

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O FONOAUDIÓLOGO E SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE: representações sociais.**

SIMARA LOPES CRUZ

João Pessoa
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SIMARA LOPES CRUZ

**O FONOAUDIÓLOGO E SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE: representações sociais.**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba inserido na linha de pesquisa Políticas Públicas de Saúde como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem de Saúde Pública.**

Orientador (a): Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva

João Pessoa
2007

Simara Lopes Cruz

**O FONOAUDIÓLOGO E SUA PARTICIPAÇÃO EM UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE: representações sociais.**

Aprovada em: _____ / _____ / _____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva
Orientadora

Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
Membro

Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perruci
Membro

Profa. Dra. Maria Emília Henriques
Membro

"O livre desenvolvimento de cada um é condição para o livre desenvolvimento de todos".

(Karl Marx)

À Deus sempre protetor de nossas angústias e desejos. Por botar o amor, a vida e a felicidade para buscarmos os nossos sonhos a cada dia.

Ã minha mãe e amiga: Sônia.
Exemplo de luta incansável, razão do meu existir, do meu crescimento profissional e da realização deste sonho.

A meu pai: Antonio.
Homem batalhador que ansiou por este momento e que a cada dia renovou a minha vontade de buscar algo mais quando o cansaço já chegava sorrateiramente.

Ao meu amor: Telmo
Companheiro, amigo, conselheiro, colaborador..., todo o meu carinho e agradecimento pela paciência e cumplicidade nesta caminhada.

A minha irmã: Suenia.
Pelos ensinamentos diários de busca ser cientista neste país.

Á minha orientadora: Profa. Dra. Antonia.
Por acolher a proposta da pesquisa e me proporcionar conhecimentos valiosos.

Às minhas colegas de mestrado: Ana Cristina, Bianca, Viviane, Eulina, Cláudia, Marclineide, Rebeca, Candice, Gisélia, Fernanda, Daisy, Suzana, Ana Paula, Ana Paula Coutinho, Érica, Luciana, Stella.
Por me proporcionarem momentos tão valiosos de amizade e atenção ao próximo. Foi maravilhoso e inesquecível ter cada uma de vocês próximas de mim... minhas amigas!!!

Ao meu sogro e minha sogra: Edson e Márcia.
Por fazerem parte deste sonho e acreditarem em meu potencial.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar presente em todos os momentos de minha vida, por me fazer acreditar em uma ciência forte e digna a cada dia.

A meus pais que com toda simplicidade acreditam na beleza da ciência e desta reconhecida por sua riqueza.

A minha irmã que ensinou que cada pesquisa tem o seu propósito e que nós dependemos dela para fazermos ciência e sermos reconhecidos como bons profissionais.

A Telmo que esteve ao meu lado para me fortalecer quando a fraqueza estava próxima, sempre dizendo e acreditando que o amanhã seria melhor.

A Márcia e Edson Petrucci pelo espaço profissional cedido a mim para que eu pudesse mostrar a beleza da minha profissão.

Aos coordenadores do mestrado pela ousadia e boa vontade em nos atender sempre que precisávamos.

A UFPB e ao CCS por oferecer este programa de forma dinâmica e justa para aqueles que procuram fazer pesquisa e se qualificar através da academia.

A Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva por aceitar o tema proposto para este trabalho, aumentando a minha admiração em querer estar um dia, assim como ela, construindo pesquisas baseada em evidências e publicações com rigor e importância científica.

A minhas colegas do mestrado: Ana Cristina, Eulina Helena, Marclineide, Cláudia Veras, Daisy, Bianca, Rebeca, Candice, Suzana, Fernanda, Gisélia, Érica, Ana Paula Coutinho, Ana Paula, Stella e Luciana pela paciência em meio a tantas obrigações que tiveram a paciência de me ensinar um pouco de seus conhecimentos e pela acolhida de uma fonoaudióloga entre tantas enfermeiras.

Especialmente aos profissionais que participaram desta pesquisa contribuindo com uma saúde pública capaz de oferecer serviços de ponta a toda a população sem inferir custos, mas sim qualidade de atendimento.

A todos aqueles que neste momento não me vem a memória, mas que passaram por minha vida e de uma forma ou de outra contribuíram para que hoje eu pudesse ter uma consciência relacionada às necessidades da saúde, tendo em vista o público e o privado, bem como, a formação de que todos são iguais e que fonoaudiologia é pra todos não podendo apenas ser para uma minoria que possa custear aquilo que necessita... a todos os meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I

DA PROBLEMÁTICA À CONSTRUÇÃO DO OBJETO SOCIAL DE

INVESTIGAÇÃO 21

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS GERAIS DO ESTUDO 27

2.1 Hierarquia da saúde pública no Brasil: Contextualização sócio-histórica do SUS, PSF E UBS 28

2.2 A fonoaudiologia e sua atuação na atenção básica

2.3 Breve reflexão acerca da Teoria das Representações Sociais

CAPÍTULO III

ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 A questão metodológica

3.2 Tipo de Estudo

3.3 O campo de investigação

3.4 Os sujeitos do estudo

3.5 O perfil dos sujeitos

3.5.1 Aspectos éticos

3.6 Método de coleta de dados

3.6.1 Instrumento utilizado

3.6.2 Procedimentos

3.7 Análise e tratamento dos dados

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Representações Sociais sobre o Fonoaudiólogo em Unidades básicas de Saúde.

4.2 Considerações Finais

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente	67
Figura 2. Distribuição das Classes Temáticas - Análise Alceste	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos sujeitos segundo as variáveis sócio-demográficas 60

Quadro 2. Distribuição das Classes Temáticas 64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Paraíba, 1994 – 2004	34
Gráfico 2. Projeção das Variáveis de acordo com as Classes Temáticas	75
Gráfico 3. Projeção das Palavras de acordo com as Classes Temáticas	76

LISTA DE SIGLAS

AAA – American Audiology Association (Associação Americana de Audiologia)
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ALCESTE – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Textos
APM – Associação Paulista de Medicina
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVE – Acidente Vascular Encefálico
CRFa – Conselho Regional de Fonoaudiologia
DM – Diabetes Mellitus
DNPM – Desenvolvimento Neuropsicomotor
ESF – Equipe de Saúde da Família
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FAE – Fração de Atenção Especializada
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NRS – Núcleos Regionais de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde PSF – Programa Saúde da Família
RS – Representações Sociais
SBFa – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SFD – Serviço de Fonoaudiologia Domiciliar
SPT – Saúde para Todos
SUS – Sistema Único de Saúde
TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

RESUMO

CRUZ, S.L. **Representações Sociais do Fonoaudiólogo e sua Participação em Unidades Básicas de Saúde**. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

A Atenção Básica de Saúde é responsável pelos cuidados básicos de saúde da população, tendo para tanto, cada Unidade Básica de Saúde (UBS) uma respectiva área geográfica/população de sua responsabilidade. Elas são consideradas as "portas de entrada" para o Sistema Único de Saúde, uma vez que devem ser as primeiras referências da população para buscar cuidados aos seus problemas e atenção às suas necessidades de saúde. Para tanto, este estudo tem os objetivos de identificar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação nas equipes construída por profissionais integrantes da equipe mínima de saúde; conhecer as representações sociais construídas pelo fonoaudiólogo sobre si e sua participação na equipe de saúde; verificar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe abrangendo aspectos psicossociais responsáveis ou não pelo engajamento do fonoaudiólogo na equipe de saúde das estratégias do Programa Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório obtido em uma pesquisa realizada com profissionais que atuam em unidades básicas de saúde em João Pessoa - PB, com trinta e seis sujeitos de ambos os sexos. Os dados foram coletados a partir de entrevista semi-estruturada e analisada utilizando-se o *software* ALCESTE 4.8. Os resultados obtidos foram interpretados à luz da teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 1961/1978), e estão apresentados em gráficos, quadros e figuras. Os resultados apontam quatro classes ou categorias de análise, como: Descrições sobre as atividades do Fonoaudiólogo; Participação do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional; Justificativas para inclusão do fonoaudiólogo na atenção básica de saúde; Sócio-dinâmica de atendimento dos usuários. Observam-se aqui as implicações psicossociais, envolvidas na elaboração dos conhecimentos, enquanto caráter integrador, cuja função de orientação dos comportamentos conduz os sujeitos à elaboração dos significados, ligados à participação do fonoaudiólogo nas unidades básicas de saúde, produzidas por aqueles que atuam no serviço de atenção básica de saúde. Dessa forma, podemos constatar que os atributos relacionados à atuação do fonoaudiólogo na UBS encontram-se sempre relacionados ao papel que as RS cumprem diante da participação deste profissional nesta atuação.

Palavras-Chaves: Unidades Básicas de Saúde, Fonoaudiólogo, Representações Sociais, Equipes de Saúde.

ABSTRACT

CRUZ, S.L. **Social Representations of the Phonoaudiologist and his Participation in Primary Care on Public Health.** 2007. 123p. Dissertation (Masters Course). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

The Basic Attention of Health is responsible by the basic cares of health of the population, having for so much, each Basic Unit of Health (UBS) a respective geographical area/population of its responsibility. They are considered the "entrances" for the Unique System of Health, since should be the first references of the population for seek cares to her problems and attention to the her needs of health. For so much, this I study has the objectives of identify the social representations about the speech therapist and his participation in the teams built by integral professionals of the most minimum team of health; know the social representations built by the speech therapist about itself and its participation in the team of health; verify the social representations about the speech therapist and its participation in the team including aspects psico and social responsible or not by the commitment Of the strategies of the Program Health of the Family. Treats itself of an exploratory study obtained in a research carried out with professionals that act in basic units of health in João Pessoa - PB, with thirty-six subjects of both the sexes. The facts were collected from interview is structured and analyzed utilizing itself the *software* ALCESTE 4.8. The results obtained were interpreted to the light of the theory of the social representations (MOSCOVICI, 1961/1978), and are presented in graphics, charts and figures. The results aim four classes or categories of analysis, as: Descriptions about the activities of the speech therapist; Participation of the speech therapist in the team multiprofissional; Justifications for enclosure of the speech therapist in the basic attention of health; Partner of service of the users. They observe itself here the implications psicossociais, involved in the elaboration of the knowledge, while character integrador, whose function of orientation of the behaviors drives the subjects to the elaboration of the meanings, connected to the participation of the speech therapist in the basic units of health, produced by those that they act in the service of basic attention of health. Of that form, we be able to establish that the attributes related to the action of the speech therapist in the UBS find itself always related to the paper that the RS fulfill faced with the participation of this professional in this action.

Key words: Basic Units of Health, Phonoaudiologist, Social Representations, Teams of Health.

APRESENTAÇÃO

Inúmeras inquietações surgiram a partir da minha prática profissional, ao constatar o insignificante percentual de inclusão das chamadas 'novas' profissões na Estratégia Saúde da Família, em particular o fonoaudiólogo.

Investigar os aspectos psicossociais que podem apontar à justificativa sobre o engajamento do fonoaudiólogo na equipe de saúde da família constituiu um estímulo para o desenvolvimento de um estudo em que fossem analisadas as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe de saúde, subsidiadas na Teoria das Representações Sociais (TRS).

Paralelamente, este estudo possibilita uma reflexão capaz de contribuir para o crescimento da saúde pública no Brasil, uma vez que o trabalho deste profissional traz consigo o contexto de integralidade na atenção básica à saúde dos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS), compreendendo a necessidade de atender usuários sob uma visão holística e singular proporcionada por um contexto sócio - histórico em que os profissionais de saúde constroem e compartilham representações sociais acerca de suas práticas profissionais.

Reconhecer e compreender representações sociais sobre a participação e prática profissional do fonoaudiólogo, integrando a equipe de saúde constitui o objeto de estudo relevante tanto no nível social como cultural e acadêmico.

Apreender diferentes maneiras através das quais os profissionais da equipe podem possibilitar o reconhecimento da integralidade do cuidar no contexto comunitário e dentro de uma dinâmica de trabalho que proporciona aos usuários os serviços especializados dentro das estratégias de trabalho adotadas nas unidades básicas de saúde que constroem representações sociais sobre o fonoaudiólogo, é relevante por considerar a visão de outros profissionais de nível superior, inseridos no PSF.

Compreender a falta de conhecimento do amplo campo de atuação profissional do fonoaudiólogo por outros profissionais da equipe de saúde que

atuam nas Unidades Básicas de Saúde na Estratégia do Programa Saúde da Família, na ótica do profissional caracteriza, a problemática deste trabalho, apresentada no Primeiro Capítulo. Nele procuramos pontuar aspectos associados ao desconhecimento do trabalho do fonoaudiólogo, observando as dificuldades psicossociais vivenciadas por estes profissionais ao não serem integrados às equipes de saúde no âmbito da saúde pública, constituindo focos polêmicos de fragilização do cuidado oferecido aos usuários.

Estudar as RS sobre o trabalho do fonoaudiólogo na Estratégia do Programa Saúde da Família conduz o pesquisador a uma análise da orientação dos comportamentos e das comunicações psicossociais dos profissionais de saúde do PSF *versus* profissionais da fonoaudiologia. Ao mesmo tempo em que a construção das representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação nas equipes de saúde configura-se como uma forma de os profissionais de saúde da equipe situarem suas dificuldades sobre o conhecimento do fonoaudiólogo e em relação a si, capazes de justificar sua inclusão nas UBS em conjunto com outros profissionais.

Neste sentido, a partir dessas representações, é possível questionar o lugar e o sentido que ocupa o fonoaudiólogo na equipe de saúde, que atualmente é incluído apenas em consultórios, atividades de caráter puramente particular, não pertencendo às atividades preventivas e de promoção da saúde no âmbito da Saúde Pública. A utilização das representações sociais proporciona a compreensão no que concerne a alguns problemas que são mais aparentes num grupo social do que em outro e, assim, esclarecem aspectos, como, por exemplo, de que modo os profissionais da saúde se apropriam do conhecimento em relação a outro profissional, proporcionando interações na equipe de trabalho.

Partindo deste pensamento, estrutura-se o Segundo Capítulo, que trata de arrolar sumariamente a estrutura hierárquica da Saúde Pública no Brasil, no contexto do SUS, contemplando a estratégia do PSF e a conformação das UBS, pontuando-se estudos segundo temáticas abordadas por pesquisadores reconhecidos no campo da saúde. Destacamos, ainda, a trajetória da Fonoaudiologia, bem como a possibilidade da sua participação no Sistema Único de Saúde, enfatizando o aspecto histórico dessa inclusão profissional,

procurando-se, ao mesmo tempo, pontuar algumas perspectivas sobre a TRS que subsidiaram a análise e interpretação dos dados coletados.

Dentre os tópicos destacados neste capítulo, observa-se as noções sobre RS, no que se refere ao conceito e à forma, enfatizando processos envolvidos na formação das RS e suas funções. Procura-se, também, abordar de maneira geral a atuação profissional do fonoaudiólogo e suas atividades na saúde da população.

Em seguida, configura-se o Terceiro Capítulo, que procura abordar a orientação metodológica adotada neste estudo, contemplando os seguintes tópicos: tipo de estudo, contexto da pesquisa, campo de investigação, os sujeitos pesquisados, os procedimentos utilizados, técnica de análise selecionada e o tratamento dos dados coletados.

Tomando por base o estudo das RS sobre o fonoaudiólogo e sua prática profissional nas UBS como forma de produção de conhecimento produzida e compartilhada por profissionais de saúde, evidencia-se a articulação destes profissionais com seus discursos sobre a atuação do fonoaudiólogo. Tal justificativa advém do reconhecimento de que as formas de produção do conhecimento são responsáveis pelas diferentes abordagens explicativas e comportamentais dos sujeitos acerca da atuação de outros profissionais da área da saúde, em particular a fonoaudiologia. Entretanto, é conhecido que, mediante o processo de apropriação destes conhecimentos, ocorre a passagem da teoria científica ao senso comum, processo responsável pela conversão do domínio científico e técnico (atuação do fonoaudiólogo) para o senso comum, a partir de suas representações que emergem e pelas imagens que eles fazem a partir do conhecimento cotidiano.

Assim sendo, dessa produção de representações sociais que trata da participação do fonoaudiólogo nas UBS, configura-se o Quarto Capítulo, em que se analisa e identifica as produções de conhecimentos elaboradas por profissionais inseridos no contexto da saúde da família, caracterizando as diferentes modalidades de conhecimentos, suas construções, interpretações e simbolizações das experiências dos sujeitos sociais com a respectiva profissão.

Destas concepções sobre a participação do fonoaudiólogo na equipe mínima de saúde na estratégia do programa saúde da família, decorre o interesse de verificar a existência de divergências e consensos relacionados às

atividades do fonoaudiólogo. Nesta linha de pensamento verificamos as diferenças e semelhanças entre os grupos, na estruturação do campo da representação social sobre o referido objeto.

CAPÍTULO I



DA PROBLEMÁTICA À CONSTRUÇÃO DO OBJETO
SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO

Os estudos realizados pela Fonoaudiologia na Saúde Pública são escassos. Isto se deve ao fato de ser atividade relativamente recente se se considerar o tempo de inserção na rede pública de saúde e o repertório de que dispõe para transitar neste campo. Daí esta incursão se dar a céu aberto, sem o amparo de um corpo de conhecimentos estável, de referência específica da fonoaudiologia, quer em âmbito do acúmulo e elaboração das vivências, quer na produção de parâmetros conceituais. Esta situação traz, ao mesmo tempo, perigos e vantagens, quer dizer, as bases incipientes tornam o terreno menos sólido, menos familiar, lançando as investigações em um escopo teórico superficial *a priori*, por isso mais arriscado. No entanto, carrega também a vantagem de uma maior mobilidade, sem as cercas (às vezes apertadas) dos modelos de atuação já cristalizados, com suas práticas quase totalmente catalogadas e fixadas, institucionalmente verticalizadas e teoricamente sem consistência, por hábito ou tradição. Tal plasticidade, se bem aproveitada, pode ser interessante e fecunda para realização de estudos que venham oferecer conhecimentos consistentes.

Então, seria tempo de ensaiar, de arriscar o pensamento na produção de um fazer mais próximo do desejo, mais receptivo às novas demandas e propostas e potencialmente mais aberto ao movimento, à experiência de construir modos de atuação que respondam à necessidade da população usuária dos serviços de saúde e aos anseios dos fonoaudiólogos; trabalhando a multiplicidade – política, social, técnica e outras – presente na saúde pública e, muitas vezes, distinta do trabalho em consultórios particulares, em espaços escolares ou mesmo em instituições filantrópicas e congêneres, onde, tradicionalmente, o fonoaudiólogo atua.

No entanto, é comum ver o fonoaudiólogo, neste campo de atuação, reproduzindo o conhecimento em que não se considera os universos,

conceitual e institucional em que estão inseridos, na sua prática, mas importante para a Saúde Pública.

A inserção do fonoaudiólogo neste contexto representa, em muitos casos, a mera acomodação de uma prática de saúde existente a um sistema de saúde também, em muitos pontos, descontextualizado e distante de atender os princípios contemplados nas políticas de saúde. Por isso, redefinir caminhos, resignificar valores e avançar na busca de uma prática mais consistente e comprometida com as demandas sociais da área, são conforme verificou-se com esta pesquisa, possibilidades que não se pode perder, pois o fonoaudiólogo é um profissional que tem muito a contribuir na consolidação das estratégias a serem fundamentadas nas UBS.

As formas de se integrar novas equipes são várias e podem ocorrer em diferentes níveis. Com este trabalho, foi possível dialogar com outros profissionais de saúde que atuam nas estratégias do Programa Saúde da Família (PSF), bem como com os serviços de saúde de fonoaudiologia das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em particular, sobre as formas como organizam e concebem, na prática, o trabalho que o fonoaudiólogo pode realizar neste contexto. Isto porque o modo como se facilita o acesso à assistência encerra a lógica dos profissionais e dos serviços de saúde, evidenciando suas concepções, prioridades e critérios para atender e se relacionar com a clientela, dentro de uma lógica de cuidado integral à saúde.

Por essa via, a experiência e o desafio de produzir um serviço fonoaudiológico de qualidade em saúde pública passam pela maneira de ver e acolher a população usuária, bem como de garantir a qualidade do serviço público de saúde equânime.

O objetivo aqui é produzir subsídios ao desenvolvimento da Fonoaudiologia na Saúde Pública, com um olhar crítico e distanciado, apontando pistas importantes para iniciativas que nos pareçam promissoras à inclusão do fonoaudiólogo na equipe com outros profissionais que integram o PSF, porém, sem pretensão de colocar a Fonoaudiologia na perspectiva de uma profissão capaz de resolver todo e qualquer problema no âmbito público. Este trabalho evoca, portanto, as inquietações e a intensidade própria deste processo, almejando sustentar essa experiência sem transigir do vigor que, nestes tempos de ensaio, ele inspira.

Assim sendo, alguns aspectos de ordem psicossociológicos despertam um grande interesse pela realização de um estudo voltado à produção de conhecimentos sobre os profissionais de saúde de nível superior atuantes no PSF, evidenciando-se sua compreensão sobre as práticas profissionais do fonoaudiólogo e suas implementações de ações de saúde junto às comunidades.

O aporte teórico da Teoria das Representações Sociais é o eixo norteador para a realização desta pesquisa, por ser um excelente referencial teórico, que possibilita a busca e a atualização de conhecimentos que são construídos e compartilhados nos grupos sociais, como fenômeno cultural, manifestando-se nas falas, nas culturas, como também nas práticas profissionais, adequando-se, portanto, aos objetivos propostos nesse estudo, ou seja, a apreensão das diferentes formas de conhecimentos produzidos e compartilhados pelos profissionais de saúde integrantes das equipes sobre o fonoaudiólogo e deles sobre si.

A noção de representação social aqui referida compreende a teoria elaborada por Moscovici (1978), que passou muito tempo negligenciada pela comunidade científica, até ser reconhecida não apenas pela Psicologia Social, mas, igualmente, por outras vertentes das Ciências Sociais, confirmando assim a sua importância na análise dos fenômenos sociais. Neste sentido, o referido autor afirma que uma representação social é a organização de imagens e linguagens por realçar e simbolizar atos e situações que se tornam comuns em um grupo social.

Moscovici (1978) enfatiza que o estudo do “senso comum” aparece daqui pra frente como algo essencial. Compreende, assim, o estudo da “visão do mundo” que os indivíduos ou grupos possuem e utilizam para agir ou para orientar a dinâmica das interações sociais, esclarecendo os determinantes das práticas sociais ou profissionais.

A possibilidade de um delineamento das práticas profissionais do fonoaudiólogo e suas formas de interações com outros profissionais de saúde envolvidos nos serviços e efetivadas nos cuidados prestados à comunidade trará grande contribuição à integração e às estratégias do programa, levando-o a um novo redimensionamento de ações e atualização de novas ações em saúde.

Tais aspectos contribuirão para a compreensão da importância das chamadas 'novas' profissões, face à prestação da assistência permanente às comunidades, de modo humanizado.

Assim sendo, a proposição de utilizar a Teoria das Representações Sociais (TRS), nessa pesquisa, é decorrente do fato de se considerar as representações sociais reveladoras de uma compreensão atualizada, mais pertinente e efetiva, do profissional fonoaudiólogo frente a outros profissionais de saúde e que atuam em saúde pública.

Neste sentido, evoca-se o pensamento de Wolfgang (1994), ao afirmar que os atributos individuais, as estruturas individuais de conhecimentos, símbolos e afetos circulantes nas sociedades, estão presentes nas representações sociais. Desta forma, elas possibilitarão a explicação dos comportamentos dos profissionais de saúde e dos fonoaudiólogos envolvidos neste estudo, os quais detêm representações sociais de si e de outros profissionais e estes acerca dos fonoaudiólogos a partir de suas práticas profissionais, todas compartilhadas pelos integrantes do grupo.

Esses comportamentos são explicados por Moscovici (1978: 49) quando ele afirma serem *“as representações sociais uma versão contemporânea do senso comum, produzindo e determinando comportamentos sociais”*. Nesta ótica, as representações sociais são constituídas e compartilhadas pelos sujeitos sociais, a partir das crenças, atitudes, educação e informações recebidas, sendo reservado à mídia um lugar de destaque na elaboração dessas representações.

Na tentativa de compreender como as representações sociais estão sendo construídas e compartilhadas para conformarem a realidade comum à prática profissional interdisciplinar, as diferentes formas de conhecimentos sobre o fonoaudiólogo, do ponto de vista das representações sociais (RS), apontando suas práticas profissionais, os modos de se perceberem e serem percebidos por outros profissionais de saúde incluídos no PSF, é que surgiram uma aspiração e uma inquietação primordiais para a realização desse estudo.

Forma considerados para este estudo, os depoimentos de médicos, enfermeiros e dentistas sobre a atuação fonoaudiológica em unidades básicas de saúde e dos profissionais de fonoaudiologia, que se encontram inseridos no programa, sobre sua atuação no âmbito do serviço público de saúde,

associados às suas vivências e práticas profissionais, interfaceadas, desta forma, com as concepções do fonoaudiólogo que não se encontra inserido.

