

FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

**FONOAUDIOLOGIA E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL**

JOEL DA SILVA

Porto Alegre

2008

JOEL DA SILVA

**FONOAUDIOLOGIA E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL**

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia no Centro Universitário Metodista IPA, no primeiro semestre de 2008.

Orientadora: Prof^a Fga. Ms. Fabiana de Oliveira

**Porto Alegre
2008**

**TERMO DE APROVAÇÃO
JOEL DA SILVA**

**FONOAUDIOLOGIA E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para a graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Nutrição e Fonoaudiologia do Centro Universitário Metodista IPA em ____/____/_____, pela Banca Examinadora constituída por:

Porto Alegre, 25 de agosto de 2008.

Prof^a. Fabiana de Oliveira
Coordenadora do Curso

Orientadora: Prof^a. Fga. Ms. Fabiana de Oliveira

Avaliadora Prof^a. Fga. Ms. Maria Cristina

Avaliadora Prof^a. Ms. Enf. Maria Élide

AGRADECIMENTOS

À coordenadora do PSF do Bairro Rincão, a Sr.^a Nelci Terezinha Tolotti, aos profissionais da saúde, como Gládis Salgado, Vanessa, entre outros, que prontamente se colocaram à disposição no sentido de abrirem as portas dessa grande família que tem como norte uma luz em seu caminho, objetivando permitir a pessoas que passam por uma série de dificuldades serem assistidas profissionalmente e afetivamente de alguma forma; aos queridos agentes comunitários de saúde, pela acolhida carinhosa, permitindo a realização deste trabalho por meio de coleta de informações são ele(a)s: Ana Rita Muttoni, Cristiane Silva Ferrari, Deoclécio S. Copetti, Edriane A. da Rocha, Lourdes Zarzecki, Karine E. de Souza, Lenira C. Belém, Sabrina Salazar D., Vera L.M. Copetti e Viviane dos S. Lacerda; por ter conhecido essa nova equipe que por obra do destino me proporcionou esta relação de respeito e amizade que jamais esquecerei; talvez a memória me faça esquecer de alguns nomes, ou até de todos; porém, jamais esquecerei de suas atitudes perante as dificuldades que compõem o dia a dia destes profissionais que buscam, de forma afetuosa e profissional, levar melhores condições de saúde para aqueles que necessitam. A todos, meus cordiais agradecimentos.

A todos os meus velhos amigos de longa data como o Luis Flávio da Silva, Carlos Breik, Vladimir Rodrigues, entre outros, e também aos novos, aos quais, nessa recente trajetória, só tenho a agradecer.

À Professora Fabiana de Oliveira, minha orientadora, companheira e amiga que com muita sabedoria direcionou para si uma estrada desafiadora quando optou pelo caminho da saúde coletiva e conseguiu, nestes tempos difíceis, onde temos como norte uma visão singular, incentivar e contaminar, no melhor sentido da palavra, os jovens, e também os não tão jovens, estudantes a que se coloquem, não apenas como coadjuvantes, mas como protagonistas desta história, trilhando um caminho no qual somos levados a pensar não só no eu, mais sim no todo.

À Professora Maria Élide, pessoa devotada, militante e conhecedora das mazelas da saúde em nosso país e que já no meu primeiro semestre do curso de Fonoaudiologia, lecionando epidemiologia, demonstrava a sua determinação e

comprometimento com a verdadeira cara da saúde e não com a maquiagem politicamente correta.

Ao Professor Leão, pois não poderia considerá-lo um professor comum, as suas aulas ultrapassavam a esfera da anatomia; a criatividade se fazia presente a todo o momento, isso sem contar a mistura de conhecimento e domínio associado a uma simplicidade e humildade ímpar, com a sua alegria contagiante a ponto de esquecermos que eram noites de sexta-feira, tão agradáveis quanto estarmos em casa, num bar ou em qualquer outro lugar. E principalmente pelo respeito e mensagens de sabedoria que com freqüência surgiam e que serão inesquecíveis para mim.

Fleming Salvador Pedroso, um amigo de plantão que em nossos momentos de dúvida sequer titubeou em contribuir intelectualmente com o conhecimento que lhe é peculiar, meus cordiais agradecimentos.

Na verdade, se eu tivesse que descrever o que cada um dos meus mestres representou, não seria nenhum problema fazê-lo, porém, meu trabalho de conclusão seria estendido para um número incomensurável de páginas; felizmente, para muitos deles, senão para a maioria, eu tive a oportunidade de falar pessoalmente tudo aquilo que eu pensava de modo que fico por aqui.

À toda minha família, mesmo por parte daqueles que pela sua forma de ser não falaram nada sobre este momento de minha vida – que não acredito ser um momento exclusivamente meu. Sei que muitas pessoas estavam torceram por mim, mesmo aquele que não me conheciam bem, uns de forma eloqüente outros mais silente, o fato é que por algum motivo estavam ali, torcendo por mim.

Em especial, gostaria muito de agradecer a minha mãe, Adelina da Silva, uma mulher que retomou seus estudos aos 70 anos, hoje com 75 de idade. Por ela, tenho a mais profunda amizade, carinho, respeito, gratidão e orgulho, por representar este ser maravilhoso que é, pelo amor incondicional e pela dedicação inigualável que sempre teve para com todos os seus filhos, pela energia e força, sendo um exemplo de vida pela jovialidade de sua trajetória, o meu muito obrigado!

O Mundo

***Um homem subiu aos céus e imaginou
Que havia uma porção de gente como
Se fossem fogueirinhas.
Viu que cada uma tinha sua luz própria,
Umas mais fortes, outras mais fracas.
E esta é a personalidade de cada um de nós.
Se todos soubessem respeitar cada um como é
Haveria mais paz entre os homens.***

Adelina Silva, 2002(Mãe).

RESUMO

SILVA, Joel. :**Fonoaudiologia e Programa de Saúde da Família Uma parceria Possível. TCC** - Porto Alegre: Rede Metodista de Educação do Sul IPA, Porto Alegre, 2008.

O presente estudo teve como objetivo verificar o conhecimento por parte dos agentes comunitários em saúde que compõem as duas equipes de Saúde da Família pertencentes a UBS Rincão, localizada no bairro Belém Velho. A escolha deste local se deu pela proximidade do mesmo com as clínicas integradas IPA. A pesquisa caracteriza-se por uma pesquisa-ação que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Foram realizadas duas coletas de dados através de um instrumento constituído de um questionário semi-estruturado. A primeira ocorreu logo após a apresentação e aceite da proposta pelas equipes do PSF e a segunda no final, depois de ser realizada a intervenção que consistiu em participação no mutirão da saúde e na capacitação semanal dos agentes acerca de temas definidos pelos mesmos, de acordo com a realidade da comunidade e de demandas observadas pelos agentes em seu cotidiano. Com a obtenção dos resultados finais de nossa pesquisa, foi possível identificar uma ampliação significativa no grau de conhecimento dos agentes comunitários de saúde no que diz respeito a Fonoaudiologia, pois, o que antes se apresentava a este grupo de forma predominante como uma profissão restrita a elementos da fala e audição, nos foi mostrado com resultados deste trabalho, que estes obtiveram concretamente uma visão diferente do que hoje a Fonoaudiologia representa. Evidenciou-se também a importância dada pelos agentes aos momentos de capacitação, sendo um espaço valorizado e aproveitado pelos mesmos, e somente possíveis porque foi garantido pela organização do serviço, como parte de nossa pesquisa-ação. Por fim acreditamos que a Fonoaudiologia precise investir neste campo tão rico de atuação, inserindo-se efetivamente na Atenção básica em saúde, mas que para tanto é necessária uma outra visão por parte dos profissionais e da formação em saúde.

Palavras Chave: Saúde da Família, Fonoaudiologia, Atenção básica.

ABSTRACT

The objective of the present study was to verify the extent of the knowledge of community health care agents from two Family Health groups from UBS Rincão, in the district of Belém Velho. This location was chosen due to its proximity to the integrated clinical care of IPA. This project is characterized by action-research, which is conceived and carried out in close association with an action or with a resolution of a collective problem, and in which the researchers and the participants representative of the situation or problem are involved in a cooperative or participative way. Data was collected at two different moments with an instrument comprised of a semi-structured questionnaire. The first collection was taken immediately after the consent of the PSF teams to the study presented. The second collection was made at the end of the study, after the intervention, which consisted of participation in collective community health projects (mutirão) and in the weekly meetings for vocational education of the agents. The topics for these meetings were determined by the health care agents according to the reality of the community and to the necessities of everyday situations. Final results showed a significant increase in the knowledge of community health care agents regarding speech therapy. Before intervention, speech therapy was predominantly presented to this group as a profession restricted to elements of speech and hearing. The results of this study showed that these agents acquired a different, concrete vision of what speech therapy represents today. It was also evident that the community health care agents valued and made good use of the weekly education meetings, which were made possible by the organization of service as part of our action research. In conclusion, we believe that Speech Therapy should invest in this abundant field of activity, effectively inserting itself in Basic Health Care. For this, it is necessary that professionals and health educators amplify their view regarding speech therapy.

Key words: family health, speech therapy, primary care

LISTA DE ABREVIATURAS

PSF	-	Programa de Saúde da Família
SNC	-	Sistema Nervoso Central
HPB	-	Hospital Parque Belém
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
MS	-	Ministério da Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
FSESP	-	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	-	Normas Operacionais Básicas
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIA	-	Sistema de Informação Ambulatorial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2.2 A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE.....	20
2.3 PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	21
2.4 META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADOS NO BRASIL A PARTIR DO ANO DE 1994, ATÉ ABRIL DO ANO DE 2008.....	22
2.5 META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE IMPLANTADOS NO BRASIL DE 1994- ABRIL/2008.....	22
2.6 DADOS DO MIN. SAÚDE, DEP. A. BÁSICA PARA O ESTADO RGS.....	23
2.7 FONOAUDIOLOGIA E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
III METODOLOGIA.....	27
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	27
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
3.3 PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	28
3.3.1 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	28
3.3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
3.3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
3.3.4 COLETA DE DADOS.....	28
3.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	28
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
3.6 LOGÍSTICA.....	29
3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	29
IV RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 A CHEGADA AO PSF.....	31
4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS QUANT. DA PESQUISA.....	33
4.3 A IMPORTÂNCIA DOS MOMENTOS DE CAPACITAÇÃO.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICE A.....	51
ANEXO A.....	52
ANEXO B.....	53
ANEXO C.....	54
ANEXO D	55
ANEXO E	56
ANEXO F	58
ANEXO G	60

INTRODUÇÃO

O presente estudo busca evidenciar o quanto ainda deve ser feito para que a Fonoaudiologia consiga ampliar seu leque de atuações em um campo ainda pouco explorado, qual seja: os Programas de Saúde da Família, ou PSF. Este trabalho visa a apontar, através de uma pesquisa realizada junto aos agentes comunitários em saúde do PSF - Rincão, o quanto parte da nossa sociedade deixa de ser beneficiada quando uma maioria dos profissionais em saúde, mais especificamente aqui se referindo à área da Fonoaudiologia, não se voltam para uma intervenção direcionada para a comunidade, isto é, para a atenção básica em saúde.

