

FLAVIANA CAMARGO AVERNA VILELA

**Voz e promoção da saúde: cartografia do
trabalho fonoaudiológico no Programa de
Saúde da Família**

Mestrado em Fonoaudiologia

**PUC/SP
São Paulo
2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____ **Local e Data:** _____

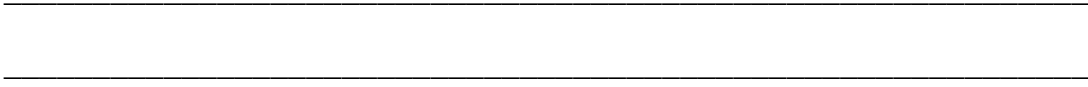
FLAVIANA CAMARGO AVERNA VILELA

**Voz e promoção da saúde: cartografia do
trabalho fonoaudiológico no Programa de
Saúde da Família**

**Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São
Paulo, como exigência parcial para
obtenção do título de MESTRE em
Fonoaudiologia, sob a orientação
da Prof^a. Dr^a. Léslie Piccolotto
Ferreira**

**São Paulo
PUC/SP
2007**

TERMO DE APROVAÇÃO



À minha, mais Bela, pequena Isa

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Léslie, pela pessoa brilhante que é e pelo cuidado, paciência e seriedade com que me conduziu o tempo todo.

À minha família, pela dedicação, pela espera, empenho e carinho com que me acompanharam durante todo esse caminho de estudos.

Ao meu amor Renato, por me acompanhar em todos os momentos, sonhos e objetivos, de forma tão serena e carinhosa.

À minha filha Isabela, pela experiência única do que é acolher alguém e amar incondicionalmente.

Aos integrantes do Laborvox, pela oportunidade de escuta e vínculo, tanto em relação a minha pesquisa, como pela provocação de um amadurecimento pessoal.

Às fonoaudiólogas entrevistadas, pelo cuidado e atenção com que me receberam e me apoiaram.

Às minhas amigas Tatiana, Juliana, Maristela, Janayne, Ana Elisa, Ana Carolina, Luciana, que me acompanharam, durante todo esse percurso.

À Regina Yu, Vera Mendes, Maria Laura Märtz e Maria Aparecida Machado pela compreensão e pelo carinho com que leram, opinaram e auxiliaram neste percurso.

Ao Roberto pela revisão cuidadosa.

À CAPES por acreditar na minha pesquisa e me auxiliar financeiramente.

RESUMO

Introdução: O enfoque desta pesquisa está em refletir sobre as ações de promoção da saúde, com ênfase em voz, mais implicadas com as necessidades da população, atribuindo a esta a co-responsabilidade e o comprometimento com a sua própria qualidade de vida. **Objetivo:** Identificar e analisar as ações de promoção da saúde com foco em voz, realizadas por fonoaudiólogos pertencentes ao Programa de Saúde da Família, nas regiões Leste e Sudeste da cidade de São Paulo, a partir de fluxogramas descritores. **Métodos:** Foram analisadas as Unidades Básicas de Saúde da Família, totalizando seis locais de serviço fonoaudiológico. Os sujeitos fonoaudiólogos, responsáveis por esses serviços, responderam a uma entrevista conduzida por quatro questões de forma semi-aberta. A análise dos dados delineou, por meio de fluxograma descritor, o fluxo do usuário desses serviços, com base no trabalho de Franco (2003). **Resultados:** A maioria dos entrevistados tem como preocupação entender o que ocorre com o sujeito; fundamentam-se na escuta e acolhimento do usuário; preocupam-se para que as ações façam sentido para o sujeito e realizem-se por meio de uma análise das relações que o mesmo estabelece consigo e com a sociedade; e as atividades propostas envolvem dinâmicas para conversar sobre as questões fonoaudiológicas, de acordo com a demanda da população local. Em relação aos conceitos de promoção da saúde, a maioria aponta, como fundamental para que isso aconteça, alcançar melhorias na qualidade de vida e tornar o paciente responsável pela própria saúde. **Conclusões:** Ao analisar a fala dos entrevistados, percebe-se que, para alcançar um trabalho de atenção integral, que busca a promoção da saúde, é necessário levar em conta alguns aspectos fundamentais, como: trabalhar em equipe; olhar para a demanda da população local; utilizar recursos da Unidade e comunidade e realizar parcerias intersetoriais; potencializar a escuta e o vínculo com o usuário, para auxiliá-lo a ser responsável por sua saúde e auto-cuidado; flexibilidade do profissional para criar ações a partir das necessidades do usuário.

Descritores: Promoção da Saúde, Voz, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The focus of this study is to reflect upon the health promoting actions emphasizing voice, which are most committed to the needs of the population, making them co-responsible and committed to their own quality of life. **Aim:** To identify and analyze health promoting actions emphasizing voice, taken by Speech Therapists from the Family Health Program of the East and Southeastern districts of the city of São Paulo, based on descriptive flowcharts. **Methods:** Family health units were analyzed, making a total of six different Speech Therapy service locations. The subjects were the Speech Therapists who are responsible for the service. They answered an interview, based on four semi-open questions. The data analysis was based on Franco (2003), and was made through flowcharts which designed the flow of service users. **Results:** Most subjects concern themselves about understanding the users' needs, and base their actions upon listening and establishing empathy with the user. They make sure their actions make sense to the service user, and that their actions take place by means of an analysis of the relationships the user establishes with himself and with society. The proposed activities involve talking about speech-therapy related issues, and take place upon demand of the local area population. With regards to the concepts of health promotion, most subjects point out that, in order for this promotion to occur effectively, it is most important to achieve improvements in overall quality of life, and to make the patient take responsibility for his health. **Conclusions:** When analyzing the subjects' speeches, it may be noted that, in order to achieve a form of comprehensive assistance, aimed at the promotion of overall health, it is necessary to consider important aspects such as: teamwork; considering the needs of the local area population; Using the resources available at the health unit and in the community, as well as developing partnerships with other sections; Increasing listening skills and bonding with the user, in order to help him take responsibility for his health and self-care; flexibility so that the professional is free to create actions based on the users' needs.

Key Words: Health Promotion, Voice, Family Health Program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 O Programa de Saúde da Família	10
3.2 Conceitos e procedimentos em promoção da saúde	21
4. MÉTODOS	38
4.1 Sujeitos	38
4.2 Instrumento: entrevista	38
4.3 Procedimentos	39
4.4 Análise dos dados	39
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSSÃO	67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	87
ANEXOS	88

1.INTRODUÇÃO

A concepção de Saúde, a ser utilizada nesta pesquisa, não será aquela fundamentada no Modelo Preventivista, centrada na evolução da doença, que propõe ações a partir de etapas de trabalho, em níveis de complexidade. Promove a saúde quando não há doença; protege, quando existe o risco de algum agravo à saúde; e reabilita, quando o sujeito está acometido pela doença (MARTINS, 2004).

Conforme afirmam PENTEADO e SERVILHA (2004), esse modo de atuação, centrado na doença, apresenta limites, pois não concebe o processo saúde-doença na complexidade da relação homem-vida-saúde; ou seja, exclui as diversas questões inerentes às relações de comunicação, particularidades dos processos subjetivos e sócio-culturais de cada contexto populacional.

Será adotada, nesta pesquisa, a nova visão de promoção à saúde, que, segundo MENDES (2005), implica em ações de promoção e organização da rede de serviços, propondo estratégias de intervenção que possibilitem o acesso, a acessibilidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde numa rede de cuidados progressivos.

A promoção da saúde deve ser realizada em conjunto, por meio de parcerias com outros setores, outros grupos sociais e diversos profissionais que trabalham em equipe, para provocar mudanças no sujeito que procura o serviço de saúde. Como refere MENDES (2003), cabe ao profissional da saúde inserindo na sua visão, criar articulações com outros programas e políticas de interesse para a saúde; ou seja, criar espaços intersetoriais, que

visem uma constante reflexão crítica da realidade, das influências geográficas e socioculturais de certa população.

A equipe de saúde, dessa forma, tem responsabilidade e autonomia para criar o projeto terapêutico, a proposta de atendimento, juntamente com o usuário, e dar a ele instrumentos e espaço para lidar com suas dificuldades, inclusive de saúde. A equipe passa a solidarizar-se com as demandas do usuário, numa relação humanizada, para que, assim, ocorra o acolhimento.

Além disso, a equipe tem que reavaliar a resolutividade das ações e criar sempre novas formas de oferta de serviços ao usuário. A discussão de casos e das ações produzidas, numa proposta de educação permanente em serviço, pode ser um caminho para atender as reais necessidades do sujeito.

Assim, o fazer fonoaudiológico, inserido nesse contexto, passa a ser construído, junto com a população, algo vivenciado por ela, para que faça sentido e que ela possa ver sentido nas ações. Isso remete a resignificação de suas relações e da maneira como lida com seus problemas. Segundo MARTINS (2004), o profissional de saúde deve apostar mais na capacidade das pessoas, no sentido de compreenderem o que está acontecendo com elas. As ações auxiliam os usuários a perceberem como podem fazer, não para alcançar uma saúde ideal, mas, sim, uma saúde no sentido de buscar sua potência de agir e de viver; ou seja, tornar-se ativos em relação a sua vida.

Segundo CAMPOS (2003), os profissionais da saúde devem considerar o sujeito nos seus contextos orgânico, social, econômico e cultural. Assim, a visão de sujeito é ampliada, no sentido de compreendê-lo nas relações com seus contextos. As ações levam em conta a escuta para a demanda e o acolhimento do usuário.

Os princípios fundamentais de funcionamento do Programa de Saúde da Família ¹ (PSF) em São Paulo vão ao encontro dessa perspectiva.

A incorporação do profissional fonoaudiólogo no Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, inserido nas Unidades PSF de São Paulo, ocorreu em novembro de 2000, na região leste, pela Casa de Saúde Santa Marcelina, e na sudeste, pela Fundação Zerbini (CEAPPD, s/d).

Na ocasião, foi composta uma equipe com fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que seguem um modelo interdisciplinar. Cada dupla de profissionais de reabilitação é responsável por, em média, oito a dez Equipes de Família. Cada região abrangida pelo projeto tem um ambulatório de referência sediado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual é referência para os atendimentos mais complexos e para os usuários que necessitam de atendimento clínico específico de um profissional que não componha a dupla de referência da Unidade desse usuário (CEAPPD,s/d).

¹ O PSF será abordado, quanto aos seus princípios e questões fundamentais, no capítulo de revisão de literatura.

Os profissionais desenvolvem suas ações em diferentes UBS, que sediam as Equipes de Família de sua referência. As ações ocorrem também em domicílios, na comunidade, por exemplo, em sociedades de bairro, escolas, clubes e igrejas, além do ambulatório. As ações nas UBS, geralmente, estão voltadas ao estudo de território realizado pelas Equipes de Saúde da Família, considerando as condições socioeconômicas e culturais de cada área. A forma de atendimento dos usuários é criada e decidida pelas Equipes de Saúde do Deficiente, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família (CEAPPD, s/d).

Dessa forma, busca-se atender com enfoque eminentemente comunitário, e propõe-se uma atenção integral às famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, em que o atendimento à população e a inclusão social são as principais metas. Dentre outras funções, o Programa tem como objetivo capacitar continuamente as Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Mental para as ações básicas de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e identificação das diversas situações de atuação.

As funções do fonoaudiólogo, no Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, implantado nas Unidades PSF, implicam em manter reuniões técnico-administrativas mensais, a fim de discutir casos, realizar o grupo de estudos, fazer avaliação contínua do trabalho desenvolvido pela equipe e organizar a aplicação do planejamento anual. As reuniões com as equipes de família são organizadas semanalmente nas Unidades de Saúde da Família. Além disso, sensibilizam os profissionais e a

comunidade, continuamente, sobre as ações fonoaudiológicas, por meio de capacitações, palestras, reuniões, atividades educativas, oficinas, dentre outros.

É sua função, ainda, direcionar e investir, no trabalho com a inclusão social e escolar, em ações educativas na Unidade e na comunidade, além de dar orientações quanto à tecnologia assistiva, para profissionais e pacientes, para melhoria da função do indivíduo.

As ações são elaboradas e realizadas junto às equipes de saúde, de acordo com as demandas locais. A partir disso, os fonoaudiólogos realizam atividades de promoção da saúde e prevenção, por meio de capacitações de profissionais e da comunidade, construindo grupos de estimulação essencial, do brincar, gestantes, oficinas, discussões educativas, reuniões, campanhas, dentre outros, com a Unidade e com a comunidade.

Realizam também capacitação das pessoas da própria região, para que possam desenvolver atividades sem o auxílio do profissional especializado, acolhendo toda a população. As ações intersetoriais são mantidas por meio de parcerias com outros equipamentos de saúde, cultura, educação e lazer da região.

Na equipe em questão, o profissional fonoaudiólogo desenvolve também assessoria escolar fundamentada em ações de capacitação, estudo e discussão, fato que proporciona uma reflexão dos profissionais da educação, quanto aos aspectos de saúde, dificuldades e necessidades em sala de aula e às questões de inclusão. Além disso, promove grupos de estudos/eventos científicos, para desenvolver atividades técnico-científicas,

a fim de divulgar o trabalho fonoaudiológico e aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde.

Toda a minha experiência como fonoaudióloga, desde os estágios nas Unidades de Saúde da Família, durante a graduação, e até hoje, atuando na área de Saúde Pública, proporcionou-me vislumbrar o trabalho fonoaudiológico relacionado às ações de promoção da saúde.

Ao se realizarem essas ações de saúde, fica evidente que, como refere CHUN (2004), apenas informar, falar sobre uma questão de saúde, não resolve o problema do usuário. A informação, considerada importante pelo profissional que realiza a ação, tem que fazer sentido, afetar o sujeito, para conduzi-lo ao desejo e à necessidade de mudança. É preciso construir, junto com o sujeito, um processo terapêutico, baseado em suas vivências, nas suas histórias, algo que faça sentido em suas vidas.

Segundo PENTEADO e col. (2005), para promover mudanças na vida do sujeito, de uma família ou de uma comunidade, não adianta apenas informar sobre a instalação da doença ou a necessidade de mudança dos hábitos inadequados, ou seja, dar orientações centradas no risco de adoecer; deve-se, sim, executar um serviço que vise a escuta, o acolhimento de cada sujeito em relação a sua vida.

Considero importante realizar esta pesquisa para conhecer o trabalho fonoaudiológico na rede pública, mais especificamente no Programa de Saúde da Família, pela possibilidade oferecida por esse programa, no sentido de abrir novos rumos na e pela saúde, ao basear-se em princípios

que valorizam e respeitam o contexto geográfico e sociocultural da população e, principalmente, a atenção integral em saúde.

O PSF foi implantado como uma estratégia de mudança no modelo de atenção à saúde (SÃO PAULO 1999; SOUSA 2003), e é uma estratégia que facilita o trabalho, de acordo com as condições locais de vida e por oferecer ações, segundo as reais necessidades da população. Isso, por sua vez, auxilia no planejamento e realização de ações que visam promover saúde. Os resultados alcançados, após a sua implantação e avaliação, fizeram com que se transformasse numa política de saúde nacional.

Dentre as várias possibilidades de recorte para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se pelo conhecimento e análise da atuação fonoaudiológica, nas ações de promoção da saúde, com foco em voz, por ser a área de meu maior interesse e para dar continuidade ao trabalho desenvolvido, por ocasião da especialização, em que direcionei a pesquisa para entender o trabalho terapêutico em grupos, na mesma área (VILELA, 2004).

A justificativa desta pesquisa foi instigar uma reflexão sobre o trabalho fonoaudiológico, no PSF, em interlocução com a nova concepção de saúde, referida anteriormente. Tentar-se-á, ainda, mostrar que promover saúde é algo realizado em qualquer tipo de atendimento, dependendo da postura do profissional diante da necessidade dos sujeitos e da complexidade dos serviços em saúde.

Por acreditar numa proposta de trabalho fundamentada, principalmente, na ampliação da liberdade dos profissionais de saúde, dando

potência ao trabalho em ato e baseada na produção do cuidado em saúde, que é centrada no usuário e em suas necessidades, esta pesquisa realizará o fluxograma descritor de serviços prestados, pois, segundo FRANCO (2003), o fluxograma é uma representação gráfica do processo de trabalho, que busca perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura o serviço e sua inserção no mesmo.

Dessa forma, será possível auxiliar o fonoaudiólogo a rever a sua atuação nesse serviço, além de repensar os diversos serviços não apenas públicos, mas também particulares, no sentido de ampliar seu olhar e rever seus procedimentos em relação à maneira como lida com o sujeito que o procura para atendimento, e os efeitos disso na vida e, conseqüentemente, na saúde do usuário.

1.1 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo identificar e analisar as ações de promoção da saúde, com foco em voz, realizadas por fonoaudiólogos pertencentes ao Programa de Saúde da Família, nas regiões Leste e Sudeste da cidade de São Paulo, a partir de fluxogramas descritores.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo será dividido em duas partes para melhor entendimento por parte do leitor. Num primeiro momento, serão apresentadas fontes bibliográficas, que se referem ao Programa de Saúde da Família e abordam seu funcionamento, origem, princípios fundamentais, aspectos da implantação e funcionamento da Equipe de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no PSF. Na segunda, virão aquelas que trazem conceitos e procedimentos utilizados em promoção da saúde. Ao final dessa última parte, alguns apontamentos do trabalho fonoaudiológico em promoção de saúde, mais especificamente na atuação com voz, serão apresentados. Nenhuma das partes seguirá a ordem cronológica.

2.1 O Programa de Saúde da Família (PSF)

O resgate histórico do Programa de Saúde da Família (PSF) justifica-se pelo fato desta pesquisa pretender analisar a atuação do fonoaudiólogo no PSF, em São Paulo, mais especificamente nas regiões Leste e Sudeste, que comportam esse profissional, inserido na equipe de apoio ao Programa, chamada de Equipe de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência.

A implantação do PSF ocorreu em 1994 e começou a se expandir em 1995. Foi concebido com a finalidade estratégica de provocar mudanças na atenção básica à saúde, vigente na época.

Segundo MENDES (2004), inicialmente, o PSF foi inserido apenas em cidades de pequeno porte, do Nordeste brasileiro e do Estado de Minas Gerais, e nas periferias de Porto Alegre, Recife e São Luís, locais com

serviços de saúde escassos e população com dificuldades de acesso. Posteriormente, para ganhar visibilidade e força política, foi testado em metrópoles maiores: Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo.

Dessa forma, segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (s/d), em cada lugar do País, cada experiência é bastante singular e depende de aspectos como a política local, grau de investimento da população e os profissionais que atuam na sua implantação e execução, além da quantidade de financiamento que o programa recebe. Diversas são as mudanças na saúde da população local, cada uma com suas particularidades.

Como refere MENDES (2004), a experiência em São Paulo foi chamada de Qualis (Qualidade Integral à Saúde) e implantada como projeto piloto em 1996, na região leste da Capital paulista, (Qualis I), no Hospital Santa Marcelina; em 1998, na região norte e sudeste (Qualis II), na Fundação Zerbini; e em 2000, na região sul da cidade (Qualis III e IV), na Unisa (Universidade de Santo Amaro) e na Associação Congregação Santa Catarina. Isso ocorreu por meio de um convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde e os parceiros referidos.