A partir destas considerações, na tentativa de se compreender e apreender a realidade social dos profissionais de saúde sobre o fonoaudiólogo enquanto atores atuantes, importantes na Saúde Pública, através da teoria das representações sociais, é que este estudo contempla os seguintes objetivos:

- Identificar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe construída por profissionais integrantes da equipe de saúde;
- Conhecer as representações sociais construídas pelo Fonoaudiólogo sobre si e sua participação na equipe;
- Verificar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe, aspectos psicossociais responsáveis ou não pelo engajamento do fonoaudiólogo na equipe de saúde e nas estratégias do Programa Saúde da Família.

CAPÍTULO II



BASES TEÓRICAS GERAIS DO ESTUDO

2.1 HIERARQUIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: Contextualização sócio-histórica do SUS, PSF e UBS

2.1.1 HISTORICIDADE DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, e em assembleias subseqüentes, instou a todos os estados membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, com o objetivo de alcançar a meta de “Saúde Para Todos no ano de 2000” (SPT 2000) através de ações centradas em cuidados primários de saúde.

Cuidados primários foram definidos como aqueles essenciais “baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978:1), com um custo que pudesse ser mantido em cada fase de seu desenvolvimento pela comunidade e o país. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo ser oferecido geograficamente, o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

No Brasil, o movimento pela reforma do sistema de saúde teve um amplo espaço para discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As diretrizes propostas subsidiaram o capítulo sobre saúde (seguridade social) na Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS introduziu princípios que representam um grande avanço na assistência à saúde no Brasil:

universalidade, equidade, descentralização municipalizante e a reorientação dos serviços de saúde, obedecendo à lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização (VIANA; DAL POZ, 1998).

O processo de implantação desse novo sistema iniciou em 1990, após a criação de legislação complementar, inicialmente as Leis Orgânicas da Saúde e, posteriormente, das Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulamentam o SUS.

Seguindo os princípios do SUS, e com suas bases compatíveis com as metas traçadas pela OMS em Alma-Ata, foi concebido, pelo Ministério da Saúde, no final de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), que surgiu como uma nova estratégia do setor de saúde para operar o modelo do SUS, em substituição ao modelo vigente com o objetivo de ofertar cuidados primários à população, calcados na atenção integral ao indivíduo e à comunidade.

Apesar de surgir com a denominação de programa, há uma preferência, entre alguns autores e técnicos do Ministério da Saúde, pela utilização do termo estratégia, pois o termo programa costuma se referir a projeto de caráter pontual e verticalizado, voltado para determinado grupo populacional e com prazo de realização pré-definido (PAIM, 1999).

O PSF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

No Brasil, foi cunhado o termo de atenção básica, que se caracteriza pelo conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação do conceito de atenção básica se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1999).

O programa nasceu a partir de experiências internacionais como as da Inglaterra, Suécia, Canadá e, principalmente, do Médico de Família de Cuba, além de um acúmulo de experiências nacionais, como o Médico de Família de Niterói (RJ), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no Rio Grande do Sul,

além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e que sofreu forte influência do Programa de Agentes de Saúde do Ceará e Goiás (SOUZA, 2003).

Como comentou Luiz Odorico Andrade, considerado autor intelectual do PSF: “Tínhamos aqui no Ceará uma experiência pioneira e muito rica, [...] do agente comunitário de saúde, que representou a interiorização do profissional não-médico, principalmente da área de enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2000:8).

Na concepção do programa, ficou definido que a implantação ocorreria, prioritariamente, nas áreas de risco e que, para definição dessas, seria utilizado o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (VIANA; DALPOZ, 1998).

As diretrizes operacionais do PSF apresentam as seguintes características:

- a) Caráter substitutivo, ou seja, substituição das práticas convencionais por um novo modelo centrado na atenção básica e na vigilância à saúde.

- b) Integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família (USF) deve ser a porta de entrada do sistema, inserida num sistema de saúde integral, sendo garantida a referência e a contra-referência. A integralidade foi definida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Portanto, pressupõe-se que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando forem necessários (STARFIELD, 2002).

- c) Territorialização e adscrição da clientela: tem o território de abrangência definido e o número de famílias por equipe preconizado pelo Ministério da Saúde entre 600 e 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.

d) Equipe multiprofissional: configura-se uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente de consenso. Tal relação baseia-se na interdisciplinaridade, que pressupõe uma integração entre os trabalhadores, cada um com seus aportes práticos e teóricos, capazes e dispostos a dialogar na busca de consenso.

De acordo com Campos (1997), a atuação da equipe no modelo interdisciplinar estimula o diálogo e a interação dos profissionais, possibilitando uma integração da visão biológica, social e subjetiva nos processos de trabalho e uma maior articulação na elaboração de projetos de intervenção.

Sobre a composição da Equipe de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde recomendava que esta fosse composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo essa, portanto, a formação básica da ESF (BRASIL, 2000a). O mesmo documento previa a participação de outros profissionais, incluindo o fonoaudiologia:

“Outros profissionais, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características de organização dos serviços de saúde local” (BRASIL, 2000a:15).

Esses profissionais devem se identificar com a proposta de trabalho do PSF, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo, tendo, cada um, que conhecer os limites de competência e a responsabilidade operacional como profissional, e da sua inserção nas atividades da equipe, ou seja, o campo e o núcleo de competência e responsabilidade.

Por campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades (CAMPOS, 1997), ou seja, todo o saber básico. No PSF, por exemplo, isso consiste em conhecer a realidade das famílias pelas quais os profissionais são responsáveis; identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco às quais a população está exposta; atuar no controle de doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio

ambiente. Já o núcleo de competência e responsabilidade marcaria as diferenças entre os membros de uma equipe. Indicaria uma determinada concentração de saberes e práticas, compondo certa identidade profissional e disciplinar sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo. Seria composto pelos elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, quer dizer, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade (CAMPOS, 1997).

Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto (CAMPOS, 2000).

De acordo com os dados do relatório preliminar da avaliação da implantação e funcionamento do PSF de 1999, outras categorias de nível superior, além dos inicialmente previstos, já vinham atuando na estratégia, sendo o odontólogo o mais presente, e que, na ocasião, participava de 27,3% das Equipes de Saúde da Família (ESF), vindo em seguida o assistente social (7,1%), o psicólogo (4%) e o nutricionista (1,9%), não havendo dados sobre a participação do fonoaudiólogo (BRASIL, 1999).

No ano seguinte à concepção do programa (1994), iniciou-se a sua implantação, porém a forma de financiamento manteve-se baseada na produção de serviços e centralizada, o que acabou dificultando a expansão do PSF.

Aliada a este fato, havia a desconfiança com esse novo modelo, o que pode ser demonstrado por artigos escritos na época, como o de Misoczky (1994), que criticou a utilização da experiência do GHC como modelo a ser expandido pelo Brasil. Segundo a autora, havia uma baixa resolutividade das unidades, mesmo nos casos que deveriam ser solucionados nesse nível, que só era sustentada pela retaguarda garantida pelos hospitais que compunham o GHC. Ainda afirmou que o modelo não atendia às necessidades da população, não valorizava os trabalhadores de saúde, além de não viabilizar a descentralização. Como argumento para o interesse do Ministério da Saúde, a autora afirmou que era perfeitamente compreensível, pois se tratava de um modelo voltado para populações que não podiam contribuir financeiramente de

forma direta para obter ações de saúde e que, para ser mantido pelo Estado, necessitaria de menos investimentos em equipamentos e em profissionais.

Paim (1996) demonstrou preocupação com a utilização dos “programas especiais” (PACS e PSF) como carros-chefe do novo modelo assistencial do SUS. Afirmou que se tratava de um “SUS para pobres”, centrado em uma medicina simplificada para gente simples, mediante focalização. A focalização foi definida como a restrição da ação estatal, redirecionando o gasto social com programas e público-alvo específicos, escolhidos seletivamente pela sua maior necessidade e urgência (BARROS, 1996).

A grande expansão do PSF ocorreu apenas a partir de 1998 com a implementação da NOB/96. Essa norma previa, além da remuneração *per capita* para os municípios desenvolverem ações básicas de saúde, a destinação de incentivos para instalação e expansão da estratégia, através do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, gerando um incremento de recursos da ordem de 78%, entre 1998 e 2001. Ao passo que os recursos destinados à totalidade da Atenção Básica foram ampliados em 86%, no mesmo período (MARQUES; MENDES, 2003).

Essa medida, aliada à publicação, entre outras, do documento “Saúde da Família: uma nova estratégia para reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1997) demonstrou a importância que passou a ser dada à estratégia de Saúde da Família nas políticas públicas, confirmando a intenção de promover mudanças significativas no modelo de atenção à saúde vigente.

Uma década após o início da implantação do PSF, pode-se verificar a expansão que ocorreu por todo o país, ampliando consideravelmente a cobertura do SUS. Segundo o DATASUS (agosto/2004), a população atendida pela estratégia já passava dos 64 milhões de habitantes, o que correspondia a cerca de 35% da população do país. O número de ESF já estava bem próximo das 20.000, espalhadas por pouco mais de 4.500 municípios dos 5.560 existentes no Brasil. Portanto, o PSF estava presente em pelo menos 80% dos municípios brasileiros.

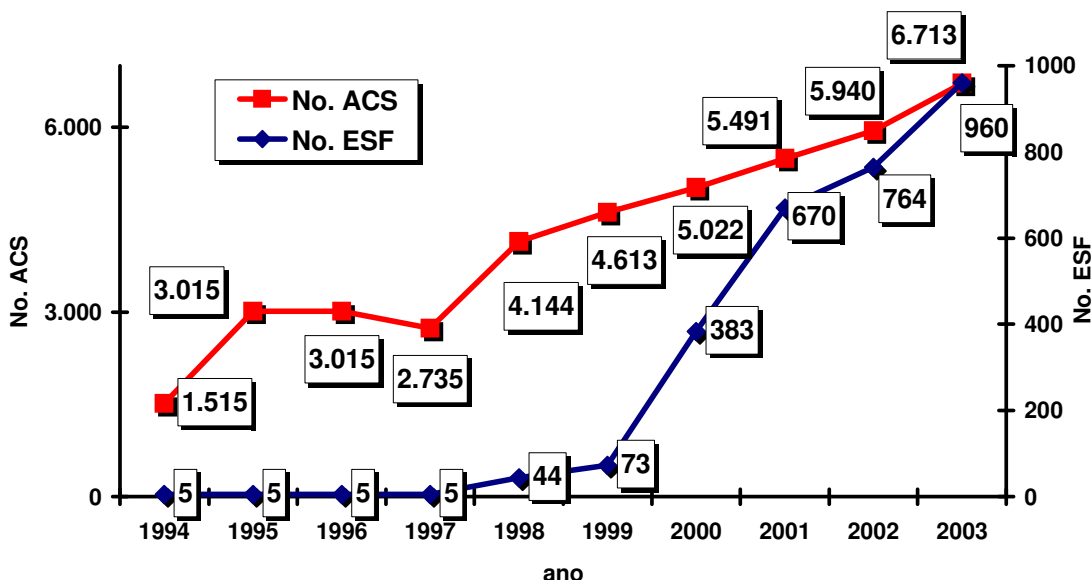
O Programa Saúde da Família na Paraíba foi implantado em 1994, no município de Campina Grande. Naquele ano, atuavam no estado 1.515

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que iniciaram suas atividades a partir da implantação do PACS, em 1991, em 86 municípios Paraibanos.

A implantação do PACS, assim como o impacto das ações realizadas pelos ACS, constituíram-se em um importante fator na posterior implantação do PSF.

A Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) priorizou a reorganização da Atenção Básica de Saúde a partir da implantação do PSF. Em outubro de 2004, registrou-se um total de **1.106** ESF e **7.315** ACS, em **221** dos **223** municípios do estado, além de **733** equipes de saúde bucal cadastradas no sistema, conforme expresso na tabela abaixo.

Gráfico 1: Número de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Paraíba, 1994 – 2004.



Fonte: SIAB-PB

O movimento de ampliação da estratégia Saúde da Família no estado acentuou a preocupação com relação à qualificação das Equipes de Saúde da Família (ESF) para o desenvolvimento das ações.

Durante o ano de 2004, procurou-se dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido pela Coordenação Estadual, no ano de 2003, caracterizado pela intensificação das atividades voltadas para a qualificação do processo de trabalho da estratégia Saúde da Família (PSF) no estado, com ênfase na estruturação de uma proposta de monitoramento das ações

desenvolvidas, através de supervisões técnicas e dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dos Indicadores do Pacto da Atenção Básica.

O grupo de monitoramento das ações do Programa de Saúde da Família, no âmbito da coordenação estadual, constituído por quatro técnicos, responsáveis pelo acompanhamento dos municípios que compõem as quatro macro-regionais de saúde, compostas cada uma, por três Núcleos Regionais de Saúde (NRS), atuou de forma articulada com os Coordenadores Regionais de Atenção Básica nesse processo.

Apesar de ter sido estabelecido um conjunto de atividades voltadas para o acompanhamento das ações básicas de saúde, algumas questões operacionais dificultaram o avanço nessa direção. Dentre outras coisas, podemos destacar como principal entrave a fragilidade de todo processo de monitoramento e avaliação, tanto no âmbito da gestão estadual, como das gestões municipais de saúde.

O Plano Estadual, elaborado em abril de 2004, constituiu uma iniciativa importante para a institucionalização das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica à medida em que promoveu maior visibilidade à proposta que vinha sendo discutida, desencadeando movimentos internos de articulação com as áreas técnicas.

A Secretaria Estadual da Saúde (SES), ao priorizar as ações do PSF como estratégia de organização da atenção básica à saúde, vem envidando esforços na elaboração de uma proposta de estruturação desta Coordenação Estadual, a partir de uma metodologia de trabalho voltada para a articulação entre os Núcleos Técnicos responsáveis pelas áreas programáticas, consideradas estratégicas pela NOAS 01/02.

Nesta perspectiva, as áreas estratégicas (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Ações de Controle de Diabetes e Hipertensão Arterial e Saúde Bucal) trabalharam de forma conjunta com a Coordenação da Atenção Básica, buscando uma articulação entre as diversas atividades planejadas e as ações desenvolvidas no âmbito do PSF em cada município.

2.2 A FONOAUDIOLOGIA E SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

O fonoaudiólogo, com sua formação voltada para a clínica, para a recuperação, não tem participado de programas de atenção básica à população, atuando na promoção de saúde, bem como no relacionamento com a comunidade. Talvez, a própria origem da profissão, como anteriormente exposto, tenha provocado uma lacuna nesse campo de atuação, gerando um profissional que tinha a doença como preocupação principal, talvez única, na época.

Ainda hoje, ao se buscar definições para a fonoaudiologia, têm-se conceitos que não expressam a essência da atividade da profissão, trazendo termos errôneos que deturpam o objeto de trabalho deste ramo da área de saúde. Os conceitos mantêm aspectos da gênese da profissão, ou seja, “atenuar sofrimento, recuperar condições de saúde ‘perdidas’ e reabilitar o indivíduo para a realização de certas atividades” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999:20).

A maioria dos autores peca ao associar o objeto de trabalho da fonoaudiologia a termos como doença e reabilitação, além de citar a submissão ao profissional médico, ou seja, os conceitos de fonoaudiologia quase sempre associam a profissão exclusivamente a atividades relacionadas à reabilitação ou ao tratamento de doenças em pacientes. Hoje, sabe-se que o termo reabilitação é o amplo e não pode ser confundido com atividade diretamente ligada à fonoaudiologia, como ocorreu nas definições a seguir:

“Fonoaudiologia: essa é uma das profissões que imediatamente se associam com reabilitação por sua conexão com a medicina voltada apenas para a área da cabeça e pescoço e comunicação. Suas missões principais são a ajuda na avaliação da capacidade comunicativa do paciente, a administração de tratamentos para evitar problemas de saúde, corrigir ou minimizar as deformidades e melhorar a saúde geral do cliente”(REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

“É de responsabilidade do fonoaudiólogo, de acordo com seu conselho de classe, desenvolver ações, em parceria com os educadores, que contribuam para a promoção, aprimoramento, e prevenção de alterações dos aspectos relacionados à audição, linguagem (oral e escrita), motricidade oral e voz e que favoreçam e otimizem o processo de ensino e aprendizagem, o que poderá ser feito por meio de : Capacitação e assessoria, podendo ser realizadas por meio de esclarecimentos, palestras, orientação, estudo de casos entre outros; Planejamento, desenvolvimento e execução de

programas fonoaudiológicos; Orientações quanto ao uso da linguagem, motricidade oral, audição e voz; Observações e triagens fonoaudiológicas, com posterior devolutiva e orientação aos pais, professores e equipe técnica, sendo esta realizada como instrumento complementar e de auxílio para o levantamento e caracterização do perfil da comunidade escolar e acompanhamento da efetividade das ações realizadas e não como forma de captação de clientes. Ações no ambiente que favoreçam as condições adequadas para o processo de ensino e aprendizagem; Contribuições na realização do planejamento e das práticas pedagógicas da instituição” (RESOLUÇÃO CFFA N° 309, 2005) .

O fonoaudiólogo, como profissional da área de saúde, no conceito amplo e universal, pode vir a participar do processo de reabilitação, o que pode ser observado na resolução CRFa-80:

“Considerando que a Reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo, onde cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do exercício profissional” (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 1997).

Essa definição entra em choque com o ponto de vista da Associação Paulista de Medicina (APM), que definiu da seguinte forma:

“O tratamento de reabilitação é feito sob orientação médica do otorrinolaringologista, que prescreve os medicamentos necessários e indica os procedimentos necessários em cada caso: fonoaudiologia, reabilitação da fala e da voz, terapia ocupacional, condicionamento físico, cuidados de enfermagem e assistência psicológica e social. A reabilitação é tratamento e precisa de um médico para orientá-la” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA apud NOVAES JÚNIOR, 2000).

O informativo da APM destacou ainda que não se devia confundir “Fonoaudiologia”, especialidade médica que tratava do paciente incapacitado em todos os aspectos da incapacidade, com “Foniatria”, que era um dos procedimentos utilizados no tratamento deste paciente. O fonoaudiólogo, de acordo com a APM, era apenas um técnico não médico que deveria se limitar a aplicar o tratamento recomendado (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA apud NOVAES JUNIOR, 2000).

Apesar de parecer obsoleto, publicado antes da regulação da fonoaudiologia no Brasil, o texto foi encartado em jornais de grande circulação, em 1992.

Novaes Júnior (2000) questionou o seguinte:

“[...] isto não seria defesa de uma corporação, por mais importante que seja seu papel na saúde da população, em detrimento do atendimento ao usuário? Não seria reserva de mercado designar antecipadamente o mais importante profissional no tratamento do indivíduo lesado, antes do mesmo ser avaliado?”.

Pela comparação do posicionamento dessas duas entidades (CRFa e APM), percebe-se, pelo primeiro, a defesa do conceito de equipe de saúde centrado na multiprofissionalidade e, no segundo, manifesta-se uma disputa pelo controle do mercado, do usuário e da saúde de um modo geral.

Outra falha comum nas definições é uma preocupação com o fator doença ou a utilização do termo paciente. Dessa forma, o exercício profissional do fonoaudiólogo restringir-se-ia à perspectiva de “recuperar as condições de saúde para níveis anteriores a um episódio de doença”, auxiliando “um organismo a ser capaz de fazer, de outras formas, o que já fazia antes (ou, pelo menos, parte do que já fazia), ou de minimizar o sofrimento” (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). O termo paciente, por definição, está associado à existência prévia de uma doença, podendo inclusive ser utilizado como sinônimo de doente (LAROUSSE CULTURAL, 1992), portanto, aquele indivíduo que apresenta uma doença, que tem a saúde alterada.

De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), o próprio tratamento da área profissional – Fonoterapia - ao utilizar a palavra terapia, enfatiza as definições do campo profissional para atividades curativas, visando à recuperação e à reabilitação, ou atenuadoras a serem utilizadas quando um organismo se encontra em más condições de saúde.

Desde a gênese da profissão, a fonoaudiologia foi marcada como “a reabilitadora”. Essa delimitação reducionista vem sendo mantida, excluindo a possibilidade de atuação em áreas que se sabe ser possível e importante à participação do fonoaudiólogo, como a prevenção de problemas nas condições de saúde, a manutenção e a promoção de melhores condições de saúde (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Definições mais modernas da Fonoaudiologia incluíram a atuação na atenção primária, como a da American Audiology Association (AAA), que definiu Fonoaudiologia como uma profissão da área de saúde, cujo principal propósito é a promoção da saúde e da função, por meio da aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou aliviar a disfunção aguda ou prolongada dos aspectos da comunicação (RUSSO, 2002).

Novaes Júnior (2000) definiu a Fonoaudiologia como a ciência da Saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios científicos funcionais de órgãos e sistemas da comunicação humana.

Já Barros (2002a) utilizou a seguinte definição:

“[...] um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional de saúde que se ocupa da comunicação humana em toda sua plenitude, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções da comunicação em geral”.

Além da origem da profissão, outro fator responsável pela reduzida participação do fonoaudiólogo na atenção básica está relacionado à formação dos profissionais de saúde no Brasil. O atual modelo hegemônico no campo da saúde, o modelo biomédico, dominante também na Fonoaudiologia, gera uma preocupação em tratar a doença instalada e não em cultivar a saúde para que a doença não se instale (CARVALHO, 2000).

A reduzida ênfase em saúde pública nas grades curriculares e a forma burocrática como a disciplina, em muitos casos, é ministrada, resultam em desconhecimento e desinteresse do profissional pela atuação educativa e preventiva em saúde pública. Por outro lado, prepara-se um profissional motivado demasiadamente para a atividade clínica liberal, pouco afeito ao trabalho em equipe e despreparado para a saúde coletiva (MENEZES, 2001; SCHWINGEL, 2002).

Além desses elementos, há delimitações impostas pela organização do sistema de saúde no Brasil. No geral, a atuação do fonoaudiólogo está restrita a atividades recuperativas, provocando uma limitação com relação ao local de atuação. Sendo enquadrada na Fração de Atenção Especializada

(FAE), a Fonoaudiologia fica localizada em termos de hierarquia na organização do sistema de saúde, em serviços de atenção secundária ou terciária.

Essa lógica de distribuição limita o acesso da maioria dos municípios, que estão classificados pelo SUS como responsáveis apenas pela atenção básica (PAB), e, conseqüentemente, limita o acesso da população a esses serviços, gerando uma concentração da oferta de serviços em algumas cidades, deixando à população dos municípios menores, demandante do atendimento fonoaudiológico, a alternativa de deslocar-se para aqueles municípios maiores, de referência. Porém, diferente de outros procedimentos inclusos na FAE, como por exemplo, a realização de uma ultra-sonografia diagnóstica, em que o paciente se desloca apenas uma vez a outra cidade, no caso do atendimento com o fonoaudiólogo, será necessário o deslocamento do indivíduo sucessivas vezes ou, até mesmo, obriga a mudança para outra cidade no período de tratamento, nos casos em que é exigido um tratamento constante ou prolongado. Um exemplo dessa concentração foi apontado por Pereira (2004), em trabalho realizado em serviços ambulatoriais de fisioterapia (média complexidade) em Sobral (CE). As duas clínicas pesquisadas serviam de referência para 17 municípios daquela micro-região de saúde.

Em relação à freqüência do atendimento, só para citar um exemplo, de acordo com Bevilacqua (1999), para se obter ganhos positivos na atividade com crianças deficientes auditivas, a freqüência deve ser em média de três vezes por semana.

A restrição ao atendimento fonoaudiológico acaba provocando uma demanda reprimida nos serviços, em que costumam haver listas de espera, fazendo com que pessoas aguardem durante meses por atendimento.

Outro agravante, no que diz respeito ao acesso, é a dificuldade em que parte dos usuários tem para se deslocar para esses serviços. Não apenas com relação às limitações físicas que muitos apresentam, mas também do ponto de vista econômico, em função dos repetidos deslocamentos ao serviço. Ainda na pesquisa de Pereira (2004), em relação ao meio utilizado pelos usuários para o deslocamento até o serviço, o mais citado foi o deslocamento feito a pé (39,6%), seguido de bicicleta (16,7%), e “topic” ou ônibus, cada um com 14,6%.

Pelas formas de transporte mais comumente utilizadas para o deslocamento até esses serviços, com 56,3% dos usuários indo a pé ou utilizando bicicleta, é possível inferir que os usuários que efetivamente estão se beneficiando do atendimento fonoaudiológico são aqueles que residem relativamente próximos ao serviço. Além do fato de que essas formas de transporte, incluindo o ônibus, provavelmente não permitem o deslocamento de pacientes com seqüelas mais graves, o que praticamente elimina a possibilidade de acesso ao serviço a esses indivíduos.

Em Ribeirão Preto, existe o sistema do “leva-e-traz” que realiza o transporte dos pacientes com necessidades especiais ao serviço, porém o sistema não tem como cobrir a demanda, o que também gera lista de espera.

Porém, dentre os problemas citados no atual modelo de assistência à saúde no que se refere à fonoaudiologia, talvez o principal seja a distorção nos parâmetros de controle assistencial. Atualmente, há a exigência do encaminhamento médico para que o usuário tenha acesso à assistência fonoaudiológica. No geral, o usuário chega ao serviço com a solicitação médica de dez atendimentos de Fonoaudiologia, e ao término desses, havendo necessidade de prosseguir o tratamento, o usuário deve retornar ao médico para que esse solicite mais dez atendimentos, e assim sucessivamente.