Esse novo modelo, inscrito na própria Constituição Brasileira de 1988¹, definiu como princípio do sistema, o universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, definindo como porta de entrada do sistema a atenção básica. Além disso, as ações preventivas, e não somente curativas, passaram também a ser responsabilidade dos gestores públicos. Três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

Dentro da proposta desta pesquisa, enquanto uma pesquisa-ação, após a primeira coleta de dados, foram realizados momentos de capacitação ministrados semanalmente, às sextas-feiras, nos quais o principal foco era o de construir e ampliar conjuntamente o leque de conhecimentos destes profissionais no que diz respeito à área da Fonoaudiologia, no sentido de qualificar ainda mais a intervenção destes agentes, identificando a importância das diferentes visões da área da saúde.

¹ Art.196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os temas propostos e definidos pela equipe de agentes comunitários, dentro de suas necessidades foram: Acidente Vascular Cerebral, Distúrbios na Deglutição, Traumatismos Cranianos, demandas Escolares, doenças do Sistema Nervoso como Alzheimer, Fissuras Labiopalatais, ente outros. Os temas foram abordados conforme a ordem de prioridades escolhidas pelos próprios agentes comunitários de saúde e foram classificados como uma necessidade do próprio grupo na ampliação dos seus saberes, aprofundando determinadas questões para que acrescentem aos seus conhecimentos profissionais.

Verificou-se, assim, impacto da integração proposta, através, sobretudo, das capacitações junto ao grupo de agentes, ao final do processo. Cabe salientar que os espaços destinados a esta formação dos profissionais, tornaram-se bastante importantes pelas trocas e interações realizadas, aproximando-se da realidade dos agentes e buscando capacitá-los para atuarem da melhor forma em suas atividades como aqueles que estão à frente da atenção em saúde da comunidade.

II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O fato do Estado ter sido incorporado como responsável pela saúde na Constituição Federal de 1988, várias mudanças passam a ocorrer dando origem ao surgimento de modificações estruturais muito fortes, principalmente na área jurídica, no tocante ao sistema público de saúde e ocorrendo um desdobramento intenso nos mais diversos setores de governo, pois, gestores da área de saúde precisaram adequar-se as novas determinações legais (ANDRADE, 2001).

Com o advir do sistema único de saúde em todo país (SUS), coloca-se um novo conceito, de cunho social que tem como objetivo reordenar o desenho político no sentido de rearticular e integrar várias instâncias, dentre elas os recursos orçamentários. A partir desse momento, as diretrizes políticas do sistema de saúde são balizadas pela Constituição Federal de 1988, tendo como proposta os seguintes eixos:

- a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços;
- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- equidade da forma de participação no custeio;
- diversidade da base de financiamento;
- caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988)

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os princípios doutrinários do SUS destacam-se os seguintes (BRASIL, 1990):

Universalidade – através da garantia de atenção á saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é um direito e dever dos governos: municipal, estadual e federal.

Eqüidade – assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira. Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer a todos.

Integralidade – reconhecendo na prática dos serviços que cada cidadão é um todo indivisível e integrante de uma comunidade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviços com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido co esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde.

O termo integralidade constitui um dos elementos de sustentação ao surgimento do Sistema Único de Saúde, tendo sido legitimado pela nova Constituição e o cumprimento deste novo conceito é pensado como definitivo na melhoria da qualidade dos serviços de atenção á saúde (CAMPOS, 2003).

O termo integralidade aparece no texto constitucional em sua definição legal, nos seguintes termos:

conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. (Ministério da saúde – NOB 96 Brasília: Ministério da saúde, 1996).

Desta forma, carrega consigo elementos por meio dos quais se pode pensar desde o promover e prevenir fatores ou elementos de risco, até a garantia de assistência e de reabilitação, tendo como eixo o processo saúde/doença, de acordo com as tecnologias disponíveis e tendo como objetivo uma intervenção individual e também coletiva.

Em nosso país, podemos dizer que, sob o ponto de vista jurídico ou legislativo, tivemos nos últimos períodos uma melhora qualitativa das leis e decretos em nosso sistema brasileiro de saúde que, por sua vez permitiram, aos gestores públicos gerenciar o conceito de integralidade constitucional de forma mais adequada (CAMPOS, 2003).

Outro ponto importante em relação às mudanças no setor saúde relaciona-se ao fato de não dever existir uma relação direta do menor grau de especialização com os serviços primários de atenção à saúde. Sabe-se que a atenção básica, ou chamada de primária, precisa envolver também uma maior complexidade em função da amplitude de suas ações enquanto que os níveis secundários e terciários acabam sendo afunilados e ficam menos complexos por se tornarem mais pontuais e, conseqüentemente, exigem menos, caracterizando um pensamento equivocado de que os serviços de atenção básica são mais “fáceis”, ou menos complexos e até de menor importância.

Conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), registrada pela Portaria GM/MS 95 de 26 de janeiro de 2001, fica estabelecido o processo de regionalização em caráter estratégico e de hierarquização dos serviços de saúde pública, tendo como objetivo a busca de maior equidade (BRASIL, 2001). A regionalização, hierarquização e descentralização tornam-se princípios organizativos diferenciados, envolvendo coisas aparentemente distintas como o caráter do setor privado e a participação dos cidadãos (PAIM, 2003).

Segundo o autor, esse modelo de regionalização tem como objetivo contemplar os diversos recursos que possam ser disponibilizados pelos municípios, identificando pontos de referência para os atendimentos de maior complexidade ou para intervenções de custo mais alto. Dessa forma, o sistema acaba oferecendo de maneira mais equânime os serviços de referência. Busca-se, com isso, minimizar

as dificuldades que possam existir no processo de encaminhamento dos níveis definidos como mais complexos dentro do sistema.

Nesse sentido, posteriormente à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), o Ministério da Saúde disponibiliza ferramentas que objetivam a regionalização do sistema tendo à sua frente as secretarias municipais de saúde, orientadas para a ampliação da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde. Sendo fundamental a NOAS, no sentido de regular as disputas existentes entre os mais diversos municípios para integrar as tecnologias mais elaboradas e conseqüentemente de maior custo, priorizando a resolubilidade nos diversos setores de cuidados de saúde (CORDEIRO, 2003).

Do ponto de vista demográfico, o país atravessava um período de mudanças radicais, com declínio de crescimento populacional e da taxa de fecundidade. A tendência detectada para as próximas décadas foi de crescimento nulo, ou até negativo, para os grupos etários mais jovens, crescimento decrescente para as faixas de idade adulta, e taxas crescentes para os grupos de terceira idade. Esse novo perfil incidiu de forma bastante aguda na saúde, tendo em vista que exigiu, e exige cada vez mais, ações voltadas para a idade adulta e para a terceira idade e que geram maiores custos (PATARRA, 1995).

Do ponto de vista epidemiológico, segundo Patarra (1995):

Os especialistas em saúde pública denominaram transição epidemiológica a evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados pela alta prevalência de mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passam a predominar doenças não-infecciosas (ou também crônicas degenerativas); por tratar-se de enfermidades de longa duração, acumulam-se na população, ocorrendo uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade. (PATARRA, 1995 p.61).

Podemos concluir que as modificações de ordem demográfica, no sentido epidemiológico, se entrelaçam por conta também da mudança etária da população brasileira (VIANA, 2005).

Porém, encontramos na América Latina um cenário mais abrangente, pois quanto mais se elevam os quadros ligados a doenças infecto-contagiosas, as doenças crônico-degenerativas vão aumentando da mesma forma, mesmo sem contar os fatores externos como acidentes e homicídios entre outros. Esse tipo de mudança demográfica e epidemiológicas alteram de forma significativa os serviços de saúde exigindo uma permanente oxigenação nos processos de intervenção.

Nesta conjuntura, abre-se margem para muitas dificuldades que atingem os serviços de saúde já ofertados, recebendo uma titulação por conta disso: “*A crise da saúde*”. Esse fator acabou sendo um dos elementos mais contundentes para a reforma da saúde no Brasil, também chamada Reforma Sanitária, ou seja, a mudança incremental do Sistema Único de Saúde (VIANA, 2005).

2.2 A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE

Vários países (Quebec, Canadá; Cuba; Suécia e na Inglaterra) deram início a um processo de implementação de mudanças na área da saúde com base em análises de ordem nacional e internacional, visando a uma melhor forma de operacionalização dos sistemas de saúde. Esses países fizeram uma comparação entre experiências internacionais existentes no tocante a reformas na década em questão e estudaram os resultados (BJÖRKMAN & ALTENSTETTER, 1997).

De acordo com estes autores, a implantação dos resultados estudado dependeria especificamente de algumas variáveis tais como as questões de ordem política, econômicas e os interesses de algumas organizações.

Nesse sentido, os autores procuraram colocar de que maneira as mais diversas organizações favoreceram ou dificultaram ações de indivíduos caracterizados como protagonistas desse processo de construção de novas propostas que necessariamente passavam por modificações políticas. É necessário destacar que a dita reforma incremental necessariamente é fruto de um processo de rearticulação política.

A maneira como serão determinadas as mais variadas modificações e organizações dos serviços (mudanças sistemáticas que adentram unidades

prestadoras), tendo como norte um modelo assistencial específico que rompe com a lógica biomédica e implanta uma nova concepção de saúde e de políticas públicas para o setor (BJÖRKMAN & ALTENSTETTER, 1997).

2.3 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O registro histórico do Programa de Saúde da Família (PSF) tem seu início à partir do momento em que o Ministério da Saúde efetua ou realiza um processo de formação destinado a Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, o qual tem como objetivo um enfoque direcionado: a família como ação programática de saúde e não de maneira individualizada (VIANA, 2005).

É possível afirmar que o PACS vem muito antes do PSF, pois uma variação muito importante é que, pela primeira vez, o sistema é direcionado para a família enquanto grupo, e não somente para um ser de forma individual. Outra modificação refere-se ao formato de atuação existente antes da mudança que esperava a chegada das demandas, isto é, atendiam apenas à demanda expressa ou espontânea (VIANA, 2005).

O PACS como programa antecessor do PSF foi importante para que se constituísse um novo modelo de atenção à saúde, baseado na comunidade e na família, enquanto grupos sociais que não podem ser vistos como apartados de suas realidades e, principalmente, de suas necessidades.

O PACS iniciou na região Nordeste do país no ano de 1991 e, com o decorrer dos anos, passou por um processo de ampliação territorial/populacional em larga escala, com o objetivo de reorganizar o saúde em nosso país, uma vez que o sistema anterior não apresentava resultados mais adequados ou satisfatórios para nossa população, existia uma ausência de articulação com setores importantes de nossa sociedade, e também uma falta de preocupação com a necessidade de formação de vínculo com as comunidades(BJÖRKMAN & ALTENSTETTER, 1997).