Cada equipe de saúde nuclear foi composta, segundo MENDES (2004), por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários da saúde (ACS). Em São Paulo, cada equipe é responsável por aproximadamente, 1000 a 1200 famílias, adstritas em uma área, dividida em microáreas. Cada microárea é confiada a um agente comunitário (ACS), que mora na região de abrangência da Unidade onde

trabalha. Os demais profissionais compõem a equipe ampliada ou de apoio, como as equipes de saúde bucal e mental, formalmente regularizadas.

A cidade de São Paulo retoma o processo de implantação do SUS e inicia a municipalização da saúde somente em 2001, e, atualmente, toda a rede básica está sob gestão do município.

O PSF, segundo SÃO PAULO, 1999; SOUSA, 2003 constitui-se em uma das estratégias mais eficientes para reorganizar o modelo assistencial, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, tem como eixo principal atenção integral, humanizada e de qualidade, acrescentando-se a coresponsabilidade entre as equipes e comunidades no enfrentamento dos problemas de saúde.

Conforme CAPISTRANO FILHO (1999), a implantação do PSF deu-se, inicialmente, nas regiões situadas em áreas de baixa densidade populacional, em que a regra era escassez de serviços e de profissionais de saúde, com alta mortalidade infantil e materna, predomínio das enfermidades transmissíveis, baixa esperança de vida ao nascer. Após a implantação das ações de educação para a saúde, aumentou o número de gestantes que completavam seis ou mais consultas de pré-natal, elevou-se a cobertura vacinal e a porcentagem de mães que amamentavam seus filhos por mais de quatro meses.

Segundo o mesmo autor, a implantação do programa, nas diversas regiões, começou com a mobilização da comunidade. Os bairros, conjuntos

habitacionais e favelas reuniram seus moradores para conhecer e debater, primeiramente, as propostas com os responsáveis pelo programa. Em contrapartida, os técnicos também tiveram a oportunidade de conhecer a história das comunidades, suas frustrações, anseios, formas de organização e convívio.

O olhar para o sujeito no seu contexto familiar e social foi um dos princípios mais importantes desde o início. Incentivaram, ainda, a busca pela qualidade do serviço e a integralidade da assistência, que requer auxílio de serviços ambulatoriais especializados, referência laboratorial e a inclusão de cuidados em saúde bucal, mental, de reabilitação e do parto.

Além disso, o autor relata que o PSF trabalha com três conceitos fundamentais: grupo, território e responsabilização. Ao buscar evitar o enfoque medicalizante, psychologizante ou sociologizante da família e de seus problemas, propõe a formação e o fortalecimento de organizações e entidades que existam na comunidade, não recortadas por doenças. Os ACSs devem trabalhar para organizar a parcela da sociedade agrupada no seu território, que incorpora uma população com sua estrutura, história, cultura e organizações. Devem ainda combater a filosofia de vida competitiva e individualista do mundo capitalista modernizado, incentivando uma postura ativa, reivindicatória e capaz de tomar as rédeas da vida nas próprias mãos.

VASCONCELLOS (1998) lembra que a prioridade do PSF são as ações de proteção e prevenção à saúde dos indivíduos e da família. O enfoque baseia-se tanto em adultos como em crianças, sadios ou doentes,

de forma integral e contínua, e busca a qualidade de vida e a participação da comunidade na construção da saúde. A família é compreendida historicamente, dependendo dos grupos sociais a que pertence, busca-se uma análise das questões antropológica, psicológica, econômica e educacional. Além disso, é preciso considerar, na análise da família, se existem laços afetivos, estabilidade econômica, presença ou não de recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares ou por conveniência ou sobrevivência, para incorporar, nas propostas de trabalho, as relações que se estabelecem e as significações que se constroem em cada grupo social.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (s/d), ao relatar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família, refere o planejamento das ações como capacidade para diagnosticar os aspectos positivos da comunidade, o potencial que as pessoas têm para resolver seus problemas, inclusive os de saúde, e em seguida elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam impacto sobre as condições sanitárias da comunidade, famílias e sujeitos da área de abrangência da Unidade.

Segundo essa mesma fonte, os profissionais devem: conhecer os fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais, que determinam a qualidade de vida da comunidade local; desenvolver articulações com outros setores da sociedade, além de movimentos sociais organizados; estimular a participação da comunidade na elaboração, execução e avaliação das ações e criar ações articuladas com a rede institucional local para melhorias na qualidade de vida; desenvolver trabalho

interdisciplinar em equipe, para conhecer e analisar as funções de toda a equipe no domicílio e na comunidade; e compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Tem ainda a equipe como função compreender a família de forma integral, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmica e passível de crises, e identificar a relação da família com a comunidade.

A concepção de saúde utilizada no PSF, segundo SÃO PAULO, 1997; SOUSA, 2003 tem como enfoque a saúde e a qualidade de vida, e mantém o cuidado da família e do seu meio social e geográfico. Deve oferecer, continuamente, um serviço de qualidade, desenvolver a busca ativa da demanda da população e realizar ações de promoção e prevenção. Existe ainda uma preocupação com a resolutividade das ações e a satisfação da comunidade.

Quando o PSF foi implantado, o profissional fonoaudiólogo e outros profissionais, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, não estavam previstos na equipe nuclear e nem nas equipes de apoio.

Como afirma MENDES (2004), foi preciso muito trabalho e apresentação de produção dos estágios de Fonoaudiologia, em parceria com os cursos de graduação e aprimoramento, para demonstrar a importância desses profissionais na rede. Esse trabalho foi finalmente reconhecido e o desempenho dos estagiários teve papel fundamental para mostrar a necessidade do serviço, ampliar as possibilidades de intervenção clínica e colaborar na contratação de profissionais da chamada área de “reabilitação”.

No final de 2000, foi inserida, então, a equipe no PSF. Para justificar a contratação desses profissionais foi necessário criar um programa de saúde, que mostrasse a sua necessidade política e social para a população. Assim, foi dado o nome de Equipe de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, conhecida nas regiões de atuação como Equipe de Reabilitação. A deficiência nesse caso é entendida de forma ampliada e inclui incapacidade e desvantagem sociais.

O processo seletivo dos profissionais ocorreu por edital público, analisado por uma equipe, na época, da Secretaria da Saúde, e o contrato foi realizado pelos parceiros, a saber: Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação Zerbini.

Na prática, atualmente, essa equipe funciona como equipe de apoio para as Unidades de Saúde da Família e foi implantada em 2000.

A seguir será detalhado o funcionamento das regiões Leste e Sudeste, pois estas serão as regiões analisadas nesta pesquisa.

* REGIÃO LESTE

Pensando na abrangência do território e integração dos profissionais da rede municipal de saúde, a equipe de reabilitação, em conjunto com a Coordenadoria Regional Leste e a Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (CODEPPS) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), da área temática Saúde do Deficiente, realizou mudanças no serviço de reabilitação de toda a região Leste. Atualmente, a equipe é

organizada no Programa de Saúde da Família e Núcleo Integrado de Reabilitação 1(NIR1) da seguinte forma:

* Organização da Equipe de Reabilitação nas Unidades de Saúde da Família

A equipe é composta por 20 profissionais, sendo dez fisioterapeutas, seis fonoaudiólogos e quatro terapeutas ocupacionais. Os profissionais da Equipe de Reabilitação do PSF estão distribuídos, nas Unidades de Saúde da Família (USF), em duplas de trabalho, que podem ser compostas por um fisioterapeuta e um fonoaudióloga ou um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional (Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação no PSF da Casa de Saúde Santa Marcelina, 2007).

Cada dupla atua em duas ou três Unidades de Saúde da Família, de um total de 21 USF, e é responsável por, em média, dez equipes. Dessa forma, a equipe de reabilitação atende um total de 93 equipes de saúde da família e 5 NIR1. As duplas dividem a sua carga horária de trabalho de 30 horas semanais nas USF e, além disso, cada uma deve realizar o atendimento ambulatorial, semanalmente, no NIR1 de referência de sua região .

Segundo a mesma fonte, as ações nas Unidades de Saúde são planejadas, realizadas e discutidas com cada equipe de saúde, de acordo com as necessidades locais. Qualquer usuário, que more na região de

abrangência das Unidades, pode ser atendido pela equipe. Dessa forma, as ações são voltadas para o território local.

* Organização da Equipe de Reabilitação no NIR1

Foram criados os Núcleos Integrados de Reabilitação nível 1 (NIR1) compostos de, pelo menos, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional, que devem trabalhar em equipe com os recursos do território, realizando reuniões mensais com a Coordenadoria e a CODEPPS-SMS, área temática Saúde do Deficiente.

Os NIR1 correspondem aos ambulatórios: Tito Lopes, em São Miguel; Associação da Casa dos Deficientes de Emelino Matarazzo (ACDEM) e Lar Vicentino, em Ermelino Matarazzo; Carlos Gentile de Melo, em Cidade Tiradentes; Camargo Novo e Jd. Campos, em Itaim Paulista; Nossa Sra. Aparecida, em Itaquera e Jd. Tietê I, em São Matheus.

Os profissionais do NIR1 encaminham o sujeito, quando há necessidade, para o NIR2, que são as unidades Nossa Sra. Aparecida (que fornece órteses e próteses, como cadeira de rodas e dispositivos auxiliares) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)-Itaquera (que recebe crianças de até 4 anos e 11 meses com deficiência mental, associada ou não a outras deficiências, para diagnóstico diferencial e tratamento de alguns casos).

A CODEPPS-SMS, área temática Saúde do Deficiente, estabeleceu as seguintes prioridades para organização do fluxo de usuários para os NIR1: recém-nascido de risco ou com deficiência estabelecida; sujeitos com Acidente Vascular Encefálico e Traumatismo Craniano Encefálico até três

meses após o evento; e crianças de 0 a 7 anos com deficiência, com atendimentos em grupos e oficinas terapêuticas, tanto para as crianças como para os pais.

Em 2007, foi transferida uma fisioterapeuta do PSF para o NIR1 Camargo Novo. Essa Unidade também conta com a atuação de uma fisioterapeuta da rede municipal de saúde. No NIR1 Tito Lopes (ambulatório) há um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional; e essa Unidade também conta com um fisioterapeuta e dois fonoaudiólogos da rede. No NIR1 Lar Vicentino, há um fonoaudiólogo que iniciou o trabalho em setembro de 2006 e um terapeuta ocupacional, que ainda está estruturando o serviço. Além destes, há mais dois fisioterapeutas da rede.

Além disso, os profissionais da Supervisão do Itaim Paulista funcionam como referência nos NIRs, para as Unidades de Saúde da Família que não têm reabilitação: Kemell, Indaiá e Atualpa. O trabalho com essas Unidades é realizado por meio de capacitações, nelas próprias, sobre as possíveis ações que cada uma pode desenvolver, mesmo sem a equipe presente, e direcionamento da demanda. Para os casos que não se encaixam nas prioridades referidas, e que a equipe de saúde da família considera-se necessário que a equipe de reabilitação intervenha, é feito um contato por telefone com essa equipe, para discussão do caso e, quando necessária a visita, é agendada uma reunião na Unidade.

* REGIÃO SUDESTE

A equipe é composta por nove profissionais, sendo três fisioterapeutas, três fonoaudiólogos e três terapeutas ocupacionais, divididos em dez Unidades de Saúde da Família. Cada dupla, com carga horária de 40 horas semanais, tem sob sua responsabilidade, aproximadamente, 11 a 16 equipes de saúde, e realizam atividades educativas na Unidade e comunidade, atendimentos terapêuticos individuais e em grupos, e faz visitas e atendimentos domiciliares ².

Além disso, cada profissional é responsável por realizar cinco a seis reuniões de equipe, o que pode ser feito por um dos membros da dupla de fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo e fisioterapeuta. Os casos são discutidos e posteriormente repassados para o outro membro da dupla; e cada profissional trabalha, em média, em três Unidades de Saúde.

O ambulatório de referência fica na Unidade Reunidas I, que funciona como referência somente para os fisioterapeutas, que necessitam, para alguns casos, de aparelhos específicos, que ficam no ambulatório.

A equipe realiza duas reuniões mensais e reuniões por categorias para discussão das ações realizadas.

² Os dados referentes a região Sudeste foram extraídos de relatos dos profissionais da equipe de reabilitação. Cada profissional elabora as ações junto com a equipe de família, sob sua responsabilidade. Dessa forma, não é escrito um documento de planejamento da equipe de reabilitação, separadamente.

Cada profissional é também responsável por realizar reuniões com outros setores e instituições ou outros responsáveis por atividades como: Brinquedoteca, Secretaria Municipal de Educação, grupo intersecretarial, Instituto APAE, Saúde Bucal – Grupo de Sedação e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). As ações são planejadas e executadas com as equipes de saúde de cada Unidade.

2.2 Conceitos e procedimentos em promoção da saúde

O principal objetivo do trabalho em saúde é alcançar a resolução dos problemas que afligem a esfera humana, ou seja, conquistar a saúde.

Porém, existem, basicamente, duas formas de pensar sobre a saúde, apesar de existirem infinitas formas criativas de trabalhar para alcançá-la. Numa, denominada preventivista, segundo CHUN, 2004; PENTEADO e col., 2005, as ações são marcadas por perspectivas autoritárias e individualistas, que priorizam o repasse unilateral de informações, de maneira individual e descontextualizada das condições de vida de sujeitos e comunidades. Assim, o conceito de saúde é entendido como oposição à doença e há a perspectiva de uma saúde ideal, normatizada e idealizada. O sujeito é compreendido como receptor de informações, na relação com o profissional da saúde, deve seguir determinados cuidados, posturas e condutas, afastando os comportamentos de risco.

O foco das ações, nessa perspectiva, segunda as mesmas autoras, é a divulgação de informações, que visam a normatização dos comportamentos e dos hábitos, por meio de prescrições e orientações

específicas, desvinculadas do cotidiano do usuário. Além disso, são identificados os grupos de riscos específicos, para os quais se voltam as ações, a fim de controlar os fatores que levam ao risco de adoecer. O público alvo também são sujeitos ou grupos e ambientes específicos, que sofrem riscos.

Na outra perspectiva, segundo CHUN (2004) com foco na promoção da saúde, o conceito é diferente e a saúde é vista como processo dinâmico e constante das manifestações e experiências da vida. O sujeito, na relação terapêutica, é um ator social de mudanças e é responsável também pelo cuidado de si mesmo para melhora da qualidade de vida. Nas ações terapêuticas, levam-se em conta os aspectos socioculturais e subjetivos do usuário, e buscam-se o desenvolvimento da autonomia e a possibilidade de escolha do sujeito como cidadão participativo.

Segundo a mesma fonte, nessa visão de saúde, as ações combinam diversos objetivos e recursos, que possibilitam o fortalecimento da população, a construção da cidadania e, principalmente a educação participativa e problematizadora. As ações são voltadas não somente a grupos específicos, como também à comunidade em geral e a outros ambientes como escolas, hospitais, empresas, entre outros. Busca-se a participação intersetorial da sociedade, na tentativa de criar ambientes saudáveis, com opções de convívio social e lazer.

A nova proposta de atenção à saúde, segundo PENTEADO e col. (2005), é mais voltada para a promoção da saúde, e surge a partir da

necessidade de se enfrentar os problemas de saúde, da complexidade dos problemas de saúde, e das suas relações com a vida dos sujeitos.

No discurso de CAMPOS (2003), a mudança do modelo de atenção para uma nova proposta de saúde implica na ampliação e implantação de diretrizes, em que a clínica é ampliada, e considera como objeto de trabalho da assistência à saúde a pessoa, um grupo, uma família ou um coletivo institucional com risco de adoecer, e não somente a doença. Considera também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos).

O mesmo autor refere como importante levantar e tratar aspectos orgânicos, subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Assim, modifica-se a escuta, a intervenção terapêutica, descentrando-se a prática, da exclusividade dos procedimentos específicos e medicamentos, e voltando-se para o aumento da autonomia e autocuidado dos usuários, famílias e comunidades. Para tanto, é necessário um trabalho interdisciplinar com a equipe local de referência, identificando a saúde da população e realizando a vinculação de famílias à equipe local de referência, por meio do cadastramento das famílias.

O acolhimento e a responsabilização, para CAMPOS (2003), também são considerados fundamentais. Acolher é receber bem, escutar a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Além disso, o autor propõe um sistema de co-gestão, ou seja, gestão participativa, com a colaboração de outras esferas da saúde, tanto usuários como gestores, equipes de saúde, entre outros, e valoriza também a capacitação continuada das equipes de saúde.

Com essa nova visão, a saúde deixa de ser responsabilidade de instituições ou profissionais específicos, e passa a ser de diversos setores da sociedade, envolvidos na criação e realização de políticas públicas saudáveis e melhoria da qualidade de vida da população, conforme aborda o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 21 de novembro de 1986, emitiu uma carta, que foi uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Os princípios e conceitos necessários para o trabalho em promoção da saúde foram construídos e estabelecidos nessa carta e descrevem que a promoção da saúde consiste em proporcionar à população os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma, além de alcançar um estado de bem estar físico, mental e social. Assim, a população deve ser capaz de identificar e satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.

Essa carta também aponta para o fato de que a saúde transcende o setor sanitário, e as condições para alcançá-la são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade. Esses fatores podem intervir a favor ou contra a saúde, e essa é o resultado dos cuidados que cada um dispensa a si mesmo e aos demais, e a capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que vive ofereça à todos a possibilidade de ser saudável.

A promoção da saúde, segundo essa carta, consiste em reduzir as diferenças no atual estado da saúde e buscar a igualdade de oportunidades, e criar os meios que apóiem, dêem acesso à informação, e permitam adquirir aptidões e oportunidades que levem a população a fazer suas opções em termos de saúde. A população deve ser capaz de assumir o controle de tudo o que determine seu estado de saúde.

Além disso, é considerado que as pessoas de todos os meios sociais devem estar implicadas em uma ação coordenada de promoção da saúde, tanto os indivíduos quanto as comunidades, a saber: governo, setores sanitários, sociais e econômicos, as organizações beneficentes, autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. As estratégias de ação devem estar relacionadas às necessidades locais e às possibilidades específicas de cada região e levar em conta os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos.

A saúde é influenciada pela mudança do modo de vida, trabalho e lazer; e a promoção da saúde é iniciada com a participação efetiva da comunidade na eleição de prioridades, tomada de decisões, além da elaboração e realização de estratégias para alcançar o melhor nível de saúde.

Como lembra MARTINS (2004), uma concepção de saúde deve partir de algo vivenciado e não normatizado como ideal, imposto de fora para dentro, do universal sobre o singular. A saúde é sempre relativa e singular, pois é uma força que permite ter potência de vida. O sujeito, mesmo quando

enfraquecido, deve ser capaz de lidar com suas forças e fraquezas, ganhos e perdas.