Nas estratégias do PSF, complica-se ainda mais, pois há a necessidade de que o médico generalista da USF encaminhe o usuário para o médico especialista para que, em seguida, seja encaminhado para o serviço de fonoaudiologia. Dessa forma, limita-se a atenção de fonoaudiologia, gerando um transtorno para a população, especialmente àqueles que necessitam de um tratamento continuado, como o caso de pacientes politraumatizados ou acometidos de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Esses têm que se dirigir frequentemente ao médico para que seja solicitada nova série de atendimentos. Nesse modelo, há o encarecimento do serviço e diminuição de eficiência, podendo provocar a descontinuidade e perda da evolução do tratamento, nos casos em que o usuário não consegue marcar a consulta médica.

Em 1990, o então secretário de saúde do município de Cabedelo (PB) criou o Serviço de Fonoaudiologia Domiciliar (SFD), no qual os pacientes eram encaminhados pelos médicos. Essa forma de acesso ao serviço acabou

gerando um congestionamento nos consultórios médicos e o conseqüente retardo do início do tratamento fonoaudiológico no domicílio, tornando necessária a modificação da forma de acesso, que passou a ser através da referência pelas unidades básicas de saúde e, a partir de 2000, passou a funcionar como “porta de entrada”, inclusive contando com a participação das ACS, que passaram a ter o papel de identificar casos em que era necessária a atuação do fonoaudiólogo (NOVAES JUNIOR, 2001b).

Dessa forma, começaram a se abrir novas propostas para a atuação deste profissional como preceito social.

Apesar do termo “Fonoaudiologia Social” ter sido cunhado ainda na década de 1960 no Editorial da atual Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) que se segue:

“A Fonoaudiologia marcha a passos vertiginosos para a Fisioterapia Social, e é aqui onde o Fisioterapeuta se integra perfeitamente na responsabilidade de sua missão. Deixou de ser um autômato, para ser um profissional responsável, perfeitamente conhecedor da ética para com seu semelhante, esteja este situado em qualquer nível social [...]” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA, apud BARROS, 2002a).

Ainda hoje, a literatura sobre o tema é escassa, como já foi dito anteriormente em especial em relação à atuação do fonoaudiólogo junto ao PSF. A inserção desse profissional iniciou apenas no ano de 1999, em São Paulo (VERÁS, 2002a). Outras experiências isoladas vêm acontecendo pelo país. Porém, a divulgação dos mesmos, por meio de publicações, deixa a desejar. O CRFa percebendo essa dificuldade, e como forma de estimular iniciativas semelhantes, tem publicado relatos dessas experiências.

A Dra. Nereida Gioppo, farmacêutica, preceptora da residência e coordenadora do pólo regional de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal de Saúde da Família de Cascavel, enfatizou que a residência mostrará a importância da inserção desses profissionais. Sobre a fonoaudiologia, afirmou ainda que:

“[...] tem uma atuação preventiva fundamental nas questões de comunicação e nas questões diagnósticas, o que hoje é feito de forma paliativa pelo serviço de enfermagem e no caso medicamentoso, pelo médico, na estrutura atual do PSF. Queremos mostrar – e a própria população vai exigir – que estes profissionais

precisam ser inseridos no PSF” (CONSELHO FEDERAL FONOAUDIOLOGIA, 2002:31).

O primeiro livro sobre o tema no Brasil foi editado apenas em 2002 com o título: “Fonoaudiologia e Saúde Pública” (BARROS, 2002b). O livro trouxe inúmeros trabalhos relatando experiências e discussões acerca das possibilidades de atuação do fonoaudiólogo em saúde coletiva. Dentre as quais podem ser citadas a atuação na orientação na gravidez (exercícios para o parto); no programa de hanseníase; na prevenção de incapacidades, de problemas respiratórios e de úlceras de pressão; em grupos de postura, de hipertensão arterial, de diabetes; de AIDS.

Apesar de não ser do escopo deste trabalho detalhar práticas de atuação do fonoaudiólogo, optou-se por apontar as seguintes ações:

a) Hipertensos e diabéticos:

O fonoaudiólogo, assim como outros profissionais da área de saúde, pode atuar no atendimento, aconselhamento e na realização de atividades em grupo com os indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM).

Nos indivíduos hipertensos, além das orientações para o auto-cuidado, monitoramento freqüente da pressão arterial e caminhadas, o papel do fonoaudiólogo é importante naqueles usuários cujas condições clínicas ou outras complicações exijam um acompanhamento especial (DELIBERATO, 2002; SAMPAIO, 2002; SILVA, G., 2002; RAGASSON et al, 2003).

Nos casos de DM, o trabalho em grupo traz benefícios para esses indivíduos, promovendo a saúde através de orientações quanto aos cuidados a serem tomados em relação a alterações de sensibilidade, especialmente nos órgãos fonoarticulatórios e da audição, importância dos cuidados com a alimentação e da realização de atividade física freqüente (SAMPALIO, 2002; SILVA,G., 2002; RAGASSON et al., 2003).

Nos grupos, podem ser realizados exercícios respiratórios, de reequilíbrio muscular, proprioceptivos, equilíbrio e coordenação motora, além da reabilitação vestibular e da diminuição da acuidade auditiva, onde for possível (DELIBERATO, 2002).

b) Postura corporal e saúde dos estudantes:

Faz parte do trabalho do fonoaudiólogo orientar a população sobre os cuidados com a postura dos órgãos fonoarticulatórios, atuando na prevenção de alterações da motricidade orofacial (PEREIRA et al., 2004). Pode atuar no PSF através de atividades em grupo que, além de contribuir para a diminuição da demanda por atendimentos individuais, é um fator importante na adesão ao tratamento (SAMPAIO, 2002).

Em relação ao cuidado da saúde dos estudantes, provavelmente, a importância maior da atuação do fonoaudiólogo esteja voltada à questão da aprendizagem (DELIBERATO, 2002). A prevenção, além da identificação e intervenção precoce, quando alterações de aprendizagem, leitura e escrita estiverem instaladas, trazem benefícios para a saúde dessa parcela da população.

c) Gestantes:

O fonoaudiólogo atua no bem-estar, aliado a exercícios respiratórios e de relaxamento, manipulação, além da orientação da gestante sobre como proceder no pré e pós-parto (RAGASSON et al, 2003). Pode-se fazer uso da orientação da amamentação, sucção digital e de chupeta.

d) Acidentes de trabalho:

Faz parte do trabalho do fonoaudiólogo atuar na saúde ocupacional da comunidade com o objetivo de prevenir em todos os níveis, utilizando todos os tipos de esforços e estratégias, visando atingir a satisfação laboral plena do trabalhador (DELIBERATO, 2002). Pode atuar junto à equipe de saúde, levando orientações e promovendo alterações ergonômicas, especialmente nas pequenas e médias empresas na área de abrangência da USF, com controle de ruído ambiental e indicação de equipamentos de proteção individual (EPI).

e) **Asma:**

Os problemas respiratórios em João Pessoa são freqüentes em função da poluição atmosférica, em especial devido às alterações bruscas de temperatura e um período de estiagem que provoca uma reduzida taxa de umidade relativa do ar, provocando calor intenso.

No caso da asma, especialmente nas crianças, o trabalho do fonoaudiólogo consiste no treino para que ela adquira o controle respiratório durante atividades de vida diária, aumentando sua capacidade de realizar exercícios que produzam aumento da freqüência respiratória, sem desencadear a crise de asma. Isso possibilita que a criança possa participar de atividades normais para o seu desenvolvimento. Evitar a utilização da respiração bucal e controle dos hábitos parafuncionais. (PAYNO, 1999).

f) **Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor (DNPM) e deficiência física:**

É de fundamental importância que as pessoas que têm contato com crianças, principalmente nos primeiros anos de vida, saibam identificar as etapas normais do desenvolvimento infantil, como observamos no discurso abaixo:

“Isso para que as crianças com desenvolvimento normal recebam estímulos adequados e crianças com atraso ou transtornos no desenvolvimento, possam além de receber estímulos, ter o mais precocemente possível, identificado seu déficit” (MAYER, 2002).

O fonoaudiólogo, além de atuar no estímulo a crianças com atraso de DNPM, que muitas vezes são apenas de origem ambiental, pode desenvolver grupo com mães e bebês possibilitando diagnóstico e intervenção precoces e adequados.

Essa atuação com as crianças com atraso de DNPM, assim como a atuação na questão da postura dos órgãos fonoarticulatórios e outras, faz com que haja, na atuação do fonoaudiólogo a preocupação com a prevenção, promoção e recuperação de deficiências físicas.

g) Hanseníase:

O fonoaudiólogo atua nos indivíduos com essa patologia no estado inicial, promovendo o auto-cuidado para que sejam evitadas complicações, inclusive as que levam a limitações físicas e alimentares (GOMES et al, 2002; PEREIRA et al, 2004).

h) Internações hospitalares:

Em muitos dos exemplos citados acima, caso não haja a intervenção precoce do fonoaudiólogo, pode haver o agravamento, o que pode exigir a internação hospitalar, como o caso de um paciente com AVC que, restrito ao leito, pode ter complicações respiratórias ou alterações graves de fala, ou de crianças com atraso de DNPM, que podem apresentar afecções do aparelho respiratório e deformidades posturais dos órgãos fonoarticulatórios. O acesso precoce ao fonoaudiólogo não só reduz a possibilidade de progressão das lesões, que podem levar à hospitalização, como, caso essa seja necessária, é responsável pela redução da permanência no leito, o que representa maior rotatividade e resolutividade (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 1999).

Deve haver, na atuação desse profissional, uma preocupação com as demandas que atingem a sociedade e que exigem a participação no desenvolvimento de ações resolutivas, coerentes com as necessidades de uma grande parcela da população brasileira, que não tem acesso ao atendimento fonoaudiológico.

Pelas experiências demonstradas, entende-se que o fonoaudiologia poderá ter papel relevante na saúde pública, associado à concepção de promoção da saúde. Esse profissional pode e deve atuar em defesa da saúde individual, social e ambiental, de forma integral junto à população.

É comum ouvir relatos que demonstram que o conhecimento da população, entre outros profissionais da área da saúde, sobre a atuação profissional do fonoaudiólogo é restrito. Esses relatos estão presentes em eventos, discussões profissionais e, até mesmo, em publicações na área.

Porém, a literatura sobre o tema é escassa, o que faz com que não se possa afirmar, hoje, até que ponto esse fato é verdadeiro.

Tem-se, assim, a idéia de que o conhecimento da maioria desses profissionais e da população restringe-se à realização de massagens, à reabilitação, especialmente de problemas ortodônticos, ou atendimento de qualidade vocal para artistas. Ou seja, acaba-se criando a imagem, para a população geral, de que é uma profissão de elite, que só quem pode pagar tem acesso.

Lattore (2002) afirmou que as possibilidades de intervenção do fonoaudiólogo, em praticamente todas as especialidades fonoaudiológicas, eram desconhecidas pela maior parte da população, incluindo demais profissionais da área de saúde. Dessa forma, parte da população ficava à mercê de situações indesejáveis que poderiam ser evitadas. Essas situações indesejáveis, citadas pelo autor, talvez sejam a principal consequência que a falta de conhecimento acarreta, ou seja, há uma procura ou encaminhamento tardio pelo atendimento fonoaudiológico, dificultando a recuperação e favorecendo a instalação de seqüelas.

No estudo de Viana et al. (2003), em Belo Horizonte (MG), a maioria dos pacientes assistidos (54%) em um serviço de fonoaudiologia associou o tratamento de fonoaudiologia a trabalho de nível técnico. Apenas menos de 8% da amostra estudada foi capaz de associar objetivamente o papel do fonoaudiólogo, segundo os autores.

Quando da aplicação da estratégia “quem ouve bem aprende melhor” na atuação do fonoaudiólogo no PSF das principais capitais brasileiras, tem-se o seguinte relato: “no primeiro instante, os profissionais de saúde – médicos e enfermeiros – não entendiam bem o papel e a função do fonoaudiólogo no trabalho coletivo, intervindo em promoção e prevenção da saúde” (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2003:15). Hoje, no Brasil, a atuação do fonoaudiólogo no PSF já é uma realidade. Médicos e enfermeiras, quando questionados sobre o tipo de trabalho desenvolvido pelo profissional na ESF, percebe-se que 62% das atividades citadas se referiam àquelas ligadas à promoção e prevenção de doenças, como os grupos de postura e o de gestantes (VERÁS, 2002a).

Alguns estudos sobre o conhecimento da atuação do fisioterapeuta por outros profissionais de saúde foram realizados nos EUA, na década de 80. Porém, esses estudos estavam voltados apenas para a atuação do fonoaudiólogo na reabilitação. Um deles é o de Staton et al. (1985), estudo com médicos residentes em Boston (EUA), onde, na época, era exigido o encaminhamento do médico e, em alguns casos, era prescrito o tratamento, e se esperava que o fonoaudiólogo o seguisse mesmo que fosse contra-indicado ou eticamente inapropriado. Embora 98% dos residentes terem informado que referenciavam pacientes para fonoaudiologia, apenas 54% afirmaram que possuíam informação suficiente para encaminhar os pacientes de forma efetiva. Na avaliação de conhecimentos, realizada no estudo, 86% da amostra sequer conseguiu alcançar 50% de escore máximo do teste.

Tais resultados são preocupantes, considerando a responsabilidade que esses médicos assumiam naquela época. Mesmo sem considerar que tinham conhecimentos efetivos sobre a fonoaudiologia, prescreviam. É provável que a prescrição fosse realizada utilizando os procedimentos de que tinham conhecimento, o que provocava um aproveitamento aquém do que poderia ser oferecido diante do arsenal terapêutico da fonoaudiologia.

No trabalho de Uili et al. (1984) foi demonstrado que os médicos com mais alto conhecimento geral sobre fonoaudiologia encaminharam, a cada semana, significativamente mais novos pacientes para a fonoaudiologia que os que apresentaram conhecimentos mais baixos. O grau de conhecimento foi maior nos aspectos tradicionalmente associados à profissão (exames, terapia e brincadeiras), que nos EUA podem ser realizados por técnicos em contraste, com os procedimentos profissionais realizados pelo fonoaudiólogo.

Verificou-se assim, que os profissionais com mais tempo de trabalho na área foram os que apresentaram maior grau de conhecimento. Diante disto, os autores apontaram para a necessidade de intervenção na educação dos médicos sobre o papel do fonoaudiólogo, especialmente nas escolas médicas, apesar de afirmarem que a intervenção deve ocorrer também nos serviços e na educação continuada, pois com isso poder-se-ia gerar um aumento na utilização dos procedimentos profissionais do fonoaudiólogo.

Gilmar Silva (2002) citou que a pouca experiência da fonoaudiologia na atenção primária e o reduzido número de profissionais atuando nas

Unidades Básicas de Saúde (UBS) resulta no desconhecimento das inúmeras possibilidades de atuação do fonoaudiólogo por outros profissionais de saúde.

No PSF, pela proximidade entre os profissionais da ESF e a população, é importante que os primeiros saibam detectar os casos em que haja necessidade de atuação do fonoaudiólogo, para que a intervenção possa ocorrer o mais breve possível, seja para fazer a notificação para o fonoaudiólogo que atua na estratégia, onde houver a presença deste profissional, seja para o encaminhamento ao serviço de referência. Desta forma, o objetivo comum, ou seja, a assistência à saúde da população, poderá ser atingido com uma maior rapidez e melhor qualidade.

É o que está ocorrendo, por exemplo, em Cascavel, no Paraná. A participação do fonoaudiólogo junto à equipe multiprofissional da residência fez com que os outros profissionais conhecessem as peculiaridades da atenção fonoaudiológica, como relatou o residente do serviço social Elias Oliveira: “Hoje, com um fonoaudiólogo na equipe, além de entender a prática cotidiana dele e ele a minha, podemos ser parceiros para organizar uma ação mais concreta para aquela comunidade” (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2002:31).

2.3 - BREVE REFLEXÃO ACERCA DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) emergiu no campo da Psicologia Social, no início dos anos sessenta, elaborada por Serge Moscovici, quando o mesmo investigava sobre "*La psychanalyse son image et son public*" (1961). A referida teoria tem sido amplamente utilizada nos estudos e pesquisas no campo da saúde, por possibilitar uma interpretação da realidade que rege as relações, isto é, por dar conta da "construção social da realidade". Apesar de ter sido negligenciada pela comunidade científica por um longo tempo, atualmente constitui uma referência importante por procurar suprir lacunas, ao tentar resgatar a noção do social de modo não dicotomizado, possibilitando articulação da dinâmica social com a psicológica.

A abordagem teórico-metodológica proposta para este estudo baseou-se na formulação de Moscovici(1961/1978) sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS). O autor constrói sua teoria tendo como referência o conceito de representações coletivas desenvolvido por Durkheim, na Sociologia, e o de Lévi-Bruhl, na Antropologia, entre outros. Esta teoria tem como pontos centrais a atividade do sujeito e a realidade do mundo.

Segundo Durkheim (1994), a vida coletiva e mental dos indivíduos é feita de representações. Uma vez constituídas, as representações tornam-se realidades parcialmente autônomas, com vida própria, isto é, mesmo mantendo íntimas relações com seus respectivos substratos, as representações individuais e coletivas são, até certo modo, independentes.

Tendo origem nas relações que se estabelecem entre o conjunto dos indivíduos associados, as representações coletivas são independentes e exteriores às consciências individuais, isto é, existem no conjunto e são exteriores ao particular, como fatos sociais (DURKHEIM, 1994).

Para o referido autor, assim como a vida representativa não está repartida de maneira definida entre os diversos elementos nervosos, pois ela é formada pela reunião e colaboração de vários desses elementos, o mesmo acontece com a vida coletiva, que existe no todo formado pela reunião de indivíduos.

Assim sendo, o agrupamento das partes que forma o todo não se dá de forma repentina, há uma série de fatores intermediários para que aconteça e a partir disso, surgem novos fenômenos que não derivam diretamente dos elementos associados. Sentimentos privados são unificados e transformados e, nesta associação, a síntese é obra do todo. A resultante ultrapassa o indivíduo e o todo ultrapassa a parte. Assim, torna-se claro, que representação coletiva não pode ser reduzida a um conjunto de representações individuais (DURKHEIM, 1994).

Moscovici (1960; 1978) procura assim, a partir do conceito de Durkheim enfatizar que no processo de construção das representações sociais esta, se dá na interface entre permanências e diversidade. As permanências podem ser acessadas através das profissões consideradas antigas e em modelos culturais. As diversidades são relativas aos aspectos individuais, próprios de cada sujeito, isto é, o que cada indivíduo em sua relação com o mundo construiu como representações das chamadas 'novas' profissões.

Neste sentido, é possível encontrar representações de fonoaudiólogos relativamente fixas que se repetem nos discursos populares e científicos ao longo dos anos. E também encontrar representações muito diferentes entre si que são relativas ao modo como cada indivíduo configurou a sua imagem sobre o fonoaudiólogo e a sua vivência ou não, com esse profissional. Pesquisar o processo de construção de representações sociais e significados pessoas sobre o fonoaudiólogo implica em fazer uma leitura sobre conteúdos advindos das permanências e das adversidades, procurando perceber como estes emergem, as relações que estabelecem entre si em que medida um determina o outro. Estas idéias são enfatizadas por SPINK (1993), quando defende que a construção das representações sociais ocorrem entre permanências e diversidades culturais.

As diferentes representações sociais sobre o fonoaudiólogo têm implicações na vida profissional, ou melhor, nos comportamentos adotados pelos demais profissionais da equipe de saúde do PSF, resultantes das diferentes representações construídas e compartilhadas socialmente e do significado pessoal que o fonoaudiólogo adquire em sua vida, responsáveis pelas dimensões psicossociais e culturais.

Nesta perspectiva, mesmo fundamentando-se na conceituação de Durkheim para construir sua teoria, Moscovici também o critica, chamando atenção para a seguinte análise:

"O perigo implícito de esquecer que a força do que é coletivo (Durkheim sugeriu o termo representações coletivas), encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais, que o desafiam e se necessário o transformam" (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995:19).

Para os referidos autores, diferente das sociedades modernas, estudadas por Moscovici, que tem como uma das características o dinamismo, no modelo de sociedade de Durkheim as mudanças ocorriam lentamente.

Segundo Farr (1995), Moscovici considera mais adequado, num contexto moderno, o estudo das representações sociais tendo em vista a complexidade destas sociedades. O conceito de representações coletivas, utilizado por Durkheim, era mais apropriado para fenômenos que apresentavam uma certa estabilidade.

"As sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. Há, nos dias de hoje, poucas representações que são verdadeiramente coletivas" (FARR, 1995:44-45).

Assim, a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Moscovici, distingue-se por sua mobilidade, permeabilidade e flexibilidade. "As representações sociais, portanto, são a expressão de permanências culturais como são o *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição" (SPINK, 1993:305).

Desta forma, as representações sociais modelam o que é dado do exterior, a partir da relação dos indivíduos e grupos com objetos, atos e situações estabelecidas por inúmeras interações sociais, pensou-se que estudar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe de saúde, é possível apreender o posicionamento dos demais profissionais e entender o grau de aceitação desse profissional tanto pela equipe quanto pelos usuários e assim entender como são descritas as práticas profissionais dos fonoaudiólogos. Logo, a reprodução feita pela representação demanda modificação das estruturas, dos elementos, enfim, uma reconstrução

daquilo que é dado no contexto de valores, regras e noções; uma vez que não há um corte dado entre universo exterior e universo do grupo, ou do indivíduo e que o objeto está inserido num contexto dinâmico, parcialmente concebido pelo coletivo ou indivíduo como prolongamento de seu comportamento (MOSCOVICI, 1978).

"Ela (a representação social) consegue inculcar um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes" (MOSCOVICI, 1978:49).

Na vertente sociológica as representações sociais são entendidas como categorias que revelam, explicam ou questionam a realidade. Essas são consideradas matérias primas para a análise social de fenômenos. Mas é fundamental lembrarmos que cada grupo social tem sua representação particular de acordo com a posição na sociedade e interesses específicos (MINAYO, 1995).

"As representações sociais não são necessariamente conscientes. Podem até ser elaboradas por ideólogos e filósofos de uma época, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento do coletivo ou dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam como elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso mesmo, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo" (MINAYO, 1995:109).

Seguindo este pensamento, as representações sociais aparecem como construções contextualizadas de sujeitos sociais a respeito de objetos socialmente valorizados. Podem ser identificadas através dos saberes populares e do senso comum. Elas são formas de conhecimentos particular que define comportamentos e é responsável pelas comunicações entre os indivíduos, no contexto social. Sendo uma das formas de apreensão do mundo concreto, ela motiva e facilita a transposição de conceitos e teorias para o plano do saber imediato e permutável, promovendo comportamentos ou visões socialmente adaptados ao conhecimento real. Nela percebe-se uma reflexão coletiva, direta e diversificada. Assim sendo,

"Por um lado, a representação toma o lugar da ciência e, por outro, a constitui (ou a reconstitui) a partir das relações sociais envolvidas; de um lado, portanto, através da representação, uma ciência recebe uma duplicação, sombra colocada sobre o corpo da sociedade, e, de outro lado, ela se desdobra - na medida em que está fora do ciclo e no ciclo das transações e dos interesses correntes da sociedade" (MOSCOVICI, 1978:78).

A análise das representações sociais nos permite encontrar não só os elementos estáveis e contraditórios do discurso social, como também a riqueza do simbólico presente no senso comum que traz à tona sentimentos, emoções, entendimentos e os sentidos que os sujeitos sociais dão à sua realidade. Assim, os significados acontecem pela influência mútua e constante entre o senso comum e a ciência. A ciência produz uma diversidade de conhecimentos sobre o fonoaudiólogo que circulam através da imprensa e são re-elaborados socialmente. As articulações entre o senso comum e o saber científico se dão de múltiplas formas, muitas vezes são representações hegemônicas (VALA, 2003) originadas destas articulações que se cristalizam e se transformam em produções sócio-culturais.

Desta forma, a riqueza do simbólico é fruto dos modelos vigentes acerca do fonoaudiólogo e de suas práticas em uma determinada época e da formação sócio-grupal, responsáveis pela construção de significados muitas vezes resultantes da interação entre o senso comum e a ciência.

A utilização do conceito de representações sociais possibilita a compreensão, não só o significado da atuação profissional do fonoaudiólogo no PSF, como também a entrada no desconhecido universo da atuação multidisciplinar em si.

Tais concepções vão de encontro com o conceito de Jodelet (1989: 36) quando afirma ser a representação social,

"[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

Elegeu-se esta definição sobre representação social para nortear esse estudo, por se compreender que a representação social sobre a participação do fonoaudiólogo em unidades básicas de saúde não é um simples reflexo da realidade, mas uma organização significativa responsável pela concepção da prática profissional dos fonoaudiólogos no âmbito do PSF.

Para Abric (1998:28) as representações sociais “determinam diretamente os comportamentos individuais ou dos grupos”, sendo verdadeiras matrizes de leituras e decodificação da realidade, por suas funções práticas.