Atualmente, existem mais de 4.534 municípios com envolvimento direto no Brasil, em torno de 15 mil equipes de Programa de Saúde da Família, apresentando um percentual de quase 90 % de resolutividade em âmbito local. Apresentaremos, a seguir, alguns dados do Ministério da Saúde que julgamos importantes para evidenciar o crescimento do Programa de Saúde da Família, originário do PACS.

2.4 Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil a partir do ano de 1994 , até abril de 2008:

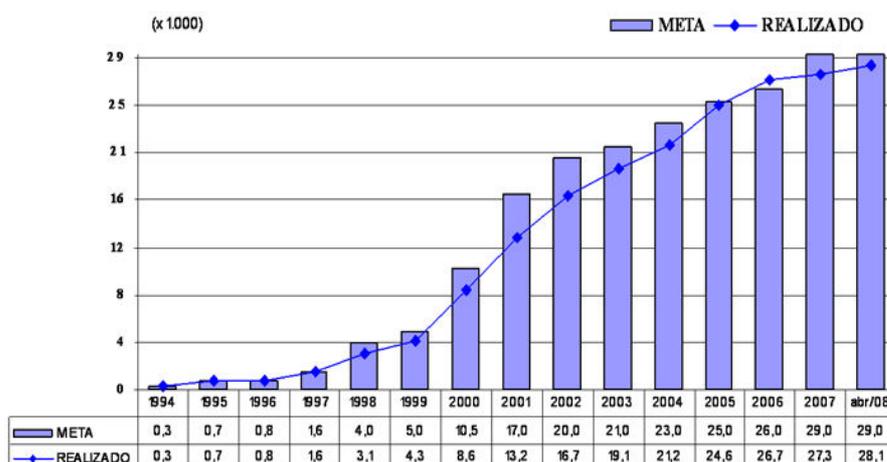
*Em **1994**, tínhamos **0,3** de Equipes de Saúde da Família implantadas.

(De 1994 á 2000, ouve uma evolução percentual de 5,6% no número de equipes implantadas no Brasil).

*Em **2000**, tínhamos **8,6** de Equipes de Saúde da Família implantadas.

(De 2000 á 2008, tivemos uma evolução percentual de 19,5% no número de equipes implantadas no Brasil)

*Em **2008**, até o mês de Abril **28,1** mil Equipes de Saúde da Família Implantadas.

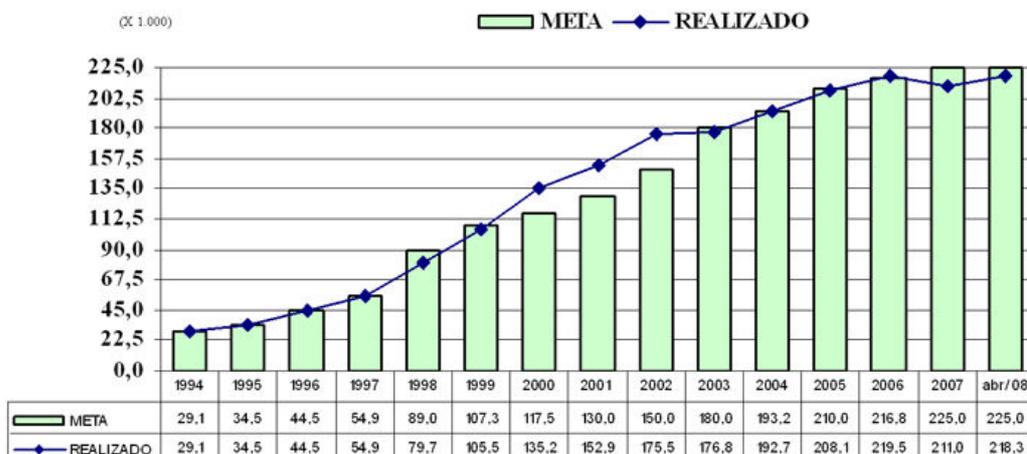


FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

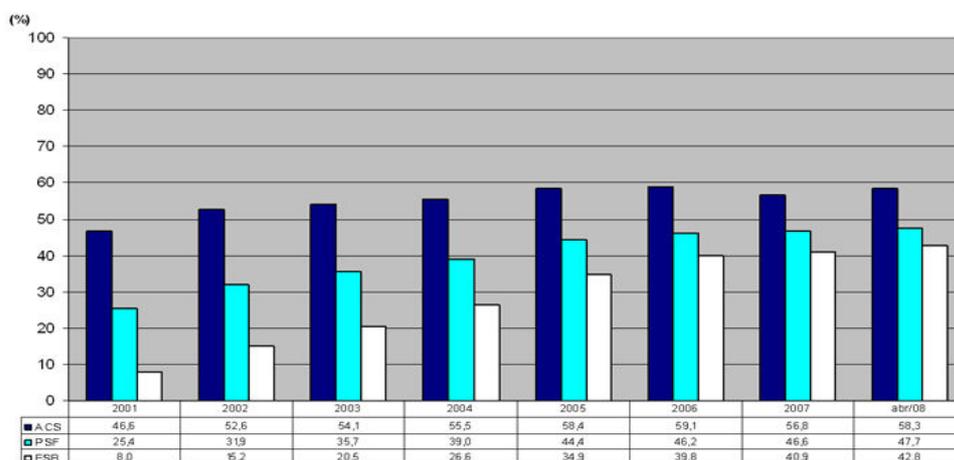
2.5 Meta e Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados no BRASIL - 1994 - ABRIL/2008

Agentes Comunitários de Saúde em 2007 e 2008, no Brasil:

Total de Agentes Comunitários de Saúde: ano de **2007**, corresponde a **211,0 mil**
 Total de Agentes Comunitários de Saúde: ano de **2008**, corresponde a **218,3 mil**



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
 SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde



FONTE: SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
 SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

2.6 Dados do Ministério da Saúde, departamento de Atenção Básica, para o Estado do Rio Grande do Sul/REGIÃO SUDESTE:

Número de ACS, ESF e ESB:

ACS (Agentes Comunitários de Saúde):

*Total: 27.102

*número e percentual de Municípios: 1.115 / 93,9%

*População: 14.088,891 / 51,5%

ESF (Equipes de Saúde da Família):

***Total: 3.900**

***número e percentual de Municípios: 1.065 / 89,06%**

***População: 12.466.529 / 45,6%**

ESB (Equipes de Saúde Bucal):

***Total: 2.172**

***número e percentual de Municípios: 878 / 73,9%**

***População: 10.733.026 / 39,2%**

2.7 FONOAUDIOLOGIA E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Fonoaudiologia, bem como outras áreas da saúde, ainda não faz parte da equipe mínima do PSF a qual refere-se a si mesma como uma equipe que oferece o mínimo de profissionais que estarão prestando atendimentos para as respectivas demandas apresentadas. A Fonoaudiologia está prevista para compor as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF², este núcleo apresenta-se como um setor de acompanhamento e assessoria muito importante no tocante às situações que se apresentem na área de atuação do Fonoaudiólogo.

No que diz respeito ao processo de inserção da Fonoaudiologia no cenário de políticas públicas neste país, podemos dizer que os primeiros passos já foram dados na área da educação e foi adentrando gradativamente em outras áreas como a da saúde, da previdência e, mais recentemente, da assistência social. Esta

² Para ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS, o Ministério da Saúde acaba de ampliar o leque de serviços oferecidos aos usuários da Atenção Básica. Além dos profissionais que já vêm prestando atendimento nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, a partir de agora, e contando com a decisão dos gestores locais, outros profissionais que trabalham com a promoção e prevenção da saúde também estarão ao acesso da população. A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, instituiu a criação dos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF), atendendo a uma das maiores reivindicações dos profissionais da Saúde da Família: a inserção de áreas co-relatas às atividades dos profissionais da Atenção Básica.

A responsabilização é compartilhada entre as Equipes Saúde da Família (ESF) e as equipes do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

trajetória acaba sendo justificada por diferentes visões ou perfis de formação profissional, o que ao longo do tempo vem acarretando diversas confusões, pois ora somos profissionais reabilitadores ora reeducadores (FIGUEREDO NETO,1989).

Entendemos que a inserção da Fonoaudiologia não se trata de um processo de mudança automática, por se tratar de uma profissão que tradicionalmente apresentava uma atuação curativa muito forte desde seu início. Todavia, hoje, sabemos da importância dos profissionais dessa área atuarem de forma conjunta a outros profissionais nos programas de apoio aos PSFs.

Com a implementação do SUS, a Fonoaudiologia passa por um processo de transição que vai de uma visão clínico-assistencialista para um modelo inovador que coloca a Fonoaudiologia num novo cenário, o qual questiona o modelo antigo e começa a direcionar-se ao trabalho na saúde pública a partir de perspectiva coletiva, dando origem a um momento de discussão e aprofundamento de nova temática nesta área. A partir daí, a Fonoaudiologia inicia uma nova caminhada que passa a ser norteada pelos saberes da saúde coletiva (MENDES, 1999).

De acordo com a documentação que trata sobre a inserção da Fonoaudiologia no PSF (Reis e Almeida, Revista do Conselho Regional de Fonoaudiologia – SP), podemos afirmar que a Fonoaudiologia, área de conhecimento que aborda questões como da comunicação humana, algo que representa um elemento de suma importância para as questões referentes à necessidade de integração social de um indivíduo. A inserção da Fonoaudiologia nessa perspectiva torna-a uma área de atuação importante no Programa de Saúde da Família em função de poder contribuir para a saúde com a sua especialidade e de contribuir para uma visão de construção coletiva do saber, garantindo, assim, uma melhor qualidade de vida de uma população.

Este mesmo documento apresenta outras formas de intervenção fonoaudiológica nos PSF: acompanhando o ACS, realizando atividades de capacitação, participando de mutirões de saúde, orientando a comunidade quanto aos distúrbios orgânicos e funcionais da comunicação humana. O foco deste

trabalho, no que diz respeito à capacitação, teve como objetivo identificar o impacto das ações na ótica dos ACS sobre a Fonoaudiologia.

Vale ressaltar que existem poucos referenciais bibliográficos que tratam do assunto da relação entre a Fonoaudiologia e os PSF. No Rio Grande do Sul esses estudos estão em fase inicial, e só encontramos uma abordagem mais estruturada em estados como São Paulo e alguns do nordeste do país.

III METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Entre as diversas definições possíveis, a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Esse tipo de definição deixa provisoriamente em aberto a questão valorativa, pois não se refere a uma predeterminada orientação da ação ou a um predeterminado grupo social.

