha a voz, a emissão da voz, o músculo orofacial, melhorar a condição alimentar.”
34. E2. “Até na falta de uma enfermeira, ele pode fazer a puericultura de uma criança.”
35. E2. “Na reabilitação dos pacientes sequelados de AVC, pra trabalhar na questão da fala. As crianças quando demoram a falar, ele também já trabalha essa questão de ajudar.”
36. E4. “Eu acho assim, que as vezes tem tanta criança com dificuldade de se comunicar com as outras crianças, porque as vezes tem criança que fala ruim ou às vezes não entende, e ela já facilita tanto com o trabalho que ela faz...”
37. E5. “Deve ser na questão do escutar e não poder falar, a dificuldade né da criança.”
38. E3. “..não existia também o engajamento com o restante da equipe, que as vezes era uma visita quando era solicitada, não existia esse olhar pra ela ta se engajando em visitas gerais...”
39. E3. “...nessa questão de convivência com todos os funcionários, se ela tivesse convivência com a unidade em si toda, ela poderia usar como uma capacitação de entender, de descobrir, de saber como tratar...”

40. E1. “...acho que precisava se soltar mais um pouco, a gente até já conversou com o preceptor, porque a gente acha essa turma meio...não tão integrada.”
41. E3. “Por incrível que pareça, a gente consegue estabelecer um vínculo forte com esses profissionais, porque não existe barreiras, pelo menos no caso de nós agentes de saúde...”
42. E3. “E o que facilitaria, acho que seria o interesse do profissional em tá facilitando, se disponibilizando, apresentando o trabalho dele, que áreas ele atua e fazendo isso de forma constante pra toda a equipe, pra que todo mundo saiba qual é o papel dele.”
43. E4. “Eu acho que num tem nenhuma dificuldade não, porque ela tem todo o apoio da gerência e de todos os profissionais, eu acredito que não exista nenhuma dificuldade não.”
44. E1 “ Eu achei muito bom o trabalho dele, dignamente ótimo, todos os pacientes que ele ía, teve objetivo, gostaram muito dele, senti até falta quando ele saiu. Ele realmente era muito esforçado.”
45. E1. “..ele é bastante dedicado, acima de tudo tem que ter a dedicação.”
- 46.E2. “ela tava bem “caquiticazinha” e depois de umas orientações que ele fez, a gente voltou lá ontem ela tava bem mesmo.”
47. E1. “ Acho que precisa melhorar, porque eles fazem aquela visita e não dão aquela continuidade, eles não terminam a coisa que começam.”
- 48.E2. “Como a demanda é muito grande, ele facilita bastante, porque não fica sobrecarregado só um profissional, os outros profissionais repartem a função com o fono, assim ele facilita muito tanto o trabalho do enfermeiro, como o do agente de saúde, como o do Doutor.”
49. E3. “...porque o que eu percebi nessas duas realidades é que um veio ciente do seu papel e outra não, então o papel mudou de profissional pra profissional”
50. E3. “depende de profissional pra profissional, porque eu tive duas realidades com dois fonoaudiólogos,”
51. E1. “a gente percebe que realmente ela se envolveu com cada um dos pacientes, coisas que a gente não tem percebido nesses últimos tempos, ninguém sente aquele vínculo, de tipo a gente chegar e dizer”
52. E1. “Um ambiente físico adequado, melhoraria bastante.”
53. E1. “O que eu queria mais era a presença deles ali constante com os pacientes”
54. E1. “ Seria melhor que ficasse mais tempo na unidade...”
55. E2. “ Acho que uma mudança pro atendimento ser maior, porque é pouco tempo que ele tem pra ficar na Unidade”