O referido autor, afirma que as representações sociais possibilitam a compreensão e explicação da realidade por definir a identidade, procurando proteger a especificidade do grupo, guiando os comportamentos e as práticas, e justificando as tomadas de posição e comportamentos.

Jodelet (1984: 112) assinala que para Moscovici a importância da função de guia na comunicação que as representações são responsáveis a partir da apreensão e controle do meio social.

“Isto ao fato de as representações sociais apreenderem a visão de mundo dos sujeitos e interpretá-las, de modo a guiarem nossas relações com o mundo, orientando e organizando as formas de comunicação e de conduta”.

Para tanto, posteriormente, Abric (1998) acrescenta as funções de guia de comportamento e justificativa de tomada de posições dos sujeitos descitas por Moscovici (1978) mais duas funções, definindo assim as quatro funções que as representações possuem, como:

- a) *função do saber*, que permite compreender e explicar a realidade em que os sujeitos sociais adquirem conhecimentos e os integram de modo assimilável e compreensível para eles em coerência;
- b) *função identitária*, que define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos em que se situam os sujeitos sociais e os grupos dentro do campo social e pessoal satisfatório, compatível com as normas e valores historicamente determinados;
- c) *função de orientação*, que guia os comportamento e práticas por ser prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um contexto social;
- d) *função justificador*, a que permite, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, permitindo aos sujeitos explicar e justificar suas condutas em uma situação ou face de seus pares.

A construção e funcionamento de representações sociais ocorrem mediante dois processos que são destacados por Vala (1993) como: *objetivação e ancoragem*.

Segundo o referido autor, o processo de **objetivação** permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos. Isto é, como um conceito é objetivado, compreende a materialização do objeto, fenômeno, e se torna expressão de uma realidade vista como natural.

O processo de **ancoragem** diz respeito à funcionalidade das representações, à sua constituição em um sistema de classificação, explicação e avaliação de pessoas ou acontecimentos. Esse processo diz respeito à transformação do não-familiar em familiar e às formas pelas quais as RS, uma vez constituídas, tornam-se funcionais (VALA, 1993).

Para esse autor relacionar na ancoragem os sistemas de comunicação, ou seja, comunicação social enquanto modalidade de relação social, esses orientam a forma através da qual o novo se torna familiar; os sistemas de comunicação propostos são os seguintes: propaganda, propagação e difusão.

Seguindo aquilo que relata Moscovici (1978) as RS, ao serem analisadas, devem ser consideradas a organização do conteúdo, a partir de três dimensões: a informação, a atitude e o campo de representação.

O autor descreve estas dimensões da seguinte forma: a **informação** é uma “*organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto*”; o **campo da representação** diz respeito “*ao conteúdo concreto e a um aspecto relevante do objeto de representação*” (MOSCOVICI, 1978: 65). Herzlich (1973: 70) descreve que “*uma representação nunca pode ser analisada isoladamente, mas em articulação com outras, formando um campo de representação*”; **atitude** “*relaciona-se à orientação global que o sujeito tem em relação ao objeto de representação social*”. O autor ainda chama a atenção, afirmando que as três dimensões do conteúdo podem não acontecer, simultaneamente, no mesmo grupo estudado.

Ao tentar compreender como o conhecimento do senso comum a respeito da atuação do fonoaudiólogo se constrói, precisa-se levar em consideração as estratégias utilizadas por estes, por fornecerem indícios sobre as formas de pensar e agir, associados ao contexto social no qual se encontram inseridos.

Desta forma, estudar a prática profissional do fonoaudiólogo, a partir das representações sociais elaboradas por outros profissionais e por si mesmos, apresenta-se como área profícua de estudo, por constituir expressões do conhecimento do senso comum, cujas práticas profissionais são expressões de um conhecimento mesclado na fundamentação científica, inseridos em um contexto social representado por uma relação potencial de conflito entre profissionais de saúde inseridos e a nova modalidade de inclusão profissional.

Dessa forma, observamos que os princípios teóricos das representações sociais trazem como vantagens a perspectiva de ajudar à compreensão da atuação do fonoaudiólogo na estratégia do programa de saúde da família, na concepção do conhecimento cotidiano, levando-se em consideração valores, emoções e concepções peculiares a cada profissional de saúde e dos fonoaudiólogos.

Para Abric (1998) a identificação da visão de mundo que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam, para agirem e para se posicionarem, é importante para a compreensão da dinâmica das interações sociais e classificação de determinantes das práticas sociais. Entender estes aspectos ajudará na contextualização das discussões propostas para este estudo.

CAPÍTULO III



(Fonte: O SUS de A a Z)

ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, fundamentado na Teoria das Representações Sociais para atender aos objetivos do estudo.

3.2 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O trabalho de investigação foi realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, região do Nordeste brasileiro, com profissionais da área da saúde que atuam no Programa Saúde da Família, bem como fonoaudiólogos também inseridos na referida estratégia.

O estudo foi desenvolvido em quatro unidades de saúde de cada distrito sanitário da cidade. Estruturamos desta forma para que pudéssemos ter uma visão geral dos profissionais de saúde que trabalham nesse programa.

3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte desta investigação trinta e seis sujeitos de ambos os sexos que aceitaram participar do estudo. Todos foram distribuídos em dois grupos (1 e 2). O grupo 1 compreende: enfermeiros, médicos e dentistas e, do grupo 2, fizeram parte apenas fonoaudiólogos. O grupo 1 abrange trinta sujeitos de todas as especialidades acima citadas e o grupo 2 compreende seis sujeitos com formação em fonoaudiologia. Foram consideradas, as variáveis sexo, idade, profissão, tempo de profissão, pós-graduação e tipo de pós-graduação.

3.3.1 O Perfil dos Sujeitos

Os dados constituídos pelas variáveis sócio-demográficas dizem respeito às questões fechadas contidas na primeira parte do instrumento, sendo responsáveis pelo perfil dos sujeitos, contidos no quadro abaixo:

Quadro 1: Distribuição dos sujeitos segundo as variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	GRUPO 1	GRUPO 2
SEXO Feminino Masculino	24 06	05 01
IDADE 20-30 31-40 41-50 51-60	01 12 12 05	02 03 01 -
TEMPO DE PROFISSÃO 1-5 6-10 11-15 16-20 21- e mais	06 03 01 12 08	05 - - 01 -
PÓS-GRADUAÇÃO Sim Não	25 05	06 -
ESPECIALIZAÇÃO Saúde Pública Saúde Coletiva Outra	13 02 10	01 01 04

3.3.2 Questões Éticas

Foram incluídos no estudo profissionais à demanda espontânea das UBS do município, que preencheram os seguintes critérios: a) ser profissional lotado naquela instituição; b) dispor-se, voluntariamente, em atendimento ao previsto na resolução 196/96 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996), a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo (Apêndice - 1); c) aceitar a gravação da entrevista.

Também foram considerados os aspectos éticos no que concerne à pesquisa, envolvendo seres humanos, preconizados na Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde – CNS, no que diz respeito à leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; ao tratamento dos participantes com dignidade; ao respeito à sua autonomia; garantia de sigilo, da liberdade de desistência e do acesso ao material empírico.

3.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Considerações teóricas

É interessante pontuar alguns aspectos relacionados com o método de coleta de dados nos estudos realizados com a utilização das representações sociais. A metodologia aqui apresentada para coleta de dados aborda um aspecto que abrange o método interrogativo, no qual se recorre à expressão dos sujeitos sobre o objeto social, cujo recorte pode ser verbal ou icônico.

Assim sendo, Oliveira (1996) destaca cinco técnicas de caráter interrogativo, distribuindo-as em: entrevista, questionário, pranchas indutivas, desenhos e suportes gráficos e abordagem monográfica. A autora destaca aspectos importantes, dentre os quais, destacam-se: a importância da expressão discursiva durante a entrevista, na contribuição de uma confiabilidade ou não, resultante da utilização de mecanismos psicológicos, cognitivos e sociais envolvidos na entrevista; a interferência das situações interacionais presentes na enunciação como o contexto, objetivos, *status*, imagem do entrevistador, tipos e naturezas de intervenções, enquanto responsáveis por uma produção discursiva específica.

Baseando-se nestas condições, foi eleito o método interrogativo compreendido por uma entrevista semi-estruturada, composta por questões abertas e fechadas. As entrevistas são compostas por duas partes, sendo a primeira compreendida por questões fechadas sobre os dados que delineiam o perfil dos sujeitos que participaram do estudo, e a segunda com questões abertas de caráter orientador, adaptadas para este estudo. As entrevistas foram elaboradas, subsidiadas pelo referencial teórico, sendo inicialmente

3.4.3 Procedimentos

Definidos os objetivos deste estudo, prosseguiu-se o levantamento dos dados através da Secretaria de Atenção à Saúde da Prefeitura Municipal de João Pessoa, na Paraíba, com o objetivo de encontrar o número e a localização das unidades básicas de saúde da área de abrangência de atuação dos profissionais que estão incluídos neste estudo para integrarem os dois grupos, escolhidos aleatoriamente. Dentre os serviços procurados, participaram as Unidades de Saúde de Mangabeira, Valentina, Manaíra, Torre, Treze de Maio, Bancários, Timbó, Cruz das Armas, Alto do Mateus I e II, Bairro das Indústrias e Bairro dos Novais. Após a apresentação dos objetivos do estudo, os sujeitos eram convidados a participarem da entrevista por ocasião do dia de atendimento do profissional na unidade, de acordo com o horário de funcionamento do lugar. As entrevistas foram feitas individualmente com uma duração média de quarenta minutos. Cada entrevista foi descrita de acordo com a concordância prévia do participante. Em outro momento, tentou-se estabelecer uma conversação informal que permitisse um clima em que não houvesse julgamento de valores sobre as opiniões relatadas pelos participantes.

Posteriormente, os resultados desta pesquisa foram apresentados em quadros, gráficos e figuras.

3.4.4 Análise e Tratamento dos Dados

As informações obtidas através das entrevistas compreendidas por um *corpus* de 36 entrevistas foram submetidas ao *software* ALCESTE 4.8 (Análise Lexical por Contexto [SIC] de um Conjunto de Segmentos de Textos) (REINERT, 1998), seguindo as etapas abaixo:

3.4.4.1 Preparação do Banco de Dados

Organizou-se as informações segundo cada sujeito, agrupadas e digitadas, considerando cada questão.

3.4.4.2 Processamento dos Dados

- Identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes) e constituição de um dicionário;
- Segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's);
- Delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas;
- Análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas;
- Análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendogramas) (OLIVEIRA; ALVARENGA, 2001).

Este procedimento possibilitou a delimitação de quatro classes semânticas ou categorias lexicais semanticais em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras contidas no vocabulário e da sua contextualização dentro dos segmentos de textos articulados, nos quais foram identificados os conteúdos de representações, de acordo com cada classe. Desta forma, estas classes ou categorias foram apreendidas a partir da análise lexical, de dois grupos de sujeitos, organizados pelas unidades de contexto inicial (UCI's), divididas em 235 segmentos de textos, ou seja, unidades de contexto elementar (UCE's), as quais se encontram dispostas no quadro a seguir:

Quadro 2: Distribuição das Classes ou Categorias Temáticas.

CLASSES ou Categorias Temáticas	
Classe 1	Descrições sobre as atividades do Fonoaudiólogo.
Classe 2	Participação do Fonoaudiólogo na equipe multiprofissional.
Classe 3	Justificativas para inclusão do Fonoaudiólogo na atenção básica de saúde.
Classe 4	Sócio-dinâmica de atendimento dos usuários.

Os dados obtidos foram analisados e interpretados a partir do referencial teórico das representações sociais e apresentamos conforme informações anteriores que estão expostos no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV



APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS

4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O FONOAUDIOLOGO E SUA INCLUSÃO NA EQUIPE DE SAÚDE: definição, atividades e importância de sua inclusão ou não, na equipe de saúde.

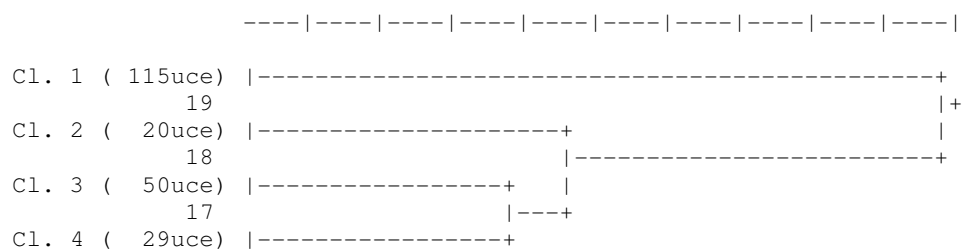
Os dados submetidos ao *software* ALCESTE foi constituído por um *corpus* que apresentou 36 textos ou Unidades de Contexto Inicial (UCI's), com uma freqüência um (1) que foi dividido em 235 segmentos de textos denominados de Unidade de Contexto Elementar (UCE's), sendo 214 aproveitadas pela análise do ALCESTE equivalendo a 91,06%.

Vale destacar que o número de ocorrências suplementares foi de 542. Assim, após este programa ter efetuado a redução às suas raízes, obteve 3395 palavras analisáveis; conseqüentemente, o número das palavras analisáveis/ UCE's foi de 3.544681 e o total de palavras por unidade do contexto foram 10.

A análise do material foi baseada na inferência do pesquisador, a partir da classificação dos significados verbalizados nas entrevistas. Esta classificação pode mostrar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua inclusão na equipe de saúde nas unidades básicas de saúde, a partir da elaboração de segmentos cognitivos construídos pelos atores sociais (médicos, enfermeiros, dentistas e fonoaudiólogos) em função das classes delimitadas, através deste programa informatizado.

Neste sentido, salienta-se que foram identificadas quatro classes semânticas ou categorias temáticas, que estão ilustradas na figura 01 e serão interpretadas a seguir:

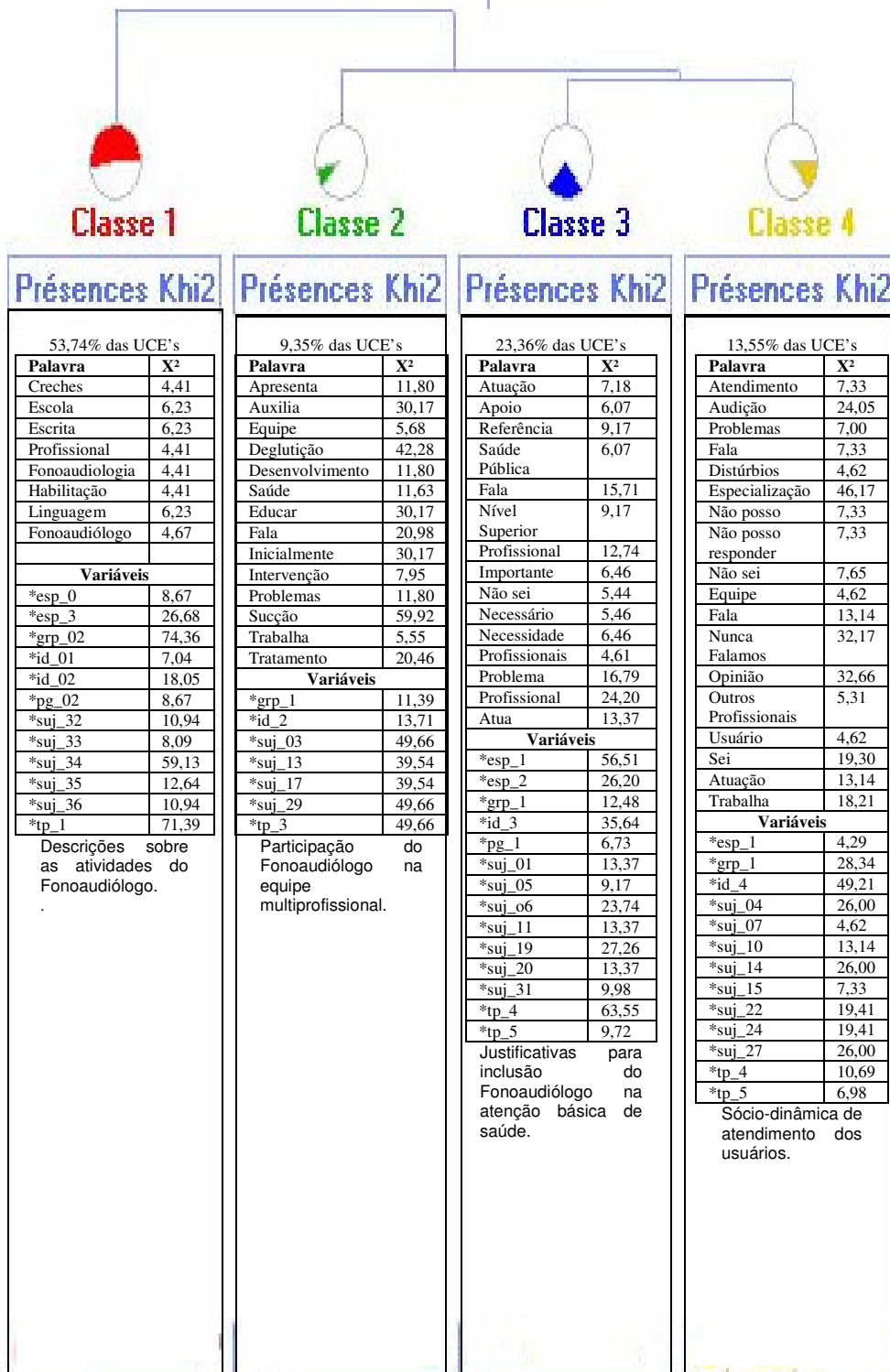
Figura 1: Classificação Hierárquica Descendente



A distribuição dos conteúdos nas classes encontram-se distribuídas na figura a seguir.

Figura 2: Distribuição das Classes Temáticas - Análise Alceste

Distribuição das Classes Temáticas



A partir das figuras observamos um destaque para as classes um e três: com 115 UCE's, que colaborou com 53,74% do material analisado e a classe três com 50 UCE's com 23,36% respectivamente.

O conteúdo semântico responsável pela classe/categoria temática um - **Descrições sobre as atividades do Fonoaudiólogo** – diz respeito aos conteúdos que tratam das atividades do fonoaudiólogo frente a atenção à saúde.

Na figura 01, com relação à *classe um* observa-se que as palavras associadas que mais se destacaram no campo semântico foram aquelas que possuem maior valor do qui-quadrado relacionado aos elementos sócio-cognitivos como: *escola*, *escrita* e *linguagem* com 6,23 do grau de significação para o grupo de entrevistados. Essas representações são consideradas as características mais visíveis da classe um no *corpus*, sendo que o número de palavras selecionadas foi de 38 palavras. Estão associadas a esta classe a contribuição dos sujeitos do grupo 2 que é compreendido pelos fonoaudiólogos que atuam na estratégia saúde da família em João Pessoa.

Para os sujeitos do grupo 2 eles associam o trabalho do fonoaudiólogo relacionado ao desenvolvimento das competências do trabalho profissional do fonoaudiólogo. As práticas desenvolvidas pelos fonoaudiólogos são apontadas em diferentes áreas de atuação em inúmeras áreas da saúde.

Percebe-se então, que existe uma grande diversidade de aspectos relacionados ao objeto de trabalho da fonoaudiologia. Se se utiliza o número de ocorrências das palavras eliciadas pelos sujeitos, percebe-se que a área de problemas de linguagem tem alto fator de percepção, uma vez que as palavras envolvidas estão relacionadas entre si. Apesar de se observar a ênfase no processo das palavras relacionadas à competência, evidencia-se a necessidade de perceber a atuação profissional em outras áreas, pesquisa e educação, como está comprovado nos segmentos de falas colhidos dos sujeitos:

“[...] dentre inúmeras atribuições, podemos trabalhar a prevenção dos distúrbios da comunicação humana criando condições favoráveis para que a comunicação se desenvolva de forma adequada. O fonoaudiólogo pode atuar em berçários, creches, pré-escolas, escolas, unidades básicas de saúde, área cultural, junto a profissionais de rádio, televisão, teatro, indústria, procurando prevenir perdas auditivas em trabalhadores expostos a ruído [...]”

E ainda no trecho abaixo:

“[...]relacionadas as condições de vida e trabalho além de gestão e pesquisa, focalizando as necessidades dos diversos enfoques da sociedade em resposta as complexidades sociais a partir de uma fundamentação teórico-metodológica envolvida com o campo fonoaudiológico e com as necessidades do usuário[...].”

Contudo, podemos levar em consideração quanto ao nível de informação dos sujeitos acerca do trabalho do fonoaudiólogo, que vão de encontro com as informações contempladas no Conselho Federal do Fonoaudiólogo, conforme conteúdo a seguir:

“É de responsabilidade do fonoaudiólogo, de acordo com seu conselho de classe, desenvolver ações, em parceria com os educadores, que contribuam para a promoção, aprimoramento, e prevenção de alterações dos aspectos relacionados à audição, linguagem (oral e escrita), motricidade oral e voz e que favoreçam e otimizem o processo de ensino e aprendizagem, o que poderá ser feito por meio de: Capacitação e assessoria, podendo ser realizadas por meio de esclarecimentos, palestras, orientação, estudo de casos entre outros; Planejamento, desenvolvimento e execução de programas fonoaudiológicos; Orientações quanto ao uso da linguagem, motricidade oral, audição e voz; Observações e triagens fonoaudiológicas, com posterior devolutiva e orientação aos pais, professores e equipe técnica, sendo esta realizada como instrumento complementar e de auxílio para o levantamento e caracterização do perfil da comunidade escolar e acompanhamento da efetividade das ações realizadas e não como forma de captação de clientes. Ações no ambiente que favoreçam as condições adequadas para o processo de ensino e aprendizagem; Contribuições na realização do planejamento e das práticas pedagógicas da instituição” (RESOLUÇÃO CFFA Nº 309, 2005) .

Não se pode perder de vista que, embora este profissional tenha sido indicado na pesquisa como um profissional atuante na área da linguagem, ainda existem inúmeras outras possibilidades cabíveis a este profissional com formação plena na área de conhecimento da fonoaudiologia. Também é importante observar que este grupo foi formado pelos profissionais da fonoaudiologia configurado no grupo 2.

Compreende-se que, neste caso, a dificuldade de entender a atuação desse profissional, muitas vezes parte da própria iniciativa dos fonoaudiólogos não saberem definir sua atuação, ocasionando um desconhecimento geral de outras classes profissionais e de usuários da atenção à saúde.

A *classe dois* apresentada na figura 01, composta por 20 UCE's apresenta uma contribuição de 9,35%, diz respeito aos conteúdos em que os sujeitos falam da **Inclusão do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional**. Esta classe apresentou o menor número de UCE's, porém com uma contribuição efetiva para o estudo realizado.

Nesta classe verificou - se que unidades de falas que se destacaram com maior valor e os maiores qui-quadrado foram: *sucção* (59,92), *deglutição* (42,28), *educar* (30,17) e *auxilia* (30,17), estando associados às palavras selecionadas que foram 27 desta classe. Foi responsável pela formação desta classe os médicos, enfermeiros e dentistas.

O fonoaudiólogo desenvolve na concepção dos referidos profissionais o que pode estar associado diretamente as atividades que os profissionais entendem como próprias do fonoaudiólogo. Estas dimensões mais práticas são objetivadas em práticas de sucção e deglutição, relacionadas apenas com a fala, mas também pelas práticas educativas, próprias da educação em saúde. No tocante a inclusão na equipe de saúde a mesma está associada à atividade aplicada à atuação propriamente dita, sendo que esta atuação funciona de forma interligada entre todos os profissionais que compõem a equipe de uma determinada área de abrangência do programa saúde da família. Podemos observar esta caracterização nas falas abaixo:

“[...] apresenta se como mais um membro da equipe [...] traz seus conhecimentos para somar no processo do cuidado das famílias assistidas trabalhando com integralidade [...] relação com a saúde da criança através de amamentação, fala, respirador bucal, uso da mamadeira, chupeta, maus costumes, auxilia a mulher gestante, processo de orientação da mamada[...].”

“[...] fonoaudiólogo trabalha muito perto de nossa atuação, auxilia no estímulo de sucção, deglutição do bebê, na fala da criança, organização do respirador oral em todo crescimento e desenvolvimento da criança. [...] profissional de saúde que ajuda a equipe multiprofissional, organizar o que não está indo bem com relação à audição, fala, sucção e deglutição, tem papel também de reabilitar.”

Quanto à *classe três*, formada por 50 UCE's, que contribuiu com 23,36%, para consolidação dessa classe o fenômeno é representado a partir

de **Justificativas para inclusão do fonoaudiólogo na atenção básica de saúde.**

Analisando a figura 1 nota-se que os sujeitos objetivaram o fonoaudiólogo e sua inclusão influenciado pelos processos de influência grupal que marcam e regulam o desenvolvimento das atividades profissionais, e a experiência de 'novas' profissões (fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas e outros) no âmbito da atenção básica e de novos papéis socialmente valorizados. Observamos uma distribuição do qui-quadrado, como: *profissional* (24,20), *problema* (16,79), *fala* (15,71) e *atua* (13,37) e um total de 43 palavras selecionadas. Com isto observa-se na figura 1 que a classe três assim como a foi consolidada pelo grupo 1, que é composto por médicos, enfermeiros e dentistas, predominantemente na faixa etária entre 31 e 40 anos e com tempo de profissão entre 11 e 15 anos.