Dessa forma, quem se propõe a promover saúde deve ter respeito à individualidade daquele que procura o serviço, no sentido de dar autonomia ao indivíduo; terapeuta e usuário devem relacionar-se humanamente, de igual para igual, pois, nessa concepção, o terapeuta não sabe mais do usuário do que este próprio.

O processo terapêutico ocorre quando ambos desejam respeitar-se mutuamente e colaborar com o outro para a evolução, cujo andamento será negociado conjuntamente. Todas as decisões são compartilhadas em busca de uma potência de vida a partir da realidade atual, uma vez que existe uma constante transformação e amadurecimento, que ocorre como resultado das experiências vividas. O objetivo do tratamento passa a ser não somente a extinção do sintoma, mas a reabilitação do indivíduo como um todo, considerando uma unidade somatopsíquica.

Segundo o mesmo autor, as ações de prevenção deveriam preocupar-se mais em reforçar a imunidade da população, sobretudo com reforço das defesas naturais do corpo do indivíduo, a partir de sua alimentação e do suficiente funcionamento de seus sistemas orgânicos. As ações de promoção à saúde seriam menos morais e prescritivas, e deveriam acreditar mais na capacidade das pessoas em entender o que está acontecendo com elas e como podem fazer, não para obter uma saúde ideal, mas uma saúde efetiva, que aumente sua potência de agir e de viver.

Esse autor acrescenta, ainda, que nas ações de saúde é importante pensar em novas formas de criações singulares, tanto individuais quanto coletivas, que valorizem a autonomia e possam abrir novos caminhos aos indivíduos, à saúde das pessoas singulares inseridas no mundo, e não a correção de falhas em organismos dissociados do mundo.

CARVALHO (2005) faz uma análise do movimento de Promoção da Saúde como um campo de conhecimento importante, porém ainda inacabado, com limites e contradições. Ao finalizar, o autor faz referência às tendências das correntes que, por um lado, defendem a conservação do quadro socio-sanitário (vertentes mais tradicionais) e aquelas que apontam para mudanças sociais. Defende que os melhores modelos são os que conseguem: oferecer todos os serviços disponíveis de acordo com as necessidades de cada usuário, ao garantir o acesso aos serviços de saúde de qualidade; estimular a produção de sujeitos mais independentes e responsáveis socialmente, além de contribuir para participação da população na elaboração e decisões nas políticas de saúde.

MENDES (2003) aponta para a importância de olhar e agir na formação e nos serviços fonoaudiológicos, e abandonar a lógica de construção de teorias e modelos fechados e pré-estabelecidos, que oferecem serviços baseados num conjunto de ações previamente estabelecidas, independente das reais necessidades e anseios da população. Esse modelo de atenção à saúde provoca práticas de desresponsabilização e de negação do direito à saúde pela população.

A autora também considera fundamental a mudança para uma prática preocupada em fortalecer os conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização com a população. Coloca a necessidade de tirar o foco da lógica de isolamento de doenças e das especialidades e incentiva a análise do processo de produção de serviços de saúde, que deve se basear em todos os serviços, pela lógica de escuta e vínculo com os usuários. Particularmente, no Programa Saúde da Família (PSF), a atenção básica deve buscar a integralidade e a atenção de qualidade, a resolubilidade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação com o conjunto de serviços da rede por meio do trabalho em equipe, conhecimento da realidade, transdisciplinaridade e ação intersetorial.

Ao falar sobre a clínica, MENDES (2004, 2005), a destaca como potência de enfrentamento do sofrimento em suas muitas faces e desdobramentos e não como isolamento das doenças e de indivíduos. Para a autora, o plano clínico possibilita a singularização dos processos de adoecimento e de desenvolvimento de práticas de acolhimento, vínculo, responsabilização e ampliação da autonomia das pessoas.

A idéia, segundo a autora, é refletir sobre a realidade, a necessidade da população em seus contextos geopolíticos territorializados e a ação da rede de serviços como ponto inicial para as construções conceituais e práticas da saúde pública na Fonoaudiologia.

CECÍLIO (1994) desenvolve uma análise de formas alternativas de gestão em serviço público. Apresenta críticas ao modelo tradicional das

práticas em saúde, quando faz referência à tendência, cada vez maior, ao endeuçamento dos meios diagnósticos e terapêuticos, com o abandono da essência da clínica. Os profissionais tornam-se operadores de máquinas e efetutores de procedimentos parciais e insuficientes, quando se tem como objetivo a cura do sujeito. Trocam a riqueza da relação terapeuta-usuário por processos ritualizados, de acordo com modelos de referência diagnóstica e de condutas, que substituem o movimento complexo da vida pela simplicidade do raciocínio nosológico.

O mesmo autor aponta para alguns aspectos de uma nova proposta para as práticas em saúde, como reforçar o vínculo profissional/ equipe de saúde e usuário, pois essa é a principal ferramenta capaz de potencializar mudanças na prática. O vínculo auxilia na estimulação do autocuidado, criação do trabalho em equipes com maior autonomia profissional, juntamente com maior responsabilidade pela solução de problemas de saúde e pela gerência de processos de trabalho. Dessa forma, é visto como garantia de acesso dos usuários às ações de saúde e busca da máxima resolutividade que as ações propiciam a partir de todas as disponibilidades tecnológicas, individuais e coletivas.

Um serviço de saúde, que tenha como diretrizes o vínculo e o acolhimento integral aos problemas de saúde, será um processo de descentralização, de produção de modos singulares de cuidado, além de possibilitar a autonomia e a reponsabilidade da equipe em canalizar os conflitos para alcançar soluções criativas. Alguns dos aspectos preconizados pelo autor na atuação dos profissionais da saúde são: o acesso,

acolhimento, vínculo, gestão autônoma, resolutividade das ações e o aumento da autonomia dos sujeitos.

Para MERHY (1999), o objeto no campo da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual poderá ser atingida a cura e a saúde. Para tanto, é preciso pensar no usuário, que mesmo com tantos avanços científicos e tecnológicos, não percebe o conjunto de serviços de saúde como adequado para resolver os problemas de saúde, tanto no plano individual quanto coletivo. Pode-se dizer que, em geral, o usuário reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim de uma falta de interesse e de responsabilização dos serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados. O usuário pode ser examinado ou até operado, sem que com isso tenha suas necessidades e direitos satisfeitos.

O autor entende, ainda, que existem tecnologias leve, dura e levedura nas ações de saúde; e a combinação adequada entre as três é que possibilita a qualidade no serviço de saúde, expressa em termos de resultados. São apontados como resultados: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos riscos de adoecer ou agravar o problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia do usuário em relação ao seu modo de estar no mundo.

Exemplifica melhor ao apontar, como tecnologia dura, as ferramentas utilizadas no trabalho em saúde como: fichário, máquinas, instrumentos para

examinar o paciente; tecnologia levedura, o saber técnico, estruturado e normatizado; e tecnologia leve, o processo das relações, vínculos, aceitações, todos criados no momento do trabalho vivo em ato, ou seja, os momentos de fala, escuta e interpretações. Nesses momentos ocorre a construção de uma acolhida, ou não, das intenções que os usuários colocam nesse encontro, pois há a produção de uma responsabilização do usuário em torno do problema que vai ser enfrentado.

Segundo o mesmo autor, o profissional de saúde é um operador do cuidado, que atua clinicamente e, como tal, deveria saber usar a tecnologia leve, que ele chama de modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos para com o usuário. Além disso, o profissional é responsável pela construção e elaboração do projeto terapêutico, administrador do processo de cuidar, por meio de uma rede de parcerias e trabalho conjunto para a realização do mesmo.

Nessa perspectiva, as ações de saúde são mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários e mais transparentes para avaliações coletivas, uma vez que existem espaços de ação em comum e cooperação entre os profissionais.

O autor conclui que a combinação entre, de um lado, a capacidade de produzir procedimentos e, de outro a de produzir o cuidado é o que resulta em cura, promoção e proteção individual e coletiva. O profissional da saúde deve interrogar sobre o que está acontecendo, e abrir possibilidades de inventar novas maneiras singulares de realizar o trabalho em saúde, em situações reais.

PENTEADO e SERVILHA (2004) fazem um ensaio teórico-reflexivo, apoiado em referências interdisciplinares, e apresentam peculiaridades e diferenças entre prevenção e promoção da saúde. Discutem as tendências atuais e futuras da Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva, referenciada por pressupostos da promoção da saúde.

Para as autoras, a promoção da saúde, na perspectiva assumida, não se constitui em uma parte da prevenção; pelo contrário, envolve ações abrangentes que incluem também a prevenção.

Os profissionais devem ser capazes de identificar as demandas e as necessidades dos sujeitos e comunidades e equacionar os recursos teórico-práticos e metodológicos mais adequados a cada sujeito, a cada comunidade e realidade.

PENTEADO e col. (2005) contribuíram para se repensar a educação em saúde e a necessidade de se redirecionar a prática fonoaudiológica em Saúde Pública, além de se buscar uma terminologia, em particular na área de voz, que se mostre coerente com a construção de processos educativos, baseados nos pressupostos da promoção da saúde.

As autoras relatam que as ações de promoção da saúde constituem-se em processos dinâmicos de participação, construções dialógicas problematizadoras e informadoras, que envolvem toda a sociedade na construção e desenvolvimento das ações. Estas transformam-se em recursos para as pessoas enfrentarem os desafios da vida, com a formação de ambientes saudáveis e o fortalecimento da população para o controle da própria saúde, no sentido da equidade e da melhoria na qualidade de vida.

Segundo elas ainda, persistem resquícios da abordagem higienista nas ações educativas em saúde e campanhas sanitárias, posto que ocorrem: a primazia do repasse unilateral de informações e ações normatizadoras, controladoras dos hábitos, comportamentos e condutas, seguidas de maneira descontextualizada das condições de vida de sujeitos e comunidades; e uma indiferença às condições de vida, aos valores e à cultura popular, que remete os indivíduos à responsabilidade pelo risco de adoecer e sentimento de frustração e angústia, por não conseguirem cumprir as determinações da maneira como lhes são apresentadas. Como exemplo da abordagem ainda higienista, as autoras citam as Campanhas de Voz, pautadas nas questões referidas anteriormente.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003), quando aborda as questões trabalhadas em educação permanente, considera fundamental o trabalho com elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde e a capacidade de impacto sobre a saúde da população. O trabalho em educação permanente baseia-se em: acolhimento; vínculo entre usuários e equipes; responsabilização; desenvolvimento da autonomia dos usuários; resolutividade da atenção à saúde; a compreensão da clínica ampliada; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multidisciplinar e transdisciplinar; a intersetorialidade; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local.

Segundo a mesma fonte, a atenção integral é alcançada quando a atenção básica funciona pela dinâmica do SUS e propicia a construção de

relações contínuas com a população. Particularmente, na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação com o conjunto da rede de serviços. A cadeia de cuidados progressivos à saúde deve ser criada por um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, percebendo os contextos e histórias de vida.

Na mesma fonte é explicitada a necessidade de se realizar um adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações, e buscar uma prática em saúde que desperte o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no pensar, no sentir e no querer dos sujeitos sociais.

MERHY (2002) aponta para a importância de se criar projetos terapêuticos cuidadores, e, primeiramente, relata o que se espera de um serviço de saúde, tanto quando é perguntado para um usuário como para um trabalhador da saúde: espera-se que cuide da vida e permita recuperar a autonomia no caminhar no dia-a-dia. Para tanto, os trabalhadores de saúde devem ser mais envolvidos com os usuários do que com os procedimentos, mais responsáveis pelo que fazem e permanecerem como pessoas reais tratando de pessoas reais.

Conforme o mesmo autor, a postura médica deve ser cuidadora e integral, e buscar uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que seja centrada no usuário. Afirma,

ainda, que a dimensão cuidadora da saúde está presente em qualquer prática de saúde, e é caracterizada como ação centrada no usuário, tendo como fatores determinantes: uma relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades em saúde; acolhimento e vínculo.

Denomina como cuidadora: a responsabilização; o posicionamento ético centrado no usuário; articulação de saberes para construir projeto terapêutico; a inclusão cidadã e os ganhos de autonomia para o usuário; o compromisso com a defesa da vida individual e coletiva; as decisões que buscam a eficiência e efetividade dos atos de saúde.

O autor acrescenta, ainda, que para realizar uma ação cuidadora deve-se contar com algo que ele chama de caixa de ferramentas, composta principalmente por tecnologias leves e pela dimensão da clínica. Além disso, é preciso ter a dimensão profissional centrada, que se refere à significação profissional singular do processo saúde-doença como um certo sofrimento, em um recorte singular, com procedimentos próprios, assim como diagnósticos e projetos terapêuticos. Esses aspectos devem estar relacionados com outros saberes tecnológicos profissionais para produzir cura, promoção e proteção à saúde individual e coletiva, com ganhos de autonomia dos usuários nos seus modos de caminhar na vida.

Ao relatar sobre atenção integral à pessoa, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (s/d) afirma que é necessário visualizá-la em seu contexto socioeconômico e cultural, com responsabilidade e respeito; ou seja, conceber o sujeito constituído e transformado histórica e socialmente, sendo

capaz de traçar seu próprio caminho de desenvolvimento. O profissional da saúde deve compreender o sujeito como rico em interações sociais e conflitos, influentes no seu universo simbólico, atingindo a sua saúde. Além disso, as ações de saúde devem facilitar a construção de ambientes saudáveis, em parcerias com os espaços sociais e reconhecer as potencialidades terapêuticas das relações constituídas ao longo da vida do usuário.

Ao finalizar este sub-capítulo, algumas considerações sobre o trabalho fonoaudiológico em ações de promoção da saúde, com foco em voz, serão explicitadas e todas elas apontadas por CHUN (2004).

De acordo com essa autora, na atuação em promoção da saúde, o fonoaudiólogo deve ser norteado por princípios e pressupostos que visualizem o sujeito em sua integridade, além da queixa e da doença, transpondo os limites tradicionais da prática clínica, de atuação quando a doença estiver instalada e, dessa forma, alcançar a desejada visão de promoção e vigilância à saúde. Para tanto, é preciso: construir espaços em que as ações fonoaudiológicas possam ser acessadas por qualquer usuário; ser um espaço de acolhimento da queixa dos usuários e olhar para além da queixa trazida; e intervir/informar, orientar e realizar encaminhamentos necessários, ao buscar a harmonia entre o sujeito e sua própria realidade.

A autora conclui que a visão de voz centrada no indivíduo e nas orientações se amplia, gradativamente, para um trabalho vocal mais efetivo que implique as demandas e as necessidades da comunidade, em

consonância com os pressupostos da promoção da saúde. As intervenções de saúde no nível local possibilitam a percepção da dimensão e da complexidade dos diferentes contextos e das demandas dos atores sociais que procuram os serviços fonoaudiológicos. Essas intervenções mostram a necessidade de uma abordagem implicada com o conhecimento da realidade local, por isso a importância em atuar, não com base em modelos prontos, mas em ações, que devem sofrer constante processo de reavaliação.

3. MÉTODOS

Esta pesquisa, de carácter exploratória e transversal, foi aprovada pelo Comitê de Ética sob número 0017/2005 (Anexo1).

Para coleta de dados foi selecionado, como **local**, a Unidade Básica de Saúde, mais especificamente as seis Unidades Básicas de Saúde da Família de São Paulo, das regiões Leste e Sudeste, que contam com o serviço fonoaudiológico.

Os **sujeitos** desta pesquisa foram os fonoaudiólogos responsáveis pelo serviço prestado em todas essas Unidades, que implantaram o Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência do Município de São Paulo. Dos nove fonoaudiólogos, três não participaram desta pesquisa: dois, por terem ingressado no programa há menos de três meses, e por isso não tinham estruturado o funcionamento do serviço e estavam, naquele momento, conhecendo a demanda e analisando o território; e o terceiro, por ser a própria pesquisadora deste trabalho. Assim, foram seis os sujeitos desta pesquisa, todos com experiência no atendimento em promoção da saúde, em média de seis (mínima) a sete anos (máxima).

O **instrumento** utilizado nesta pesquisa foi a entrevista, com o objetivo de levantar os princípios e métodos utilizados nas ações e a postura do profissional da saúde, no caso, o fonoaudiólogo.

As entrevistas com cada fonoaudiólogo, individualmente, não tiveram um tempo de duração preestabelecido e foram realizadas de forma semi-aberta, conduzida por quatro questões: 1. *“Explique o funcionamento do serviço fonoaudiológico prestado por você, detalhando a circulação do*

usuário e as ações que você oferece ao usuário com demanda de voz”; 2. “E quando chega um usuário com uma demanda de voz que não cabe nas ações preestabelecidas (por exemplo: se chega um usuário cuja necessidade não está contemplada nesse funcionamento) o que você faz?; 3. “O que você entende por promoção da saúde?; 4. “Das ações que você detalhou onde você visualiza o trabalho com promoção da saúde?”

Sempre que necessário foi solicitado o detalhamento do que era falado.

Como **procedimento de coleta de dados**, inicialmente foi realizada uma entrevista piloto com o intuito de adequar a forma de conduzir a entrevista. Depois da análise dessa fase, os ajustes em relação ao tempo de realização e forma de condução da pesquisadora, no momento da entrevista, foram considerados e iniciada a coleta de dados propriamente dita.

As entrevistas foram registradas em gravador W-813, com a utilização de fitas BASF FS-60, depois da entrega do termo de livre consentimento (Anexo II) para leitura e ciência quanto à participação nesta pesquisa. A seguir foram realizadas as entrevistas com cada fonoaudiólogo.

A transcrição das entrevistas (Anexo III) foi realizada logo após a realização das mesmas. A seguir, para facilitar o entendimento do leitor, e posterior análise, os elementos redundantes e os estereótipos de apoio foram retirados.

A **análise dos dados** priorizou a atuação fonoaudiológica nas instituições, desde a entrada do usuário até as ações que oferecem, com destaque aos conceitos de promoção da saúde citados pelos entrevistados.

Após a leitura das entrevistas, para auxiliar na visualização e compreensão por parte do leitor, sobre o funcionamento dos serviços fonoaudiológicos analisados, de cada serviço foi feito um fluxograma descritor, ou seja, um registro que contou com notações gráficas, baseado na proposta de FRANCO (2003). Assim, foram elaborados seis fluxogramas, cada um representando um fonoaudiólogo entrevistado, apresentado pela letra F, seguida dos números de 1 a 6.

As ações desenvolvidas pelos entrevistados foram grafadas em forma de retângulos e ligadas por flechas que conduzem o leitor para a visualização do caminho do usuário no serviço. Três cores diferentes foram utilizadas: verde, rosa e amarelo. As ações grafadas na cor verde são aquelas desenvolvidas habitualmente pelo fonoaudiólogo na Unidade; a cor rosa corresponde àquelas criadas a partir de uma necessidade do usuário, que não eram contempladas pelo serviço; e por último, na cor amarela, as ações realizadas por outros profissionais da mesma Unidade ou em outras Instituições, para as quais o fonoaudiólogo também encaminha, dependendo da demanda do usuário.

Esses fluxogramas procuraram desenhar o caminho do usuário no serviço fonoaudiológico e, assim, registrar as diversas variações do mesmo, de acordo com a demanda da comunidade local, da flexibilidade do profissional em oferecer e buscar satisfazê-lo.