56. E2. "... como a unidade tá superlotada, tem que esperar uma sala desocupar pra ele poder ir lá atender, porque não tem um local adequado, aquele consultório próprio pra aquele dia pra ele poder atender."
57. E3. "Primeiro tem que trazer um pra cá pro bairro, porque a gente tá sem."
- 58.E4. " Eu acho que pra melhorar mais ainda, precisa ter um maior envolvimento com o pessoal das equipes, com os profissionais.."
- 59.E4. "...pelo menos mais dias, mais horas, mais vezes na própria unidade, em uma semana vai em 4 ou 5 PSF."
60. E4. "... o que melhoraria também era a discussão de casos, porque a gente também ía ter um retorno dos encaminhamentos."
61. E5. "Assim como era só da residência, ficava um tempo muito restrito, se tivesse uma fonoaudióloga aqui teria realmente um tempo mais disponível pra comunidade."
62. E5. "Acho que precisa ficar muito claro pra toda a equipe qual é o papel do fonoaudiólogo e ele dizer em que áreas ele pode tá entrando...."
63. E1. "Como infelizmente, geralmente a gente só tem de 2 em 2 anos, por conta da residência, por conta do NASF, então a questão do vínculo."
64. E3 "...a fono não existe aqui no território, a gente tá sem, mas é um trabalho muito importante, eu admiro muito e tava ajudando muito no território."
65. E3. "Dentro da nossa realidade a fono não supre as necessidades, porque as duas fonos que a gente teve, pelo menos que eu tive como conviver, elas eram da residência, e a residência multiprofissional ela era compartilhada com o CSF."
66. E3. "a gente tem muitos casos que ele poderia tá contribuindo pra não haver encaminhamento, porque a gente não tem suporte de acompanhamento eu acho"
67. E4. "Eu acho que o papel da fonoaudiologia é de alta relevância, mas é importante que haja mais presença do profissional aqui na unidade."
68. E4. "...os profissionais estão presentes, só que eles trabalham também em outras unidades, então é importante que haja mais a presença dele aqui conosco."
- 69.E3. "Primeiro tem que trazer um pra cá pro bairro, porque a gente tá sem."
- 70 E3. "...como é um bairro carente, não tem condições de pagar uma consulta pra um fonoaudiólogo e existe muitos casos de crianças com atraso de desenvolvimento da fala, existe muitas pessoas que precisam do atendimento do fonoaudiólogo, então quando há esse profissional, e eu acho que é indispensável que não falte esse profissional dentro das unidades..."

71 E3. “...no momento que existir esse profissional, ele tem que ter suporte, porque um profissional só pra atender vários territórios, ele não consegue dá um bom atendimento de qualidade em todos os territórios, ele vai atender, mas não com qualidade. E por essa questão da carência das famílias, da necessidade da demanda que é muito grande, é indispensável que haja um profissional nas unidades pra atender o público.”

72. E3. “...outra coisa que eu percebo é que por conta da demanda que é muito grande, é necessário que haja um profissional aqui, porque quando há um fonoaudiólogo dentro da unidade, ele vai trabalhar específico só com o trabalho dele, e é complicado o enfermeiro que tem que atender tudo e identificar esses casos que é específico do fonoaudiólogo...”

73.E1. “Ele pegava o transporte dele, ia até o Boqueirão, fazia visita casa a casa, ele não ia pro campo, ele ia pra dentro de casa. Ele era uma ótima pessoa.”

74.E1. “Porque a gente sabe que existe a dificuldade de transporte, pra zona rural é muito complicado o profissional está se deslocando... infelizmente nem sempre a gente tem transporte disponível naquele momento que tá necessitando.”

75. E3. “...mas eu creio que precise de equipamentos que na atenção básica a gente não disponibiliza.”

76. E5. “A estrutura né, porque as vezes não tem onde ela atender, ela atende debaixo da árvore”

77.E1. “O problema na Unidade é questão de sala, de espaço físico, porque geralmente os profissionais de NASF, Residência, não tem uma sala de atendimento”

78.E1. “... às vezes eles atendem aqui nessa sala, dois profissionais ao mesmo tempo, constringindo o paciente.”