Muitos partidários restringem a concepção e o uso da pesquisa-ação a uma orientação de ação emancipatória e a grupos sociais que pertencem às classes populares ou dominadas. Nesse caso, a pesquisa-ação é vista como forma de engajamento sóciopolítico a serviço da causa das classes populares. Esse engajamento é constitutivo de uma boa parte das propostas de pesquisa-ação e pesquisa participante, tais como são conhecidas na América latina e em outros países do Terceiro mundo. Na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas surgidos (THIOLLENT, 1947).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra será composta pelo número de profissionais que atuam como agentes de saúde pertencentes às duas equipes do Programa da Saúde da Família localizado no bairro Belém Velho, pertencente à comunidade do Rincão os quais, em sua forma de atuação junto à comunidade, possuam um vínculo com a mesma que permita nos auxiliar nesta pesquisa.

Problema de pesquisa: Qual o conhecimento da Fonoaudiologia e de sua demanda por parte dos agentes de saúde que atuam no PSF Rincão? Este

conhecimento modifica-se após a intervenção da Fonoaudiologia junto ao Programa, mais especificamente junto aos agentes de saúde?

3.3- PROCESSO DE AMOSTRAGEM

3.3.1 Para o Cálculo do Tamanho da Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base no número de agentes comunitários de saúde que totalizam 09 agentes das duas equipes que atuam nesta comunidade.

3.3.2 Critério de Inclusão

Foram incluídos neste estudo agentes comunitários de saúde, com idade igual ou superior a 18 anos, que desenvolvam atividades da área da saúde e tenham contato direto ou indireto com os moradores da respectiva comunidade a ser pesquisada e que possam contribuir de forma efetiva com a pesquisa a que se dispõe este trabalho.

3.3.3 Critérios de Exclusão

Serão excluídos os indivíduos que se negarem a participar da respectiva pesquisa não assinando o TCLE.

3.3.4 Coleta dos Dados.

A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde onde se desenvolve o Programa de Saúde da Família no Bairro Belém Velho, na localidade chamada Rincão, através de uma coleta inicial antes do trabalho de integração e capacitação dos agentes de saúde, e uma coleta final após o trabalho realizado.

3.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Foram avaliados os seguintes itens:

- O conhecimento dos agentes de saúde sobre o campo de atuação da Fonoaudiologia antes e depois da intervenção.
- A identificação de demanda para a Fonoaudiologia antes e depois da intervenção.
- Mudanças ocorridas na visão dos agentes em relação à Fonoaudiologia e seu campo de intervenção na área comunitária.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os agentes de saúde foram devidamente esclarecidos sobre o propósito desta pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Metodista- IPA, tendo sido aprovado em 05 de Janeiro de 2008, sob o parecer nº353/2007, do CEP Ipa. A pessoa responsável pela Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família do Rincão, Sra. Nelci Terezinha Tolotti, assinou o Termo de Consentimento Institucional.

3.6 LOGÍSTICA

Foi realizada uma coleta de dados inicial. Após, foram feitas em torno de 07 reuniões periódicas, nas sextas feiras, à partir das 08:30h da manhã, com temas diversos da área de saúde relacionados ao campo de estudos da Fonoaudiologia, definidos pelos próprios agentes comunitários com base nas demandas encontradas no seu dia a dia. Realizamos visitas que pudessem contribuir no sentido de melhorar a visão sobre as atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde do PSF – Rincão. Ao final, foi realizada nova coleta de dados e uma avaliação final com os agentes e com a equipe sobre o trabalho desenvolvido.

3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados de forma quantitativa através de um banco de dados em planilha de Excel, visando à análise estatística. Também foram analisados os dados de forma qualitativa, analisando as respostas das coletas, fazendo um comparativo entre elas e verificando o impacto da integração realizada na visão dos agentes de saúde sobre a Fonoaudiologia.

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, antes de apresentarmos os resultados propriamente ditos, abordaremos como foi a nossa chegada ao PSF Rincão quando da reunião agendada com o objetivo de apresentarmos a proposta da pesquisa à equipe de saúde e gestores locais.

Após, serão mostrados os dados quantitativos e qualitativos referentes à pesquisa realizada, sendo apresentados e analisados de acordo com as questões do instrumento de coleta de dados, para que tenhamos uma visão das modificações ocorridas nas respostas da 1ª e 2ª coletas, os gráficos serão apresentados seqüencialmente, visando à comparação entre eles.

4. 1 A Chegada ao PSF Rincão

Por sugestão da profª Maria Élide Machado que já conhecia o trabalho do referido PSF e também pela proximidade com as Clínicas Integradas Ipa, onde são realizados a maioria dos estágios do curso de Fonoaudiologia, definimos que faríamos a proposta neste local. A idéia era que pudéssemos ampliar mais a nossa inserção nesta comunidade, além do trabalho clínico já prestado na clínica-escola.

Numa manhã bonita e ensolarada de sexta-feira, em data pré-agendada, tivemos a oportunidade de conhecer o local onde pretendíamos realizar o trabalho de campo. Tivemos uma breve apresentação das pessoas que ali estavam entre a coordenadora do PSF, do curso de Fonoaudiologia do IPA como orientadora do TCC, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e o médico pediatra.

Num primeiro momento, percebi que existia não uma resistência, mas olhares que me diziam várias coisas, ou seja, uma mistura de dúvida, curiosidade, receio, receptividade, indiferença, alegria e um olhar seguido de um sentimento marcante para mim: era do meu próprio olhar que dizia o que estas pessoas estavam pensando: “estou sendo usado nesse momento”. Eu havia me transportando para um momento de minha vida, numa certa ocasião em que ao realizar minhas atividades na rádio comunitária da vila Cruzeiro do Sul, alguns alunos de Comunicação de uma certa universidade, adentraram a rádio, para falar

com o responsável, pois estavam desenvolvendo um trabalho de campo com as rádios comunitárias, até então não seria problema, porém conforme eles se aproximavam, sem pedir licença para as pessoas que lá estavam, tiravam fotos de tudo e de todos, sem ao menos perguntar se estes gostariam ou não, não cumprimentaram ninguém, agiam conforme as suas próprias regras, suponho. Essa experiência marcou-me negativamente em relação às pesquisas feitas por estudantes universitários; todavia, ali estava eu, um estudante universitário querendo fazer uma pesquisa!!! É verdade, a vida nos apronta.

Mas o episódio pelo qual passei ensinou-me uma coisa e fiz questão de contar à comunidade do PSF Rincão que todos poderiam ter certeza de que o meu olhar estaria pautado somente por um sentimento e este seria o do respeito. Deixando muito claro a todo (a)s que lá estavam, principalmente aos agentes comunitários de saúde, coordenadores, enfermeiros e médicos, que de uma coisa eu tinha certeza, que o desrespeito, como o que já vivenciei, não iria fazer parte deste trabalho de campo.

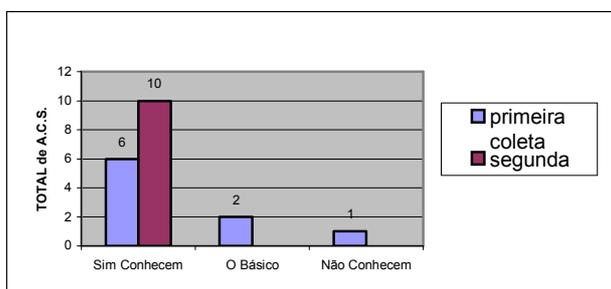
E assim transcorreram as atividades de campo que acabaram me propiciando momentos agradáveis e prazerosos como foi o mutirão de saúde realizado em 08/03/2008, no Centro Social ANTÔNIO GIANELLI, onde tive a oportunidade de conhecer alguns moradores da região, bem como, profissionais das mais diversas áreas como manicures, cabeleireiros, estudantes, Téc. em Radiologia, Dentistas, Vendedores Ambulantes, Artesões, entre outros. Eu era o único estudante de Fonoaudiologia e o primeiro a participar de um encontro como este nesta comunidade. Esta foi uma das integrações mais importantes, pois passamos o dia inteiro participando das atividades, almoçamos juntos, trocamos idéias, tive o privilégio de acompanhar a equipe interdisciplinar composta, na ocasião, por Nutricionista, Téc. Enfermagem, Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde, e me deparar com situações concretas de pessoas que tinham algo em comum: a dificuldade ou a falta de acessibilidade a atendimentos especializados, como o da própria Fonoaudiologia, e esta equipe que lá estava, de forma muito gentil e profissional dizendo o quão seria importante a participação de um profissional de nossa área, pois serviço não faltava para nós, nem naquela

comunidade, nem em outra. A receptividade e a importância dada a minha participação neste mutirão evidenciava cada vez mais o meu compromisso com a equipe e com a comunidade.

A falta de transporte e de condições para deslocar as pessoas para os locais de atendimento, associada à ausência de serviços especializados na área da saúde, demonstrava o quanto se faz necessária a nossa participação efetiva nas comunidades mais carentes, desta e de outras cidades de nosso país porque as demandas encontradas são muito grandes, desde crianças, adolescentes até idosos, independente de raça ou gênero. Pessoas que comungam das mesmas dificuldades de falta de acesso, mas que precisam ser atendidas, muitas ficam no interior de suas casas, muitas vezes fechadas, escondidas, desassistidas e, até, esquecidas. Acompanhadas apenas por suas mazelas, esperam no portão de suas casas, sempre com um sorriso no rosto, aguardando aqueles que se deslocavam de algum lugar para as suas casas com o objetivo de atuarem profissionalmente e afetivamente da melhor maneira possível, lhes oferecendo o que deveria ser o básico para um cidadão, atenção à saúde para uma melhor qualidade de vida.

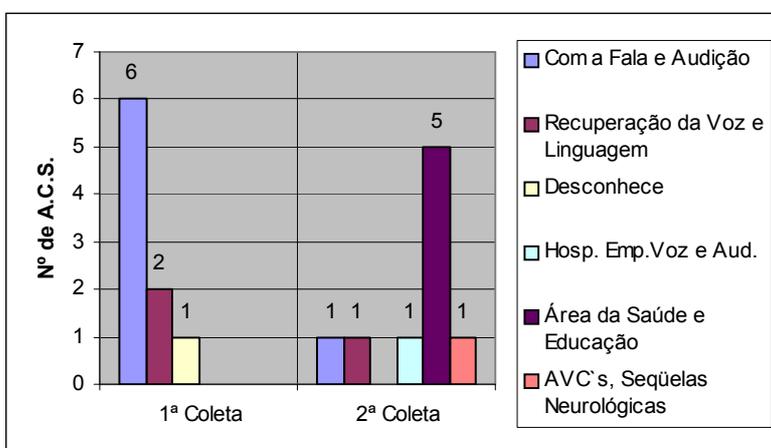
4.2 Resultados e Discussão dos dados quantitativos da Pesquisa

A primeira questão do instrumento de coleta de dados refere-se ao conhecimento da equipe sobre a profissão Fonoaudiologia: **“Você conhece a Fonoaudiologia?”**. Os resultados serão apresentados em forma de um gráfico único comparando a primeira e a segunda coleta, respectivamente:

Gráfico 01: Você conhece a Fonoaudiologia?