Os resultados foram discutidos considerando o fluxo do usuário nos seis serviços.

Após várias leituras do material coletado, com base na literatura que destaca o que vem a ser um trabalho de atenção integral à saúde e apoiado na recorrência de alguns aspectos presentes no discurso dos entrevistados, foram criadas categorias desses aspectos mais relevantes, a saber: ***trabalhar em equipe; olhar para a demanda da população local; utilizar recursos da Unidade e comunidade e realizar parcerias intersetoriais; potencializar a escuta e o vínculo com o usuário, para auxiliá-lo a ser responsável por sua saúde e autocuidado; flexibilidade do profissional para criar ações a partir das necessidades do usuário; conceituar promoção da saúde.***

Os resultados e a discussão foram baseados nos fluxogramas descritores, acrescidos da análise dessas categorias, confrontados com a literatura.

Finalizando, numa última leitura buscou-se a definição do que vem a ser promoção da saúde, na opinião dos entrevistados, mais uma vez em confronto com a literatura, contrapondo o que o fonoaudiólogo pensa e o que desenvolve, na prática, sobre esse assunto.

Optou-se por, num primeiro momento, apresentar, no capítulo de Resultados, o fluxograma descritor de cada entrevistado, seguido de explicação de como funciona seu serviço na Unidade de Saúde. Para ilustrar, alguns recortes das falas dos entrevistados foram trazidos e identificados ao final pelo número da(s) linha(s), apresentado entre parênteses, correspondente à transcrição apresentada ao final desta dissertação (Anexo III).

Na seqüência (capítulo de discussão), serão analisadas as seis categorias referidas anteriormente, finalizadas pela conceituação do termo promoção da saúde.

4. RESULTADOS

Este capítulo foi elaborado a partir da análise de cada fluxograma descritor, correspondente a cada fonoaudiólogo representante de uma Unidade de Saúde, para facilitar o entendimento do leitor e, principalmente, não perder a singularidade da construção de cada serviço fonoaudiológico.

F1

O agendamento é realizado tanto em reunião de equipe quanto por meio de agenda aberta. No entanto, não faz referência à realização de capacitação permanente em equipe.

“Os casos com patologia entram de diversas formas: por uma agenda na recepção, fica uma agenda aberta, com vagas disponíveis; é só chegar na recepção e marcar, tendo ou não encaminhamento médico. A recepção agenda para uma primeira avaliação, ou através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou pelos profissionais da equipe, na reunião de equipe, também tendo ou não diagnóstico fechado”. (L.14 a 19)

F1 cria ações de saúde a partir da necessidade do usuário ou da comunidade, que procuram o serviço fonoaudiológico, por meio de parcerias intersetoriais. Realiza também ações junto com a equipe de família e utiliza-se dos recursos da Unidade, como oferta de atividades em saúde para o usuário.

“...eu fiz grupos também: de professores, com ACSs; são grupos de orientação, prevenção. No caso dos professores, foi a escola que procurou a gente na Unidade e eu fui visitar a escola com alguns ACSs, e então elaboramos o grupo a partir da demanda da escola. Nesse grupo apareceu gente com queixa e sem queixa de voz. Conversamos sobre tudo, desde a fisiologia, mostrando como funciona, até exercícios de aquecimento, teve alguns encontros e discutimos vários temas de voz”. (L.70 a 76)

“Eu encaminhei já para o Grupo de Dor, que a “físio” realiza, e até alguns exercícios que ela dava, eu aproveitava para trabalhar também”. (L89 a 90)

Segundo F1, o desenvolvimento do trabalho é processual, pautado na ampliação do conhecimento do usuário, e seu foco é favorecer mudanças nos hábitos de vida. A terapia ainda é baseada em orientações sobre os hábitos vocais e agentes ambientais que possam interferir na voz. Leva em conta também os aspectos subjetivos do usuário como, por exemplo, uso de

brincadeiras e jogos de escrita para que o tratamento faça sentido, no caso de crianças ou adolescentes. Oferece ainda oficinas em escolas, elaboradas a partir da necessidade local.

“...mudança de hábito, às vezes a pessoa está em casa sem fazer nada e a gente propõe para ir na caminhada da Unidade e já mudou o hábito. O que isso vai melhorar na vida dela? A pressão vai baixar, vai fazer exercício físico, a capacidade respiratória melhora, tem uma mudança na qualidade de vida dela. Então, cada coisa que a gente acaba lidando, isso também acontece com a voz.” (L. 124 a 129)

“Acho que na hora que a gente está lá orientando um exercício, por exemplo de respiração, ou fazendo um alongamento, e que isso começa a ser feito com frequência, a pessoa começa a mudar o próprio corpo; a disponibilidade para fazer outras coisas, por conta disso, muda. Na verdade, não é pontual assim, vou falar sobre isso e vamos fazer assim, não é. É um processo: a gente vai trabalhando as questões da voz que a trouxeram na “fono”, vai ampliando o conhecimento dessa pessoa e vai mudando a condição dela. E isso ela vai passar para o cotidiano dela”. (L. 131 a 139)

F1 refere que ocorre promoção da saúde quando as ações auxiliam na melhora da qualidade de vida e mudanças de hábito, ou seja, quando ocorre educação em saúde. Além disso, segundo ela, a promoção da saúde pode ocorrer também por meio da multiplicação da informação. A circulação do conhecimento construído nos grupos terapêuticos ou oficinas pode gerar a ampliação da saúde em outros espaços, outros contextos.

Ao relatar o que faria diante de uma necessidade do usuário, que não fosse contemplada pelas ações oferecidas, F1 fala em criar outra atividade, que dependerá do processo de trabalho de profissional e usuário. Isso implica em um processo de construção terapêutica junto com o sujeito e não imposto a ele.

“Acho que a parte de grupo de professores e ACS que foi uma coisa específica de promoção da saúde, aqui; não tinha queixa vocal a priori, mas

foi uma assessoria, umas orientações, acho que acontece a promoção da saúde. E mesmo dentro de um grupo, que eu estou com as pessoas que têm uma patologia, acho que pelo fato de trabalhar sendo um grupo misturado, pelo fato de trabalhar com diversos temas, isso acaba favorecendo uns e outros; dentro do grupo terapêutico tem promoção. Isso não quer dizer que no atendimento individual a gente também não dê orientações e que isso sirva como promoção.

Isso que trabalhamos nos grupos e nos atendimentos pode ser passado para outras pessoas do convívio social das que são atendidas, e isso também é promoção".(L.108 a 118)

F2

A entrada dos usuários acontece pela reunião de equipe. O ACS identifica os casos e discute com os profissionais em equipe, e é capacitado para identificar os casos durante as visitas domiciliares que realiza diariamente. F2 encaminha para o otorrinolaringologista, sempre que não tem diagnóstico médico. Na primeira avaliação faz algumas orientações básicas, sem utilizar-se de técnicas mais específicas, e aguarda retorno do otorrinolaringologista para início do atendimento.

“Tem alguns pacientes que chegam pelas ACS. Elas estão capacitadas para realizar visitas e identificar esses pacientes; aí eles são agendados para uma primeira avaliação, que pode ser em grupo ou individual, mas geralmente é feita em grupo. Eu vejo se tem acompanhamento médico ou não. A maioria das vezes não tem; então eu encaminho para o otorrino e para depois dar início aos atendimentos. Nesse primeiro contato, eu já dou algumas orientações para todo o grupo e fico aguardando o exame para identificar o que a pessoa tem, para passar os exercícios mais específicos”.
(L157 a 164)

Quanto à avaliação, F2 realiza individualmente ou em grupo, e, nesse momento, coleta o histórico de vida do usuário, a fim de conhecer os usos da voz e aspectos cotidianos do mesmo. F2 declara, também, que faz conscientização, que define como “fazer sentido para o sujeito”, incorporar as orientações no seu dia-a-dia, tornando o usuário responsável pelo cuidado da própria saúde.

As ações que F2 desenvolve parecem estar predominantemente centradas no usuário, uma vez que, em vários momentos, no caminho do sujeito no serviço fonoaudiológico prestado, relaciona aspectos de sua vida e da sua subjetividade para propor ações e condutas. Além disso, aproveita recursos da Unidade e da comunidade para encaminhar e oferecer

atividades em saúde. F2 capta os recursos disponíveis e realiza parcerias com a comunidade para atender às necessidades e satisfação de quem procura a Unidade de Saúde.

“...não adianta dar um monte de orientações e querer que eles mudem o hábito; tem que conscientizar, explicar porque não pode.” (L. 180 a 182)

“Torná-los responsáveis pela própria saúde, não assim: eu dou as orientações e você segue e pronto. Eu penso que eles têm que sentir como responsáveis; eu só vou fazer uma coisa a partir do momento que eu sei que vai me fazer bem, alguma coisa que faça sentido para mim. É importante levantar bastante o histórico de vida dessa pessoa, identificar as coisas que ela gosta e não gosta, e partir daí dar as orientações; e orientação de voz eu acho que tem que tomar muito cuidado porque são muitas orientações. Eu não posso chegar com um monte de orientações ou então passar uma folha com vários itens; tem que ir aos poucos conforme a pessoa vai.” (L. 185 a 193)

F2 fala o que pensa sobre promoção de saúde e o que faz quando a demanda do usuário não é contemplada pelas ações que oferece. Relata a co-responsabilidade e a busca por ações intersetoriais ao definir o que pensa sobre promoção da saúde. Acrescenta que o profissional precisa criar o tempo todo.

“...sempre que eu penso em promoção da saúde lembro de duas palavras na minha cabeça: uma é co-responsabilidade; então, não sou eu profissional responsável pela saúde do outro; eu acho que a gente tem que tornar o paciente responsável pela sua própria saúde; e outra coisa é a intersetorialidade, que a gente não pode trabalhar sozinho; então eu tenho que buscar o psicólogo, fisioterapeuta, eu tenho que ir resgatar um grupo da comunidade para o Posto, eu tenho que ir até a igreja da pessoa, falar com o pastor que a pessoa não está podendo cantar nesse momento. Eu acho que é isso, buscar ajuda em outros lugares, porque não dá para fazer sozinho”.(L. 290 a 299)

F3

A entrada do usuário ocorre pela reunião de equipe e, nesse momento, são discutidos os casos com a equipe de família e a dupla de trabalho (fonoaudióloga e fisioterapeuta), que se dividem para comparecer em todas as reuniões e atividades.

Outro aspecto importante citado por F3 é a educação permanente realizada nas reuniões, que permite à equipe entender melhor quais as relações que se estabelecem entre os aspectos orgânicos e a vida cotidiana de cada sujeito.

“O paciente chega via discussão de equipe, discussão de caso em reunião de equipe; eu acabo não fazendo todas as reuniões em todas as Unidades; então, às vezes, a minha dupla, que é uma “físio”, faz a reunião e encaminha o caso para mim. A meu ver, isso já é um probleminha, porque, de repente numa reunião de equipe, eu já faço algumas orientações, os ACSs vão dando exemplo de casos e vão contando. Nesse momento, eu já começo a falar, conversar”. (L. 321 a 327)

“Existem discussões sobre o caso que está em tratamento; eu explico, por exemplo, o que a pessoa tem, o que, é por exemplo, um edema de Reinke, porque acontece, como será tratado. É muito legal porque não foi só uma questão orgânica, como a voz é produzida, e sim como aquela pessoa se relacionava com aquela situação, o relacionamento com a família dela, como ela se via e como eu conseguia trabalhar esses aspectos com ela.” (L. 331 a 337)

Após a reunião é feita a avaliação do caso, que F3 refere como um momento de escuta da necessidade do usuário, quando ocorre o acolhimento do sujeito que procura o serviço.

“É uma escuta para o que ele está dizendo”.(L.364)

“Eu fico muito atenta em como esse paciente está vendo esse problema nele, como lidar com a sua condição de vida e do ambiente, que condições vamos criar para que não tenha um esforço tão grande. Eu fico

muito mais construindo isso com o paciente do que às vezes a própria técnica vocal.”(L.381 a 385)

Durante a avaliação, F3 decide se o sujeito necessita de atendimento individual, em grupo ou oficina. Em todas as suas ações, tanto clínicas quanto educativas na Unidade, relata a sua atenção voltada para a demanda do usuário, quando expõe que fica atento ao que o grupo necessita, e o que deseja do profissional, para depois propor a atividade. Relaciona as questões vocais com a fase de vida do sujeito e faz um trabalho de contextualização do uso da voz nos diversos gêneros discursivos.

“...por exemplo, no grupo de adolescente, apontar que eles estão numa fase de mudança vocal e como isso interfere nos relacionamentos, como eles são vistos, como acontece, um menino que fala grosso e de repente sai uma voz mais fina, o que representa no dia-a-dia deles; a gente faz uma discussão um pouco mais além do que as funções.”(L.401 a 405)

“Eu faço atividades de teatro, brincadeiras, aí a voz entra não direta como algo pontual, agora vou trabalhar só com voz, mas ela entra numa intervenção contextualizada de uso da linguagem.” (L.418 a 421)

“Eu sempre observo o que o grupo quer de mim do que eu propor uma coisa preparada antes. Eu estou sempre relacionando o que as pessoas falam com a Fonoaudiologia, seja audição, voz ou linguagem, de acordo com o que o grupo demanda.”(L. 431 a 434)

F3 também cria ações de acordo com a necessidade do usuário e da comunidade que procura o serviço. Realiza parcerias com a comunidade e com outros profissionais, ao propor ações intersetoriais. Utiliza-se de recursos da Unidade e da comunidade para encaminhamentos.

Ao relatar o que entende como uma ação de promoção da saúde, F3 aborda como uma questão importante criar possibilidades do sujeito cuidar de si, para que esse tenha responsabilidade sobre a sua saúde. Considera a

postura do profissional de saúde e a linguagem usada com o sujeito como fundamentais para que o usuário se sinta acolhido.

“Eu acho que é você conseguir passar para o usuário as noções necessárias que ele tem que ter sobre a sua saúde, mas principalmente noções em que ele possa aprender a cuidar da sua própria saúde, que ele se aproprie e tenha responsabilidade, e que entenda que é ele que tem que cuidar da sua própria saúde.”(L.488 a 492)

Quando F3 é questionado sobre o que faria para dar conta da necessidade do usuário, que não se encaixe nas ações que oferece, mostra a importância da escuta e acolhimento do sujeito e criação de ações alternativas, de acordo com a necessidade do mesmo.

“Já tiveram casos de eu achar que a pessoa tinha um problema mais ligado a questões psíquicas e que eu não conseguiria absorver essa demanda; então é um trabalho de sensibilização para a pessoa entender a origem do problema dela e depois encaminhá-la para outros serviços; no caso, o psiquiatra. Algumas vezes eu encaminho para outros profissionais da Unidade, que possam ajudar. Mesmo que ele não tenha um problema propriamente fonoaudiológico, eu acho importante atender, escutar, acolher esse paciente; durante esse período eu vou pontuando algumas coisas, alguns caminhos. Se chegar um paciente para “fono”, e que o atendimento individual ou em grupo não cabe, eu vou pensar em alternativas do que oferecer, talvez uma oficina. Vou criar uma alternativa de atendimento.”(L.475 a 485)

F4

Para F4, a entrada do usuário é feita pela reunião de equipe, realizada entre os profissionais da equipe da família e um dos membros da dupla (fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional). Nesse momento, ocorre o acolhimento dos casos e em seguida é agendada a avaliação.

Existe uma preocupação em discutir, com a equipe, como o sujeito entende o que acontece com ele e qual seria o seu compromisso com a própria saúde.

F4 aponta para um fator importante que é a qualificação da demanda, conquistada por meio das discussões em equipe. A demanda que procura o serviço não é mais apenas aquela que apresenta uma alteração fonoaudiológica, mas também aquela que percebe a necessidade de melhorar a sua comunicação, cuidar de si, aprimorar.

Outro aspecto importante é o conhecimento prévio de como o sujeito lida com os seus problemas, e quais as relações que estabelece com a sociedade em que vive.

“É o momento de chegada. Eu ou a T.O. pegamos os dados da pessoa, nome, idade; procuramos fazer discussões junto com a equipe sobre como chegou, porque chegou, dados familiares, como é a vida dinâmica dessa pessoa, que leitura que a equipe tem dessa pessoa, que compromisso essa pessoa tem com a sua voz, com a sua saúde; a gente já começa a problematizar isso um pouco na equipe. Às vezes tem muitos casos para passar; e quando não é possível discutir inicialmente, você pega algumas informações, vai para a avaliação, mas isso volta para a equipe, que é uma forma de capacitação dessa equipe a respeito da pessoa, e aí ampliando, porque isso se dá tanto com a equipe quanto com o paciente e com a dinâmica que ele está envolvido socialmente, comunidade, família. Tanto o aspecto mais voltado para o distúrbio quanto outras questões que envolvem educação vocal, de saúde vocal, acho que amplia um pouco a intervenção do fonoaudiólogo com essa pessoa.”(L.540 a 553)

O processo terapêutico é visto como uma análise autocrítica do sujeito em relação ao que está acontecendo com ele, como elabora suas dificuldades. Por meio dessa análise procura reconstruir o sentido que tem os seus sintomas. Em casos de sujeitos acamados ou restritos ao lar, refere que não consegue realizar atendimentos domiciliares freqüentes; porém faz parcerias com os familiares por meio de orientações, criando cuidadores mais informados e qualificados.

“Então eu começo a construir com a pessoa, desde o começo, a percepção que ela tem da sua voz, da sua dinâmica na interação com os outros, e analisando, junto os problemas, os pontos positivos e negativos. É o tempo inteiro uma análise autocrítica da pessoa em relação ao que ela está fazendo, se está prejudicando ou não, para que haja uma mudança de postura, uma questão subjetiva que tem que ser trabalhada que eu acho que a gente não pode deixar passar, que eu acho que é por aí: criar esse espaço de análise mesmo; que a pessoa possa parar para se olhar, para refletir o que ela tem, que vai além da questão vocal; é a relação que ela estabelece com as pessoas, às vezes, ansiedade que ela pode trazer, tensão em certos contextos que ela não consegue lidar. (L.581 a 591).

F4 realiza parcerias com a comunidade e com a Unidade de Saúde; desenvolve ações intersetoriais, de acordo com a necessidade do usuário; e utiliza-se de recursos da região para encaminhamentos e trabalho em conjunto. Relata também outro fator importante conquistado com essas parcerias, que é o trabalho conjunto com outros profissionais, tornando-os multiplicadores da educação em saúde.

“...a parte mais gostosa foi eles poderem contar com a gente, com o posto de saúde, saber que têm um profissional que pode estar dentro desse programa, alguém que vai junto ajudar a construir essa mudança, como parceiro, não só de doença, mas de saúde também; foi fruto do nosso contato com a comunidade, de saber que poderiam nos procurar para o que precisassem”.(L.633 a 639)

“ É um espaço de educação muito grande, mais de cem crianças; então você tem um foco abrangente e alí você também identifica crianças

que precisam de uma intervenção mais específica para a clínica também. O educador pode orientar melhor a família porque acaba tendo mais contato; os desdobramentos vão sendo feitos pensando na ampliação daquela ação para o coletivo.”(L.705 a 710)

Quanto à promoção da saúde, conclui ser essa um propósito presente em qualquer atuação do profissional da saúde, como forma de auxílio aos usuários, no sentido de serem mais ativos, participantes de suas vidas, investidos de mudança frente às dificuldades.