INVENTÁRIO USUÁRIOS

- 1.U1. “É porque eu fui acidentado, vítima de pedradas só na cabeça, aí eu fiquei aí um pouco defeituoso da minha voz”
- 2.U2. “Porque eu tive um AVC... era toda dura, tava falando ruim, eu ía beber água, era tudo torto, não comia, minha voz embolada.”
3. U3. “Foi um AVC, aí fiquei sem andar, fiquei sem falar, sem enxergar, aí agora tá limpando.”
- 4.U5. “A minha preocupação de ter um fonoaudiólogo acompanhando o meu filho, é que a gente tem aquela preocupação de ele perder os movimentos e depois ser tarde, e o problema de degustar as coisas, perder a sensibilidade do gosto do cheiro, esse tipo de coisa.”
- 5.U6. “Ele tá se queixando de uma surdez, e isso tava incomodando ele muito.”
6. U7. “A gente veio percebendo que ela, logo quando começou a falar, a gente percebeu a troca de letras, não é na escrita, é letras. Aí eu a levei no posto de saúde.”
- 7.U8. “...porque eu to quase môco.”
- 8.U9. “Eu to precisando pra poder melhorar minha voz, porque se eu to calada, eu fico rouca, e se eu falo demais eu ficou rouca, então eu quero melhorar minha voz, pra poder conversar com as pessoas melhor.”
- 9.U10. “Eu fico tão rouca que arde, arde muito, aí qualquer tipo de problema eu fico rouca, rouca...”
10. U15. “...meu netinho não fala,
- 11.U16. “É porque eu sempre tenho uma coceirinha no ouvido, aí então eu até comecei a sentir outro incomodozinho, que era tipo assim, sentindo como se tivesse falhando audição né.
”
- 12.U19. “Porque eu tinha problema de ouvido, sentia dor no meu ouvido e moca, tava moquinha.”
13. U20. “É porque o Gabriel gaguejava um pouco, desde pequenininho que a gente notava que ele gaguejava”
- 14.U21. “Pra estimulação dele, porque ele não engole saliva, as vezes ele consegue deglutir a saliva, pra ter facilidade de deglutir a saliva”

-
- 15.U23. “Porque a minha menina fez cirurgia de nariz e garganta, aí depois da cirurgia ela ficou com um trauma, e também por causa da convulsão, ela tem crise convulsiva, ela ficou com um trauma na língua, e ela troca o R pelo L”
- 16.U25. “Foi por um problema no ouvido”
- 17.U26. “É porque ele tá rouco, aí eu desconfiei dessa rouquidão dele, ele fazia assim um esforço”
- 18.U11. “Ela veio pra cá, eu participo do grupo, e a gente não tinha fonoaudiólogo no PSF, aí foi muito bom ela vir pra cá.”
- 19.U14. “Devido a gente fazer os exercícios aqui, aí ela fez uma verificação nas pessoas pra saber como era que tava a voz, assim alguma coisa.”
- 20.U24. “Aconteceu através do grupo de gestantes, que de 15 em 15 dias tinha o grupo, depois que eu tive a neném, ela acompanhou.”
- 21.U16. “...ela me encaminhou pra eu ir lá no Centro de Reabilitação.”
- 22.U19. “A Val me encaminhou pro médico, aí eu fui pra outra doutora, aí lá eles fizeram, tinha uma cera dentro do meu ouvido, aí eles tiraram.”
- 23.U25. “...eu disse que tinha problema no ouvido e ela me encaminhou lá pro médico.”
- 24.U7 “...fez uma avaliação, que inclusive foi ele que fez o encaminhamento pro CEO...”
- 25.U23. “ Logo na primeira vez que ela atendeu ela, ela fez logo o encaminhamento pro Centro de Reabilitação...”
- 26.U25 “Eu que expliquei pra ela o que tava acontecendo. Ela me ajudou, ajudou assim, me encaminhou pro otorrino, foi isso que ela falou.”
- 27.U1. “Foi a enfermeira do posto de saúde”
- 28.U2 “A minha filha foi no posto, aí a enfermeira disse assim: “Não se preocupe, que vou mandar um profissional fazer uma visita na sua casa”.
- 29.U3 “Foi o médico. Mas eu num precisei ir no posto não, eles que vieram aqui em casa.”
30. U4. “... a enfermeira quando veio nos visitar...passou a preocupar em trazer essa ajuda de outros profissionais, aí veio o fonoaudiólogo, depois a terapeuta ocupacional.”
31. U6. “Ninguém me encaminhou não, me informaram que tinha e eu fui direto até ela e fui muito bem recebida por ela”
32. U7 “Foi o fono, eu falei pra ele o caso da minha sobrinha, aí ele pediu que eu a trouxesse na unidade
33. U8. “ Foi o agente de saúde”
- 34.U9. “ Foi a enfermeira.”