Esta questão, muito abrangente, tinha como propósito identificar o que os ACS conheciam, de forma geral, sobre esse campo. Foi possível observar entre a primeira coleta de dados e a segunda, que o conhecimento sobre Fonoaudiologia apresentou uma ampliação significativa, pois garantiu um resultado final que totalizou o percentual de 100% de conhecimento sobre área, tendo um acréscimo percentual de 33,4%. Na primeira coleta, tivemos respostas como não conhecimento e o conhecimento básico, o que para nós foi interpretado como um conhecimento restrito, mínimo, o que pode ser observado também na primeira coleta da segunda questão do instrumento. Os agentes ao final do processo sentem-se como conhecedores do que é a Fonoaudiologia, algo que inicialmente não se apresentava como uma realidade, e que ficou comprovado na 2ª coleta.

A segunda questão procura identificar se os agentes comunitários de saúde sabem qual seria o campo de intervenção da Fonoaudiologia através da pergunta:

Gráfico: 02 “Qual é o campo de atuação da Fonoaudiologia”?:

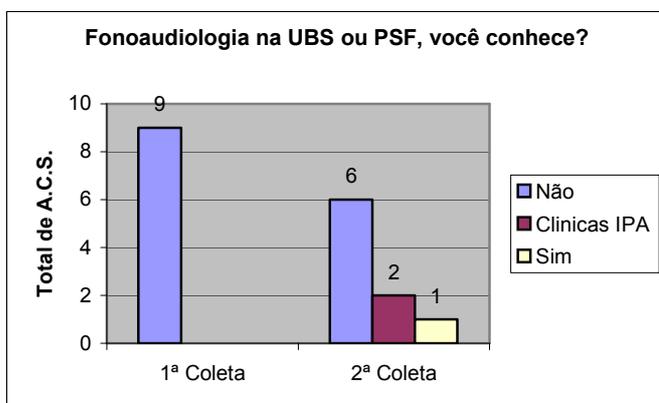
Verificamos que houve bastante modificação neste segundo ponto da coleta, pois a primeira apontava em escala majoritária de 66,6%, apresentando a Fonoaudiologia como um campo de atuação basicamente direcionado a questões ligadas à fala e à audição, o que a própria terminologia já traz (FONOAUDIOLOGIA = fala e AUDIOLOGIA = audição). Já na segunda coleta de dados, o que antes estava em primeiro lugar com (66,6%), agentes respondendo desta forma como o principal foco de atuação, passou para um percentual de (11,1%), ou seja, apenas uma pessoa manteve este entendimento quanto ao foco da Fonoaudiologia ser restrito à fala e à audição.

Na segunda coleta, foi possível perceber que com o aumento do conhecimento sobre qual o campo de atuação Fonoaudiologia, obtivemos um salto percentual de (55,5%) do campo de atuação identificado nas áreas da saúde e da educação, seguido dos mais variados campos de atuação da Fonoaudiologia. Pode-se perceber que a visão dos agentes deixa de ser a do “básico” para uma compreensão maior das possibilidades de atuação da Fonoaudiologia, referindo-se tanto à questão da saúde, que é a mais conhecida, como também à da educação. Vale destacar que foram incluídas possibilidades que vão além do que foi tema específico das capacitações, isto é, o grupo conseguiu vislumbrar outras ações possíveis para além daquelas mais diretamente enfocadas.

O dado determinado na primeira coleta como desconhece o campo de atuação da Fonoaudiologia, acaba sendo eliminado na segunda coleta de dados, o que nos leva a interpretar que o fato dos ACS aumentarem seus conhecimentos nesta área, lhes proporcionou uma visão mais ampla que saiu da esfera da Fala e Audição, dando origem a uma queda dos (66,6%) da “Fala e Audição” para apenas (11,1%).

O objetivo da terceira questão era identificar se o grupo conhecia algum tipo de atuação da Fonoaudiologia na atenção básica em geral e/ou nesta região, bem como ver se tinha alguma idéia sobre as atividades possíveis neste campo. A questão apresentada foi:

Gráfico: 03. “Você conhece as atividades da Fonoaudiologia na UBS ou no PSF?”

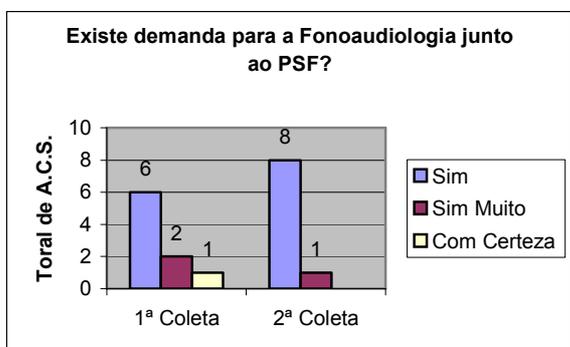


Essa primeira coleta, demonstra ausência total da Fonoaudiologia nos espaços ligados às Unidades Básicas de Saúde, bem como, nos Programas como os PSF, na visão dos agentes. Porém, na 2ª coleta, observamos uma mudança percentual de (34%), que possui ligação direta com os encaminhamentos destinados ao serviço de Fonoaudiologia prestado pelas Clínicas IPA, no Hospital Parque Belém, pois a partir do momento em que estabelecemos este vínculo com esta comunidade, oferecemos como contraponto os serviços especializados na área da Fonoaudiologia como possibilidade. Até então, a equipe sabia da existência da clínica, mas não a utilizava como parte da rede de serviços especializados da região. Este contato da equipe dos PSFs com o curso de Fonoaudiologia, possibilitou que as Clínicas IPA passassem a ser uma porta de acesso para a área da Fonoaudiologia e também para outras áreas, sendo portanto, utilizado pela comunidade que até então aparentemente a desconhecia, ou não a utilizava por falta de referenciamento.

Tal fato nos aponta para a necessidade de uma integração maior das Clínicas Ipa com a comunidade local, constituindo-se assim de forma efetiva uma rede de serviços e não apenas ações isoladas e apartadas da comunidade.

A quarta questão do instrumento de coleta tem o objetivo de verificar qual é o cenário da demanda para a área da Fonoaudiologia pela experiência que já possuíam os agentes no trabalho com a comunidade. Para tanto foi feita a seguinte pergunta no protocolo:

Gráfico: 04. “Existe demanda para a Fonoaudiologia junto ao PSF?”

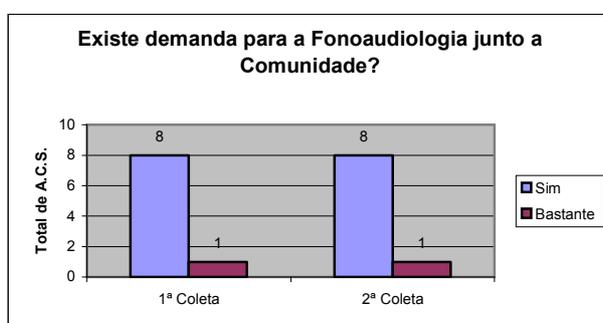


Como pode ser visto, a 1ª coleta já aponta para uma identificação de existência de demanda para a Fonoaudiologia. A existência de demanda que já era uma questão apontada claramente pelo grupo tanto na 1ª coleta como na 2ª, que apresenta uma certeza maior de que a demanda existe e para alguns (12%) em grande número, já que neste momento apresentam um conhecimento mais apurado sobre a área fonoaudiológica. Tem-se, assim, uma necessidade premente de profissionais especializados na área da saúde e isso se manifesta com o respaldo direto na segunda coleta de dados. Na verdade, este gráfico pontua um elemento determinante tanto na primeira quanto na segunda coleta, que é a unanimidade quanto à necessidade dos serviços fonoaudiológicos nas UBS.

Com a quinta pergunta, cujos dados serão apresentados abaixo, foi possível identificarmos a existência ou não de demanda especificamente comunitária, isto é, demanda para uma intervenção mais direta na comunidade:

Com base na pergunta anterior, esta demanda existe junto à comunidade?

Gráfico: 05. “Existe demanda junto a Comunidade?”

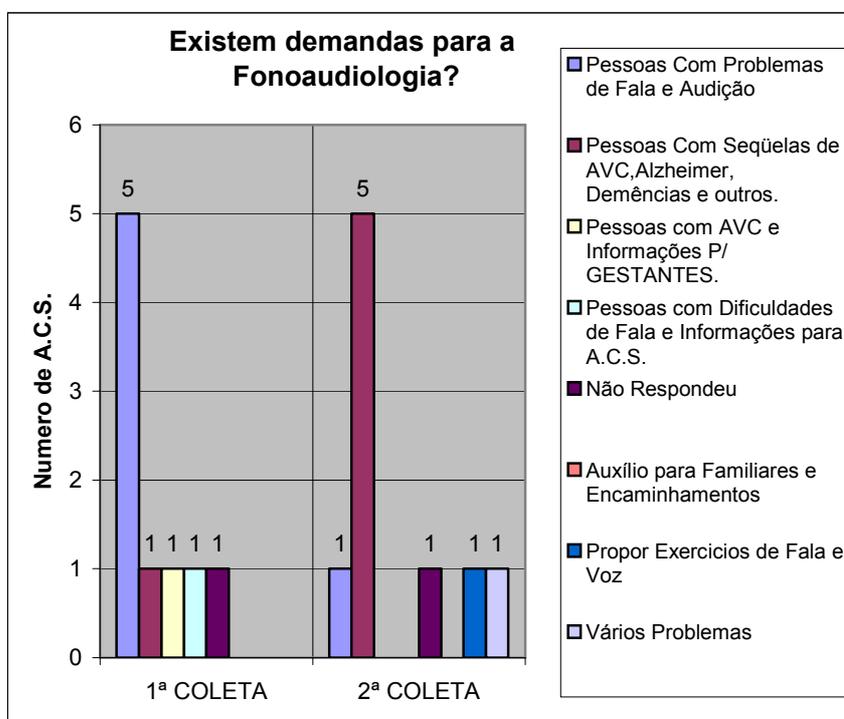


Os dados acima evidenciam uma grande similaridade tanto na 1ª coleta como na 2ª, isto é, já desde a primeira coleta os agentes demonstram saber que existe demanda para os profissionais da Fonoaudiologia atuarem na própria comunidade. Neste sentido, podemos dizer que o que realmente está faltando é a participação real e efetiva deste profissional atuando conjuntamente com as equipes de saúde, seja de forma direta, realizando visitas domiciliares à creches, participando de ações junto aos serviços socioeducativos, realizando grupos nos espaços comunitários e na UBS, ou, ainda, participando de mutirões de saúde, ou formas indiretas de participação, como foi a forma que atuamos com a realização de capacitação de profissionais Agentes Comunitários de Saúde e assessorando a equipe nos projetos terapêuticos .