A classe três emerge focalizando a participação efetiva do profissional da fonoaudiologia como membro da equipe de saúde, inserindo a aplicabilidade de seu trabalho na atenção básica de saúde. Percebe-se nas falas dos sujeitos que, embora para alguns haja de fato a necessidade do trabalho deste profissional no âmbito da Saúde Pública, é observável também que há discordâncias sobre sua inclusão. Para alguns sujeitos, este profissional não é necessário na equipe, pois a estrutura do programa não comporta, principalmente porque sua atuação, segundo alguns profissionais, é realizada através de equipamentos sofisticados e caros. Vejamos nas falas a seguir:

“... Tenho pouco conhecimento de fato sobre esta atuação e não posso falar com propriedade daquilo que não conheço, sei que tem sua importância assim como outras profissões, mas na saúde pública, em unidade de saúde da família é desnecessário, porque necessidade a é muito maior de outros profissionais do que o desse inicialmente. Tratar problemas de fala e ouvido ainda não é realidade do programa saúde da família que tem problemas financeiros sérios e paga muito pouco aos profissionais que atuam neste trabalho. Colocar um profissional como esse para trabalhar na equipe seria oferecer o luxo aos usuários, sendo que ainda falta muito do básico para ser oferecido, por tanto pode ser que este profissional até chegue ser incluído no trabalho de saúde básica, mas acho que ainda falta muitas outras necessidades para essa ser colocada em prática nessa área[...].”

“[...] o que importa para o PSF em primeiro lugar é enfermeiro que é responsável por todas as atividades do PSF, depois vem médico e outros profissionais de saúde. Incluir este profissional que nem tem tanta importância para o programa seria além custo desnecessário mais um profissional sem muito trabalho dentro da equipe[...].”

No entanto outros pesquisados apresentam opiniões diferentes, como as seguintes:

“[...] especializado nas áreas de atendimento específicos [...] que o fonoaudiólogo pode estar atuando na equipe é uma realidade. Creio que este profissional pode muito bem se adequar à dinâmica do psf, realizando palestras informativas, atendimentos de grupos. [...] sendo necessário o atendimento pode organizar horários de forma simples para fazer com que usuários daquela área possam da forma que precisarem, analisando a dinâmica do programa e do funcionamento de cada equipe que atua em determinada área[...].”

“[...] profissional que está cada vez mais colocado no âmbito da saúde pública porque vem demonstrando o quanto é de fundamental importância seu trabalho na saúde pública, em instituições, em outras áreas da saúde que estão em expansão. Contudo, ainda percebo que há um preconceito em relação a outros profissionais da área da saúde por acreditarem que este profissional está tomando seu espaço ou porque ele pode se tornar de certa forma extremamente importante em seu ambiente de conhecimento[...].”

A *classe quatro* responde com 29 UCE's, com contribuição de 13.55%, estando definida por conteúdos responsáveis pela **Sócio-dinâmica de atendimento dos usuários**.

Na figura 1, observa-se o qui-quadrado relacionado aos termos *especialização* (46,17), *opinião* (32,66), *nunca falamos* (32,17) e *audição* (24,05) apresenta maiores valores que os demais termos, apresentando cerca de 49 palavras selecionadas. Estão associadas a esta classe os indivíduos que formaram o grupo 1 e que mais colaboram para a formação desta classe formada por profissionais e pela ausência de fonoaudiólogos.

Os sujeitos que participaram dessa classe demonstram que muito embora não compreendam a essência do trabalho do fonoaudiólogo, acreditam que este tem sua importância no processo de integralidade da atenção à

saúde, através do qual se focaliza a inclusão deste profissional como uma atividade importante para a população usuária do serviço de saúde, mas que não sabem justificar o foco desta atuação, nem como seria a dinâmica do trabalho. Ao mesmo tempo, esses sujeitos demonstram ter interesse em atuar com este profissional, viabilizando o atendimento daqueles usuários que necessitem desta atuação. Nos segmentos dos textos a seguir, evidencia-se esses pontos para a acessibilidade dos usuários:

“[...] profissional desvinculado da atividade médica que tem ação atuação na fala, audição como prevenção e tratamento. [...] especialista que trabalha na área de saúde voltada para fala, e audição. Não sei informar a opinião deles [...] nunca falamos sobre inserir outros profissionais, mas acho importante ter fisioterapeuta e um fonoaudiólogo dependendo da forma de atuação, compartilhamento de conhecimento para solicitarmos tratamento correto para usuário[...]”

“[...] profissional que irá junto com os demais profissionais fazer atendimento a certos distúrbios comuns e de difícil acesso da população. Ser fonoaudiólogo é ter competência para tratamento de distúrbios da fala, visão direcionada, orientar profilaxia de vários distúrbios da face e da audição[...]”

Observa-se ainda um posicionamento desfavorável à acessibilidade:

“[...] se o médico não encaminha é porque não tem necessidade de tratamento [...] tem atuação na fala, na audição. Deve existir tratamento quando o médico descobre e manda para se tratar com o fonoaudiólogo-especialista [...] trabalha na área de saúde voltada para fala, audição. Não sei informar opinião deles (outros profissionais da equipe). O médico aqui ainda não fez encaminhamento e nem falou que era necessário[...]”

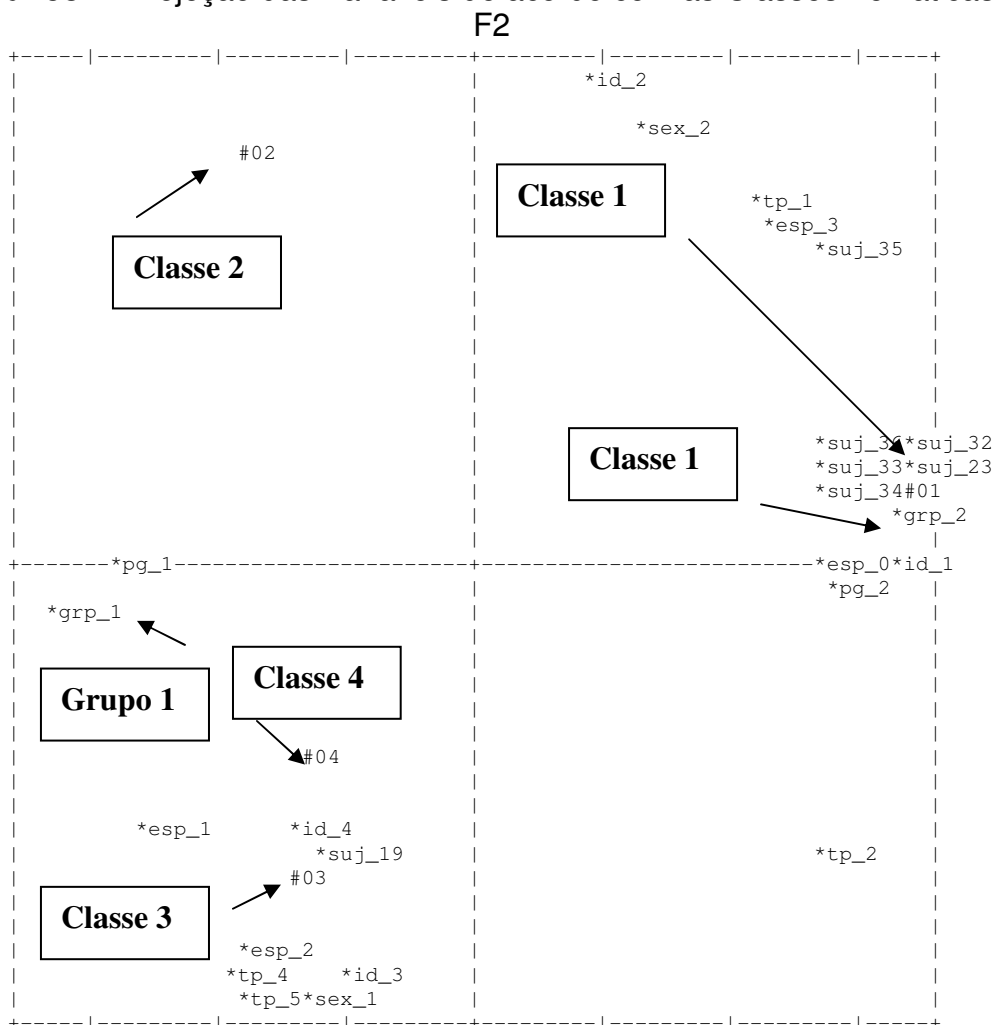
“[...] acho dispensável, trabalhamos com atenção básica. Esse profissional não é generalista. Na atenção básica fazemos trabalho generalista não especializado. Não concordo com sua inclusão no PSF. [...] PSF tem modelo de saúde preventivo, incluindo outros profissionais que não sejam do atendimento básico [...] estamos desconstruindo as fragmentações para termos um olhar especializado e não coletivo dos problemas de saúde são muito mais de ordem social[...]”

Assim sendo, pode-se inferir que as representações sociais construídas pelos profissionais ocorreram através de suas vivências sócio-culturais e apontaram representações relacionadas com a acessibilidade dos

usuários de acordo com suas necessidades mais urgentes. Percebe-se a presença de imagens tanto negativas quanto positivas acerca da atividade ancorada nos aspectos psicossociais.

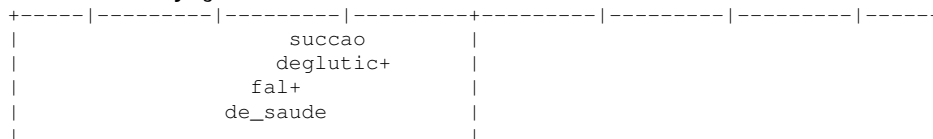
No gráfico 2, a seguir observa-se a distribuição das variáveis e das classes.

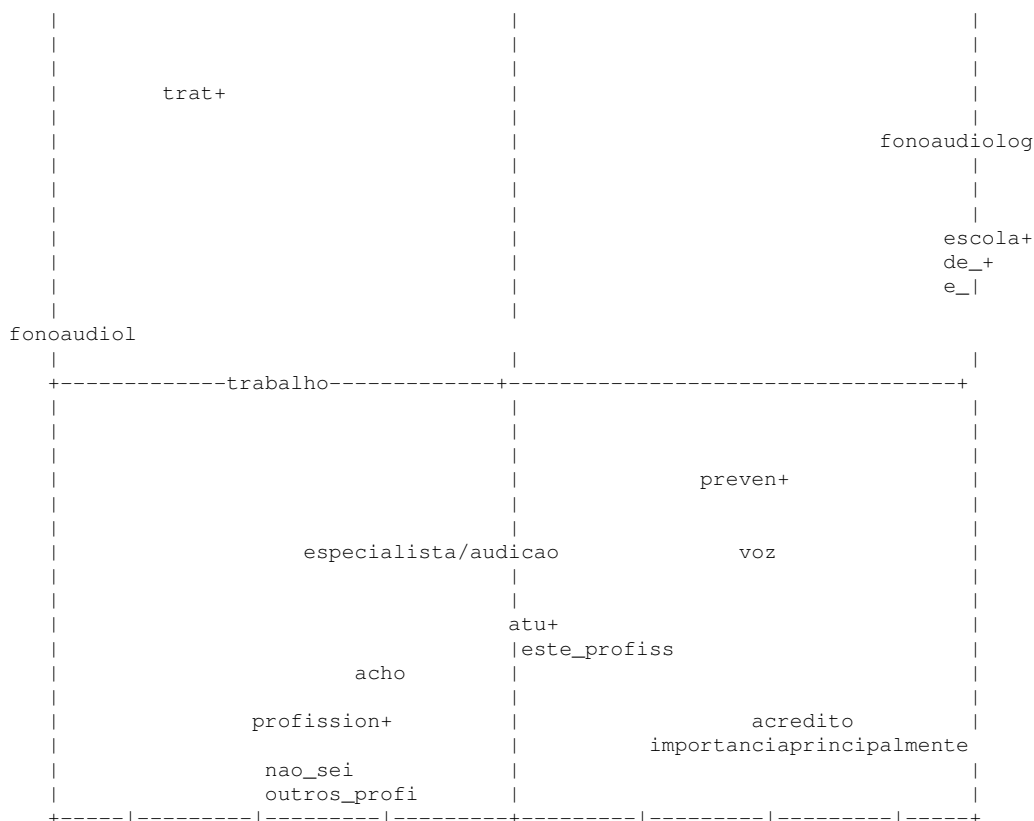
Gráfico 2: Projeção das Variáveis de acordo com as Classes Temáticas



No gráfico 3 abaixo, observa-se a projeção dos conteúdos mais significativos.

Gráfico 3: Projeção das Palavras de acordo com as Classes Temáticas





A análise deste plano fatorial permite perceber que no eixo 1 (horizontal) a existência da classe um, constituída principalmente pelo grupo 2, composta por fonoaudiólogos, com predomínio do sexo masculino. Ainda no mesmo eixo, observa-se a presença da classe quatro formada pelo grupo composto por médicos, enfermeiros e dentistas. Na classe três tem-se a presença do sexo feminino, nos dois eixos. No que se refere à classe dois, tem-se a presença da categoria 1 formada por médicos, enfermeiros e dentistas.

No eixo 2 (vertical) observa-se uma forte ligação entre as classes um e grupo 2, com a participação dos fonoaudiólogos, em oposição a classe três, formada pelo grupo 1, com predominância do sexo feminino.

Verifica-se no campo de representação ou imagens, a presença da categoria 2 (fonoaudiólogos), do sexo masculino, em que salientam dimensões associadas ao «desconhecimento de sua atuação propriamente dita», bem como a «relevância da sua integração» e «participação no programa saúde da família», juntamente com outros profissionais que já compõem a equipe mínima do PSF. A justificativa dada para não inclusão do fonoaudiólogo na equipe é associada a escassez de verbas, ou até mesmo desconhecimento da atuação desse profissional.

O grupo 2 (médicos, enfermeiros e dentistas) salienta dimensões associadas à focalização do trabalho de uma equipe multiprofissional como uma estratégia capaz de favorecer a população que precisa de tratamento especializado, de modo a ser oferecido um cuidado holístico e destinado integralmente às necessidades de atenção à saúde do indivíduo.

4.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procurou-se identificar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe construída por profissionais integrantes da equipe de saúde; conhecer as representações sociais construídas pelo Fonoaudiólogo sobre si e sua participação na equipe; verificar as representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe, aspectos psicossociais responsáveis ou não pelo engajamento do fonoaudiólogo na equipe de saúde e nas estratégias do Programa Saúde da Família.

É bom salientar a importância sobre o senso comum enquanto processo de interpretação do conhecimento que se encontra interligado nas formas da comunicação social, a partir de uma sociedade dinâmica. Ele possibilita aos atores interferirem nas vivências e práticas sociais que contribuem para a construção de elementos sócio-cognitivos elaborada por estes sujeitos, que apontam uma representação social.

Dessa forma, com base nos resultados observa-se que as representações sociais construídas sobre a participação do fonoaudiólogo em unidades básicas de saúde encontram-se associadas diretamente à prática de outros profissionais inseridos na estratégia saúde da família, com conteúdos ambivalentes em que a atuação envolve a *linguagem*, a *escrita* e a aplicação do trabalho em *creches*, denotando um aspecto relevante comum entre os sujeitos estudados, com ampla participação do grupo dois, formado por profissionais fonoaudiólogos. Entre os dois grupos, observa-se uma construção do conhecimento salientando a necessidade da formação de uma equipe mínima de saúde da atenção básica que atenda às necessidades da população usuária do serviço público de saúde. Compreende-se esta visão de forma crítica, acerca do contexto sócio-político, no âmbito da saúde, característica dessa realidade social na qual se encontram inseridos e que corresponde às atuais exigências da saúde, partindo dos princípios do Sistema Único de Saúde que fundamentam a integralidade, universalidade e equidade na saúde da comunidade, apesar das grandes dificuldades encontradas pelos atores sociais, como formas de proporcionar um retorno social e científico benéfico com vistas a contribuir para o progresso da saúde deste país.

Neste sentido, as entrevistas realizadas para este estudo foram submetidas ao tratamento do programa informático ALCESTE, que permitiu

uma apreensão de quatro classes correlacionadas entre si, sendo elas: 1 - Descrições sobre as atividades do Fonoaudiólogo; 2 - Participação do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional; 3 - Justificativas para inclusão do fonoaudiólogo na atenção básica de saúde; 4 - Sócio-dinâmica de atendimento dos usuários.

Nesta concepção, é relevante comentar que se constata uma articulação entre as classes de maneira distinta dos grupos da amostra. Por isso, destaca-se primeiramente, as classes 1 e 3, que apareceram como mais significativas, e que desenvolvem, no âmbito da saúde, a responsabilidade em contribuir para o desenvolvimento de uma saúde pública mais dinâmica e com maiores possibilidades profissionais e de atendimento para os usuários, enfocando o desconhecimento dos profissionais atuantes na saúde de João Pessoa, bem como a importância da inclusão deste profissional com o intuito de contribuir na formação de uma equipe capacitada, para que ocorra o retorno do produto produzido para melhora da qualidade da assistência e atenção à saúde pública no país.

Profissionais atuantes no cenário atual da saúde tiveram uma excelente contribuição, nas classes dois, três e quatro, quando, em dado momento, relacionam o seu trabalho com a necessidade de envolver as chamadas 'novas' profissões, como é o caso da fonoaudiologia, no âmbito da saúde, uma vez que cresce cada vez mais a necessidade de outros profissionais que não apenas médicos, enfermeiros e dentistas, mas aqueles que podem ajudar a população a ter uma melhora da sua qualidade de vida, oferecendo serviços que se façam necessários à população. Quando estes profissionais relacionam sua atuação com a necessidade das atividades de outros profissionais, eles revelam ter consciência da relevância de estimularem a participação de outros profissionais a se engajarem nas atividades existentes na saúde, em que se possa atuar como um modelo para a formação da atenção básica, evidenciando sua vivência profissional.

Nestas classes, houve contribuição significativa, destacando sua conscientização em relação ao trabalho de outro profissional, muito embora a atuação do fonoaudiólogo não seja tão bem expressada nas falas devido ao conhecimento escasso desta atuação, visto que ainda existem alguns obstáculos para serem enfrentados pelos fonoaudiólogos de aceitação por

outros profissionais. Como se pode ver estes outros profissionais defendem apenas a não partição deste profissional por se tratar de um tratamento oneroso e desnecessário ao serviço de saúde. No que se refere ainda a este ponto, os atores sociais relatam sobre os empecilhos existentes, como escassez de verbas, na grande maioria, prejudicial à evolução do trabalho e da prestação dos serviços à população, o que direciona a importância da multidisciplinaridade dentro da comunidade da atenção básica, com o intuito de um determinado conhecimento não ser exclusivo apenas de uns poucos atores sociais que estão inclusos no programa e que muitas vezes não podem fazer parcerias com outros profissionais da rede que não sabem nem como e quando encaminhar para tratamento.

Com relação à classe 4 ocorreu a contribuição de um conjunto de indivíduos, apresentando pontos positivos e negativos quanto à acessibilidade dos usuários, de acordo com as necessidades específicas. Este ponto demonstra o quanto a saúde pública está vulnerável, por não compreender muitas vezes o que fazer quando um usuário chega na unidade e necessita de um tipo de tratamento que não está disponível naquele ambiente.

O instrumento de análise de dados apresentado, mostrou ser um excelente recurso para apreensão das representações sociais sobre a participação do fonoaudiólogo em unidades básicas de saúde, pois pode-se perceber que o resultado, de acordo com o instrumento utilizado revelou-se equivalente e contribuiu para a complementação desta pesquisa, assinalando a fidedignidade do estudo.

Espera-se dessa forma, que esta pesquisa sirva de ponto de partida para se repensar os problemas enfrentados no desenvolvimento da fonoaudiologia na atenção básica de saúde, e que revele grandes contribuições para a prática cotidiana dos profissionais inseridos na estratégia saúde da família. São estes profissionais que lidam e transmitem o saber na prática de saúde. A Teoria das Representações Sociais foi imprescindível para o entendimento deste objeto de estudo, incentivando a valorização desta teoria na área das Políticas Públicas de Saúde, pois busca a compreensão da subjetividade dos sujeitos, abrangendo sua complexidade sócio-cognitiva.

A elaboração dos conhecimentos sócio-cognitivos pelos sujeitos da amostra apontam representações sociais e amplitude para a busca da

identidade profissional que neste estudo é de total relevância se repensarmos sobre a atuação de profissionais das chamadas 'novas' profissões principalmente no campo da saúde pública e da fonoaudiologia como ciência, que muito tem a oferecer para o progresso científico, visto ser uma atividade cujo desenvolvimento requer não apenas o papel do médico generalista como a participação de outros atores sociais.

Deste modo, é importante que os profissionais desta categoria trabalhem para a inclusão deste profissional no serviço público de saúde, baseado em mudanças benéficas para a população e que tragam contribuições positivas para a área da saúde, ocorrendo um retorno que possa beneficiar a sociedade, através de novas possibilidades em diversas áreas, sendo também este também o seu papel para o desenvolvimento da ciência e, conseqüentemente valorizado e respeitado na aplicabilidade de sua atuação.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C.A. A abordagem estrutural das representações sociais. IN: MOREIRA, A.S.P., OLIVEIRA, D.C. Estudos interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: AB Editora, 1998.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Revista da APM. Saúde me Debate. Ed. 529. Outubro. n.2. São Paulo, 2000.

BARROS, Elisabeth. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro. A formação do fonoaudiólogo na UFRJ e a profissionalização da fonoaudiologia. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002a.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org). O fonoaudiólogo na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002b.

BEVILACQUA, Maria Cecília. Programa de Saúde Auditiva. *Pró-Fono*, São Paulo - SP, v. 11, n. 1, p. 59-64, 1999.

BRASIL. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma nova estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886, de 18 de Dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes de Comunitários de Saúde e do programa Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em : 21 de agosto de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família: relatório preliminar. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acessa em 21 de agosto de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília, 2000 a.

CAMPOS. Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.) et al. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS. Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2000.

CARVALHO, Andréa Monroy. A disciplina de saúde pública nos cursos de fonoaudiologia no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Fonoaudiologia e Saúde Pública. *Revista do CFFa*. Brasília, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Uberlândia: Saúde Pública na Rotina das Pessoas. *Revista do CFFa*. Brasília, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Entrevista com o Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. *Revista do CFFa*. Brasília, n.6, 2000. Disponível em: <<http://www.cffa.org.br>>. Acesso em 08 de setembro de 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Panorama. SUS: Atendimento Domiciliar agora é lei. *Revista do CFFa*. Brasília, n.16, p.31, jun.2002.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. PSF: os exemplos de Sobral, Campos e Macaé. *Revista do CFFa*. Brasília, n.18, p.14-21, ar. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. RESOLUÇÃO do CFFA Nº 309, Brasília, 2005.

DELIBERATO, Paulo César porto. Fonoaudiologia Preventiva: fundamentos e aplicações. Manole, 2002.

DURKHEIM, E. *Sociologia e Filosofia*. Rio e janeiro, Forluse, 1994.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

GOMES, Juliana Maciel et al. Experiencia em grupo com pacientes portadores de hanseníase. IN: BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org.). *O fonoaudiólogo na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002.

GUARESCHI, P. A. & JOVCHELOVITCH, S., 1995. Introdução. In: *Textos em Representações Sociais* (P. A. Guareschi & S. Jovchelovitch, org.), pp. 17-25, Petrópolis: Editora Vozes.

HERLIZCH, C. *Health and illness: a social psychological analysis*. London, Academic Press, 1973.

JODELET, Denise. Representation Sociale: phenomenes, concept et théorie. IN: MOSCOVICI, Serge. Psychologie Sociale, Paris: Press Universitaire de France/PUF, 1984.

JODELET, Denise. Lês representations sociales: um domaine en expansive. 4 ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

LAROUSSE CULTURAL. Dicionário de língua portuguesa. São Paulo: Nova Cultural, 1992.

LATTORE, Gustavo Fernando Sutter. Fonoaudiologi na prevenção de problemas neurológicos. IN: BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org.). O fonoaudiólogo na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

MAYER, Valéria Neves Kroeff. A relação da formação das berçaristas das escolas municipais de educação infantil de Vera Cruz (RS) e as possibilidades de identificação precoce dos atrasos de desenvolvimento na infância. IN: BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org.). O fonoaudiólogo na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002.

MENEZES, R.G. Responsabilidade e Cidadania. Revista do CRFa - 4ª região. Editorial. Pernambuco, n.11, 2001.

MISOCZKY, Maria Ceci. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. Saúde em Debate. N.42, 1994.

MINAYO, M.C.S.,. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: *Textos em Representações Sociais*. (P.A. GUARESCHI & S. JOVCHELOVITCH, orgs.), pp. 89-111, Vozes. Petrópolis, RJ, 1995.

MOSCOVICI, Serge. La psychanalyse, son image et son public: étude sul a representation sociale de la psychanalyse. Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, Serge. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 219p, 1978.

NOVAES JÚNIOR, Rivaldo Rodrigues. Compilação de artigos e outras informações absolutamente necessárias para o desenvolvimento ético – humanístico do acadêmico de fonoaudiologia. Santos, SP, 2000. Não publicado.