35.U10. “Foi a enfermeira também.”

36.U17. “Na verdade foi ela que nos perguntou, perguntou o quê que a gente sentia, o que não sentia, se ouvia bem, se não.”

37. U19. “Ela tava aqui nas reuniões, aí disse que era a profissão dela, aí falei diretamente com ela...”

38. U20 “Foi a enfermeira, a doutora da central também pediu pra ele ter um acompanhamento”

39.U23. “Como eu trabalho aqui, eu perguntei diretamente pra ela, aí ela pediu pra mim trazer ela, pra ela ver.”

40.U25 “Foi a própria fonoaudióloga, ela me convidou pra ir pro posto, aí perguntou se eu tinha algum problema..”.

41 U26 “Ninguém, fui eu que falei, falei diretamente com ela pra ela resolver esse problema, e ele veio.”

42 U27 “Eu falei lá no posto que eu precisava de fono, aí a moça da recepção falou que tinha no posto, aí na mesma hora ela me levou até a fono, aí ela me agendou pra ela.”

43 U1. “O que ele faz é só o bem né. Ajudar as pessoas que tão precisando, e é só o bem que eles fazem.”

44. U4 “Bom, pelo que nós vimos aqui, a gente tem uma idéia sim, a gente sabe que eles trabalham nessa área da voz e estímulos das cordas vocais, e foi isso que a gente ficou mais identificado com o trabalho dele.”

45.U5 “A deglutição também né, a voz, etc.”

46. U6 “...ele resolve aí um bocado de problema que o pessoal daqui não são capacitados pra resolver, porque ele é formado numa área totalmente diferente da que o pessoal...acho essencial”

47. U7 “...ver a deficiência que geralmente muitas crianças tem essa dificuldade ...troca de letras ou até mesmo na escrita, e que eles fazem esse trabalho muito dedicado, eu acho muito interessante esse trabalho dos fonos nas unidades”

48.U8 “Cuida da audição.”

49.U12 “Eu acho que o papel que ela faz como fonoaudiólogo, pra mim é uma benção, porque ela procura amenizar aquela preocupação, aquele sofrimento que a pessoa tá passando”

50.U14 “Acho que ele faz esses exercícios, como você se alongar, como você fazer exercícios na boca, na garganta, na língua. Ela já passou um bocado de exercício pra gente.”

51.U15 “Pra mim, é ótimo. Acho que ele ajuda muitas coisas que a criança precisa aprender, que a gente não tem tempo de fazer....a gente acha que tá fazendo uma coisa boa pra eles, e eles não aprendem, aprendem é com ela.”

52.U16 “Ela trabalha também a voz, pra pessoa não enfraquecer a boca, essas coisas né, os músculos tudo, ela faz esse tipo de trabalho com a gente, pra gente num ter aquela paralisia facial, ela faz pra gente esse tipo de coisa.”

53.U17 “Deve ser importante né, a pessoa diz que modifica até a voz, a voz ruim e o fonoaudiólogo corrige.”

54.U18 “Sobre a fala, sobre o ouvido, a garganta, e ela ensina muito movimento, tudo enquanto, da língua.”

55.U21. “Trabalhar neles pra eles terem facilidade de se alimentar pela boca, como se alimentar normal, se alimentar como qualquer outra criança.”

56.U23. “Eu acho que é pra ensinar as pessoas a falar melhor, ensinar alguns tipos de exercícios pra ver se a pessoa consegue falar melhor.”

57.U25 “Os contatos que a gente tem com ela, as vezes os exercícios que ela faz, exercício na boca, nos olhos, na fala, essas coisas assim.”