“Eu acho que o trabalho com promoção da saúde precisa se dar em todas as ações; estar presente no olhar do profissional de estar o tempo todo nesse intuito, mas acho que vai além; precisa estar presente nas ações intersetoriais com a comunidade, que acho que é um canal muito rico. Falar disso não é se remeter só à saúde, mas à sociedade como um todo”.(L.746 a 750)

“Eu entendo a pessoa estar inserida na sua comunidade, com qualidade de vida, com disponibilidade de investimento nos seus desejos, nos seus objetivos, e em condição de produzir para isso; e acredito que a equipe de saúde tem um papel muito grande de fomentar isso, essa produção de sujeitos saudáveis. É papel nosso, como profissionais de saúde coletiva, fomentar para que essas pessoas possam ser sujeitos mais ativos, mais saudáveis, mais desejosos de viver, porque sempre vai ter desafios, obstáculos, mas é como você pode ajudar a criar sujeitos que não se submetam ficar paralisados, submissos aos problemas, mas que também possam, junto com a equipe de saúde, junto com a comunidade, criar, começar a ser mais críticos, participativos, a ser mais investidos de mudança.”(L. 732 a 743)

F5

A entrada do usuário ocorre pela reunião de equipe, realizada mensalmente. Nesse momento, os casos identificados pelo ACS são discutidos e, em seguida, agendada a avaliação. Normalmente, o médico de família realizou uma primeira avaliação do sujeito e encaminha para o fonoaudiólogo. Isso acontece para facilitar e agilizar a entrada do usuário. Também é discutido com o médico da equipe se tem necessidade de encaminhar para o otorrinolaringologista ou não, uma vez que a espera para consulta com o especialista é grande.

“O paciente entra via discussão com a equipe de família, sempre. A gente faz uma discussão mensal com as equipes. Depois, eu marco uma avaliação, já entro na reunião com as datas para avaliação.”(L.767 a 770)

“O agente comunitário detecta uma pessoa que tem a voz muito rouca, porque às vezes a gente está em visita ou por se tratar de comunidade; por ele ser um membro da comunidade, ele participa da igreja, está em outros lugares com esse usuário e então o ACS fala quando o usuário tem a voz muito ruim ou ficou muito rouco. Às vezes o próprio médico ou enfermeiro, quando a pessoa passa em consulta de rotina e o médico identifica e passa para mim o caso.”(L.820 a 826)

“...geralmente, o médico da família vai ter vaga para avaliação antes de mim. Geralmente, tem um prazo de diferença de um mês para fazer uma avaliação. Então ele passa na avaliação e eu discuto com o médico; depois eu atendo esse paciente; aí a gente vê se encaminha para fazer “naso”, essas coisas... ou até mesmo encaminhar para o otorrino.” (L.803 a 807)

As ações terapêuticas são pautadas no diálogo, e o trabalho não é determinado a priori, pois F5 observa primeiro o que o usuário necessita e, a partir dessa escuta e desse olhar para o outro, propõe uma intervenção ou

encaminha da melhor forma para que possa satisfazê-lo. O uso do diálogo é o foco principal de seu trabalho.

Utiliza-se de diversos gêneros discursivos com proposta de atividades para abordar as questões vocais, tanto nos atendimentos clínicos, como nas ações educativas. O trabalho é baseado em como usar o movimento corporal para auxiliar na comunicação e vivenciar os diversos usos da linguagem.

Em alguns momentos, que F5 chama de ações mais preventivas, como por exemplo, nas oficinas com prazo de realização, ela utiliza-se de orientações mais específicas, e nesse caso são ações mais relacionadas ao risco.

“Varia muito, de acordo com a necessidade do grupo. Temos desde a brincadeira, a gente faz exercícios, escreve, desenha e conversa bastante. Eu acho que o pilar central do meu trabalho é sempre a conversa, é o modo como conduzo meus grupos”.(L. 1079 a 1082)

“...o trabalho não é definido, as coisas vão acontecendo, não que eu não traga coisas que eu já discuti, eu costumo trazer. Quando eu entro na terapia, eu vejo e sinto o que eles querem falar e aos poucos relaciono uma coisa com outras.”(L.11095 a 1098)

Utiliza-se de recursos da Unidade e da comunidade como oferta de serviço ao usuário. Faz parcerias intersetoriais e cria ações em conjunto com outros profissionais e outras instituições.

“...tem grupo chamado de saúde mental, de pessoas com deficiência mental, que a Unidade tem e, às vezes, eu encaminho, que é um grupo mais de convivência. Eu encaminho as pessoas mais adultas para grupo de bordados, pintura, reciclagem, artes, mas como atividades complementares ao trabalho”. (L.1126 a 1130)

Ao abordar a questão de promoção da saúde, F5 relata que qualquer ação pode promover saúde, e isso deve ser algo que venha a nortear todas

as ações do profissional da saúde, no sentido de auxiliar em melhorias. Refere também a importância do profissional sair da posição de domínio do saber e escutar mais o sujeito, para que possa auxiliar na interpretação do que acontece, ou seja, o que de fato ocorre em cada história de cada sujeito. F5 também aponta para a circulação da informação, que ocorre nas ações em grupo, a troca, pois essa provoca mais mudanças do que quando o profissional elege um tema para falar, considerado por ele como importante. Quando aparece uma demanda, que não condiz com nenhuma das atividades oferecidas, F5 cria ou procura algo que faça sentido para o usuário.

“No grupo de gestantes e puericultura, eu vejo muito isso: a troca entre as pessoas que participam; é muito rica, é muito mais do que quando a gente fala, a gente propõe uma discussão e vai lá como aquele que conhece, supostamente, conhece mais sobre tal coisa do que aquelas pessoas, mas é um espaço de trabalho de democratização de conhecimentos; a gente tem que o tempo todo estar dispondo o nosso conhecimento e que ele faça bom uso daquele conhecimento; a gente propõe uma coisa e aquilo vai se transformando, e a gente vai intervindo, recobrando um pouco com a teoria, a parte mais científica. “(L. 1244 a 1252)

F6

A entrada do usuário ocorre por agenda aberta na recepção da Unidade de Saúde, e qualquer um pode marcar uma avaliação fonoaudiológica, sem necessidade de encaminhamento. F6 não relata a realização de reunião de equipe ou discussão de casos.

Na avaliação, existe uma preocupação em escutar o sujeito para entender o que acontece com cada caso. Nesse momento, realiza algumas orientações sobre o funcionamento da voz e do corpo. Encaminha para o diagnóstico otorrinolaringológico, antes de iniciar a terapia.

“Deixo uma agenda aberta na recepção e o paciente não precisa ter encaminhamento para agendar a avaliação. Normalmente, vem encaminhado da escola, da creche ou do otorrino, mas a grande maioria é demanda espontânea, o sujeito que acha que precisa de fonoterapia vai na recepção e marca.”(L.1272 a 1276)

“Na avaliação eu pergunto a queixa da pessoa e converso para tentar entender o caso; eu já dou algumas orientações de saúde vocal, relaxamento, funcionamento da voz e do corpo. Sempre encaminho para o otorrino antes de começar a terapia.” (L.1277 a 1280)

Utiliza-se de recursos da Unidade e da comunidade para realizar encaminhamentos, de acordo com a necessidade do usuário. Cria ações que vão ao encontro do que o sujeito necessita e até mesmo propõe um trabalho domiciliar, quando considera importante trabalhar mais de perto a dinâmica familiar.

“Os pacientes de voz eu encaminho também para yoga no Centro de Referência do Idoso (CRI), caminhada na Unidade; quando acho interessante encaminho também para grupo de teatro da Casa de Cultura de São Miguel, ou grupo de teatro para crianças, além do atendimento clínico.”(L.1295 a 1298)

“Eu já fiz oficinas com cantores de igreja. Eles vieram me procurar para conversar sobre voz e eu comecei a discutir sobre o uso da voz, o esforço

que estavam fazendo para cantar. Comecei a questionar como era o ensaio antes de cantar, quais as músicas que cantavam e fomos trabalhando as questões de articulação, aquecimento vocal, projeção.”(L. 1331 a 1335)

“Eu já tive uma outra paciente uma vez que começou com um nódulo vocal e eu coloquei em grupo; ela começou a faltar muito porque o marido teve um Acidente Vascular Encefálico; então achei que não era o momento dela vir para o atendimento fonoaudiológico, mas que eu tinha que fazer o atendimento domiciliar para o marido. Porém eu percebi que não tinha que deixar mais ela em casa; observei que ela estava muito sobrecarregada e a voz piorando muito, e então conversei com ela sobre a necessidade de cuidar mais dela; ela estava cuidando muito só dos outros. Tudo depende do caso.”(L. 1363 a 1371)

O trabalho baseia-se na escuta e no diálogo com os usuários. As intervenções são norteadas por diversas formas de uso da linguagem, de vários gêneros discursivos. A voz é trabalhada num contexto de linguagem, por meio de roda de conversa, jogos de linguagem e teatro. Relata também a importância da troca de informações provocada pelas ações, na busca por mudanças na vida do usuário.

“Uso jogos, converso muito, para conhecer quem são e como posso ajudá-los. Proponho atividades de jogos de regras, onde um tem que lidar e respeitar o outro, então trabalho também as regras sociais e a educação com o outro, que eu acho que é o que mais falta, alguém que acolha e se preocupe com a educação deles também.

Na oficina de teatro, trabalho com rádio-novela, ensaio a novela com eles, gravamos a voz fazendo a novela e depois escutamos e discutimos várias questões de linguagem, de representação, de tipos de voz, de articulação. E, a partir disso, eu vou intervindo mostrando como é um aquecimento vocal e etc. Eu trabalho a voz pela linguagem.” (L. 1318 a 1328)

Em relação à promoção da saúde, refere que esta ocorre quando o usuário passa a saber cuidar de si e sentir-se bem consigo mesmo. O sujeito tem condições e autonomia para decidir o seu caminho na vida, no sentido de ter autocuidado e decidir sobre as suas ações. F6 refere também que a

busca pela promoção da saúde depende da postura do profissional; da forma como esse acolhe aquele que procura o serviço fonoaudiológico; e da visão que o terapeuta tem sobre o processo saúde/doença e sobre a relação terapeuta e usuário.

“É a saúde como bem estar e não como a ausência de doença. A pessoa estando feliz e bem consigo mesma, por mais que tenha nódulo de prega vocal, se ela tem condições de tratar aquilo e sabe quando piora ou melhora e tem autonomia sobre o problema. E a pessoa está bem com aquilo, mesmo sabendo que tem o problema, pois cantora costuma ter mais problemas com o jeito de cantar, pois força muito a voz, o jeito de cantar do evangelho; mas, ela diz que tem de ser assim. Então, se eu tentar mudar, a comunidade não vai aceitar.

Então, eu disse que esse nódulo podia ser dela mesmo, como um “calo” de uma bailarina que vai prejudicá-la, já que ela continua com hábitos vocais ruins. Agora ela reconhece que vai ser algo para sempre, se ela não mudar o jeito de cantar. Daí ela terá o nódulo para sempre e não terá alta fonoaudiológica, então, ela assumiu que vai ter isso, mas sabe se tratar, sabe os exercícios e vem falar comigo quando piora.

Ela sabe que, se abusar, vai ficar um tempo sem falar, sabe os exercícios de respiração, articulação e aquecimento vocal; ela tem autonomia sobre sua doença e esta não vai desaparecer devido ao estilo de vida que ela leva.”
(L.1374 a 1390)

“Um dia veio um paciente que era muito gago, mas melhorou em vários aspectos, e vinha me contar que tinha mais coragem de fazer algumas coisas depois de um certo tempo de terapia, mas continuava gaguejando. Falou que estava se sentindo seguro, arrumou um emprego, passou na escola, terminou o supletivo e acha que não precisa de fonoterapia. Então, eu falei para ele voltar dentro de seis meses, mas ele mesmo se deu alta naquela relação, ele mesmo; não colocou aquela gagueira como um problema que tinha de ser curado; ele estava curado por ele de outra forma.”
(L.1458 a 1465)

5. DISCUSSÃO

A discussão será apresentada como uma análise em conjunto dos seis entrevistados, de acordo com as seis categorias estabelecidas.

Trabalhar em equipe

A entrada principal do usuário, para a maioria dos entrevistados (F2, F3, F4 e F5), ocorre por meio de discussões de casos, em reunião de equipe de família. O ACS identifica os casos nas visitas domiciliares ou em contato com a comunidade, e traz para discussão em reunião.

MENDES (2004) destaca a importância da inclusão do ACS no PSF, para facilitar a relação entre população e serviço, pois, além de ter papel fundamental para que o funcionamento do serviço ocorra, é ele quem conhece e vive na comunidade, e faz parte da mesma .

Na literatura, ao falar sobre a função do ACS, CAMPOS (2003) refere como sua função ampliar a capacidade de ação da Unidade de Saúde, acompanhando o dia-a-dia das famílias e das pessoas. Os agentes de saúde são vistos como um recurso para ampliar a autonomia e o autocuidado do usuário, além de alertar a Unidade de Saúde sobre as necessidades da comunidade e participar do planejamento de ações. O mesmo autor também aborda a importância do trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional para realizar uma atenção integral em saúde, com autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e criar propostas terapêuticas.

O fato de existir a discussão em equipe demonstra uma preocupação dos entrevistados em compartilhar e dividir a responsabilidade na construção do projeto terapêutico com outros profissionais. A educação permanente realizada nas reuniões também permite à equipe entender melhor quais as relações que se estabelecem entre os aspectos orgânicos e a vida cotidiana de cada sujeito e, principalmente, criar uma escuta e vínculo com a história do usuário, antes mesmo de conhecê-lo.

SOUSA (2003) também concorda com a importância do trabalho em equipe interdisciplinar na busca por uma atenção integral em saúde, como um pacto mútuo de confiança e responsabilidade entre os membros da equipe, visando a resolutividade perante a demanda da população.

Para alguns fonoaudiólogos (F3, F4 e F5), a reunião com a equipe é feita por um dos membros da dupla fonoaudiólogo e fisioterapeuta ou fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. O trabalho em dupla facilita uma atenção transdisciplinar, que também é importante para a resolutividade dos casos e ampliação do olhar para as questões de saúde. Na entrevista com F3, não fica explícito por que considera um “problema” a realização da reunião por um dos membros da dupla. Para que ocorra uma ação transdisciplinar é preciso saber a função de cada um e garantir o respeito às especificidades do outro.

De forma diferente ocorre para F1, F2 e F6. Para o primeiro, a entrada do usuário ocorre por agenda aberta e reunião de equipe. Mostra que o usuário tem acesso rápido ao serviço, sem que os profissionais percam o vínculo interdisciplinar, a discussão de casos e a elaboração de ações em

equipe. No entanto, não é feita referência a realização de capacitação em equipe, o que é fundamental para uma atenção integral em saúde. F2, realiza reuniões de equipe para discussão dos casos, porém não refere a participação da dupla de trabalho. Para F6, a entrada do usuário acontece por uma agenda aberta na recepção, o que pode distanciar o profissional, no caso, o fonoaudiólogo, da equipe de família, e pode dificultar um trabalho conjunto e de planejamento das ações, de acordo com a demanda local de cada região.

A maioria dos entrevistados tem como preocupação entender o que ocorre com o sujeito, e para isso fundamentam-se na escuta e no acolhimento do usuário. Discutem, projetam e realizam as ações com a equipe ou com alguns profissionais da mesma.

Ao relatar sobre a importância das políticas de educação permanente em saúde, o documento do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) refere, como propiciadores da ocorrência da educação em saúde, os espaços de reflexão crítica para o enfrentamento dos problemas das equipes de saúde em seu território geopolítico de atuação, que auxiliam na busca da autonomia e da criatividade no pensar, no sentir e no querer dos usuários.

Apenas para F5 a avaliação é feita pelo médico de família, fato que demonstra um outro vínculo entre os profissionais, que não é o de disputa pelo poder ou hierarquia na realização das funções, mas um trabalho conjunto, cujo objetivo final é atender, o mais rápido possível, a necessidade do sujeito que procura o serviço.

Olhar para a demanda da população local

Todos os entrevistados revelam uma preocupação para que as ações façam sentido para o usuário e que analisem as relações que o mesmo estabelece consigo e com a sociedade em que vive.

Para CHUN (2004), ouvir o que a comunidade pensa, quer, sonha, planeja, considerando-a ativa e investida de mudanças, ao invés de ser apenas ouvinte depositária de orientações sobre a saúde, permite realizar no sujeito um trabalho com mais resolutividade.

As ações são construídas a partir das necessidades da população, e as orientações são direcionadas para o cotidiano dos sujeitos, seus hábitos, seu trabalho e sua história de vida.

F5 em alguns momentos realiza ações mais preventivas, e utiliza-se de orientações específicas relacionadas ao risco de adoecer, principalmente ligadas à saúde do trabalhador em saúde, que não apresenta nenhuma alteração instalada, porém corre riscos diante do ambiente e atuação no trabalho. A atuação também ligada ao risco mostra um profissional atento ao distúrbio, porém contextualizado em seu ambiente de origem.

Conforme aponta a Carta de Ottawa, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002), as estratégias de ações devem estar relacionadas às necessidades locais e às possibilidades de cada região, além de levar em conta os diversos aspectos sociais, culturais e econômicos para que ocorra promoção da saúde. Além disso, os profissionais da saúde necessitam estabelecer articulações com outros serviços da rede, por meio do trabalho em equipe,

conhecimento da realidade e ações transdisciplinares, na busca de atividades intersetoriais.

Para MENDES (2004, 2005), é necessário refletir sobre a realidade, a necessidade da população em seus contextos geopolíticos territorializados e a ação de saúde em rede, desenvolvendo parcerias com a comunidade, para que as ações tenham efetivamente resolutividade na melhoria da vida das pessoas.

MERHY (1999) aborda a importância do profissional da saúde criar envolvimento e ter interesse em torno das dificuldades do usuário, para que este se sinta seguro, respeitado e acolhido, e somente dessa forma sentir-se-á satisfeito com relação ao serviço.

PENTEADO e SERVILHA (2004) também destacam como importante identificar as demandas dos sujeitos e comunidades para criar ações adequadas as suas expectativas.

Utilizar recursos da Unidade e comunidade e realizar parcerias intersetoriais

Para os entrevistados, as ações são elaboradas e realizadas em parcerias com outros profissionais da Unidade e/ou com a comunidade. Todos eles criam atividades em conjunto com outras instituições da comunidade, como escolas, igrejas, ou até outras secretarias, como a da Educação, além de utilizarem recursos da Unidade e da comunidade. Referem-se a uma atenção ampliada e integral, no sentido de captar

recursos disponíveis e fazer parcerias com a comunidade para atender às necessidades e satisfação de quem procura a Unidade de Saúde.