NOVAES JUNIOR, Rivaldo Rodrigues. O fonoaudiólogo pode e deve fazer parte do PSF. Jornal FonoBrasil. Rio de Janeiro, n.50, p.2, out.2001b.

OLIVEIRA, D.C. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo das representações sociais. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública – USP.

OLIVEIRA, D.C.; ALVARENGA, A.T. Práticas profissionais em saúde dirigida à promoção do desenvolvimento da criança: um estudo de representações sociais. IN: MOREIRA, A.S.P. Representações Sociais: teoria e prática. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata, 1978. Atenção primária de saúde. Genebra, OMS, 1978.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. IN: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia e saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. Cap.21, p.489 – 504.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996.

PAYNO, Sheila Miranda. A criança asmática à luz de um novo olhar: contribuição para a assistência fisioterapêutica. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 1999.

PEREIRA, Francy Webster de Andrade. Avaliação do serviço de fonoaudiologia de média complexidade ambulatorial do SUS no município de Sobral – CE. Monografia (Especialização) – Escola de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, 2004.

PEREIRA, Francy Webster de Andrade et al. A inserção da fonoaudiologia na estratégia saúde da família em Sobral/ CE. SANARE. Sobral, ano I, v1, p. 93-100, jan. – mar., 2004.

RAGASSON, Carla Adriane Pires et al. Atribuições do fonoaudiólogo no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional. Disponível em: <<http://www.cffa.org.br>>. Acesso em: 12 de novembro de 2003.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMË, Silvio Paulo. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2 ed. São Paulo: Manole, 1999.

REINERT, M. Alceste – Analyse de Donnees Textuelles. Paris, Société IMAGE. 1998. Versão 4.8.

RUSSO, Ieda. A Intervenção da Fonoaudiologia na Terceira Idade. Ed. Revinter. São Paulo, 2002.

SAMPAIO, Rosana Ferreira. A experiência em Belo Horizonte. IN: BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org.). A fonoaudiologia na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002.

SCHWINGEL, Glademir. A fonoaudiologia na saúde pública: um agir técnico, político e transformador. IN: BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org.). O fonoaudiólogo na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002.

SILVA, Gilmar de Oliveira Barros. Fonoaudiologia na comunidade. IN: BARROS, Fábio Batalha Monteiro (org.). A fonoaudiologia na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: FonoBrasil, 2002.

SILVA, Luci Rodrigues. Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias – uma abordagem sanitária. 156p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. BARROS, Fábio Batalha Monteiro. A formação do fonoaudiólogo na UFRJ e a profissionalização da fonoaudiologia. Dissertação (Mestrado – publicação) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002a.

SOUZA, Maria de Fátima. *A cor – agem do PSF*. 2 ed. rev. São Paulo: HUCITEC, 2003.

SPINK, M. J. O Conhecimento no Cotidiano: as Representações Sociais na Perspectiva Social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STATON et al. Assessment of Resident Physicians' Knowledge of Physical Therapy. *Phys. Ther.*, v.65, n.1, p.27-30, 1985.

UILLI, Robin Moremen et al. Physician knowledge and utilization of physical therapy procedures. *Phys. Ther.*, v.64, n.10, p.1523-1530, 1984.

VALA, Jorge. Análise Conteúdo. IN: SILVA, A.S., PINTO, J.M. (org.). Metodologia em Ciências Sociais. Porto Alegre: Edições Afrontamentos, 1986.

VALA, Jorge. Representações Sociais para uma Psicologia Social do Pensamento Social. IN: VALA, J., MONTEIRO, M.B. (coord). Psicologia Social. Lisboa: Fund. Calouste/Gulbenkian, 1993.

VÉRAS, Mirella Maria Soares. A inserção do fonoaudiólogo na Estratégia Saúde da Família de Sobral – CE. Monografia (Especialização) – Escola de Formação em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, 2002a.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis: revista saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VIANA, S.O. et al. Fonoaudiologia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. *Fono Atual*. São Paulo, v.3, n.2, 2003.

WOLFGANG, W. Representatións Sociales. IN: MORALES, J.F. et al. *Psicologia Social*, Madrid: Mc Graw Hill, p. 816-842, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se “Representações Sociais do Fonoaudiólogo e sua Participação em Unidades Básicas de Saúde” e será desenvolvida por Simara Lopes Cruz, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de mestrado, na área da saúde pública da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva. Os objetivos da pesquisa são: analisar a interrelação das representações sociais sobre o fonoaudiólogo e sua participação na equipe de saúde; identificar as Representações Sociais sobre o fonoaudiólogo construídas por profissionais da equipe de saúde; conhecer as Representações Sociais construídas pelo Fonoaudiólogo sobre si; verificar a partir das Representações Sociais sobre o Fonoaudiólogo os aspectos psicossociais responsáveis pelo engajamento do fonoaudiólogo na Equipe de Saúde.

Esta pesquisa tem por finalidade contribuir para a compreensão acerca da identificação profissional de atuantes em UBS em João Pessoa na Paraíba.

Dessa forma, a participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações requeridas. Solicito ainda a sua permissão para que a entrevista seja gravada. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considera necessário.

Por ocasião da publicação dos resultados da pesquisa, seu nome será mantido em sigilo.

Este documento será guardado em poder da responsável pela pesquisa e, em nenhuma circunstância, ele será dado a conhecer a outra (s) pessoa (s).

Eu, _____, dou o meu consentimento para participar da pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do (a) Profissional

Testemunha

Testemunha

Assinatura da Pesquisadora

Contatos da Pesquisadora:

Rua Professor Francisco das Chagas Almeida, 90

Bancários

CEP: 58051-500

João Pessoa-PB

Telefone: (83) 3235-1903

(83) 9135-0321

E-mail: simara.cruz@uol.com.br

APÊNDICE B

RELATÓRIO DO ALCESTE

* Logiciel ALCESTE (4.7 - 01/12/02) *

Plan de l'analyse :Fono2.pl ; Date : 10/ 2/**; Heure : 00:10:22

C:\Documents and Settings\Antonia\Os meus documentos\SIMARA\&&_0\

Fono2.txt

```
ET 1 1 1 1
A 1 1 1
C 1 1 1
D 1 1 1 0 0
A1 1 0 0
A2 3 0
A3 1 1 0
B1 0 4 0 1 1 0 1 1 0
B2 2 2 0 0 0 0 0 0
B3 10 4 1 1 0 0 0 0 0 0
C1 0 121
C2 0 2
C3 0 0 1 1 1 2
D1 0 2 2
D2 0
D3 5 a 2
D4 1 -2 1
D5 0 0
```

A1: Lecture du corpus

A12 : Traitement des fins de ligne du corpus :
N° marque de la fin de ligne :

Nombre de lignes étoilées : 36

A2: Calcul du dictionnaire

Nombre de formes distinctes	:	3727
Nombre d'occurrences	:	5109
Fréquence moyenne par forme	:	1
Nombre de hapax	:	3239
Fréquence maximum d'une forme	:	85

86.91% des formes de fréq. <	1 recouvrent	63.40% des occur.;
94.82% des formes de fréq. <	2 recouvrent	74.95% des occur.;
96.78% des formes de fréq. <	3 recouvrent	79.23% des occur.;
97.69% des formes de fréq. <	4 recouvrent	81.89% des occur.;
98.36% des formes de fréq. <	5 recouvrent	84.34% des occur.;
98.74% des formes de fréq. <	6 recouvrent	85.99% des occur.;
99.03% des formes de fréq. <	7 recouvrent	87.49% des occur.;
99.28% des formes de fréq. <	8 recouvrent	88.90% des occur.;
99.52% des formes de fréq. <	10 recouvrent	90.60% des occur.;
100.00% des formes de fréq. <	85 recouvrent	100.00% des occur.;

A3 : Liste des clés et valeurs d'analyse (ALC_CLE) :

K 0 Nombres en chiffre
M 2 Mots en majuscules
U 0 Mots non trouvés dans DICIN (si existe)
X 1 formes non reconnues et fréquentes

0 2 Auxiliaire ESTAR
 1 2 Auxiliaire TER
 2 2 Auxiliaire HAVER
 3 2 Auxiliaire SER
 4 2 Prépositions simples et locutions prépositives
 5 2 Conjonctions et locutions conjonctives
 6 2 Interjections
 7 2 Pronoms
 8 2 Numéraux
 9 2 Adverbes
 1 Formes non reconnues

A34 : Fréquence maximale d'un mot analysé : 3000

Nombre de mots analysés : 3395
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 166
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 55
 Nombre d'occurrences retenues : 5108
 Moyenne par mot : 3.861275E-01
 Nombre d'occurrences analysables (fréq.> 3) : 833 soit
 60.581820%
 Nombre d'occurrences supplémentaires : 542
 Nombre d'occurrences hors fenêtre fréquence : 3733

 B1: Sélection des uce et calcul des données

B11: Le nom du dossier des résultats est &&_0
 B12: Fréquence minimum d'un "mot" analysé : 4
 B13: Fréquence maximum d'un "mot" retenu : 9999
 B14: Fréquence minimum d'un "mot étoilé" : 1
 B15: Code de fin d'U.C.E. : 1
 B16: Nombre d'occurrences par U.C.E. : 20
 B17: Elimination des U.C.E. de longueur < 0

Fréquence minimum finale d'un "mot" analysé : 4
 Fréquence minimum finale d'un "mot étoilé" : 1

Nombre de mots analysés : 106
 Nombre de mots supplémentaires de type "r" : 28
 Nombre total de mots : 134
 Nombre de mots supplémentaires de type "s" : 55
 Nombre de lignes de B1_DICB : 189

Nombre d'occurrences analysées : 833

Nombre d'u.c.i. : 36
 Nombre moyen de "mots" analysés / u.c.e. : 3.544681
 Nombre d'u.c.e. : 235
 Nombre d'u.c.e. sélectionnées : 235
 100.00% des u.c.e. sont sélectionnées
 Nombre de couples : 492

 B2: Calcul de DONN.1

Nombre de mots par unité de contexte : 10
 Nombre d'unités de contexte : 84

 B2: Calcul de DONN.2

Nombre de mots par unité de contexte	:	12
Nombre d'unités de contexte	:	76

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.1

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4		
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre		
Nombre d'items analysables	:	62
Nombre d'unités de contexte	:	84
Nombre de "1"	:	709

B3: Classification descendante hiérarchique de DONN.2

Elimination des mots de fréquence > 3000 et < 4		
0 mots éliminés au hasard soit .00 % de la fenêtre		
Nombre d'items analysables	:	61
Nombre d'unités de contexte	:	76
Nombre de "1"	:	700

 C1: intersection des classes

Nom du dossier traité C:\Documents and Settings\Antonia\Os
 meus doc
 umentos\SIMARA\&&_0\
 Suffixe de l'analyse :121
 Date de l'analyse :10/ 2/**
 Intersection des classes RCDH1 et RCDH2

Nombre minimum d'uce par classe : 12

DONN.1 Nombre de mots par uc : 10
 Nombre d'uc : 84

DONN.2 Nombre de mots par uc : 12
 Nombre d'uc : 76

214 u.c.e classées sur 235 soit 91.06 %

Nombre d'u.c.e. distribuées: 226

Tableau croisant les deux partitions :

RCDH1 *		RCDH2			
classe *		1	2	3	4
poids *		124	20	51	31
1	116 *	115	0	1	0
2	24 *	4	20	0	0
3	55 *	3	0	50	2
4	31 *	2	0	0	29

Tableau des chi2 (signés) :

RCDH1 *		RCDH2			
classe *		1	2	3	4
poids *		124	20	51	31
1	116 *	188	-23	-64	-37
2	24 *	-15	184	-7	-4
3	55 *	-71	-7	194	-6
4	31 *	-34	-3	-10	193

Classification Descendante Hiérarchique...
 Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh1) :

```

          ----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 115uce) |-----+
              19                                     |+
Cl. 2 (  20uce) |-----+
              18                                     |
Cl. 3 (  50uce) |-----+ |
              17                                     |----+
Cl. 4 (  29uce) |-----+
  
```

Classification Descendante Hiérarchique...
 Dendrogramme des classes stables (à partir de B3_rcdh2) :

```

          ----|----|----|----|----|----|----|----|----|
Cl. 1 ( 115uce) |-----+
              19                                     |+
Cl. 2 (  20uce) |-----+
              18                                     |-----+
Cl. 3 (  50uce) |-----+ |
              17                                     |-----+
Cl. 4 (  29uce) |-----+
  
```

 C2: profil des classes

Chi2 minimum pour la sélection d'un mot : 2.00
 Nombre de mots (formes réduites) : 134
 Nombre de mots analysés : 106
 Nombre de mots "hors-corpus" : 55
 Nombre de classes : 4

214 u.c.e. classées soit 91.063830%

Nombre de "1" analysés : 714
 Nombre de "1" suppl. ("r") : 286

Distribution des u.c.e. par classe...

1eme classe : 115. u.c.e. 281. "1" analysés ; 144. "1" suppl..
 2eme classe : 20. u.c.e. 88. "1" analysés ; 17. "1" suppl..
 3eme classe : 50. u.c.e. 206. "1" analysés ; 65. "1" suppl..
 4eme classe : 29. u.c.e. 139. "1" analysés ; 60. "1" suppl..

 Classe n° 1 => Contexte A

Nombre d'u.c.e. : 115. soit : 53.74 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 425. soit : 42.50 %
 Nombre de mots analysés par uce : 2.44

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
11	5.	6.	83.33	2.17	avali+
12	6.	6.	100.00	5.31	a_
13	4.	4.	100.00	3.51	a_comunicacao_human
20	4.	4.	100.00	3.51	com_+
21	5.	5.	100.00	4.41	creches
24	4.	4.	100.00	3.51	da_comunicacao_huma
37	12.	12.	100.00	10.94	de_+

38	6.	7.	85.71	2.98	diagnostic+
41	4.	4.	100.00	3.51	do_
43	7.	7.	100.00	6.23	escola+
48	11.	11.	100.00	9.98	e_
49	7.	7.	100.00	6.23	e_escrita
52	5.	5.	100.00	4.41	e_um_profissional
56	5.	5.	100.00	4.41	fonaudiologia
59	5.	5.	100.00	4.41	habilit+
60	6.	7.	85.71	2.98	hospitais
65	7.	7.	100.00	6.23	lingua+
67	4.	4.	100.00	3.51	motricidade_oral
83	8.	9.	88.89	4.67	o_fonoaudiologo
93	6.	6.	100.00	5.31	que_+
108 *	38.	53.	71.70	9.14 *	e
109 *	8.	8.	100.00	7.15 *	o
114 *	9.	12.	75.00	2.31 *	4 em
127 *	4.	4.	100.00	3.51 *	7 na
134 *	4.	4.	100.00	3.51 *	M O_fonoaudiologo
135 *	17.	20.	85.00	8.67 *	*esp_0
138 *	96.	146.	65.75	26.68 *	*esp_3
140 *	84.	98.	85.71	74.36 *	*grp_2
141 *	13.	15.	86.67	7.04 *	*id_1
142 *	86.	132.	65.15	18.05 *	*id_2
146 *	17.	20.	85.00	8.67 *	*pg_2
171 *	3.	3.	100.00	2.62 *	*suj_23
180 *	12.	12.	100.00	10.94 *	*suj_32
181 *	9.	9.	100.00	8.09 *	*suj_33
182 *	52.	52.	100.00	59.13 *	*suj_34
183 *	19.	21.	90.48	12.64 *	*suj_35
184 *	12.	12.	100.00	10.94 *	*suj_36
185 *	99.	128.	77.34	71.39 *	*tp_1

Nombre de mots sélectionnés : 38

 Classe n° 2 => Contexte B

Nombre d'u.c.e. : 20. soit : 9.35 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 105. soit : 10.50 %
 Nombre de mots analysés par uce : 4.40

num	effectifs	pourc.	chi2	identification	
4	2.	3.	66.67	11.80	apresent+
10	4.	5.	80.00	30.17	auxili+
18	1.	3.	33.33	2.07	com_o_fonoaudiologo
25	1.	3.	33.33	2.07	da_crianc+
26	2.	5.	40.00	5.68	da_equipe
31	6.	8.	75.00	42.28	deglutic+
32	2.	3.	66.67	11.80	desenvolvimento
36	4.	10.	40.00	11.63	de_saude
42	4.	5.	80.00	30.17	educar
54	9.	27.	33.33	20.98	fal+
63	4.	5.	80.00	30.17	inicialmente
64	2.	4.	50.00	7.95	intervencao
70	1.	3.	33.33	2.07	nao_posso_responder
81	2.	3.	66.67	11.80	outros_problemas
99	7.	8.	87.50	59.92	succao
102	6.	28.	21.43	5.55	trabalh+
104	5.	10.	50.00	20.46	trat+
114 *	3.	12.	25.00	3.68 *	4 em
139 *	18.	116.	15.52	11.39 *	*grp_1
142 *	20.	132.	15.15	13.71 *	*id_2
145 *	20.	194.	10.31	2.27 *	*pg_1
151 *	5.	5.	100.00	49.66 *	*suj_03
161 *	4.	4.	100.00	39.54 *	*suj_13
165 *	4.	4.	100.00	39.54 *	*suj_17
177 *	5.	5.	100.00	49.66 *	*suj_29

185 * 15. 128. 11.72 2.12 * *tp_1
 187 * 5. 5. 100.00 49.66 * *tp_3

Nombre de mots sélectionnés : 27

 Classe n° 3 => Contexte C

Nombre d'u.c.e. : 50. soit : 23.36 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 271. soit : 27.10 %
 Nombre de mots analysés par uce : 4.12

num	effectifs		pourc.	chi2	identification
1	8.	8.	100.00	27.26	acho
5	2.	3.	66.67	3.19	atender
8	7.	13.	53.85	7.18	atu+
14	3.	4.	75.00	6.07	como_apoio
15	4.	5.	80.00	9.17	como_referencia
19	3.	6.	50.00	2.45	com_problemas
30	3.	4.	75.00	6.07	da_saude_publica
34	6.	7.	85.71	15.71	de_fala
35	4.	5.	80.00	9.17	de_nivel_superior
40	5.	5.	100.00	16.79	do
46	7.	10.	70.00	12.74	este_profissional
61	4.	8.	50.00	3.29	importancia
62	4.	6.	66.67	6.46	importante
71	5.	9.	55.56	5.44	nao_sei
74	4.	6.	66.67	6.46	necessario
75	4.	6.	66.67	6.46	necessidade+
80	2.	3.	66.67	3.19	orientac+
82	4.	7.	57.14	4.61	outros_professionai
86	3.	6.	50.00	2.45	pod+
89	5.	5.	100.00	16.79	problema+
90	28.	61.	45.90	24.20	profission+
91	4.	4.	100.00	13.37	que_atu+
106	6.	14.	42.86	3.18	voz
124 *	14.	41.	34.15	3.29 *	5 que
130 *	2.	3.	66.67	3.19 *	9 ainda
132 *	5.	11.	45.45	3.16 *	9 tambem
133 *	3.	6.	50.00	2.45 *	M E
136 *	31.	49.	63.27	56.51 *	*esp_1
137 *	13.	18.	72.22	26.20 *	*esp_2
139 *	38.	116.	32.76	12.48 *	*grp_1
143 *	28.	52.	53.85	35.64 *	*id_3
145 *	50.	194.	25.77	6.73 *	*pg_1
147 *	43.	164.	26.22	3.20 *	*sex_1
149 *	4.	4.	100.00	13.37 *	*suj_01
150 *	2.	3.	66.67	3.19 *	*suj_02
153 *	4.	5.	80.00	9.17 *	*suj_05
154 *	7.	7.	100.00	23.74 *	*suj_06
159 *	4.	4.	100.00	13.37 *	*suj_11
167 *	8.	8.	100.00	27.26 *	*suj_19
168 *	4.	4.	100.00	13.37 *	*suj_20
179 *	3.	3.	100.00	9.98 *	*suj_31
188 *	29.	41.	70.73	63.55 *	*tp_4
189 *	11.	22.	50.00	9.72 *	*tp_5

Nombre de mots sélectionnés : 43

 Classe n° 4 => Contexte D

Nombre d'u.c.e. : 29. soit : 13.55 %
 Nombre de "uns" (a+r) : 199. soit : 19.90 %
 Nombre de mots analysés par uce : 4.79

num effectifs pourc. chi2 identification

6	2.	3.	66.67	7.33	atendimento
9	11.	24.	45.83	24.05	audicao
17	2.	5.	40.00	3.06	comunidade
19	3.	6.	50.00	7.00	com_problemas
27	2.	3.	66.67	7.33	da_fala
33	2.	5.	40.00	3.06	de_atu+
39	2.	4.	50.00	4.62	disturbio+
44	2.	5.	40.00	3.06	especializado+
45	7.	7.	100.00	46.17	especial+
47	2.	5.	40.00	3.06	este_trabalho
55	2.	4.	50.00	4.62	faz+
69	2.	3.	66.67	7.33	nao_posso
70	2.	3.	66.67	7.33	nao_posso_responder
71	4.	9.	44.44	7.65	nao_sei
72	2.	4.	50.00	4.62	na_equipe
73	3.	4.	75.00	13.14	na_fala
74	2.	6.	33.33	2.06	necessario
77	6.	7.	85.71	32.17	nunca_fal+
79	5.	5.	100.00	32.66	opinioao
82	3.	7.	42.86	5.31	outros_profissionai
85	2.	4.	50.00	4.62	para_usuario+
90	13.	61.	21.31	4.39	profission+
96	4.	5.	80.00	19.30	sei
100	3.	4.	75.00	13.14	tem_atuacao
102	11.	28.	39.29	18.21	trabalh+
105	2.	4.	50.00	4.62	uma
111 *	2.	4.	50.00	4.62 *	3 seria
118 *	6.	19.	31.58	5.78 *	5 como
119 *	2.	6.	33.33	2.06 *	5 mas
122 *	4.	9.	44.44	7.65 *	5 porque
123 *	2.	5.	40.00	3.06 *	5 quando
124 *	15.	41.	36.59	22.97 *	5 que
128 *	2.	4.	50.00	4.62 *	7 outros
129 *	6.	11.	54.55	16.63 *	8 um
131 *	3.	6.	50.00	7.00 *	9 nao
136 *	11.	49.	22.45	4.29 *	*esp_1
137 *	5.	18.	27.78	3.40 *	*esp_2
139 *	29.	116.	25.00	28.34 *	*grp_1
144 *	11.	15.	73.33	49.21 *	*id_4
152 *	4.	4.	100.00	26.00 *	*suj_04
155 *	2.	4.	50.00	4.62 *	*suj_07
158 *	3.	4.	75.00	13.14 *	*suj_10
162 *	4.	4.	100.00	26.00 *	*suj_14
163 *	2.	3.	66.67	7.33 *	*suj_15
170 *	3.	3.	100.00	19.41 *	*suj_22
172 *	3.	3.	100.00	19.41 *	*suj_24
175 *	4.	4.	100.00	26.00 *	*suj_27
188 *	12.	41.	29.27	10.69 *	*tp_4
189 *	7.	22.	31.82	6.98 *	*tp_5

Nombre de mots sélectionnés : 49
Nombre de mots marqués : 127 sur 134 soit 94.78%

Liste des valeurs de clé :

- 0 si $\chi^2 < 2.71$
- 1 si $\chi^2 < 3.84$
- 2 si $\chi^2 < 5.02$
- 3 si $\chi^2 < 6.63$
- 4 si $\chi^2 < 10.80$
- 5 si $\chi^2 < 20.00$
- 6 si $\chi^2 < 30.00$
- 7 si $\chi^2 < 40.00$
- 8 si $\chi^2 < 50.00$

Tableau croisant classes et clés :

	* Classes *	1	2	3	4
Clés	* Poids *	93	13	58	53
M	* 10 *	5	1	3	1
3	* 11 *	3	1	3	4
4	* 46 *	25	7	11	3
5	* 106 *	42	2	29	33
7	* 13 *	9	0	1	3
8	* 11 *	0	2	3	6
9	* 20 *	9	0	8	3

Tableau des chi2 (signés) :

	* Classes *	1	2	3	4
Clés	* Poids *	93	13	58	53
M	* 10 *	0	0	0	-1
3	* 11 *	-1	0	0	0
4	* 46 *	3	8	0	-10
5	* 106 *	0	-6	0	5
7	* 13 *	3	0	-2	0
8	* 11 *	-8	3	0	5
9	* 20 *	0	-1	1	-1

Chi2 du tableau : 41.512680

Nombre de "1" distribués : 217 soit 22 %

 C2: Reclassement des uce et uci

Type de reclassement choisi pour les uce :
 Classement d'origine

Tableaux des clés (TUCE et TUCI) :

Nombre d'uce enregistrées : 235
 Nombre d'uce classées : 214 soit : 91.06%

Nombre d'uci enregistrées : 36
 Nombre d'uci classées : 28 soit : 77.78%

C3: A.F.C. du tableau C2_DICB.121

A.F.C. de C:\Documents and Settings\Antonia\Os meus
documentos\SIMARA\&&_0\C2_D
ICB.121

Effectif minimum d'un mot : 8
Nombre d'uce minimum par classe : 10
Nombre de lignes analysées : 24
Nombre total de lignes : 64
Nombre de colonnes analysées : 4