58.U26 “Ela trabalha com as crianças que tem dificuldade de falar. Ela trabalhava assim. Quando ela tava aqui era ótimo.”

59.U27 “Ajuda muito, porque tem muitas crianças que precisam, adultos também, e alguns que não só na área de fono/... mas como alguém ajudando, aconselhando, dando dicas, na hora que a gente precisa conversar, elas estão sempre dispostas”

60. U22 “... o trabalho de uma fono pra ele seria essencial, pra gente tentar conseguir movimentos na face dele.”

61.U24 “Quando vier um profissional, que seja comunitária como ela, como ela foi.você, então isso torna a pessoa bem comunitária.”

62.U22 “Falou em fono pra mim, acho que diria que eu to melhorando a qualidade de vida do meu filho...”

63.U24 “É muito importante, eu não sei se já tá tendo outra fonoaudióloga aqui, mas de tudo um PSF tem que ter um pouco.”

64.U4. “E o fonoaudiólogo tem sido bastante constante.”

65.U5. “E o fonoaudiólogo tem sido uma pessoa maravilhosa...ele tem acompanhado da melhor forma possível, ele tem sido muito, muito carinhoso com o meu filho.”

66.U4. “... e o fonoaudiólogo tem sido assim uma pessoa muito interessada, quando a gente chega lá no posto, ele procura colocar a gente em contato com as pessoas que tem mais influência...”

67. U1. “ Foi bom, foi um tratamento mesmo especial que o pessoal do posto deram pra mim... não faltou nada pro meu tratamento e eu só tenho o que agradecer ao pessoal do posto e ao fonoaudiólogo aí também.”

68.U2. “Ele é uma benção, primeiro Deus e segundo ele. Tudo que ele mandava eu fazer, eu fazia. O tratamento foi maravilhoso.”

69.U3 “Foi bom, ave Maria, é ótimo ele. Achei bom, me ensinou a falar, a andar.”

70.U6 “Foi ótimo, ela atende super bem, muito atenciosa, muito preocupada com os pacientes, como é que os pacientes estão, procura se informar como é que eles estão, se tudo deu certo, muito bom.”

71.U7 “...gostei, eles tem um trabalho muito intenso... mas assim é muito acessível e muito bom.”

72. U12. “Mas por ela tá muito bom, ela é muito boa, uma pessoa compreensiva, ela procura sempre ajudar a gente.”

73. U13 “ Gosto, porque isso é bom pra gente. O que ela ensina aí é para o bem da gente. To satisfeita, a bichinha, ela é boa. Ela ensina bem direitinho, é uma menina ótima.”

74.U14 “Com ela a gente fica sabendo de muita coisa que a gente não sabia. As vezes eu digo pra minha filha “Depois de 60 anos, a gente ficou sabendo de tanta coisa”.

75.U22 “,, eu acho que todas tem um padrão de atendimento parecido, ele tem respondido muito bem, desde que ela começou o serviço com ele, acho que num teria nada que mudar não, melhorar não.”

76.U26 “O tratamento dela foi bom, quando ela tava aqui era bom, o pessoal procurava muito ela”

77.U4. “...ele não tinha nenhuma resposta... então hoje tá mais fácil, porque tudo que se pede pra ele fazer, ele faz, é lento mais ele faz e antes não, ele era parado”

78.U2 “Ele faz tudo, faz tudo pela gente, porque ele é maravilhoso. Me ajudou a caminhar, a fazer as coisas que eu pensava de fazer mais nunca. Se não fosse ele, era dali pra pior.”

79.U19 “Foi ótimo, pra mim foi maravilhoso. Porque eu sentia muita dor, às vezes meu ouvido até inchava, quando era aquelas crises. Ele faz o tratamento da gente, ele que diz o que a gente tem, Ave Maria, eu gostei.”