Isso faz com que a saúde deixe de ser responsabilidade de instituições ou profissionais específicos e passe a ser de responsabilidade de diversos setores da sociedade, envolvidos na criação e realização de políticas públicas saudáveis e melhoria da qualidade de vida da população, conforme preconiza o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002).

CECÍLIO (1994) também destaca que, para alcançar a satisfação do usuário, é necessário oferecer todas as opções tecnológicas disponíveis em termos de conhecimento, de saber, a serviço do usuário.

Outro fator importante, conquistado com as parcerias, foi o vínculo com diversos profissionais e até moradores da região de atuação, fato que os torna multiplicadores das ações e informações vividas e contribui para promover educação em saúde, como apontam a maioria dos entrevistados (F1, F3, F4, F5 e F6).

A participação da comunidade na elaboração e realização das ações, para que ocorram mudanças nos diversos ambientes, de trabalho, lazer e vida da população de cada região, influencia na mudança da saúde das pessoas, fato este abordado em documentos do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002).

Potencializar a escuta e o vínculo com o usuário, para auxiliá-lo a ser responsável por sua saúde e autocuidado

A maioria dos entrevistados faz referência à escuta e vínculo com o usuário durante todo o processo terapêutico. Esse fato evidencia que os profissionais propõem ações de acordo com o sujeito ou o grupo, fundamentam-se nas singularidades dos mesmos, sem focar o distúrbio como algo generalizado. Apenas F1 não faz referência a esse aspecto em sua entrevista, sem comentar sobre a autonomia e responsabilidade do sujeito em cuidar de si.

Para F5, o diálogo é apostado como foco principal de qualquer ação realizada. Refere-se a um profissional atento ao outro, que dá espaço para o usuário dizer o que acontece e como lida com as suas dificuldades e com o ambiente em que vive.

Na literatura, MERHY (1999) aponta para um fato interessante que vai nessa direção: refere que todas as opções tecnológicas em saúde procuram realizar uma leitura de cada sujeito. Dessa forma, somos linguagem e por isso é importante analisar como cada um trabalha a mesma. Nesse caso, maior atenção seria dada ao uso de tecnologias leves, descritas como o uso da sabedoria, de experiências e atitudes, responsabilidade e compromisso, entre outros, em detrimento a procedimentos e uso de equipamentos.

Quanto à responsabilidade do sujeito diante da sua saúde e da autonomia que deve ser dada ao mesmo para decidir sobre a sua vida, a maioria dos fonoaudiólogos entrevistados (F2, F3, F4, F5 e F6) faz referência à importância de discutir como é o compromisso do sujeito com a sua saúde e construir com ele o seu projeto terapêutico. Assim, o usuário é

ativo e participa da elaboração das ações e faz com que se torne responsável pela sua saúde.

O usuário é incentivado a produzir mudanças, apropriando-se das informações necessárias de como, quando e porque cuidar de si. O outro, no caso o profissional, vai auxiliá-lo a encontrar saídas, mas é o sujeito quem deve resolver suas dificuldades. Nesse contexto, os profissionais preocupados e atentos ao valor que o outro tem em sua própria vida, deixam de lado o domínio do saber e do poder e passam a exercer a função de terapeuta, ou seja, de quem escuta, acolhe e constrói junto com o sujeito, e dá a esse o direito e a responsabilidade de produzir saúde.

CECÍLIO (1994), ao relatar sobre a autonomia do usuário, concorda que esta ocorre quando o processo terapêutico exerce esforços para melhorar o entendimento do próprio corpo, das suas dificuldades, das suas relações com o meio social e, conseqüentemente, construir princípios que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida. O usuário espera que as ações consigam melhorar sua vida, no sentido de dar mais capacidade para enfrentar os problemas do seu cotidiano, ou seja, tem interesse em ser mais independente em relação ao seu percurso na vida.

A importância das ações como auxílio no alcance de igualdade de oportunidades e criação de meios que facilitem o acesso à informação, para dar possibilidades que levem a fazer suas opções em termos de saúde é preconizada nos documentos do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Ao conceituar a saúde, é feita referência ao resultado dos cuidados que cada um dispensa a si mesmo e aos demais, a capacidade de tomar decisões e

direcionar a própria vida, além de assegurar que a sociedade em que vive ofereça a todos a possibilidade de ser saudável.

CAMPOS (2003) relata que o profissional da saúde deve auxiliar o usuário a buscar um esclarecimento sobre o sofrimento que o aflige e lhe oferecer ações que auxiliem a enfrentar seu problema. Além disso, é necessário que o profissional ajude o usuário a se ajudar, ao estimular a capacidade de enfrentar os problemas, a partir de suas condições de vida reais.

MENDES (2004,2005), ao abordar aspectos importantes sobre a clínica, explica que esta pode ser um espaço potente para enfrentar-se o sofrimento em suas diversas relações e conseqüências, não como isolamento das doenças e dos sujeitos, mas como possibilidade de olhar para a singularidade dos processos de adoecimento, a partir da necessidade do usuário. Para tanto, há necessidade de uma prática disponível a criar vínculo, acolher o sujeito em seu contexto, e buscar a sua autonomia e a responsabilidade pela sua saúde.

Flexibilidade do profissional para criar ações a partir das necessidades do usuário

A flexibilidade do profissional diante da necessidade do usuário fica clara quando se observam os seis fluxogramas descritores, pois todos os fonoaudiólogos entrevistados criam ações novas, constantemente, de acordo com a necessidade, e que realmente façam sentido para o sujeito; estão atentos e utilizam os recursos externos, desenvolvem parcerias (F3, F4, F5), visitas na comunidade para criação de trabalho conjunto (F1, F2,

F3, F4, F5 e F6), e ainda realizam atendimentos domiciliares, quando é necessário observar e intervir mais de perto na dinâmica familiar ou social de determinado sujeito (F5 e F6). Alguns apresentam maior número de ações, criadas a partir da demanda do usuário (F2, F5 e F6), e outros menos (F1, F3 e F4), provavelmente determinado pela maior ou menor demanda relacionada à voz.

Alguns (F3 e F6) também afirmam realizar um acolhimento do caso e, em determinados momentos, encaminham para outros serviços condizentes com o que necessita o usuário.

F4 relata que a demanda para atendimento domiciliar não é contemplada com terapia freqüente e, por isso, faz parcerias com os familiares por meio de orientações, cria cuidadores mais informados e qualificados. A escassa disponibilidade de tempo de trabalho e a quantidade de profissionais em relação à demanda para atendimento, podem explicar a razão porque esse cuidado aos acamados fique prejudicado.

Segundo CECÍLIO (1994), é fundamental que profissional da saúde crie possibilidades de acesso ao serviço para qualquer usuário e tenha capacidade de mudança, faça adaptação de técnicas e de várias combinações de atividades, visando dar conta da diversidade dos problemas de saúde, dos recursos disponíveis e das relações da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais.

Por meio de análise dos fluxogramas evidenciam-se profissionais flexíveis diante da demanda encontrada, com disponibilidade para oferecer

ao sujeito algo que realmente faça sentido na sua vida e provoque mudanças em relação as suas dificuldades.

Na literatura, MERHY (1999) refere que o profissional da saúde deve interrogar, constantemente, sobre o que está acontecendo com o usuário, para abrir possibilidades de criar novas e singulares maneiras de realizar o trabalho em saúde diante de contextos reais.

Conceituar promoção da saúde

A promoção da saúde, segundo a maioria dos entrevistados (F1, F3, F4, F5 e F6), em síntese, está presente em toda e qualquer ação realizada. Apresenta-se para a maioria como algo construído junto com o usuário, no momento em que o profissional deixa de lado seu saber e poder e cria espaços de escuta e acolhimento diante do usuário, que necessita sentir-se compreendido. O profissional consegue propor ações que, realmente, façam circular informações e que provoquem mudanças na vida desses sujeitos (F1, F2, F3, F4, F5 e F6).

A circulação de informações e experiências, nesses espaços, permite que cada um repense a sua história, os seus hábitos e as suas relações internas e externas (F5). Realiza-se, dessa forma, a educação em saúde, e faz-se com que o usuário saiba como e quando se cuidar, alcançando assim a sua autonomia diante de sua saúde e de sua vida (F6).

Portanto, para os entrevistados, a possibilidade de promover saúde depende de: compor uma postura e um modo de fazer saúde não sozinho, mas em equipe, valorizando não o procedimento isolado, mas sim as

necessidades do sujeito; importar-se menos com as orientações prontas e mais com a escuta e o vínculo com o usuário; fechar-se menos na sua sala de atendimento e na Unidade de Saúde que trabalha para buscar mais parcerias; utilizar os recursos da comunidade e do usuário; dar menos informações programadas a priori e provocar mais a circulação e a troca das mesmas nos diversos espaços de diálogo; e mostrar ao sujeito que ele pode e deve ter autonomia para se cuidar e com isso promover mudanças em sua saúde. Todos esses aspectos também são preconizados pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) como práticas em saúde que levam a uma atenção integral em saúde.

Essas considerações feitas pelos fonoaudiólogos entrevistados demonstram um olhar para a saúde como processo constituído a partir da história e da relação do sujeito consigo mesmo e com o meio em que vive. Referem-se a profissionais mais centrados no usuário do que em si mesmos, trabalhando mais com tecnologias leveduras e leves, como aborda MERHY (1999).

MARTINS (2004) também afirma que as ações promotoras de saúde são aquelas que apostam na capacidade das pessoas entenderem o que está acontecendo com elas e como podem fazer para alcançar uma saúde efetiva e aumentar sua potência de agir e de viver.

Para CHUN (2004), a atuação em promoção da saúde também deve ser norteadada por princípios que visualizem o sujeito para além da sua doença, e é necessário percebê-lo em sua integralidade, para buscar o equilíbrio entre o sujeito e a sua própria realidade.

Alguns aspectos comentados por PENTEADO e col. (2005) vão na mesma direção dos dados das entrevistas. As autoras referem que ações promotoras de saúde constituem-se em processos dinâmicos de participação, com construções dialógicas problematizadoras e informadoras, que envolvem a sociedade com um todo. Transformam-se em recursos para as pessoas enfrentarem seus desafios, com o fortalecimento da população para o cuidado com a própria saúde, no sentido de buscar uma melhor qualidade de vida.

Ao finalizar este capítulo, dois aspectos merecem destaque. O primeiro refere-se ao procedimento metodológico utilizado (fluxograma descritor), que se mostrou útil para explicitar, de maneira resumida, o caminho percorrido pelo usuário, segundo os fonoaudiólogos entrevistados. Esse recurso pode vir a se constituir em instrumento para auxiliar outras pesquisas desta natureza. Sugere-se, porém, que ao utilizá-lo o próprio entrevistado possa participar de sua construção, no momento ou após a realização da entrevista, conforme orientação de FRANCO (2003).

Cabe sugerir, ainda, que esse instrumento acompanhe a análise de diferentes serviços destinados a atendimento, por facilitar uma compreensão da maior ou menor utilização de recursos da Unidade ou da comunidade; presença de parcerias intersetoriais; flexibilidade dos profissionais; integração das equipes de trabalho; ou mesmo, atenção à demanda dos usuários.

O segundo aspecto vai na direção de reconhecer o quanto o desenvolvimento desta pesquisa propiciou a reflexão sobre o fazer da

própria pesquisadora, que ao concluí-la consegue repensar suas próprias ações em busca de outras possibilidades.

Ao teorizar sobre a prática das fonoaudiólogas entrevistadas, esta pesquisa cumpriu com a finalidade que em princípio deveria ser de todo trabalho científico: servir de ponto de partida para mudanças!

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a fala dos entrevistados, diante do trabalho fonoaudiológico relacionado a promoção da saúde, com foco em voz, identificam-se alguns aspectos fundamentais: a maioria faz trabalho em equipe interdisciplinar (apenas um dos entrevistados não refere esse aspecto em sua entrevista); todos os fonoaudiólogos realizam o estudo da demanda da população local para planejar ações e firmam parcerias intersetoriais; a escuta e o vínculo com o usuário ocorrem para todos os entrevistados, desde a sua entrada no serviço e em toda e qualquer ação realizada; a maioria dos entrevistados auxilia o sujeito a ter responsabilidade sobre a sua vida e, conseqüentemente, a sua saúde, buscando um autocuidado (apenas um deles não deixa esse aspecto explícito em sua entrevista); todos os entrevistados mostram ter flexibilidade para criação de ações a partir das necessidades do usuário, ao recriarem constantemente as suas ações; e todos os fonoaudiólogos entrevistados também utilizam os recursos da Unidade e da comunidade como oferta de serviço para o usuário, buscando encaminhá-lo da melhor forma possível, para esse sintasse mais satisfeito do que quando procurou o serviço.

Todas essas ações fazem parte de uma atenção integral à saúde e evidenciam que o grupo analisado, no caso o fonoaudiólogo, atuante no Programa de Saúde da Família, tem realizado um trabalho que vai na direção das novas práticas em saúde.

Mais do que analisar os termos ainda utilizados pelos entrevistados, que remetem a resquícios de uma clínica conservadora, implicadas com a doença em si, é vislumbrar o que, de fato, acontece na prática desses profissionais em relação à valorização e à busca pelo trabalho de saúde integral, para um sujeito inteiro, ao buscar e criar, a todo instante, novas e inéditas possibilidades para satisfazê-lo.

O fato dos fonoaudiólogos trabalharem inseridos no PSF parece auxiliar na transformação do olhar para o sujeito e para as ações de saúde, devido aos princípios a que esse está atrelado.

As ações, os fazeres, não funcionam um sem o outro; estão extremamente ligados. Eles ocorrem pelo conjunto de falas, de dar e trocar informação, e transformar, criar, de estar atento ao derredor e apropriar-se dele, de conviver com os outros sujeitos e outros espaços, interligando, costurando. É assim que vão se tecendo outros modos de agir e de fazer, de pensar e recriar, a todo instante. E é nesse movimento constante, de percepção e escuta de si mesmo e do outro, que se dão, ou se alcançam, outras formas de andar na vida, e com isso talvez ocorra a promoção da saúde.

A busca e o questionamento por este tema não se esgotam aqui, justamente pela complexidade da vida e dos sujeitos e pela diversidade de conceitos sobre o assunto, que estão em formulação de teorias que dêem conta da variedade constante que a atuação em saúde apresenta, a cada instante. Esta pesquisa chegou até aqui, e alcançou alguns questionamentos sobre o olhar do profissional que necessita cuidar mais da

sua maneira de falar e agir, desde o momento que o sujeito entra em sua sala, para dizer o porquê procura o serviço. A compreensão de que cada palavra e cada gesto, cada ação, têm influência naquele que por algum motivo está sofrendo e necessita de uma escuta e um acolhimento diante do que lhe ocorre, é fundamental para a mudança e a permanente análise crítica da postura profissional e das ações em saúde.

Para finalizar, trago dois fragmentos da fala de um dos entrevistados, como fechamento desta pesquisa, que melhor sintetizam o que vem a ser promover saúde, de acordo com os relatos e a análise dos fluxos dos seis serviços fonoaudiológicos.

“É qualquer ação que vai promover melhorias na saúde da pessoa; então, não temos que pensar em grupos específicos de promoção da saúde; a promoção da saúde tem que estar permeando a sua ação o tempo inteiro, desde a ação de atendimento, os grupos, até reunião de equipe de família, em que a gente tem que discutir questões diversas; então ela permeia o trabalho sempre.”(F5 L. 1134 a 1139)

“Não existe um só modo, uma fala, um jeito; existem várias coisas que promovem a mudança. Vejo a promoção no sentido de causar mudança na comunidade, na pessoa, no usuário que você trabalha ou numa população específica. Na promoção de mudanças, a pessoa fica mais satisfeita do que entrou. De certa forma, aquilo que a angustiava, você respondeu, você não... você fez com que ela chegasse a uma saída. Nós não damos a saída, mas, sim, ajudamos o usuário a encontrar saídas.”(F5 – L. 1183 a 1189)

7.REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Campos, W. de S. Saúde Paidéia. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2003.

Capistrano, Filho D. O Programa de saúde da família em São Paulo. In: Estudos Avançados: Dossiê Saúde Pública. São Paulo: IEA/USP;1999; v.13(35):89-97.

Carvalho, S.R. Saúde coletiva e promoção da saúde. Sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2005.

CEAPPD. Alternativas de reabilitação. São Paulo; s/d [Apostila sobre as experiências reais de alternativas de reabilitação criada por um trabalho em conjunto da Família Qualis, AVAPE, USP, Prefeitura Municipal de Santo André como colaboradores].

Cecílio L.C. de O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec;1994.

Chun R.Y.S. Promoção da saúde e as práticas em Fonoaudiologia. In: Ferreira L.P., Bonfin-Lopes D.M., Limongi S.C.O., organizadores. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004, p.538-544.

Franco T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy E. E., Júnior H.M.M., Rimoli J., Franco T. B., Bueno W. S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec;2003, p.161-198.

Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2003/ 2004; 8 : 21-32.

Mendes V.L.F. Fonoaudiologia e Saúde Coletiva: Bases teóricas e práticas da ação em Saúde. UNAERP; 2005. [Palestra realizada na VI Jornada de Fonoaudiologia UNAERP].

Mendes V.L.F. O ensino da Saúde Pública em Fonoaudiologia. Fortaleza;2003. (XI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia).

Mendes V.L.F. Uma clínica no coletivo. Experimentações no Programa de Saúde da Família [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

Merhy E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Campinas; 1999. [texto produzido para atividades junto a alguns cursos do Departamento de Medicina Preventiva em Saúde/ FCM/ UNICAMP].

Merhy E. E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec;2002.

Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF; s/d.

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS- caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília,DF; 2003.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília,DF; 2002.

Penteado R.Z., Chun Y.S., Silva R.C. Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. Rev. Distúrbios da Comunicação. 2005; 17:9 – 17.

Penteado R.Z., Servilha E.A.M. Fonoaudiologia em saúde pública coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. Rev. Distúrbios da Comunicação. 2004;16:107-116.

Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação no PSF da Casa de Saúde Santa Marcelina. Relatório de atividades 2006 e planejamento das atividades de 2007. São Paulo; 2007.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. SUS. Projeto qualidade integral em saúde. São Paulo, SP; 1997.

São Paulo. Secretaria do Estado da Saúde. Implantação e desenvolvimento PSF/QUALIS. São Paulo, SP; 1999.

Sousa, M. F. de. A Cor-Agem do PSF. 2ª. ed. rev. São Paulo: Hucitec; 2003.

Vasconcellos M. P.C. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes E. V. A organização da saúde no nível local. São Paulo:Hucitec;1998. p. 155-172.

Vilela F.C.A. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade [Monografia de especialização]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

Cuenca A.M.B., Noronha D. P., Ferraz M. L. E de F., Andrade M.T.D de Andrade. Guia de Apresentação de Teses. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Biblioteca;2006.