* Num.* Valeur Propre * Pourcentage * Cumul *

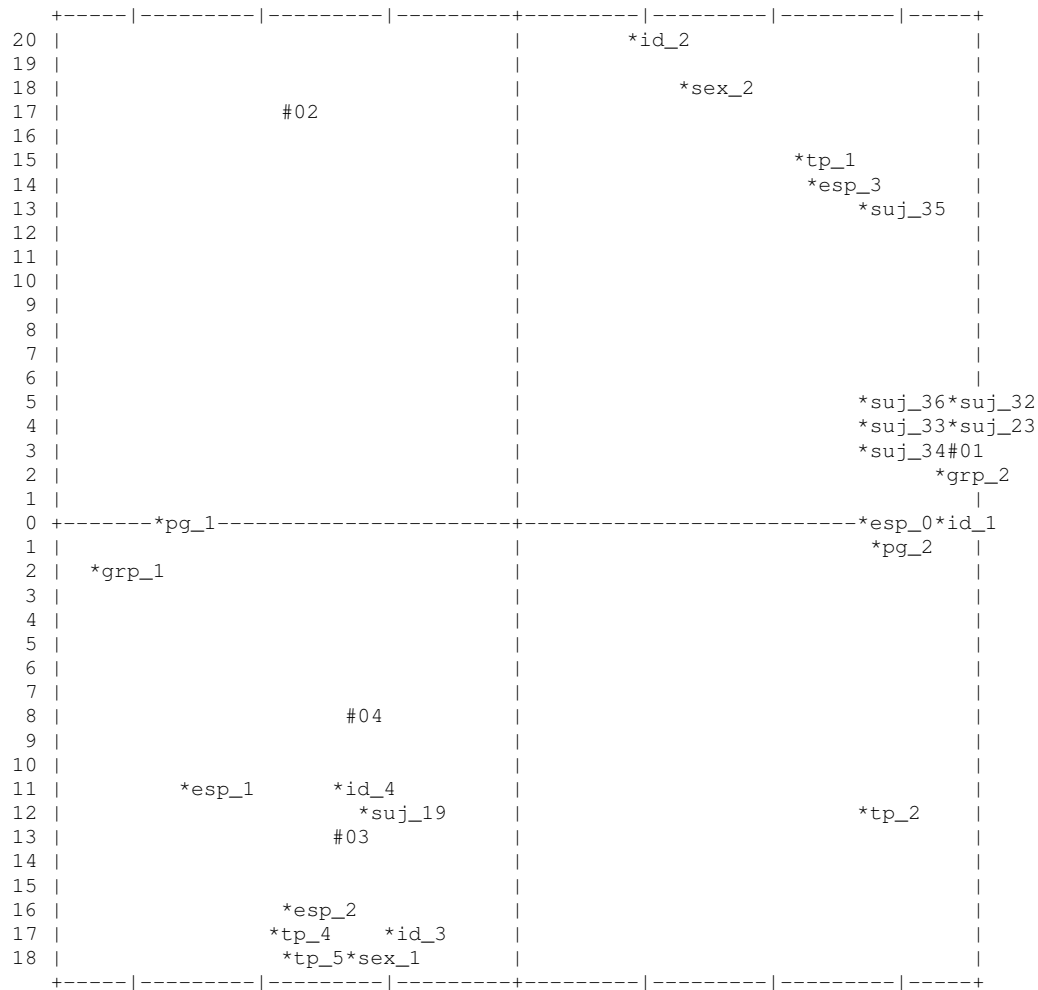
* 1 * .33889800 * 42.54682 * 42.547 *
* 2 * .27158410 * 34.09592 * 76.643 *
* 3 * .18604740 * 23.35726 * 100.000 *

Seuls les mots à valeur de clé >= 0 sont représentés
Nombre total de mots retenus : 64
Nombre de mots pleins retenus : 24
Nombre total de points : 68

Représentation séparée car plus de 60 points

Projection des colonnes et mots "*" sur le plan 1 2 (corrélations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.3389 (42.55 % de l'inertie)
 Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2716 (34.10 % de l'inertie)



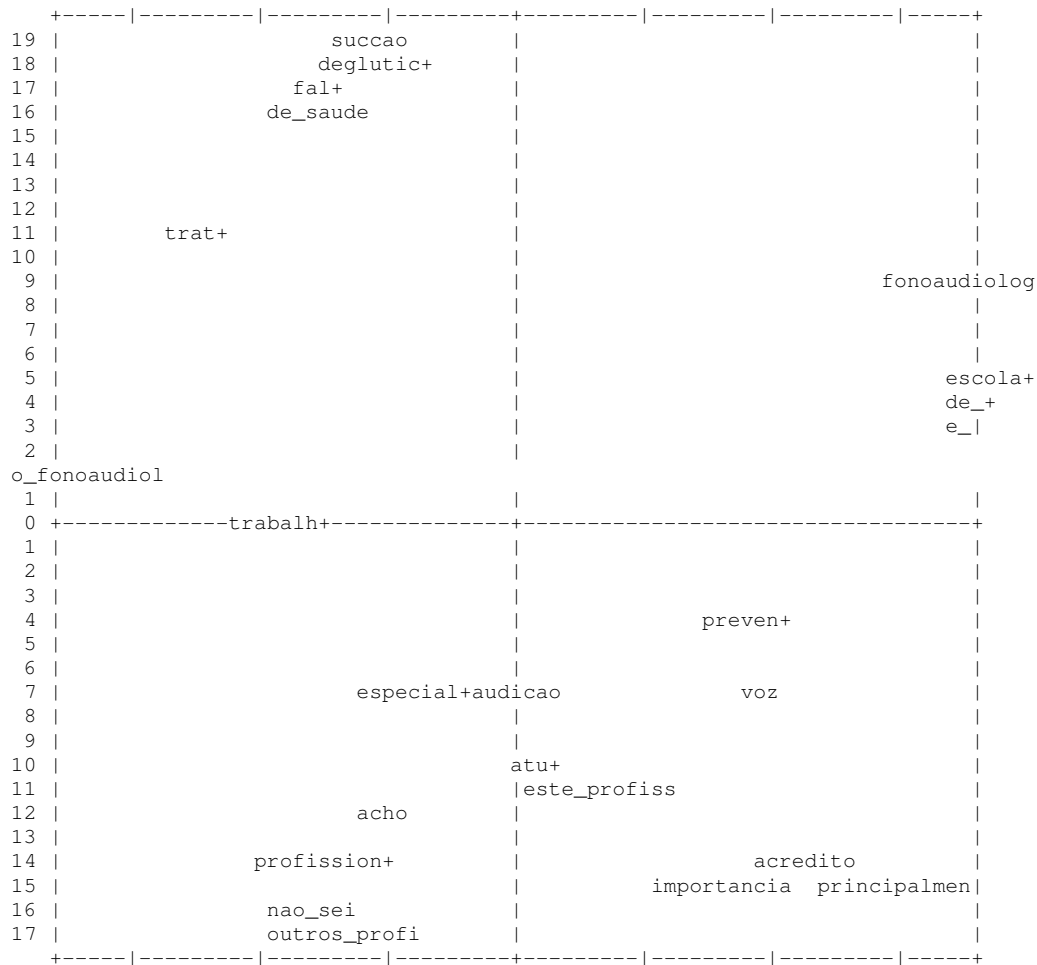
Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposés

x y nom

Projection des mots analyses sur le plan 1 2 (corrélations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.3389 (42.55 % de l'inertie)

Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2716 (34.10 % de l'inertie)

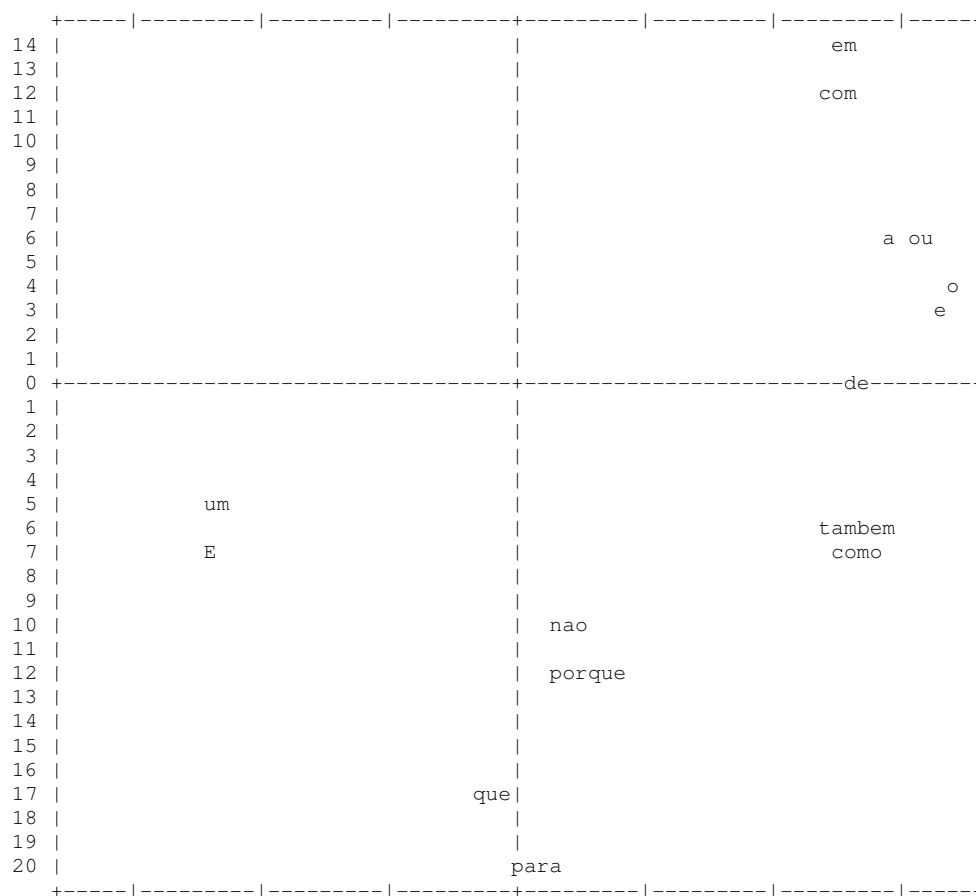


Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposés

x y nom

Projection des mots de type "r" sur le plan 1 2 (corrélations)

Axe horizontal : 1e facteur : V.P. =.3389 (42.55 % de l'inertie)
Axe vertical : 2e facteur : V.P. =.2716 (34.10 % de l'inertie)



Nombre de points recouverts 0 dont 0 superposés

x y nom

D1: Sélection de quelques mots par classe

Valeur de clé minimum pour la sélection : 0

Vocabulaire spécifique de la classe 1 :
de_(12), e_(11), a_(6), escola+(7), e_escrita(7), lingu+(7), que_(6),
creches(5), e_um_profissional(5), fonoaudiologia(5), habilit+(5),
o_fonoaudiologo(8), a_comunicacao_human(4), com_(4),
da_comunicacao_huma(4), diagnostic+(6), do_(4), hospitais(6),
motricidade_oral(4), avali+(5), da_familia(3), sej+(3),
ser_fonoaudiologo(3), tem_sua_importancia(4);

Vocabulaire spécifique de la classe 2 :
succao(7), deglutit+(6), auxili+(4), educar(4), inicialmente(4),
fal+(9), trat+(5), apresent+(2), desenvolvimento(2), de_saude(4),
outros_problemas(2), intervencao(2), da_equipe(2), necessit+(1),
com_o_fonoaudiologo(1), da_crianc+(1), da_populacao(1), e_reabilit+(1),
fonoaudiologo+(3), paciente+(1);

Vocabulaire spécifique de la classe 3 :

acho(8), profissio+ (28), de_fala(6), do(5), este_profissioal(7),
problema+(5), que_atu+(4), atu+(7), como_referencia(4),
de_nivel_superior(4), como_apoio(3), da_saude_publica(3), importante(4),
necessario(4), necessidade+(4), atender(2), importancia(4),
orientac+(2), voz(6), acredito(3), crianca+(2), da_area_da_saude(2),
gagueira(2), nao_conhec+(2), objetiv+(2), pod+(3), preven+(3),
que_necessit+(2), realiz+(2);

Vocabulaire spécifique de la classe 4 :

especial+(7), nunca_fal+(6), opiniao(5), audicao(11), na_fala(3),
sei(4), tem_atuacao(3), trabalh+(11), atendimento(2), com_problemas(3),
da_fala(2), nao_posso(2), nao_posso_responder(2), nao_sei(4),
outros_profissionais(3), disturbio+(2), faz+(2), na_equipe(2),
para_usuario+(2), uma(2), comunidade(2), de_atu+(2), especializado+(2),
este_trabalho(2), ao(1), e_um_profissioal_d(1), maior_necessidade(1),
principalmente(2);

Mots outils spécifiques de la classe 1 :

ou(6), pois(4), este(4), na(4), O_fonoaudiologo(4), e(38), o(8);

Mots outils spécifiques de la classe 2 :

com(3), em(3);

Mots outils spécifiques de la classe 3 :

de(4), para(3), caso(2), ainda(2), tambem(5), E(3);

Mots outils spécifiques de la classe 4 :

sendo(2), seria(2), como(6), mas(2), porque(4), quando(2), que(15),
se(1), outros(2), um(6), nao(3);

Mots étoilés spécifiques de la classe 1 :

*esp_0(17), *esp_3(96), *grp_2(84), *id_1(13), *id_2(86), *pg_2(17),
*sex_2(31), *suj_23(3), *suj_30(2), *suj_32(12), *suj_33(9),
*suj_34(52), *suj_35(19), *suj_36(12), *tp_1(99), *tp_2(12);

Mots étoilés spécifiques de la classe 2 :

*suj_03(5), *suj_13(4), *suj_17(4), *suj_29(5), *tp_3(5);

Mots étoilés spécifiques de la classe 3 :

*esp_1(31), *esp_2(13), *id_3(28), *pg_1(50), *sex_1(43), *suj_01(4),
*suj_02(2), *suj_05(4), *suj_06(7), *suj_11(4), *suj_16(2), *suj_19(8),
*suj_20(4), *suj_21(2), *suj_26(2), *suj_28(2), *suj_31(3), *tp_4(29),
*tp_5(11);

Mots étoilés spécifiques de la classe 4 :

*grp_1(29), *id_4(11), *suj_04(4), *suj_07(2), *suj_09(1), *suj_10(3),
*suj_12(1), *suj_14(4), *suj_15(2), *suj_22(3), *suj_24(3), *suj_27(4);

D1: Sélection des mots et des uce par classe

D1 : Distribution des formes d'origine par racine

Formes associées au contexte A

A5 de_+ : de_(10), de_a(1), de_em(1);
A4 e_ : e_(12);
A3 a_ : a_(7);
A3 escola+ : escolas(7);
A3 e_escrita : e_escrita(7);
A3 lingu+ : lingua(2), linguagem(5);
A3 que_+ : que_(4), que_e(2);
A2 creches : creches(5);
A2 e_um_profissional : e_um_profissional(5);
A2 fonoaudiologia : fonoaudiologia(5);
A2 habilit+ : habilitacao(3), habilitar(2);
A2 o_fonoaudiologo : o_fonoaudiologo(8);

Formes associées au contexte B

B9 succao : succao(7);
B8 deglutit+ : degluticao(6);
B7 auxili+ : auxilia(3), auxiliando(1);
B7 educar : educar(5);
B7 inicialmente : inicialmente(4);
B6 fal+ : fala(9);
B6 trat+ : tratar(6);
B5 apresent+ : apresenta(1), apresentar(1);
B5 desenvolvimento : desenvolvimento(2);
B5 de_saude : de_saude(4);
B5 outros_problemas : outros_problemas(2);
B4 intervencao : intervencao(2);
B3 da_equipe : da_equipe(2);
B2 necessit+ : necessitam(1);

Formes associées au contexte C

C6 acho : acho(8);
C6 profission+ : profissionais(3), profissional(36);
C5 de_fala : de_fala(6);
C5 do : do(5);
C5 este_profissional : este_profissional(7);
C5 problema+ : problema(1), problemas(5);
C5 que_atu+ : que_atua(3), que_atuam(1);
C4 atu+ : atua(1), atuacao(4), atuando(3);
C4 como_referencia : como_referencia(4);
C4 de_nivel_superior : de_nivel_superior(4);
C3 como_apoio : como_apoio(3);
C3 da_saude_publica : da_saude_publica(3);
C3 importante : importante(5);
C3 necessario : necessario(4);
C3 necessidade+ : necessidade(4);

Formes associées au contexte D

D8 especial+ : especial(1), especialista(7);
D7 nunca_fal+ : nunca_falamos(5), nunca_falei(1);
D7 opiniao : opiniao(5);
D6 audicao : audicao(14);
D5 na_fala : na_fala(3);
D5 sei : sei(4);
D5 tem_atuacao : tem_atuacao(3);
D5 trabalh+ : trabalha(9), trabalhamos(2), trabalhando(1), trabalhar(1),
trabalhe(1);
D4 atendimento : atendimento(2);
D4 com_problemas : com_problemas(3);
D4 da_fala : da_fala(3);
D4 nao_posso : nao_posso(2);
D4 nao_posso_responder : nao_posso_responder(2);
D4 nao_sei : nao_sei(4);
D3 outros_profissionai : outros_profissionais(3);
D2 disturbio+ : disturbio(1), disturbios(2);
D2 faz+ : fazemos(1), fazer(1);
D2 na_equipe : na_equipe(2);
D2 para_usuario+ : para_usuario(1), para_usuarios(1);

D1: Tri des uce par classe

Suffixe de l'analyse : 121

Clé sélectionnée : A

157 16 na_prevencao #e_ fazendo_sugestoes quanto_as_atitudes #a serem_seguidas pelo_educador ou_paciente na_area_da_linguag em. existem_varias possibilidades_de_atuacao para_o_fonoaudiologo numa_equipe_de_saude. nao_apenas na_saude_da_familia na_saude_em_geral_desde_empre< #hospitais, consultorios_clinicos com_varias_especialidades.

158 16 dentre_inumeras atribuicoes podemos_trabalhar a_prevencao_d os_disturbios #da_comunicacao_humana criando_condicoes favoraveis_para_que a_comunicacao_se_dese_nvolve de_forma_adequada. O_fonoaudiologo pode_atuar_em_bercarios, #creches, pre_escolas, #escolas, unidades_basicas_de_saude, area_cultural, junto_a profissionais_de_radio, televisao, teatro, industria, procurando_prevenir perdas_auditivas em_trabalhadores expos_tos_a_ruido.

151 15 fonoaudiologo #e_um_profissional de_formacao_superior e_gr aduacao_plena dentro_da_area_biomedica e_o_terapeuta que_trata_as_patologias #da_comunicacao_humana. pode_atuar em_diferentes_setores dentro_do_mercado_de_trabalho, clinicas_multi_e_interdisciplin< #escolas, empresas #hospitais, teatro e consultorios_particulares.

231 15 quem_detecta, qualifica e_trata dos_disturbios_dnao_sei_dizer de_que_forma poderia_estar_inserido na_unidade_de_saude.

pode_desenvolver_atuacao_na_prevencao, #diagnostico, #habilitacao #e_reabilitacao_dos_disturbios #da_comunicacao_humana alem_de_introduzir o_futuro_profissional nas_atividades_de_pesquisa ligadas_a_sua_formacao.

125 13 fonoaudiologo e_um_profissional_da_area_da_< #com_formacao_superior_em_fonoaudi< cuida_dos_disturbios_da_fala, audicao, escrita, leitura e demais_problemas_que_afetam #a_comunicacao_humana. atuando_em_consultorios, clinicas, #hospitais, postos_de_saude #escolas e_instituicoes_especializadas. fonoaudiologo trata_de_disfuncoes_da_fala #e_escrita e_desempenha_importante_papel na_integracao_social_de_pesso<_com_essas_deficiencias.

230 12 acredito_que_este_profissional_e_importante,mas nao_saberia_lhe_dizer_agora_sua_utilidade numa_equipe_de_saude. como_tambem_trabalha_com_prevencao #tem_sua_importancia_nao_sei_dizer de_que_forma_poderia_estar_inserido_na_unidade_de_saude.

pode_desenvolver_atuacao_na_prevencao, #diagnostico, #habilitacao #e_reabilitacao_dos_disturbios #da_comunicacao_humana_alem_de_introduzir o_futuro_profissional nas_atividades_de_pesquisa_ligadas_a_sua_formacao.

136 11 relacionadas_as_condicoes_de_vida_e_trabalho_alem_de_gestao_e_pesquisa, focalizando_as_necessidades_dos_diversos_< da_sociedade #de_em_resposta_as_complexidades_sociais_a_partir_de_uma_fundamentacao_teorico_metodologica_envolvida_com_o_campo_fonoaudiologico #e_com_as_necessidades_do_usuario_a_partir_da/

142 11 bacharel_em_fonoaudiologia #e_um_profissional #com_a_formacao na_area_da_saude_voltado_para_os_problemas_da_comunicacao_humana incentivando_o_desenvolvimento_de_uma_nova_<_que_muit_o_podera_contribuir/ para_a_efetiva_participacao_d<_o_na_sociedade. existem_muitas_possibilidades_de_atuacao_na_presenca_de_problemas_como_no_diagnostico_dos_disturbios_da_comunicacao.

155 11 O_otorrinolaringologista_deve_manter_saudaveis_estas_estruturas_para_que_o_tratamento_funcione_possa_ser_iniciado_pelo #o_fonoaudiologo nas_diferentes_patologias. outro_profissional_importante_e_o_fisioterapeuta_que_auxilia_a_a_fonoaudiologia_quanto_a_postura_a_respiracao #e_atividades_fisicas_adequadas_relacionando_as_funcoes_estomatognaticas.

164 11 orienta_os_familiares_quanto_se_pode_ajudar, estimular #e_incentivar_o_afasiao_ao_sair_do_hospital. em_caso_de_paralisia_facial_idiopatica_quando_ha_compressao_do_nervo_ha_indicacao_da_intervencao_c<_e_atuacao_fonoaudiologica. no_setor_de_otorrinolaringolo< #o_fonoaudiologo_podera_acompanhar os_pacientes_nas_diferentes_i<_na_area_de_patologia_vocal_como_os

nodulos, polipos, carcinomas, laringectomias e alteracao_audiativa, ma_formacao_do_aparelho_audit<

165 11 implantes_cocleares #e_outros. orientando pacientes_e_familiares, condutas_facilitadoras para_a_recuperacao e_posterior_tratamento_fonoaudiologico. em_cirurgias_plasticas quando_se_trata_de_paciente_portador_de_fissura_palatina, labio_leporino. #fonoaudiologia_integra_a_equipe_multidiscipli< com_o_objetivo_de_acompanhar_o_paciente_antes_e_depois_das<_s_necessarias.

215 11 entao_nao_podemos_pensar_que_o_trabalho_do_fonoaudiologo_nao_e_importante. talvez #a_falta_de_conhecimento_e_que_faz_com_que_as_pessoas_achem_/_que_ele_e_desnecessario_ate_que_precise_dele_pra_mudar_sua_/_visao_e_achar_importante. O_fonoaudiologo_e_capaz_de_/_desenvolver_varias_atividades_no_ambiente #do_/_trabalho_publico.

178 10 cabeca_mal_posicionada, mordidas_cruzadas_unilaterais. O_tratamento_parte_da_conscientizacao_da_respiracao_nasal_e #a_importancia_do_uso_do_nariz_e #do_fortalecimento_da_musculatura_oral. E_imprescindivel #a_orientacao_a_familia_quanto_a_mudanca_de_comportam<_ao_dormir_e_o_tipo_de_alimentacao #que_devera_conter_mais_alimentos_solidos, melhorando_a_hipotonia_dos_orgaos_fonoarticulatorios.

227 10 quando_devo_realizar_o_encami<_por_isso_a_parceria_que_possibilita_a_discussao_de_casos_e_fundamental_cabendo_aos_profissionais_env<_analisarem_as_prioridades_de_tratamento_para_cada_paciente. para_mim #o_fonoaudiologo #e_um_profissional_que_tem_como_objeto_de_estudo #a_comunicacao_humana_no_que_se_refere_ao_seu_desen<_aperfeicoamento, disturbios_e_diferencas_em_relacao_aos_aspectos_envolvidos_na_fu<_e_central,

143 9 dentre_diversas_areas_de_atuacao_este_profissional_de_saude_temos_intervencao_desde_bebes_recem_nascidos_ate_a_terceira_idade_dentro_diferentes_disturbios_da_fala, voz, audicao, #linguagem. essas_intervencoes_podem_ocorrer_diretamente_na_comunidade #escolas, #hospitais, #creches, asilos, na_propria_clinica_de_forma_individualizada.