80. E1. "...as seções, começou aqui no posto, foi muito bem atendido, num tenho o que falar, ela é muito jeitosa com criança."
81. U15 "...ela é muito boa, procura saber como a gente tá se sentindo, o que tá acontecendo, se eu to bem, como é, ela já tem arranjado muita coisa pra mim. "
- 82.U24. "Então é um acompanhamento que você tem que você não tem só aquele profissionalismo, mas assim uma amizade. É bem interessante isso, eu gostei bastante."
- 83.U17 " Adoro a fono, ela é muito bacana, ela vai conversando com a gente na hora da caminhada."
- 84..U24 "Fiquei satisfeita, porque ela é uma profissional que não é só profissionalismo, ela interage com você, ou aqui, ou fora, tem aquela amizade."
85. U27 "Eu gostei muito, elas são muito boas com a gente, eu peguei muita amizade com elas."
86. U12. "... Aí a gente já tem essa segurança, é muito bom isso aí."
- 87.U1 " Demorou não, foi ligeiro, foi mais ou menos uma semana."
- 88.U2 "Demorou não, no outro dia ele já tava aqui em casa."
- 89.U4 "Em menos de um mês, eles já estavam nos acompanhando"
90. U7 "Foi rápido, o trabalho dos meninos é muito bom, tem uma acessibilidade, as pessoas são muito bem atendidas, não tem tanta burocracia como tem em outras unidades, então pra mim foi bom, foi rápido."
- 91.U8 "Demorou não, foi mais ou menos uma semana."
92. U9 "...meu demorou pouca coisa, porque eu cheguei na segunda e já vou ser atendida hoje, demorou só 3 dias, ela ficou até admirada."
93. U10 "O meu tá com mais ou menos 1 mês."
94. U12 "... ela trabalha ali no posto, mas nas terças-feiras que ela tá aqui, a gente fala o que tá sentindo, aí ela já prepara tudo e na outra terça, ou mesmo até antes, ela traz aquela consulta, ela ajeita a consulta pra gente..."
- 95.U16 "Foi rápido, eu falei com ela, aí pra ela me consultar foi questão de mais ou menos uma semana."
96. U19 "Com ela foi rápido, falei num dia e no dia seguinte ela marcou pra mim ir, eu fui atendida..."
97. U20 " Foi rápido, quando ele começou a fazer o tratamento, as meninas já ajeitaram tudo, foi tudo direto, exame, foi tudo completo, não tenho o que queixar."

98. U4 “... estamos trabalhando com o meu filho, tudo que a gente pode trabalhar, a gente vem trabalhando com ele, inclusive a parte da voz, o meu filho mais velho, é que vem ajudando.”
99. U5. “A gente vem buscando muito, tudo que o fono passou, é que a gente trabalhasse.”
100. U1 “ele disse que eu tinha sofrido uma paralisia facial, que a metade do rosto tinha ficado parada, devido esse espancamento que eu levei ... mas eu to bem melhor graças a Deus.”
- 101.U6 “Esclareceu todas as minhas dúvidas, inclusive foi ela que convenceu ele a botar o aparelho, porque ele não queria, porque na mente dele, ele ía fazer a consulta mas não ía usar o aparelho.”
102. U11 “Ela explica tudo, só que a minha memória não tá muito boa, mas ela explica tudo.”
103. U14 “ Ela explica pra gente, que quando a pessoa vai ficando de certa idade, vai tendo dificuldade pra falar.”
104. U18 “...alguma coisa que eu não sabia, que eu não entendia, eu perguntei, ai ela respondia tudinho, coisa que eu não sabia aí ela me respondeu tudinho, bem direitinho.”
- 105.U19 “Ela me explicou, porque eu trabalhei 30 anos numa firma, que era só negócio de zuada, de máquina, quando a gente entrava lá, a gente ficava moca, moca.”
- 106.U22 “Explica, e eu também sou bem curiosa, eu pergunto muito também. Ela explica, ela me ensina alguns movimentos.”
- 107.U4. “ A única coisa que a gente podia dizer, é que se houvesse mais dias, que eles pudessem, e eu acredito que meu filho estaria bem mais adiantado nessa situação”
108. U4. “.. só o que precisaria melhorar é o que eu já falei: o número de sessões.”
109. U27. “Acho que no posto precisava de mais materiais pra elas usarem, que elas não tem muito material,.”
- 110.U7. “...pena que a fono não pode fazer o trabalho com ela né, teve que encaminhar, porque é um trabalho mais específico e elas não fazem esse trabalho na unidade, né.”
- 111.U11. “Poderia melhorar não só aqui, mas mesmo no posto, porque a fono ta aqui, mas no posto quando a gente procura, “Cadê?”
112. U11. “É importante, mas eu mesmo não vejo nenhum fonoaudiólogo, na minha residência não vai nenhum.”
- 113.U11 “Muita gente nem sabe que no posto tem fonoaudiólogo, tem que ser mais divulgado, andar mais nas ruas, pra pessoa poder saber que existe a fonoaudióloga.”