Em relação a que tipos de demanda o grupo identificava, perguntou-se:

Na sua opinião, quais seriam as demandas para a Fonoaudiologia, tanto nas equipes quanto nas comunidades ?

Gráfico: 06. “Existem demandas para a Fonoaudiologia?”

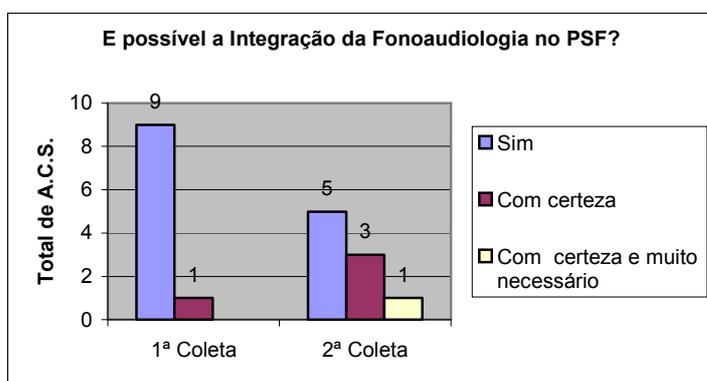


Nos dados acima, podemos observar que a demanda localizava-se em questões de fala, audição (como na primeira questão), trabalho junto a pessoas que tiveram AVC, gestantes e sem resposta. No segundo momento, este leque aumenta, incluindo além dos já mencionados, a questão de doenças como Alzheimer e Fissura Lábio Palatina (que foram tratados mais diretamente nas capacitações por escolha do grupo) e aspectos como trabalho com familiares, voz e através de encaminhamentos. Novamente passam a ver outras formas de atuação e ampliam, assim, a visão do que é a Fonoaudiologia.

Mais uma vez obtemos a visão da Fonoaudiologia que coloca a nossa profissão como um campo de exclusiva atuação voltada para a fala e a audição, e que novamente com o aumento significativo do grau de conhecimento dos ACS, manifesta -se, na 2ª coleta de dados, com uma queda nestes percentuais.

A pergunta: **acredita ser possível uma Integração entre a Fonoaudiologia e os programas de saúde da família?** visava ter uma noção da expectativa dos agentes frente a esta integração, algo tão novo para eles como para nós.

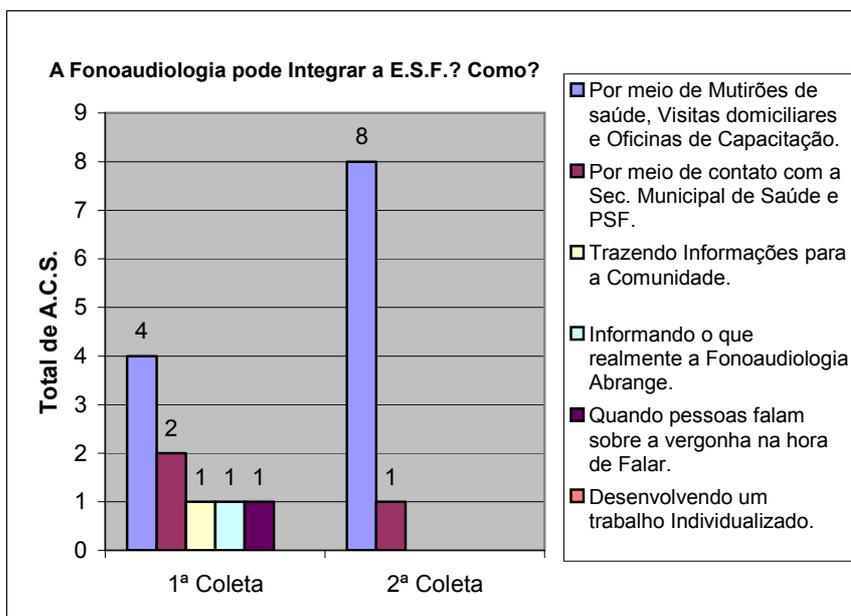
Gráfico: 07. “E possível a Integração da Fonoaudiologia no PSF?”



Já na primeira coleta, podemos identificar um elemento unânime quanto à possibilidade de integração da Fonoaudiologia nos programas desenvolvidos nos PSF's, o que até então era algo que imaginavam como possível, mas que não tinham ainda vivenciado. Na 2ª coleta, constatamos o reforço desta necessidade, quando reafirmam esta posição e ainda acrescentam ser muito necessário (12%).

A questão subsequente foi: ***De que forma, a Fonoaudiologia poderia se integrar e atuar especificamente neste PSF?*** Queríamos ver o que aparecia como possibilidades na realidade desta equipe em relação à integração prevista.

Gráfico: 08. “A Fonoaudiologia pode Integrar a E.S.F.? Como?”

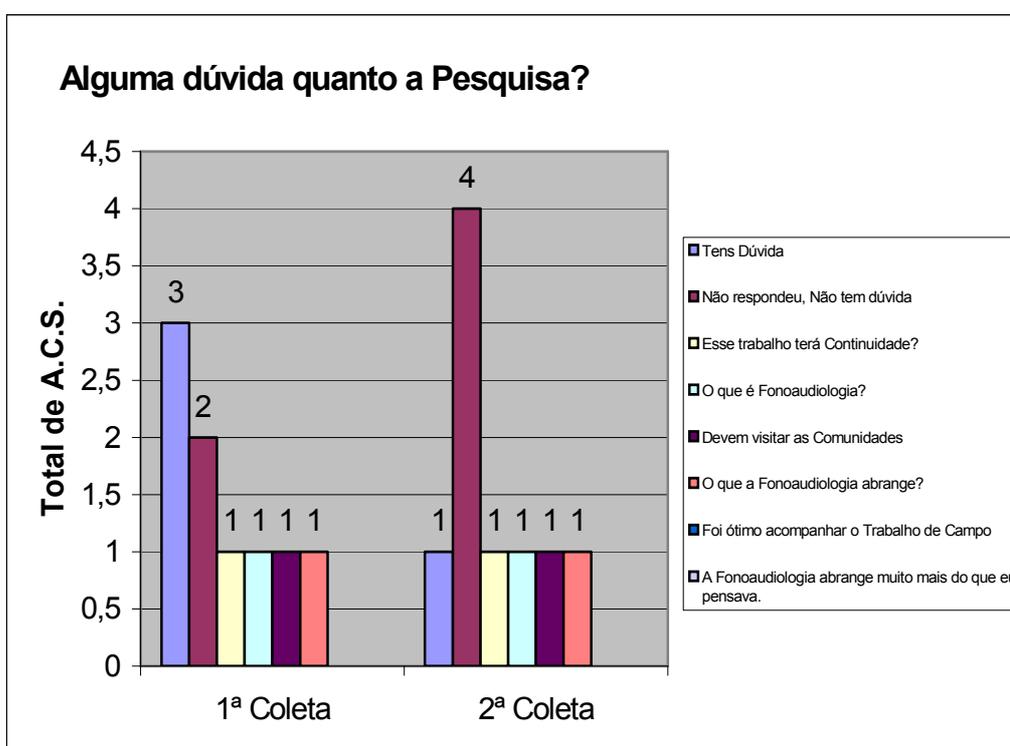


Podemos visualizar no gráfico acima que as respostas da primeira coleta foram respaldadas pelo segundo levantamento feito, pois se observa que a maioria dos participantes deste trabalho entenderam que uma das formas de integração da Fonoaudiologia se daria por meio de mutirões de saúde, visitas domiciliares e capacitação de profissionais. Neste sentido, conseguimos atender a pelo menos parte desta expectativa. O primeiro dado mostra uma certa variação de posições, com respostas mais diversas, aparecendo inclusive a questão do trabalho individualizado, o que não coaduna com a proposta de um PSF, mas que se relaciona com a visão social de que a Fonoaudiologia somente atua em espaços clínicos individuais. Na segunda coleta, estes dados são mais unificados como exposto acima, com destaque para a “sugestão” de se falar com o Secretário de

saúde, demonstrando que é preciso uma intervenção política para que se tenha profissionais desta área neste espaço.

Por último foi feita a questão seguinte: ***Tens alguma dúvida ou sugestão sobre esta pesquisa ou sobre a Fonoaudiologia?*** Nessa pergunta o ACS, dariam o seu parecer sobre o que pensava sobre a proposta do trabalho:

Gráfico: 09. “Tens alguma dúvida quanto a Pesquisa?”



Neste gráfico, podemos visualizar que (33%) dos agentes identifica dúvidas quanto à pesquisa na 1ª coleta, fato que na segunda coleta sofre uma queda para um percentual de (11%), por conta da ampliação dos conhecimentos quanto a Fonoaudiologia. O que na 1ª coleta representava (22%) daqueles que não tinham dúvidas, sofre um aumento percentual de (22%), ou seja, dobra o número na 2ª coleta de pessoas que deixam de apresentar dúvidas quanto à pesquisa. Podemos identificar na 1ª coleta uma dúvida que estaria apenas na 1ª coleta, referente à continuidade ou não deste trabalho, ou seja, se iríamos “usá-

los” fazendo apenas coletas e não efetivando um trabalho com as equipes. No segundo levantamento, esta questão da continuidade aparece novamente, pois após esta primeira aproximação tornou-se claro para os agentes a necessidade de intervenção da Fonoaudiologia e a expectativa disso seguir foi evidenciada, até porque é possível inferir que tivemos uma avaliação positiva do trabalho. Também tivemos respostas apontando não haver dúvidas, provavelmente por sentirem-se mais seguros quanto ao saber em relação a esta área.

4. 3 A Importância dos momentos de capacitação

Após analisarmos os dados estatísticos, acreditamos ser fundamental discutirmos sobre os momentos de capacitação das equipes, por terem sido espaços muito ricos para a integração proposta. Os encontros, como já mencionado, ocorriam sempre às sextas-feiras pela manhã e os temas eram definidos previamente de acordo com a demanda do grupo. Vale destacar que momentos de capacitação já eram previstos na rotina das equipes antes de nossa intervenção, mas que, por motivos diversos, muitas vezes não ocorriam e que a partir deste trabalho passaram a ocorrer de forma sistemática, retomando-se assim um espaço importante para o trabalho dos agentes e do próprio serviço.

Em uma das capacitações, uma das agentes de saúde disse que estava substituindo uma colega que havia se afastado por licença maternidade e que iria comunicá-la que na sexta feira seguinte, os agentes iriam receber um curso de capacitação o qual tinha como tema “AMAMENTAÇÃO”, e ela, por ser uma nova mãe, deveria conhecer um pouco deste assunto. Com o passar da semana, estávamos nós em mais uma sexta de capacitação e acabei tendo uma surpresa, pois minutos antes de dar início as atividades de capacitação, se apresenta as 08:25hs da manhã, uma jovem mãe, era aquela Agente Comunitária de Saúde, com sua filha nos braços, que mesmo estando em licença, se apresentou para conhecer e saber um pouco do que seria discutido sobre amamentação. Foi muito interessante porque o bebê me ajudou a mostrar para os demais fatos tais como os reflexos de sucção de um recém nascido entre outros, e daí por diante ela não faltou mais a nenhuma aula de capacitação.