95 7 tambem_trabalham_com_bebes_de_alto_risco_em #escolas #creches_e_outros_lugares_que_nao_conheco_a_atuacao. muitos_profissionais_de_saude_nao_conhecem_este_trabalho_tao_importante. surgiu_para_contribuir_com_as<_de_pessoas_que_sofriam_com_alguns_problemas_e_que_nao_existia_uma_categoria #de_profissionais_para_cuidar_dessas_pessoas_com_serios_pro<_as_de_fala, voz,

156 6 temos_tambem_a_ortodontia_cuja_atuacao_com_o_fonoaudiologo_#diagnostica_e_atua_com_exercicios_que_sao_capazes_de_corrigir_a_respiracao_bucal_padroes_de_mastigacao_e_degluticao_bem_como_vicios_posturais_da #lingua_cooperando_com_a_ortodontia. trabalha_tambem_em_conjunto_com_a_pedagogia_ou_ortodontia_ou_fonoaudiologo_trabalha_junto_ao_pedagogo_nas_areas_de_elaboracao_de_planejamento_escolar,

232 6 quem_detecta, qualifica_e_trata_dos_disturbios_da_comunicacao_falada #e_escrita_dando_condicoes_para_que_o_paciente_possa_falar, ouvir, escrever_bem. E_um_trabalho_social_digno_de_aplauso_lida_com_a_qualidade_de_vida_das_pessoas_independentemente_da_idade_delas. alem_da_reabilitacao, #o_fonoaudiologo_volta_se_para_prevencao, deteccao_precoce_de_possiveis_disturbios.

Suffixe de l'analyse : 121

Clé sélectionnée : B

9 24 muitos_profissionais_saude_que_nao_interagem_com_fonoaudiologo_nao_sabe_seu_papel_aqueles_que_trabalham_junto_ja_dependem_do_trabalho_este_profissional_ajudar_pacientes_que_apresentam_necessidades_de_atendimentos_levam_um_tempo/para_ser_tratados_com_eficacia_em_todo_processo_de_restabelecimento. seu_papel_de_enriquecer_o_cuidado_integral_das_familias_assistimos_trabalhando_no_sentido_de_orientar, #educar, #tratar_aqueles_que_necessitam_inicialmente.

63 24 profissionais_de_saude_nao_interagem_com_o_fonoaudiologo_nao_sabem_seu_papel_aqueles_que_trabalham_junto_ja_dependem_dele_para_todo_processo. seu_papel_tambem_e_de_enriquecer_cuidado_integral_das_familias_que_assistimos_sentido_de_orientar, #educar, #tratar_aqueles_que_necessitam_inicialmente. #educar, #tratar,

reabilita, quando_se_fala em_audicao, #fala, #succao, #degluticao.
trabalha_muito junto_de_otorrinolaringologis<

8 22 #fonoaudiologo trabalha desde_minha_residencia muito_proximo
#auxilia no_estimulo_de_succao, #degluticao do_recem_nascido com
#outros_problemas que_o_recem_nascido pode_apresentar
assim_que_ele_nasce ajuda_na_fala #da_crianca, na_organizacao
do_respirador_bucal #desenvolvimento #da_crianca. profissional #de_saude
ajuda_a_equipe_multiprofissional organizar_o_que_nao_esta indo_bem
relacao_a_audicao #fala #succao e_degluticao tem_o_papel de_reabilita.

50 20 E #tratar, reabilita_fala, audicao, #succao, #degluticao,
gagueira, voz, #outros_problemas #de_saude usuario venha a #apresenta.
traz_seus_conhecimentos para_ajudar no_cuidado_das_familias assistidas
pelo_psf na_ubs trabalhando_com_integralidade na_qualidade_de_vida de
cada_usuario.

48 15 #fonoaudiologo trabalha desde_minha_residencia #auxiliando
no_estimulo_do_rn, na_fala_da_crianca, gogos, com_respirador_bucal,
disfagicos, deficientes_auditivos. um_profissional #de_saude que_ajuda
equipe_multiprofissional a_organizar_alteracoes com_relacao_audicao,
#fala, #succao, #degluticao, na_realizacao de_reabilitacao.

222 15 #intervencao em_crianças com_dificuldade_de_aprendizag<
prevencao, avaliacao_auditiva. #desenvolvimento, aperfeicoamento
padroes_de_voz, #fala, da_face na_area_estetica. realizacao
pericias_tecnicas e_assessoria em_casos_de_acoes_civeis_criminais
relacionadas_a_fonoaudiologia. reabilitacao_nas
alteracoes_da_mastigacao, #degluticao, respiracao, #succao.

10 13 #educar, #tratar #e_reabilita quando_nos_referimos
ou_tratamos audicao, #fala, #succao, #degluticao. pelo_pouco_que
compreendo trabalha_muito_proximo do_otorrinolaringologista_e
se_nao_me_engano trabalha_com_neurologistas_por_causa de_pessoas
que_tem_paralisia_cerebral, avc.

11 12 apresenta_se_como_mais_um_membro #da_equipe traz_seus
conhecimentos para_somar no_processo_do_cuidado das_familias assistidas
trabalhando_com integralidade. em_relacao saude_da_crianca atraves
ajuda_amamentacao, #fala, respirador_bucal uso_da_mamadeira, chupeta,
maus_costumes mulher_gestante, processo de_orientacao_da_mamada.

64 12 #apresenta se_como_mais_um membro_da_equipe
traz_seus_conhecimentos somar_no_processo do_cuidado
das_familias_assistidas trabalhando_com_integralidade. relacao
a_saude_da_crianca atraves_de_amamentacao, #fala, respirador_bucal,
uso_da_mamadeira, chupeta, Maus_Costumes, #auxilia a_mulher_gestante,
processo de_orientacao_da_mamada.

62 10 #fonoaudiologo trabalha muito_perto de_nossa_atuacao #auxilia
estimulo_de_succao, degluticao_do_bebe, na_fala_da_crianca,
organizacao_do_respirador_ora< em_todo_crescimento
desenvolvimento_da_crianca. profissional #de_saude que_ajuda
equipe_multiprofissional, organizar_o_que_nao_esta indo_bem
com_relacao_a_audicao, #fala, #succao, e_degluticao, tem_papel
tambem_de_reabilita.

223 7 #intervencao desenvolvimento_global_crianças_e_adultos com
quadros_sindromicos, lesoes_neurologicas. atividades_ludicas
de_entretenimento de_adolescentes_e_jovens inseridos nas_drogas
marginalidade com_o_apoio #da_equipe que_ja_atua na_comunidade_e
dos_agentes_comunitarios_de_s<

49 5 profissional de_extrema_importancia no_servico_de_saude
#pacientes que_necessitam de_tratamento_e_nao_tem_condicoes de_fazer
de_forma_particu lar. cuidado_integral das_familias atuando
de_acordo_com_necessidades de_cada_usuario sentido_de_orientar, #educar,
#tratar aqueles_que_necessitam #inicialmente.

Suffixe de l'analyse : 121
Clé sélectionnée : C

26 11 incluir #este_profissional nem_tem tanta_importancia
para_programa. seria_alem_do_custo desnecessario_mais_um
profissional_sem_muito trabalho dentro_da_equipe. ser_capaz
de_ajudar_semelhante. #profissional #de_nivel_superior comprometido
com_problemas_de saude_da_equipe voltado para_problema #de_fala, #voz.

41 11 #acho #importante #profissional fonoaudiologo,
entendo_que_na_pratica #este_profissional esta_muito_longe

de_estar_junto dos_usuarios_do_psf saude_publica ou mesmo #do sus.
entendo fonoaudiologo deve_estar_presente desde atuacao_primaria
ate_terciaria. #profissional #que_atua numa_equipe tambem
de_forma_autonoma com_questoes_de_saude, fala, #voz, audicao, e_outros.

86 9 #profissional #que_atua junto_aos_usuarios em_equipe
com_outros_profissionais_da_s< quando ha #necessidade tendo
objetivo_de_orientar uso_correto das_cordas_vocais
a_fim_de_evitar_doencas_mais_serias tratar_quem_ja_tem_problemas<

108 9 #profissional necessario_na_formacao_da_equi< e_especifica para
casos_relacionados_a_fala #como_apoio. #profissional
com_nivel_superior_preocupado< _problemas_relacionados_fala.
nao_sei_o_que_os_outros_coleg< #acho essa profissao_um_tanto_desconheci<
por-isso e_meio_dificil_de_falar. profissional_de_nivel_superior
sem_grande_necessidade_para_programa_saude_da_familia.
ser_capaz_de_ajudar_semelhant< profissional_de_nivel_superior
comprometido_com_problemas_d e_saude_da_equipe_voltado_par<

6 8 #profissional #importante para_atuar #como_referencia
para_equipe_de_saude da_familia nao_fazendo parte_equipe, mas_como
apoio. #profissional vinculado_a_diversas_atividades que_se_refere
a_reabilitacao como_o_fisioterapeuta nao_compreendo_bem sua_atuacao.
#importante #como_apoio ficando_na_referencia, na_nossa_area
nao_temos_muitos_casos so_alguns.

24 8 tratar #problemas #de_fala, ouvido, ainda_nao e_realidade #do
programa_saude_da_familia tem_problemas financeiros_serios paga_pouco
aos_profissionais #que_atuam neste_trabalho. colocar_profissional
como_esse para_trabalhar na_equipe seria_oferecer luxo_aos_usuarios
ainda_falta_muito do_basico para_ser_oferecido, pode_ser_que
#este_profissional ate_chegue_a_ser_incluido no_trabalho
de_saude_basica,

61 8 #profissional que_atendesse baseado nos_principios_do_sus,
procurando #atender preventivamente evitando
maiores_complicacoes_futuras. #necessario integrar #este_profissional
no_centro_de_referencia integrar_a_equipe acho_dispensavel
a_linha_do_psf e_trabalhar mais_a_promocao_da_saude. #atuacao
e_reabilitadora, casos dos_pacientes_cronicos como_avc, cancer_de_boca,
alguns_casos_especiais como #criancas com_disturbios_de_fala, caso
surdos_mudos tambem #pode contribuir.

22 6 #profissional #necessario na_formacao da_equipe
de_areas_especificas para_paciente denominado_em casos_de_fala, #voz,
#atuando apenas_como apoio. #profissional com_nivel_superior
preocupado_com correcao problemas_relacionados_fala, #voz. dificil
comentar pouco_conhecimento que_tenho, nao_tenho concepcao formada
sobre.

36 6 #acho que maior_importancia #como_referencia, mas que
apresenta_seu potencial em_diversas_areas atuacao_que_nos
talvez_nao_conhecamos. execucao de_oficinas trabalhar_com disturbios
#de_fala, audicao, exercicios_de_voz, #orientacoes para_familia.

116 6 E aquele profissional_que_ira_ajudar
no_desenvolvimento_da_fala. talvez no_futuro um_papel_de_cooperacao,
que_seja_uma_ajuda e_possa_ser_um_somatorio no_trabalho_do_psf
no_momento_precisamos_urgente< ocial. #profissional
que_ajuda_no_desenvolvimento< na_nossa_unidade_de_saude_da<
nao_existe_tanta_neces_sidade. #acho que seria_mais_util_em_uma_unidad<

127 6 #profissional que_trabalha_para corrigir_os_disturbios da_fa
la. E a_pessoa_que_trabalha para_corrigir_disturbios_da_f< e_cord
as_vocais. #profissional que_podera_atender_ao_princip< de
dando_melhor_resolutividade ao_trabalho dito_integral, essa e a
minha_opiniao, nao #do_grupo.

3 4 compreendo fonoaudiologo #profissional objeto_de
estudo_proprio #atua em_conjunto com_outros_profissionais de_saude de
outras_areas tambem. nao_conheco_tao_bem #atuacao #do_fonoaudiologo,
#acredito que como_as_demais_atuacoes_em_saude tem_sua #importancia
#necessidade na_saude_publica.

47 4 trabalha com_problemas #de_fala, audicao, buscando melhorar
os_problemas que_ocorrem por_conta de_problemas_externos. #importante
#como_apoio para_encaminhar ficando_na_referencia. conhecer_a_realidade
do_psf desenvolvendo_atividades_para< #do.

43 3 traumatismo a_fim_de_evitar #problemas mais_graves tratar #problemas que_ja_se_encontram instalados. #acho existe_demanda, nosso_sistema na_paraiba ainda_nao_se_deu conta da_necessidade desse_profissional, #este_profissional tem_atuacao em_diversas areas_de_saude podendo_minimizar sequelas_graves no_paciente_se_existir intervencao_correta antecipada.

60 3 #profissional trabalha_para_corrigir disturbios_da_fala. pessoa que trabalha para_corrigir disturbios_da_fala, cordas_vocais. #profissional que_podera_atender os_principais_problemas de_trabalho_integral. minha_opinio. necessario_para #atender de_forma_integralizada dar_assistencia no_que_se refere_a_recuperacao, reabilitacao_da_saude.

71 3 especializado_nas_areas_de_at< que_o_fonoaudiologo_pode_estar #atuando. creio #este_profissional pode_muito_bem se_adequar a_dinamica_do_psf #realizando palestras_informativas, atendimentos_de_grupos. sendo_necessario_o_atendiment< pode_organizar horarios_de_forma_simples para_fazer_com_que usuarios_daquela_area_possam< da forma que precisarem, analisando_dinamica_do_progra< de_cada equipe_que_atua em_determinada_area.

72 3 #profissional que esta_cada_vez_mais colocado_no_ambito #da_saude_publica porque vem_demonstrando o_quanto_e_de_fundamental importancia_seu_trabalho na_saude_publica em_instituicoes, em_outras_areas_da_saude que_estao_em_expansao. contudo, ainda percebo_que_ha_um_preconceito em_relacao a_outros_profissionais #da_area_da_saude por_acreditarem que_este_profissional esta_tomando_seu_espaco ou porque_ele_pode_se_tornar de_certa_forma em_seu_ambiente_de_conhecimen<

83 3 profissional_envolvido com_diversas_atividades_de_pr< reabilitacao, #orientacoes, atuacao_ampla e_dinamica. extremamente_importante para_atuar_junto_da_equipe com programas_de_apoio_as_maes estimulacao_de_bebes atendimento_a_saude_do_idoso, envolvendo_sua_audicao, suas_necessidades melhorar_seu_bem_estar_social. #profissional poderia_trabalhar_com_palestr< oficinas, #orientacoes, atendimentos_mais_especificos de_baixa_complexidade.

Suffixe de l'analyse : 121

Clé sélectionnée : D

13 30 especialidade esta_iniciando_agora se_propoe trabalhar_com #disturbios #da_fala problemas_da_audicao. #especialista que #trabalha #disturbio #audicao, fala. #nao_posso responder #nao_sei #opinio #outros_profissionais que_trabalham comigo. #nunca_falei com_outros_colegas sobre_o_trabalho deste_profissional sei_pouco de_sua_atuacao.

90 16 se_o_medico_nao_encaminha e_porque_nao_tem_necessidade de_tratamento #tem_atuacao #na_fala, #audicao. deve_existir_tratamento quando_o_medico_descobre e_manda para_se_tratar com_o_fonoaudiologo. #especialista que_trabalha na_area_de_saude voltada_para_fala, #audicao. nao #sei informar #opinio deles o_medico_aqui_ainda_nao_fez_e< nem_falou_que_era_necessario.

35 14 profissional cuja_especialidade e_bastante recente que #trabalha com_disturbios da_voz, #da_fala, e_da_audicao. profissional #especialista que_conhece #disturbios da_audicao, fala, voz. #nunca_falamos sobre_isso nao_conheco #opinio dos_meus_colegas. profissional que atua_na_sua_area_especifica. profissional que #trabalha #com_problemas #da_fala, #audicao, voz.

5 12 profissional desvinculado da_atividade_medica que tem_acao atuacao_fala, #audicao como prevencao e_tratamento. #especialista #trabalhe na_area_de_saude voltada para_fala, e_audicao. #nao_sei informar #opinio deles #nunca_falamos sobre_inserir #outros_profissionais, mas acho_importante ter_fisioterapeuta e_um_fonoaudiologo dependendo da_forma_de_atuacao compartilhamento de_conhecimento para_solicitarmos tratamento_correto #para_usuario.

31 11 acho_dispensavel, #trabalhamos com_atencao_basica esse_profissional nao_e_generalista. atencao_basica #fazemos trabalho_generalista nao_especializado. nao_concordo com_sua_inclusao_na_psf. psf_tem modelo_de_saude_preventivo, incluindo

#outros_profissionais que_nao_sejam do_atendimento_basico estamos_desconstruindo as_fragmentacoes para_termos um_olhar_especializado e_nao_coletivo dos_problemas_de_saude sao_muito mais_de_ordem_social.

15 10 como_todos_outros_profissional #tem_atuacao na_sua_area_especifica, na_comunidade como_um_todo sem_controlar_problemas como_medico e_enfermeiro fazem_sua_atuacao. #especialista #trabalha com_disturbios_fala, #audicao. tem_maior importancia como_referencia nao_tem condicoes #de_atuar dentro_da unidade_de_saude porque_estruturalmente nao_comporta #este_trabalho requer_espaco, equipamentos provavelmente_nao_sao custeados pela_prefeitura.

17 9 profissional #especializado necessario_a_integralidade amplos_conhecimentos #maior_necessidade em_reabilitacao #para_usuarios carentes de_nossa #comunidade. profissional #especializado, corrigir_fala, avaliar #audicao. profissionais da_equipe nao_interagem com_profissionais fonoaudiologos nao_temos esse_profissional #na_equipe sua_atuacao_e_pequena #trabalha #com_problemas mais_simples devem_trabalhar apenas_na referencia para_nao_encher/

46 8 profissional #tem_atuacao #na_fala, #audicao. profissional com_especializacao_plena #trabalha na_area_de_saude voltada_para_fala, #audicao. nao_sei_dizer #opinio de_meus_colegas #nunca_falamos sobre_inclusao_de_outros_profissionais, como_o_fonoaudiologo. profissional importante para_atuar como_referencia equipe de_saude_da_familia nao_deve fazer_parte_da_equipe, nao_tem_conhecimento da_dinamica desta_atuacao.

16 6 #nao_sei se_voce_sabe, psf_e_custeadado pela_prefeitura. #trabalha com_disturbios, fala, #audicao. minha_concepcao_pratica_diaria sao_poucos_casos que_aparecem na_unidade_de_saude sendo assim dificil_dizer se_seria importante_ou_nao ter_esse_profissional #trabalhando_conosco.

39 6 profissional para_complementar estas_lacunhas no_tratamento desses_pacientes com_necessidades_especiais. #especialista melhor_preparado trabalhar_nas_areas #de_atuacao #especial. A_meu_ver seria_profissional que_auxilia_outros com_necessidades_mais_urgentes como_nutricionistas psicologos fisioterapeutas assistentes_sociais, podera_ser_incluido #na_equipe_a_longo_prazo.

112 6 um_profissional_especializado que_nao_conheco_muito #sei_que trabalha_com_problemas_de_fal< minha_equipe_de_saude_e_muito< #nunca_falamos sobre_este_assunto nao_sei_se_tem_necessidade de_ter_esse_profissional_aqui. #nao_sei como_trabalha nao_sei_exatamente o_que_faz deve_ter_sua_importancia. um_profissional_necessario_a_saude, quando se trata de_problemas_especializados sem_muita atribuicao_na_unidade_de_saude que_trabalha_mais com_promocao_da_saude habitacao_alimentacao_lazer_educacao_em_saude e_outros.

54 4 profissional #especializado que_precisa_de Equipamentos_caros, para_diagnostico tratamento como_aparelhos_de_audicao, por_exemplo, equipamentos_para_audiometria. profissional_desnecessario. dispendioso_mante_los_em_cada_equipe. deveriam #trabalhar em centros_de_referencia proximos_das_unidades_abrangendo_determinada #comunidade ou_varias de_acordo_com_a_necessidade_do_local.

57 4 profissional que_ira_junto_com_os_demais_profissionais #fazer #atendimento_a certos_disturbios_comuns e_de_dificil acesso_da_populacao. ser_fonoaudiologo e_ter competencia para_tratamento de_disturbios_da_fala, visao_direcionada orientar_profilaxia de_varios_disturbios_da_face #audicao.

14 3 pouco_que #sei_envolve #com_problemas_relacionados_fala, #audicao, mas_nao_sei_falar_que_forma_seria_essa_atuacao_acredito_seria dispendioso_demais_esse_trabalho_dentro_da_equipe tratamos necessidades_basicas da_populacao_geral.

53 3 #nao_posso_responder pelos_demais_nao_sei_qual_e_opinio_deles nunca_discutimos possibilidades desse_profissional_estar_incluso_na_ubs. ate_que_se_consiga_isso_e_uma_utopia. atualmente_e #uma_realidade distante_da_rede_publica_principalmente_do_psf.

103 3 #nao_posso_responder porque_nao_sei_a_opinio_dos_< como_todos os_outros_e_um_profissional_que_tem_sua_atuacao_na_subare< comunidade_como_um_todo. #especialista_que

trabalha_com_disturbios_da_vo< importante_como_referencia
nao_atuando_dentro_da_unidade, porque nao_tem_estrutura_para_este_s<
113 3 E um profissional_autonomo que #trabalha com_varios_problemas
sei_pouco_sobre_sua_vivencia, pois nunca_pesquisei_sobre_este assunto
faz_parte_da_saude tem_sua_importancia_no_cuidar como fisioterapia. E
#uma ciencia_nova. acho_dispensavel porque #trabalhamos
com_atencao_basica e esse_profissional e_especialista. em_atencao_basica
a_equipe_faz_trabalho_general<

52 2 profissional que cuida dos_disturbios_da_fala, #audicao,
basicamente. atua_muito_distante dos_demais_profissionais_de_s< sendo
considerado de_dificil_acesso na_rede_publica. profissional necessario
para_realizar complementar_tratamento diagnostico_de_varias patologias,
que_interferem #na_fala, #audicao, deve_trabalhar_em_conjunto com_demais
profissionais.

D2: Calcul des "segments répétés"

Seuls les 20 SR les plus fréquents sont retenus ici :

2 5 profission+ que
2 4 um profission+
2 4 que trabalh+
2 4 profission+ especializado+
2 3 profission+ de_saude
3 2 profission+ que trabalh+
2 1 O_fonoaudiologo paciente+
3 1 um profission+ de_saude

D2: Calcul des "segments répétés" par classe

*** classe n° 1 (20 SR maximum) ***

2 1 1 O_fonoaudiologo paciente+
2 1 1 que trabalh+
2 1 1 profission+ especializado+

*** classe n° 2 (20 SR maximum) ***

2 2 2 profission+ de_saude
3 2 1 um profission+ de_saude

*** classe n° 3 (20 SR maximum) ***

2 3 2 um profission+
2 3 1 que trabalh+
2 3 1 profission+ que
2 3 1 profission+ de_saude

*** classe n° 4 (20 SR maximum) ***

2 4 4 profission+ que
2 4 3 profission+ especializado+
2 4 2 um profission+
2 4 2 que trabalh+
3 4 2 profission+ que trabalh+

D3: C.A.H. des mots par classe

C.A.H. du contexte lexical A

Fréquence minimum d'un mot : 5
Nombre de mots sélectionnés : 12
Valeur de clé minimum après calcul : 2

Nombre d'uce analysées : 115
Seuil du chi2 pour les uce : 0
Nombre de mots retenus : 12
Poids total du tableau : 84

```

-|          |----|----|----|----|----|----|----|----|----|----
A4 e_      |-----+-----+-----
-+
A2 habilit+ |-----+          |
|
A3 a_      |-----+-----+
|
A2 o_fonoaudiologo |-----+
|
A5 de_+    |-----+-----+-----
-+
A3 e_escrita |-----+-----+
A3 escola+  |-----+-----+
A2 creches  |-----+

```

C.A.H. du contexte lexical B

Fréquence minimum d'un mot	:	5
Nombre de mots sélectionnés	:	4
Valeur de clé minimum après calcul	:	2
Nombre d'uce analysées	:	20
Seuil du chi2 pour les uce	:	0
Nombre de mots retenus	:	4
Poids total du tableau	:	27

```

-|          |----|----|----|----|----|----|----|----|----|----
B9 succao   |-----+-----
-+          |-----+
B8 deglutic+|-----+
|           |-----+-----
-+          |-----+
B6 trat+    |-----+
```

C.A.H. du contexte lexical C

```

Fréquence minimum d'un mot      :      5
Nombre de mots sélectionnés      :      7
Valeur de clé minimum après calcul :      2

Nombre d'uce analysées          :      50
Seuil du chi2 pour les uce      :      0
Nombre de mots retenus          :      7
Poids total du tableau          :      66
  
```

```

-|          |----|----|----|----|----|----|----|----|----|----
C5 do       |-----+-----+-----
-+
C5 de_fala  |-----+-----+
|
C5 problema+ |-----+
|
C5 este_profissional |-----+-----+
|
C4 atu+     |-----+
|
C6 acho     |-----+-----+
-+
C6 profission+ |-----+
  
```

C.A.H. du contexte lexical D

Fréquence minimum d'un mot : 5
Nombre de mots sélectionnés : 5
Valeur de clé minimum après calcul : 2

Nombre d'uce analysées : 29
Seuil du chi2 pour les uce : 0
Nombre de mots retenus : 5
Poids total du tableau : 40

```

-|          |----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
D7 nunca_fal+ |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
+
D7 opiniao    |-----+                                     |
|
D8 especial+  |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
|
D6 audicao     |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
|
D5 trabalh+   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
+

```

* Fin de l'analyse *

Date : 10/ 2/**; Heure : 00:12:12

Temps d'execution : 0 h 1 mn 50 s

ANEXO

ANEXO A

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)