APÊNDICE 6. FONOAUDIÓLOGOS Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias reepectivas frequências UR= 290

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR
I. O PROCESSO DO TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO NA ESF (210)	1.O FAZER DO FONOAUDIÓLOGO NA ESF	134 (46,2%)	1.1. ENCAMINHAMENTOS PARA FONOAUDIOLOGIA	24 (8,27%)
			1.2 FERRAMENTAS DE TRABALHO	22 (7,5%)
			1.3.AÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA NA ESF	19 (6,5%)
			1.4. TRIAGEM FONOAUDIOLOGICA	17 (5,8%)
			1.5 PAPEL DA DONOAUDIOLOGIA NA ESF	15 (5,17%)
			1.6 ATUAÇÃO ESPECÍFICA DA CATEGORIA DE FONOAUDIOLOGIA	15 (5,17%)
			1.7AÇÕES DE MENOR PARTICIPAÇÃO FONOAUDIOLOGICA	9 (3,1%)
			1.8 OLHAR INTEGRAL	6 (2,06%)
			1.9 PUBLICO DA FONOAUDIOLOGIA	5 (1,72%)
			1.10. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	2 (0,68%)
	2.FATORES RESTRITIVOS DA ATUAÇÃO FONOAUDIOLOGICA NA ESF	40 (13,7%)	2.1. DESCONHECIMENTO DO FAZER DO FONOAUDIÓLOGO NA ESF	25 (8,5%)
			2.2. PROCESSO DE INSERÇÃO DO FONO ESF	15 (5,13%)
	3. FATORES FACILITADORES DA ATUAÇÃO FONOAUDIOLOGICA NA ESF	36 (12,4%)	3.1. ATUAÇÃO JUNTO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	16 (5,5%)
			3.2. RECONHECIMENTO DO FAZER DA FONOAUDIOLOGIA	7 (2,4%)
3.3. PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO			6 (2,06%)	
3.4. COMUNICAÇÃO			4 (1,3%)	
3.5. REDES DE ATENÇÃO			3 (1,03%)	
II. ESTRUTURA GERENCIAL PARA O TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO NA ESF (80 UR)	4. .CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DESFAVORÁVEIS	71 (24,4%)	4.1 INDISPONIBILIDADE DE RECURSOS FÍSICOS	34 (11,6%)
			4.2. FALTA DE MATERIAIS	21 (7,21%)
			4.3. FALTA DE PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO PARA ATUAÇÃO NA ESF	9 (3,09%)
			4. 4. FALTA DE RECURSOS HUMANOS	7 (2,4%)
	5. CONDIÇÕES ESTRUTURAIS FAVORÁVEIS	9 (3,1%)	5.1 DISPONIBILIDADE DE CAPACITAÇÃO – RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	9 (3,1%)

APÊNDICE 7. EQUIPE DE SAÚDE - Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências, UR = 78