Destaco também que, no início da manhã, minutos antes da capacitação, em momento algum havia necessidade de que eu ficasse chamando os agentes para o nosso encontro, em momento algum isso foi necessário, pois entre os agentes sempre havia algum que se encarregava de chamar aos outros inclusive chamando a atenção de um ou de outro que por ventura pudesse se atrasar. Tais atitudes nos mostram o quanto este espaço foi considerado pelo grupo como algo relevante dentro de suas atividades.

Com base na pergunta: “Esse trabalho teria início e continuidade”, palavras de um dos ACS, que se fizeram presentes em uma das coletas tanto na 1ª quanto na 2ª coleta. Tal questão me fez pensar o quanto aquilo significava para este agente, e também para mim, pois, a partir daquele momento, poderíamos estar gerando uma nova expectativa para aquelas pessoas que precisavam de um profissional da Fonoaudiologia, que poderia auxiliar a equipe, dando conta apenas de uma parcela das demandas existentes para esta área. Isso ficou muito claro não só nas conversas informais, mas também nos levantamentos realizados, em especial o de “número (05)”, que identifica, tanto na primeira quanto na segunda coleta, a existência de demanda junto à comunidade, ou seja, a confirmação da primeira coleta, que já direcionava a existência ou a identificação da necessidade de atuação de profissionais da Fonoaudiologia, antes mesmo dos ACS participarem dos momentos de capacitação, o que, em última instância, permitiu-lhes uma visão mais completa sobre a FONOAUDIOLOGIA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização dessa pesquisa tivemos a oportunidade de verificar o quanto é importante um projeto de investimento na formação dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde, no intuito de ampliar e qualificar mais ainda o grau de conhecimento desses profissionais. Neste sentido, vimos que há um grande desconhecimento quanto ao campo de atuação de profissões como a da Fonoaudiologia, por ser uma área que pouco está inserida ou integrada aos Programas de Saúde da Família.

Acreditamos que esta experiência nos permitiu registrar a importância de nossa profissão e ao mesmo tempo a invisibilidade da mesma, pois, no nosso entendimento, ficou muito clara a existência de uma lacuna que separa a Fonoaudiologia da atenção básica e dos Programas de Saúde da Família.

Também acreditamos que com a incorporação de outros profissionais da saúde, além daqueles que compõem as equipes mínimas, poderemos elevar os percentuais de resolutividade que hoje estão previstos em torno de 85%, na própria localidade, e que terá como resultado final o aumento significativo na qualidade de vida da população atendida. Sabemos que ter um profissional da Fonoaudiologia, assim como de outras áreas, como Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, etc, para cada equipe ainda é um sonho inviável, mas que através de núcleos como os previstos na portaria referida, nº 154, de 24 de janeiro de 2008, é possível que haja uma integração maior e mais efetiva entre essas áreas. Entendemos que deva haver uma articulação política para que estes núcleos aconteçam e incluam o Fonoaudiólogo.

Vivemos, hoje, situações diferenciadas se comparados a outras décadas, com o avanço tecnológico, o aumento da população bem como da longevidade dos idosos, tivemos uma modificação no demandas e no número de demandas.

Antigamente, não tínhamos tantas meninas ainda muito jovens na condição de mães, enfrentamento de dificuldades no campo da amamentação, seqüelas provocadas pelas próprias mudança sociais que interferem no comportamento humano e se reflete na alimentação, educação e ai por diante. Com isso, surgem novas doenças como, Acidente Vascular Cerebral, Aneurismas Cerebrais, Traumatismos Cranianos, suas seqüelas como distúrbios na deglutição, Afasias, as demandas de ordem escolar, ou seja, uma série de problemas que acabam exigindo cada vez mais a participação de profissionais mais especializados em áreas mais específicas, dispostos a contribuir no sentido de atenuar estes problemas.

Acreditamos que a capacitação realizada com os ACS, com base na ampliação de seu conhecimento, dentro da proposta do programa, na área da Fonoaudiologia, aliada à própria determinação de cada um destes agentes, e associado ao grupo de profissionais e gestores que atuam nas Equipes de Saúde da Família pesquisadas, foi o ponto alto da pesquisa-ação desenvolvida.

Pensamos que, desta forma, contribuímos minimamente com o processo de ampliação das ações do Programa de Saúde da Família, que tem como metas cumprir as determinações que visam ao aumento da complexidade das ações, novas habilidades, interdisciplinaridade, espaço onde se atua bem mais no campo do coletivo do que da individualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, LOM 2001. **SUS passo a passo. Normas, gestão financiamento.** Hucitec-UVA, São Paulo-Sobral.

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal, Brasília, pp. 133-137.

BRASIL, 1990. **Lei nº 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Lei que se refere à organização enquanto atribuições e competências das várias instâncias no Sistema Único de Saúde). Diário Oficial, Brasília, 20 de setembro de 1990, p. 18.005-9.

BJÖRKMAN, J.W.; ALTENSTETIER, C. Globalized concepts and localized practice: convergence and divergence in national health policy reforms. In: ALTENSTETIER, C.; BJÖRKMAN, J.W. (Ed.). **Health policy reform, national variations and globalization.** London: McMillan Press, 1997.

CORDEIRO, Hésio. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde.** Ciênc. saúde coletiva, 2001, vol.6, no.2, p.319-328. ISSN 1413-8123.

FIGUEIREDO NETO. L. H. (1988) **O Início da Prática Fonoaudiológica na Cidade de São Paulo – seus determinantes históricos e sociais.** Dissertação de Mestrado. Programa de Distúrbios da Comunicação, PUC/SP.

FURASTÉ, Pedro A. **Normas técnicas Para Trabalho Científico.** 10 ed. Porto Alegre: s.n, 2001.

HARTLEY - Fonoaudiologia da Comunidade, in: **Fonoaudiologia e Saúde Pública,** Org. ANDRADE, C., Editora Lovise, 1998.

JULIANO, Iraildes Andrade and ASSIS, Marluce Maria Araújo **A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000)**. *Ciênc. saúde coletiva*, Jun 2004, vol.9, no.2, p.493-505. ISSN 1413-8123.

LAVINSKY, Luiz, **Saúde: Informações Básicas**. Porto Alegre: Universidade/UFGS,2002.

MENDES, V.L.F. **Fonoaudiologia e Saúde Coletiva: perspectiva de atuação nos serviços públicos de saúde**. *Revista Distúrbios da Comunicação*, SP, EDUC 10 (2) 213-224, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **NOB 96**, Brasília: Ministério da saúde, 1996.

REIS, R. A e ALMEIDA, S. V. T. **Documento sobre a inserção da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família**. *Revista do Conselho Regional de Fonoaudiologia de São Paulo*, edição no. 45.

PATARRA, N.L., 1995. Mudança na Dinâmica Demográfica. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A evolução do País e de Suas Doenças**.(C.A. Monteiro, Org), pp. 247, São Paulo: Hucitec/NUPENS/Universidade de São Paulo.

PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento; a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8 n.2 p.557-567, 2003.

THIOLLENT, Michel, **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2005.

VIANA, A L. Reforma em Saúde no Brasil. Análise da Formulação e Implementação do Programa, de Saúde da Família: a experiência de Cotia In: VIANA, A.L.; DAL POZ, M.R. (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERG, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 161).

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Curso de Fonoaudiologia da Rede Metodista de Educação – IPA convida você a participar projeto de pesquisa: “Fonoaudiologia e Programa de Saúde da Família: Uma Integração Possível”.

O objetivo desta pesquisa é verificar o grau de conhecimento dos agentes de saúde em relação a Fonoaudiologia. Os sujeitos desta pesquisa deverão ter, idade superior a os 18 anos e estarem em efetivo exercício no programa de saúde da família.

Todas as informações necessárias ao projeto serão confidenciais, sendo utilizadas apenas para o presente projeto de pesquisa. A participação voluntária consistirá em submeter a observação deste projeto. Os métodos utilizados para coleta de dados não oferecem nenhum risco para o (a) seu (sua) filho (a). Também não estão previstos gastos aos participantes.

Os dados obtidos durante o projeto serão conhecidos pelos pais, incluindo uma devolutiva no término do mesmo. Os benefícios da pesquisa poderão ser diretos aos participantes através da identificação das possíveis causas da chupeta no processo de amamentação, os quais poderão ser tratados precocemente. Os resultados e conclusões também poderão redirecionar os métodos de intervenções que já estão sendo utilizados na prática clínica independente da presente pesquisa. Além disso, espera-se com este estudo, obter avanços científicos envolvendo as questões relacionadas à Amamentação e o uso da chupeta.

A não concordância em participar do projeto não implicará qualquer prejuízo ao (a) seu (sua) filho (a) na sua assistência, bem como, na Instituição em que ele(a) está inserido(a), sendo possível interromper a coleta de dados, em qualquer momento, a seu juízo.

Eu....., declaro que fui informado(a) dos objetivos e justificativas desta pesquisa de forma clara e detalhada. As minhas dúvidas foram respondidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

A pesquisadora responsável pelo projeto é a Acadêmica Joel da Silva, sob orientação do Prof: Fabiana de Oliveira. Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento sobre dúvidas com relação à pesquisa pelos telefones (514.630.670.20).

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Rede Metodista de Educação – IPA em __ / __ / __. Porto Alegre, __ / __ / __.

Nome do Responsável: Assinatura:

Nome do Pesquisador: Assinatura:

Nome do Orientador: Assinatura:

OBS: O presente documento, baseado no item IV das diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder do responsável pelo participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

ANEXO - A**Termo de Compromisso para Utilização de Dados (CONFIDENCIABILIDADE)****Título do Projeto**

<p style="text-align: center;">FONOAUDIOLOGIA E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INTEGRAÇÃO POSSÍVEL</p>	<p style="text-align: center;">Cadastro</p>
---	--

Os pesquisadores do referido projeto se comprometem a preservar a privacidade dos referidos agentes comunitários de saúde do Posto de Saúde do Bairro Rincão. Concordando, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética do CCS do CENTRO UNIVERCITÁRIO METODISTA-IPA em ____/____/_____, com o protocolo de nº _____.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2007.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Fabiana de Oliveira	
Joel da Silva	

ANEXO - B**Termo de Conhecimento Institucional**

Estamos cientes da intenção de realização da pesquisa “Fonoaudiologia e Programa de Saúde da Família: Uma integração Possível”, sob a responsabilidade do(a) Pesquisador Fabiana Oliveira orientadora do acadêmico(a) Joel da Silva. Após a sua aprovação do comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metodista IPA no período de 07/12/2007 até 30/07/2008.

Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura Responsável

(Instituição): _____

Carimbo da Instituição onde será realizado:

ANEXO – C**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA IES/IPA**
PARECER DO(A) ORIENTADORA(A)

Eu professor(a) Fabiana de Oliveira
Comprometo-me com a estrutura do projeto
“Fonoaudiologia e Programa de Saúde da Família: uma integração
Possível”, metodologicamente , tecnicamente e eticamente.

Este projeto foi revisado juntamente com o (a)
Aluno(a) Joel da Silva e estamos em comum acordo para ser
avaliado Pelo Comitê e Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metodista IPA.

Assinatura do Orientador (a)

Data de Encaminhamento: ____ / ____ / ____.

ANEXO – D**Questionário – Instrumento de coleta de dados**

Sexo: _____

Idade: _____

Tempo de atuação como profissional de saúde : _____

Tempo de atuação como profissional de saúde no PSF – Rincão:
_____Função que exerce no PSF:

Responda as questões abaixo com base em seus conhecimentos prévios:

- 1- Você conhece a profissão Fonoaudiologia?
- 2- Com o que atua esta profissão pelos seus conhecimentos (campo de atuação)?
- 3- Conhece ou já ouviu falar de intervenções (atividades) da área da Fonoaudiologia nas unidades básicas de saúde ou PSF?
- 4- Acredita que haja demanda para atuação fonoaudiológica junto às equipes dos PSFs?
- 5- E também junto à comunidade?
- 6- Se sim para as questões acima, pela experiência que possui neste PSF, que tipo de demanda existiria para área da Fonoaudiologia, tanto no trabalho com os profissionais de saúde como com a comunidade?
- 7- Pensa ser possível uma integração entre a Fonoaudiologia e o trabalho desenvolvido nos PSFs?
- 8- De que forma, na sua opinião, esta integração pode acontecer, através de que ações a Fonoaudiologia poderia se integrar e atuar, mais especificamente neste PSF?
- 9 – Teria alguma dúvida ou questão a fazer sobre esta pesquisa ou sobre a Fonoaudiologia? Gostaria de sugerir algo para a pesquisa?
Desde já agradecemos muito sua participação.

ANEXO – E



Curso : Fonoaudiologia
Profª : Fabiana de Oliveira
Acadêmico(s): Joel da Silva
8º Semestre

Porto alegre, 16 de Maio de 2008.

“Para os profissionais do PSF – RINCÃO”.

HÁBITOS PREJUDICIAIS À VOZ.

- SUSSURRAR OU GRITAR COMPETINDO COM OUTROS SONS, (*GRITOS, FESTAS, RETROPROJETOR, VENTILADOR*);
- FALAR DE LADO E DE COSTAS COM PESSOAS , ALUNOS ETC... .
- FALAR ENQUANTO ESCREVE NO QUADRO; (*ISTO FAZ COM QUE INSPIRE O PÓ DE GIZ*);
- FALAR DURANTE EXERCÍCIOS FÍSICOS (*CORRIDA, CAMINHADAS, MUSCULAÇÃO*);
- PIGARREAR OU TOSSIR (*AS PREGAS VOCAIS BATEM COM MUITA FORÇA UMA NA OUTRA*);
- INGERIR LÍQUIDO EM TEMPERATURA EXTREMA (*MUITO QUENTE OU MUITO FRIO*);
- FUMAR, INGERIR BEBIDA ALCOÓLICA;
- FICAR EXPOSTO AO AR CONDICIONADO (*SE FOR INEVITÁVEL A EXPOSIÇÃO, ACONSELHA-SE A INGESTÃO CONSTANTE DE ÁGUA EM TEMPERATURA AMBIENTE*);
- CHUPAR BALAS OU PASTILHAS QUANDO SENTIR IRRITAÇÃO NA GARGANTA (*MASCARA O SINTOMA E TENDE A FORÇAR A VOZ SEM PERCEBER*).

Obs: QUANDO O EFEITO DA BALA OU PASTILHA PASSAR, A IRRITAÇÃO AUMENTARÁ.

Curso : Fonoaudiologia
Profª : Fabiana de Oliveira
Acadêmico(s): Joel da Silva
8º Semestre

Porto alegre, 16 de Maio de 2008.

HÁBITOS SAUDÁVEIS Á VOZ:

- Beber regularmente água em temperatura ambiente, em pequenos goles (a água hidrata as pregas vocais);
- Evitar o contato com o pó de giz (quando apagar o quadro, usar o apagador no sentido de cima para baixo, evitando espalhar o pó);
- Usar roupas adequadas (cuidar para não usar calças ou cintos muito apertados, assim como , golas ou gravatas justas, pois atrapalham a movimentação do ar do pulmão na laringe);
- Falar pouco quando sentir sua voz rouca;
- Evitar: CAFÉ, CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS, (Elas irritam a LARINGE).
- Tratar as alergias e evitar o contato com substâncias que provocam estas, como: POEIRA, PERFUMES, INSETICIDAS , DETETIZADORES ETC... .
- **UTILIZAR ALGUNS MOMENTOS DE SEU DIA PARA DESCANSAR E RELAXAR A VOZ, TENTANDO POUPÁ-LA;**
- **MANTER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E REGULAR (a maçã possui propriedade adstringente, auxiliando na limpeza da boca e da faringe, também são recomendados os sucos cítricos, principalmente, os de laranja e limão.**
- Fazer exercícios físicos regularmente (principalmente, caminhada e natação);
- Quando você estiver com uma rouquidão, procurar um otorrinolaringologista e em seguida um fonoaudiólogo (a).

ANEXO – F

Curso : Fonoaudiologia.
Profª/Orientador(a) : Fabiana Oliveira.
Acadêmico: Joel da Silva.

CAPACITAÇÃO PARA AGENTES DE SAÚDE:**Doença de Alzheimer**

A doença de Alzheimer (DA), caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907, é uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos. Em geral, a DA de acometimento tardio, de incidência ao redor de 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto que a DA de acometimento precoce, de incidência ao redor de 40 anos, mostra recorrência familiar. A DA de acometimento tardio e a DA de acometimento precoce são uma mesma e indistinguível unidade clínica e nosológica.

À medida que a expectativa de vida torna-se mais elevada, especialmente em países desenvolvidos, tem-se observado um aumento da prevalência da DA. Essa afecção representa cerca de 50% dos casos de demência nos EUA e na Grã-Bretanha e se estima que corresponda à quarta causa de morte de idosos nestes países.

Do ponto de vista neuropatológico, observa-se no cérebro de indivíduos com DA atrofia cortical difusa, a presença de grande número de placas senis e novos neurofibrilares, degenerações grânulo-vacuolares e perda neuronal. Verifica-se ainda um acúmulo da proteína β -amilóide nas placas senis e da microtubulina *tau* nos novos neurofibrilares. Acredita-se que a concentração das placas senis esteja correlacionada ao grau de demência nos afetados. Transtornos da transmissão da acetilcolina e acetiltransferases ocorrem frequentemente nos indivíduos afetados.

CARACTERÍSTICAS:

Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados por:

COMPROMETIMENTO DA MEMÓRIA

Capacidade prejudicada de aprender/cognição, dificuldade de lincar ou ligar, armazenar informações, recordar informações anteriores.

FASIA

Perturbações da linguagem, definida por Austregésilo como(perda da inteligência específica da palavra), e a perda da capacidade de se comunicar pela linguagem.

AGNOSIA

=> Capacidade prejudicada de aprender/cognição, dificuldade de lincar ou ligar, armazenar informações, recordar informações anteriores.

CARACTERÍSTICAS

APRAXIA:

- *São as dificuldades o plano motor
- *Confusão sobre lugares
- *Perda da espontaneidade
- *Perda de iniciativa
- *Mudança de Humor / Personalidade
- *Leva muito tempo para tarefas rotineiras
- *Dificuldades para administrar dinheiro e pagar contas.

ALTERAÇÕES DE FUNCIONAMENTO EXECUTIVO

Planejamento, Organização, abstrações bem como um prejuízo significativo na parte do funcionamento social, Porém a parte afetiva se mantém preservada.

Oliveira JRM, Galindo RM, Maia LGS, Brito-Marques PR, Otto PA, Passos-Bueno MR, et al. The short variant of the polymorphism within the promoter region of the serotonin transporter gene is a risk factor for late onset Alzheimer's disease.

ANEXO – G

Curso : Fonoaudiologia.
Profª/Orientador(a) : Fabiana Oliveira.
Acadêmico: Joel da Silva.
Trabalho de Conclusão.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: (AVC).

O ataque vascular cerebral(AVC), pode ser definido como um déficit neurológico focal súbito devido a uma lesão vascular. O termo evoluiu ao longo das últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias. Assim, a lesão “vascular” deve ser entendida no contexto mais amplo das complexas interações entre vaso, elementos figurados do sangue e variáveis hemodinâmicas.

Termos como ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, DERRAMES, HEMIPLEGIA, HEMIPLEGIA, são de uso corrente em certos grupos profissionais ou leigos, porém devem ser vistos com reservas. A palavra **ACIDENTE** sugere uma natureza inevitável e imprevisível para o problema, o que é evidentemente falso.

ALGUMAS DAS ABREVIACÕES UTILIZADAS PARA CARACTERIZÁ-LAS POR CONTA SE DUA ORIGEM:

IC: Os infartos cerebrais, constituem cerca de 70% a 80% dos casos de AVC. A maioria dos casos restantes se divide entre HC=Hemorragias Cerebrais ou HSA= Hemorragia subaracnóidea.

AIT: Ataques isquêmicos transitórios, são déficits retinianos ou encefálicos (cerebrais, de tronco ou cerebelo).

DCV: As doenças cerebrovasculares

IMPORTÂNCIA E EPIDEMIOLOGIA:

As doenças cerebrovasculares(DCV), constituem a terceira causa de morte no mundo, atrás somente das cardiopatias em geral(AVC mata mais entre nós que a doença coronariana) e câncer. Cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVC estarão mortos após seis meses. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz do AVC a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental.

Reduzir a incidência dos AVC através da prevenção de seus fatores de risco pode ser um meio eficaz de economizar recursos hoje utilizados no tratamento dos doentes ou perdidos em produtividade.

Gillum RF, Sempos CT. The end of the long-term decline in stroke mortality in the United State? Stroke 1997;28:1527-1529.

FATORES DE RISCO/ PREVENÇÃO:

FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS.

Ainda que um AVC possa surgir em qualquer idade, inclusive entre crianças e recém-nascidos, sua incidência cresce à medida que avança a idade (dobra aproximadamente a cada década). A incidência de AVC nos homens é

discretamente superior que nas mulheres. Esta proporção entre sexos, entretanto, inverte-se nas faixas mais idosas da população. A raça negra exibe maior tendência ao desenvolvimento de AVC, provavelmente por maior tendência genética ao desenvolvimento de HÁS.

FONTE:

CHARLES, André. **Manual do AVC**, São Paulo, Livraria e Editora Revinter, 1999.