ANEXO I

ANEXO II

Figura 1 – Fluxograma descritor do percurso do usuário no serviço fonoaudiológico, segundo F1

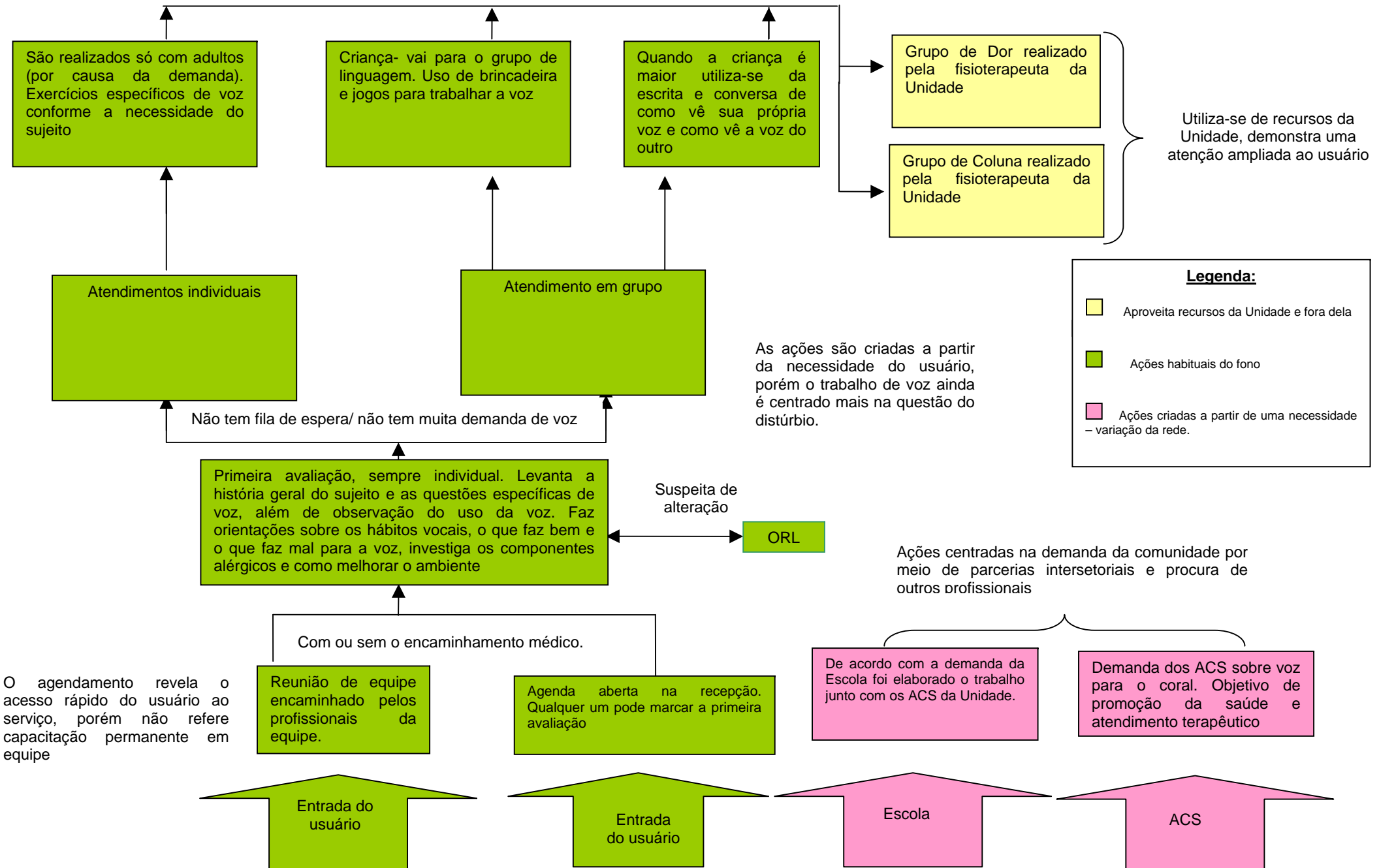


Figura 2 – Fluxograma descritor do percurso do usuário no serviço fonoaudiológico, segundo F2

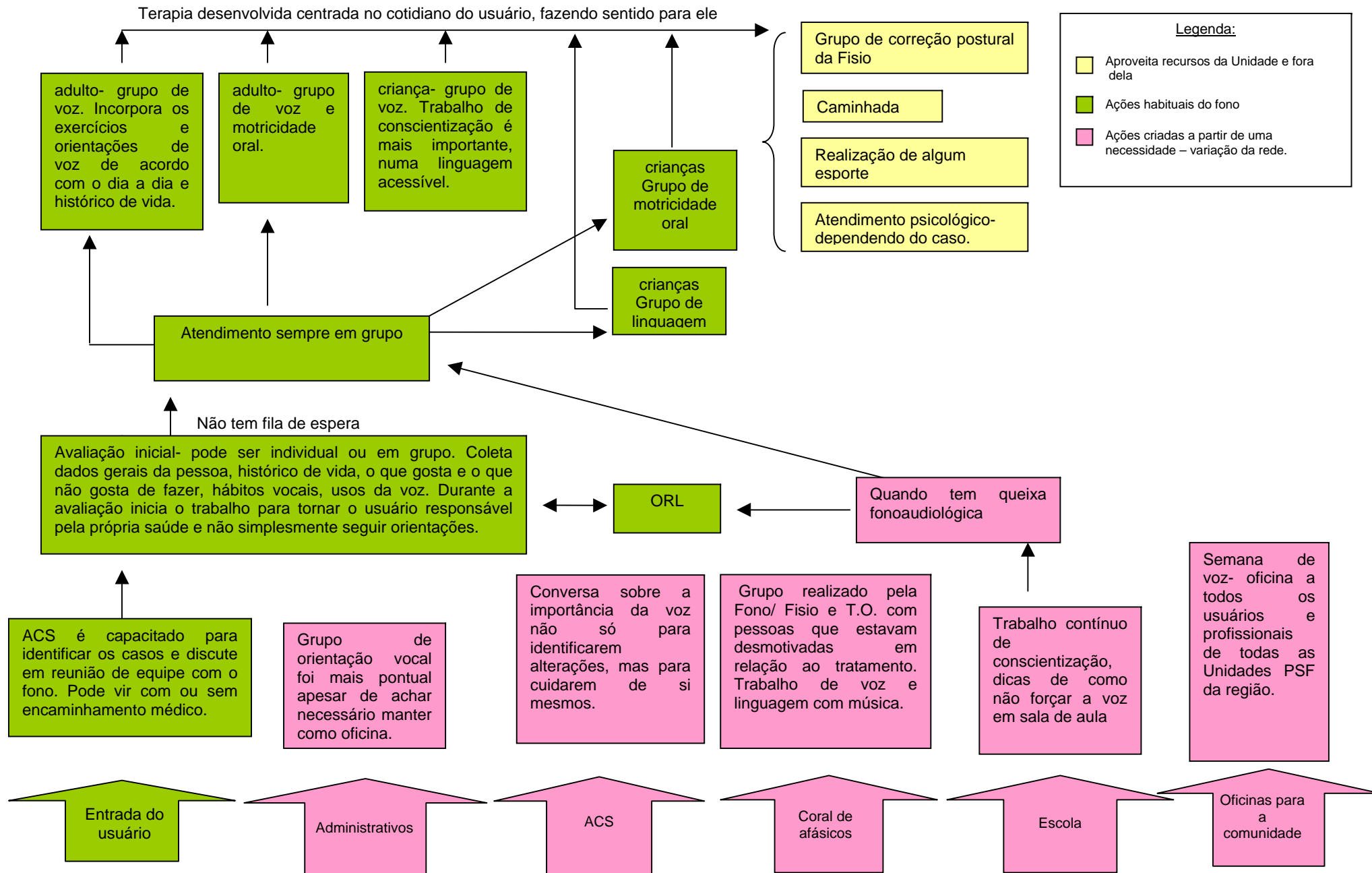


Figura 3 – Fluxograma descritor do percurso do usuário no serviço fonoaudiológico, segundo F3

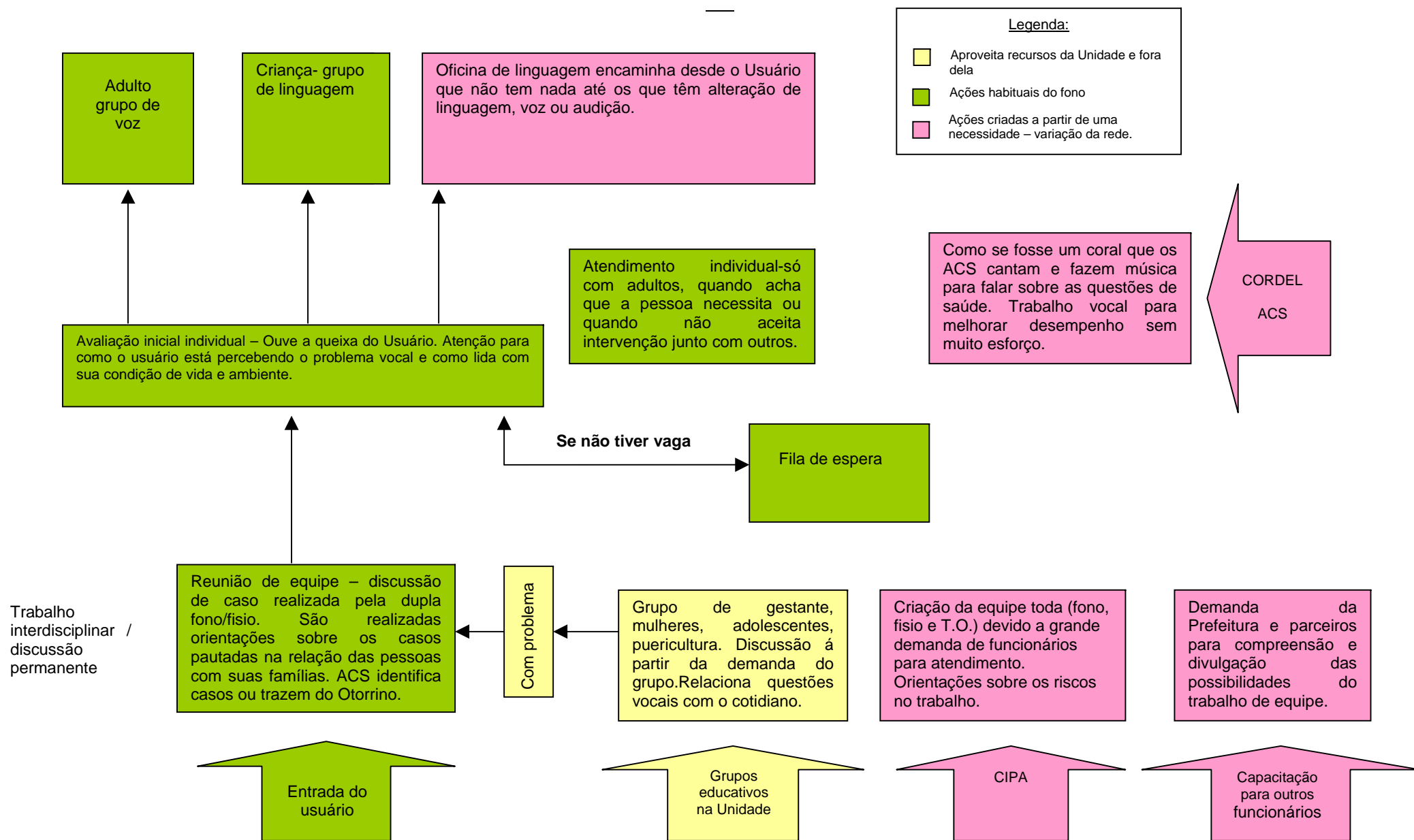


Figura 4 – Fluxograma descritor do percurso do usuário no serviço fonoaudiológico, segundo F4.

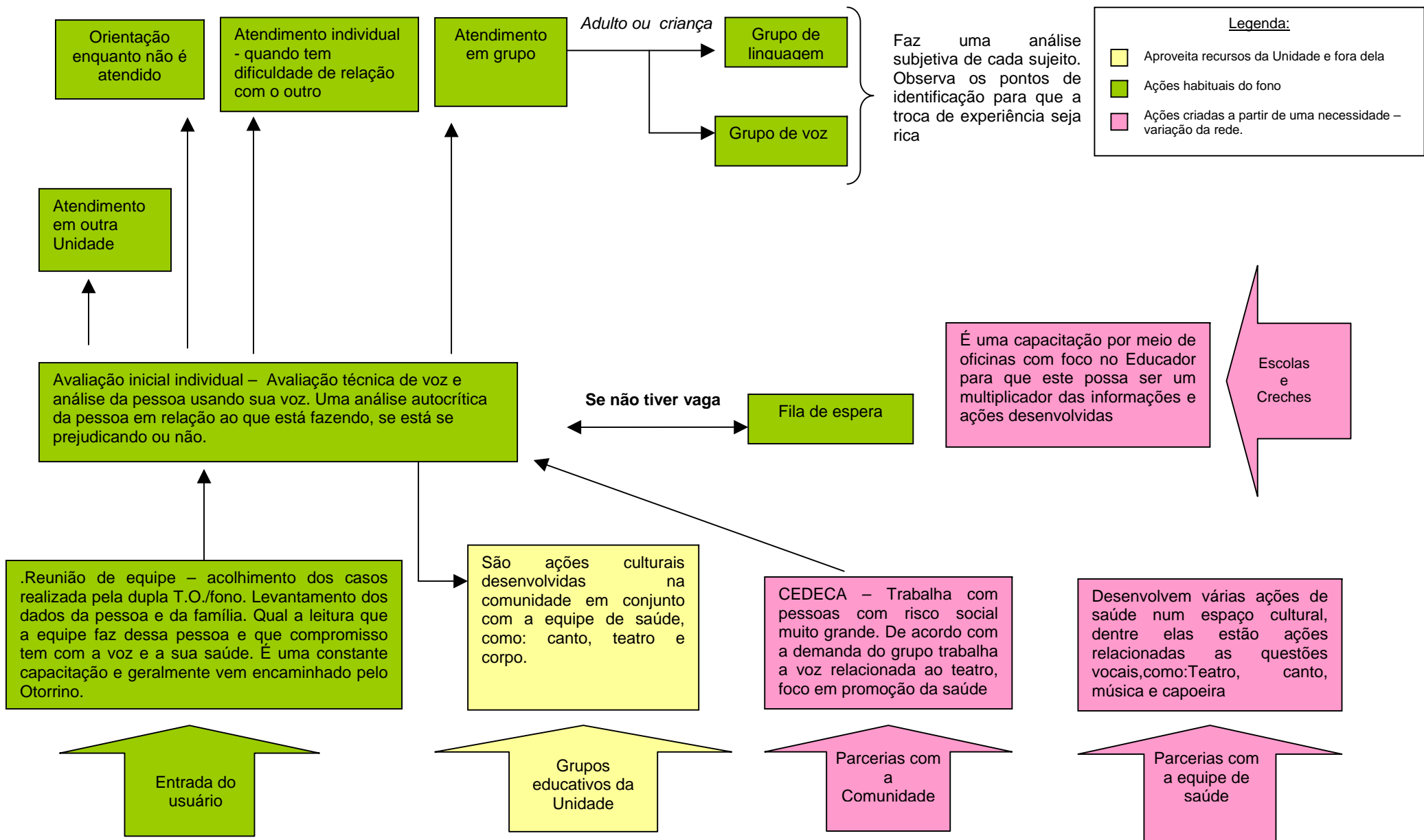


Figura 5 – Fluxograma descritor do percurso do usuário no serviço fonoaudiológico, segundo F5

Eixo central do trabalho é o diálogo, demonstra trabalho voltado à escuta e interpretação do que acontece com o usuário