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR
I. ANÁLISE PROCESSO DO TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO PELA EQUIPE DE SAÚDE UR = 78	1. CARACTERIZAÇÃO DO FAZER DA FONOAUDIOLOGIA PELA EQUIPE DE SAÚDE	37 (47,4%)	1.1 PAPEL DA DONOAUDIOLOGIA NA ESF	21 (26,9%)
			1.2 DESCONHECIMENTO DO FAZER DA FONOAUDIOLOGIA NA ESF	7 (8,9%)
			1.3 ENCAMINHAMENTOS PARA FONOAUDIOLOGIA	6 (7,6%)
			1.4 AÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA NA ESF	3 (3,8%)
	2. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO FONO PELA EQUIPE DE SAÚDE	25 (32%)	2.1. MUDANÇAS NECESSARIAS PARA O APRIMORAMENTO DO SERVIÇO FONOAUDIOLÓGICO	11 (14,8%)
			2.2 ATUAÇÃO JUNTO A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	6 (7,68%)
			2.3 RECONHECIMENTO DO FAZER DA CATEGORIA FONOAUDIOLOGIA	5 (6,4%)
			2.4. PERFIL DO PROFISSIONAL AO ATUAR NA ESF	3 (3,84%)
	3. FATORES RESTRITIVOS DA ATUAÇÃO	16 (20,5%)	3.1 FALTA DE RECURSOS HUMANOS	10 (12,8%)
			3.2 INDISPONIBILIDADE DE RECURSOS FISICOS E MATERIAIS	6 (7,6%)

APÊNDICE 8. USUÁRIOS - Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas, subcategorias e respectivas frequências, UR = 113

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR	SUBCATEGORIAS (CODIFICAÇÃO)	UR
I. RESULTADO DO TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO NA ESF 113 UR	1. CARACTERIZAÇÃO DO FAZER FONOAUDIOLÓGICO PELOS USUÁRIOS	65 (57,5%)	1.1 ATUAÇÃO ESPECÍFICA DA CATEGORIA DE FONOAUDIOLOGIA	17 (15%)
			1.2 PAPEL DA DONOAUDIOLOGIA NA ESF	17 (15%)
			1.3 ENCAMINHAMENTOS PARA FONOAUDIOLOGIA	16 (14,1%)
			1.4 2 AÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA NA ESF	9 (7,9%)
			1.5 EXPECTATIVAS DOS USUÁRIOS	4 (3,5%)
			1.6 . PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	2 (1,7%)
	2. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O SERVIÇO DA FONOAUDIOLOGIA	41 (36,2%)	2.1 SATISFAÇÃO QUANTO AO ATENDIMENTO FONOAUDIOLOGIA	17 (15%)
			2.2 TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO	11 (9,7%)
			2.3 ESCLARECIMENTO SOBRE O PROBLEMA	7 (6,1%)
			2.5 VINCULO	6 (5,2%)
	3. NIVEL DE INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O SERVIÇO DA FONOAUDIOLOGIA	7 (6,19%)	3.1 INSATISFAÇÃO COM A ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO	7 (6,19%)

ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA

PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO FONOAUDIÓLOGO NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA URBANA DE SOBRAL-CE

Área Temática:

Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 1

CAAE: 06757712.6.0000.5053

Pesquisador: IZABELLE MONT'ALVERNE NAPOLEÃO

Instituição: ALBUQUERQUE

Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 90.938

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo avaliativo com o objetivo de avaliar o processo de trabalho do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE. Para tanto, será utilizado como referencial a avaliação qualitativa que corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. A pesquisa será realizada com os fonoaudiólogos que atuam na sede de Sobral, através de uma entrevista semi-estruturada que será processada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o processo de trabalho do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não apresenta riscos e expõe os benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta objeto claro e bem contextualizado, contribuindo para o estudo da Multiprofissionalidade, em especial da Fonoaudiologia, na Atenção Primária à Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresenta os termos obrigatórios com rigor metodológico e ético.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (883)677--4255

Fax: (883)677--4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado do CEP aprovou a relatoria do parecerista, ficando portanto APROVADO o protocolo de pesquisa

SOBRAL, 05 de Setembro de 2012

Maristela Ines Osawa Chagas

Assinado por:

Maristela Ines Osawa Chagas

Ministro do Parecer: _____
Data de Recebimento: _____

Assinatura do Parecerista: _____
Assinatura do Coordenador do CEP: _____

Assinatura do Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa: _____
O projeto de pesquisa encontra-se em fase de aprovação.

Comentários e Considerações sobre o Projeto: _____
Assinatura do Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa: _____

Assinatura do Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa: _____
Assinatura do Presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa: _____