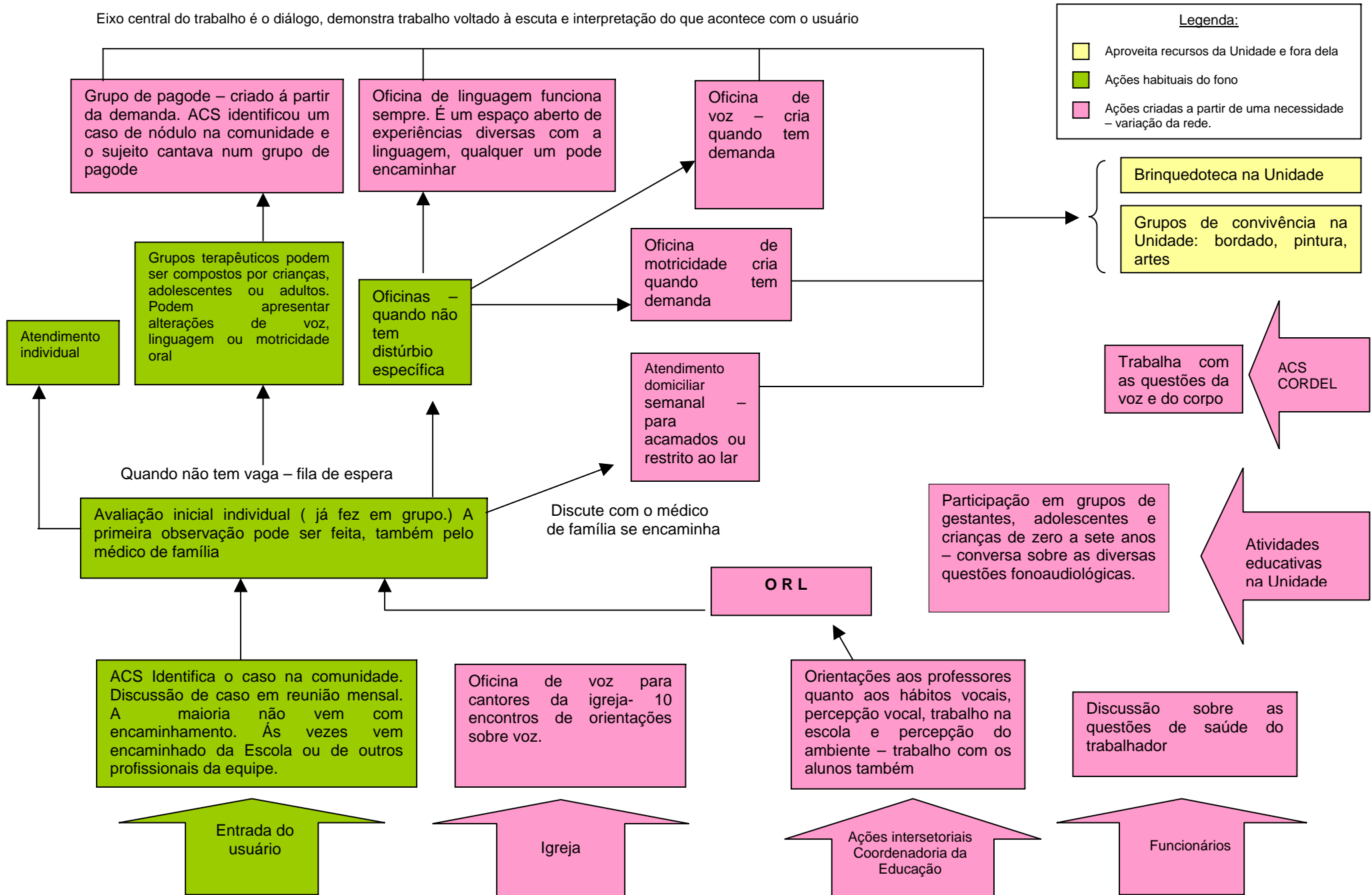
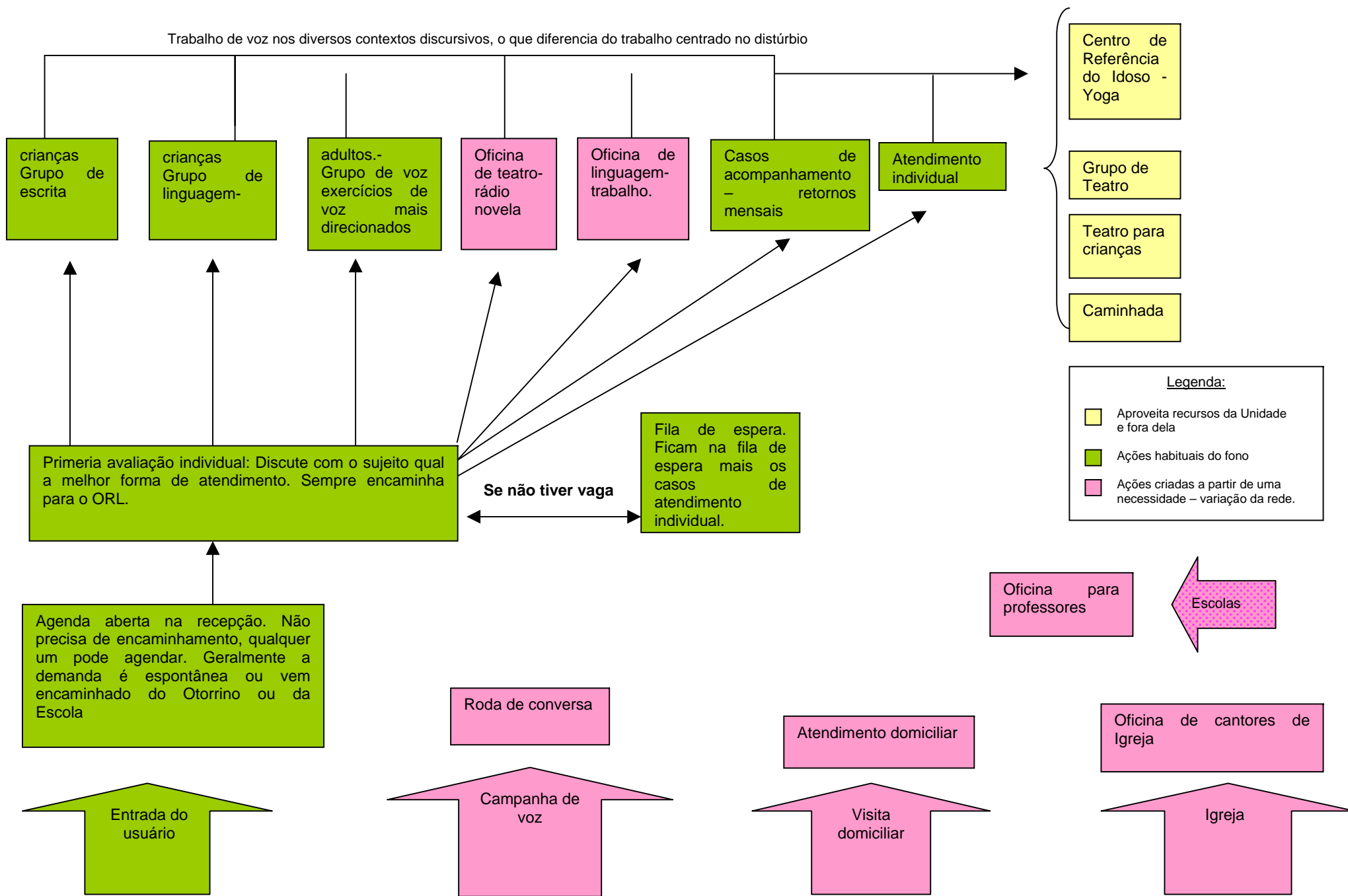


Figura 6 – Fluxograma descritor do percurso do usuário no serviço fonoaudiológico, segundo F6



ANEXO III

Transcrição das entrevistas

5 **F1**

Qual é a sua formação?

Eu me formei em 1999 pela PUC. Em 2005, fiz mestrado em Fonoaudiologia na linha de audição na criança, na PUC também.

10 *Pensando no fluxo do paciente no serviço que você presta na Unidade de Saúde, como é a circulação desse paciente? Desde a entrada no serviço, até as ações que você oferece, com foco nas ações de voz, sejam ligadas a patologias e as não ligadas a patologias.*

15 F1: Os casos com patologia entram de diversas formas: por uma agenda na recepção, fica uma agenda aberta, com vagas disponíveis; é só chegar na recepção e marcar, tendo ou não encaminhamento médico. A recepção agenda para uma primeira avaliação, ou através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou pelos profissionais da equipe, na reunião de equipe, também tendo ou não diagnóstico fechado. Vem o ACS e fala: “Tem uma
20 criança na minha área que eu estou achando meio esquisita, está muito rouquinha, a mãe acha que ela sempre fica assim”. Eu já marco direto para avaliação. Quando eu acho que tem algum problema eu já encaminho para o diagnóstico médico otorrino. E aí ele retorna com o diagnóstico e aí a gente estabelece se vai fazer um trabalho em grupo ou individual. Eu fiz já dos dois
25 jeitos e isso depende de cada caso. Se já tem diagnóstico do otorrino eu já atendo. Não tem fila de espera; todos vão para atendimento.

Os pacientes vêm encaminhados de onde?

30 F1: Eles vêm do médico, demanda espontânea, ou vêm pela ACS, do conselho tutelar.

Como é a avaliação?

35 F1: A avaliação é sempre individual. Quando é criança eu faço junto com a mãe, e aí eu levanto toda a história geral da pessoa e depois pergunto coisas mais específicas da voz, hábitos vocais... Geralmente, quando vem criança que abusa mesmo, grita, tem uma incoordenação pneumofonoarticulatória, tem um tempo de fonação curto, então eu peço para elas fazerem umas coisas para eu só observar. Geralmente, são crianças bem extrovertidas, que não têm dificuldade de se expor, então dá
40 para observar como ela fala, como ela usa essa voz. A partir daí vou decidir se coloco em grupo ou individual, de acordo com o que eu achar que ela cabe; geralmente é em grupo. Na avaliação eu já dou algumas orientações do que eu acho que o paciente pode ir seguindo. Geralmente, criança é mais difícil, e aí eu faço brincadeiras no grupo para ela aceitar as orientações.

45

Como são essas orientações?

F1: De saúde vocal geral, daquelas orientações para evitar gritar, na escola, no recreio; se é menino que grita no futebol, tentar mudar esse hábito; evitar gelado. Oriente a mãe, quando é criança, se tem caso de alergia, como está, se fez tratamento médico, como é o ambiente em casa, se tem cortina, tapete, coisas que possam piorar a situação; e na maioria das vezes eu já começo no dia da avaliação e depois no grupo. Eu, atualmente, tenho poucos pacientes de voz, tenho algumas crianças em grupo; eu coloco num grupo misturado, não é só de voz. É um grupo de linguagem. Eu achei bom o resultado de misturar o grupo; acabou funcionando tanto para os que tinham alteração vocal quanto para os que não tinham, como forma de prevenção. Os adultos eu sempre coloquei individual por conta da demanda, que era pouca para criar um grupo e sempre apareciam isoladamente. No grupo eu trabalho com a demanda de todas as crianças e acabo trabalhando as questões da voz também. Através de brincadeiras, montamos jogos para que as crianças tenham que fazer os exercícios na brincadeira e as outras também entram juntos. Quando são maiores, escrevemos coisas sobre a voz, como eu vejo a minha voz e como o outro vê, porque uma acha uma coisa e a que está escutando acha outra; é importante deles trocarem no grupo e aí acabo trabalhando também com a escrita, mas sobre a voz. E no individual eu trabalho bem específico de voz: orientações, exercícios de respiração...de acordo com o que o paciente precisa. Ele acaba perdendo da possibilidade do grupo, mas também tem efeito.

A demanda que não tem queixa, não tem alteração, eu fiz grupos também: de professores, com ACSs; são grupos de orientação, prevenção. No caso dos professores, foi a escola que procurou a gente na Unidade e eu fui visitar a escola com alguns ACSs, e então elaboramos o grupo a partir da demanda da escola. Nesse grupo apareceu gente com queixa e sem queixa de voz. Conversamos sobre tudo, desde a fisiologia, mostrando como funciona até exercícios de aquecimento; teve alguns encontros e discutimos vários temas de voz. Com os ACSs, eles vieram me pedir o grupo. Eles estavam começando a fazer um grupo de coral com as enfermeiras e queriam umas orientações. Eu fiz mais ou menos no mesmo esquema; depois disso, eles começaram a andar com a água para cima e para baixo. Eles aproveitaram bastante as dicas e orientações. A parte de canto eu entendo menos, e eles traziam essa parte da música que eu não dominava. Tinham umas pessoas que cantavam sem entender nada de canto e outras que entendiam mais; e foi uma troca importante para eles; foram as duas partes da promoção e do atendimento terapêutico.

85

Falta alguma outra atividade que você lembre ou alguma atividade na Unidade que você encaminha?

F1: Eu encaminhei já para o grupo de dor, que a “físio” realiza, e até alguns exercícios que ela dava, eu aproveitava para trabalhar também. Então depois esse paciente teve alta da “fono”, mas se manteve no grupo de coluna com a “físio”. Ele tinha um problema na cervical, então trabalhamos muito com alongamento.

90

95 *Pensando num paciente que chega. Você avalia e percebe que aquilo que você oferece, as atividades que você já desenvolve não dão conta da necessidade dele. O que você faz?*

F1: Eu vou pensar o que eu posso oferecer para ele, elaborar uma outra atividade, isso vai depender do nosso trabalho juntos.

100 *O que você entende por Promoção da Saúde?*

F1: Acho que é quando fazemos ações que vão, justamente, melhorar a qualidade de vida da pessoa. Não necessariamente essa pessoa precisa ter um problema para participar desse tipo de ação para se beneficiar, qualquer um é o foco e que pode trazer uma melhora na qualidade de vida.

105

Dentre as ações que você detalhou, onde você visualiza o trabalho com promoção da saúde?

F1: Acho que a parte de grupo de professores e ACS que foi uma coisa específica de promoção da saúde, aqui; não tinha queixa vocal a priori, mas foi uma assessoria, umas orientações, acho que acontece a promoção da saúde. E mesmo dentro de um grupo, que eu estou com as pessoas que têm uma patologia, acho que pelo fato de trabalhar sendo um grupo misturado, pelo fato de trabalhar com diversos temas, isso acaba favorecendo uns e outros, dentro do grupo terapêutico tem promoção. Isso não quer dizer que no atendimento individual a gente também não dê orientações e que isso sirva como promoção. Isso que trabalhamos nos grupos e nos atendimentos pode ser passado para outras pessoas do convívio social das que são atendidas, e isso também é promoção.

120 *Quando você fala em qualidade de vida, como você acha que isso acontece?*

F1: Mudança de hábito, umas coisas às vezes até simples, que está todo mundo cansado de saber e acaba passando despercebido, então, mudança de hábito; às vezes a pessoa está em casa sem fazer nada e a gente propõe para ir na caminhada da Unidade e já mudou o hábito. O que isso vai melhorar na vida dela? A pressão vai baixar, vai fazer exercício físico, a capacidade respiratória melhora, tem uma mudança na qualidade de vida dela. Então, cada coisa que a gente acaba lidando, isso também acontece com a voz.

130

Como você vai lidando?

F1: Acho que na hora que a gente está lá orientando um exercício, por exemplo de respiração, ou fazendo um alongamento, e que isso começa a ser feito com frequência, a pessoa começa a mudar o próprio corpo, a disponibilidade para fazer outras coisas, por conta disso, muda. Na verdade, não é pontual assim, vou falar sobre isso e vamos fazer assim, não é. É um processo: a gente vai trabalhando as questões da voz que a trouxeram na "fono", vai ampliando o conhecimento dessa pessoa e vai mudando a condição dela. E isso ela vai passar para o cotidiano dela.

140

F2

Qual é a sua formação?

145 F2: Eu me formei em 2000, pela PUC-SP. Fiz estágio no Programa de
Saúde da Família, da Sudeste Fundação Zerbini. No meio de 2000, eu
comecei a trabalhar no consultório. Em 2002, eu fiz aperfeiçoamento em
Saúde Coletiva, na PUC-SP. Em 2003, eu comecei a trabalhar aqui, na
equipe de reabilitação. Fiz especialização em Educação em Saúde na
UNIFESP e atualmente eu faço mestrado em Educação em Saúde na
150 UNIFESP.

*Pensando no fluxo do paciente no serviço que você presta na Unidade de
Saúde, como é a circulação desse paciente? Desde a entrada no serviço,
155 até as ações que você oferece, com foco nas ações de voz, sejam ligadas a
patologias e as não ligadas a patologias.*

F2: Tem alguns pacientes que chegam pelas ACS. Elas estão capacitadas
para realizar visitas e identificar esses pacientes; aí eles são agendados
para uma primeira avaliação, que pode ser em grupo ou individual, mas
160 geralmente é feita em grupo. Eu vejo se tem acompanhamento médico ou
não. A maioria das vezes não tem; então eu encaminho para o otorrino e
para depois dar início aos atendimentos. Nesse primeiro contato, eu já dou
algumas orientações para todo o grupo e fico aguardando o exame para
identificar o que a pessoa tem, para passar os exercícios mais específicos.

165

Então a demanda vem encaminhada pelo ACS?

F2: Eventualmente, a gente faz algum grupo maior que a gente pede para
convocar; por exemplo, o grupo de professores da rede pública; então, ou
eles vêm aqui ou a gente vai na escola para orientar, conversando com eles
170 também. O paciente vem encaminhado sempre pelo ACS, que passa o caso
na reunião de equipe; a demanda espontânea não tem. O paciente chega
normalmente com encaminhamento do médico da equipe ou sem
encaminhamento. Dificilmente já vem do otorrino.

175 *Como é a avaliação?*

F2: Eu começo desde os dados básicos da pessoa (idade, nome entre
outros), os hábitos vocais, a profissão, para quem usa a voz. Normalmente,
eles usam muitos remédios caseiros como gargarejo, entre outros, essas
coisas. Aí eu tento explicar porque não pode usar, o que prejudica; tento
180 explicar um pouco da fisiologia também como funciona, porque não adianta
dar um monte de orientações e querer que eles mudem o hábito; tem que
conscientizar, explicar porque não pode.

O que seria conscientizar?

185 F2: Torná-los responsáveis pela própria saúde, não assim: eu dou as
orientações e você segue e pronto. Eu penso que eles têm que sentir como
responsáveis; eu só vou fazer uma coisa a partir do momento que eu sei que

190 faz bem, alguma coisa que faça sentido para mim. É importante levantar bastante o histórico de vida dessa pessoa, identificar as coisas que ela gosta e não gosta, e partir daí dar as orientações; e orientação de voz eu acho que tem que tomar muito cuidado porque são muitas orientações. Eu não posso chegar com um monte de orientações ou então passar uma folha com vários itens; tem que ir aos poucos conforme a pessoa vai. Por exemplo, se a pessoa adora café quente e depois toma água gelada, eu vou chegar para ela e falar: “nunca mais tome café quente com água gelada”. E eu não posso fazer isso, eu perco o paciente. Então eu vou aproveitar uma oportunidade, alguma coisa que ela me fale para eu poder encaixar a orientação; eu espero o momento para isso.

200 *E depois da avaliação?*

F2: Eu faço os encaminhamentos para o otorrino. Eventualmente, eu peço para a pessoa continuar vindo para receber só orientações. Eles ficam muito ansiosos para começar os exercícios e a avaliação do otorrino demora muito; então eu peço para começar já a vir e aí faço só orientações. Depois da avaliação, os pacientes são encaminhados para algum atendimento. Não tenho fila de espera.

205 Quanto aos atendimentos de voz, eu não faço atendimento individual de voz. Tenho grupo só com problema de voz, grupo de voz com motricidade oral, porque tem alguns exercícios comuns que dá para fazer junto. Quando é criança, ela pode ser atendida num grupo de voz, ou num grupo de motricidade oral e, eventualmente, ela vai para um grupo com crianças com alteração de linguagem.

210 Eu encaminho também para algumas atividades na Unidade como: grupo de “físio” para correção postural, que faz alguns alongamentos e relaxamentos importantes; às vezes eu encaminho para fazer algum esporte ou grupo de caminhada da Unidade; encaminho para atendimento psicológico. Os grupos de “físio” ajudam porque às vezes a pessoa tem uma cervical que está muito rígida ou um desvio de coluna ou uma tensão maior, e necessitam de um alongamento mais específico. A caminhada eu acho legal para a pessoa que não conversa muito, não sai quase de casa, não só pelo exercício, mas pela interação com outras pessoas. E o psicólogo depende do caso, do histórico de vida, que você percebe que tem uma ligação.

225 *O que você faz em cada um desses grupos?*

F2: Quando é adulto, é mais tranquilo, eu acho que eles conseguem captar mais as coisas que você fala, faz mais sentido as coisas que você aborda, consegue resgatar o histórico de vida, do que gosta de fazer, e incorporar as orientações e os exercícios dentro do seu dia-a-dia. Quando tem voz e motricidade, além de trabalhar as questões de voz, tem que trabalhar um pouco a dinâmica do grupo, para todos participarem; aí acaba tendo dois trabalhos: a dinâmica do grupo, se estão interagindo entre eles, se um participa do exercício do outro, se identificam um com o outro, e o trabalho de voz em si. Os exercícios às vezes são diferentes para um e para outro; então um tem que esperar enquanto o outro faz; então tem que fazer isso

235 funcionar bem, para o que está esperando não ficar nem impaciente nem
ansioso. E criança, eu acho difícil atender, porque tem todo um trabalho de
conscientização, que é mais importante do que propriamente os exercícios:
como funciona o corpo, da onde sai a voz como é, e tudo numa linguagem
240 acessível para a criança. Quando é junto com crianças com alteração de
linguagem, eu trabalho mais com a conscientização, contar história, cantar
música; só que é preciso prestar atenção na dinâmica do grupo também,
como no grupo com motricidade oral.

Quando você falou de grupo de professores, como seria?

245 F2: Eu gosto muito de trabalhar com escola. Então, às vezes eu participo
das reuniões que os professores da rede fazem para capacitação, e aí eu
faço o trabalho de explicar a fisiologia também, conscientização, algumas
dicas específicas para sala de aula como, por exemplo, não falar de frente
para a lousa enquanto está escrevendo, não gritar com o aluno que está no
250 fim da sala, chegar um pouco mais próximo para falar. E às vezes tem
professores com queixa já fonoaudiológica, e daí eu encaminho para o
otorrino e atendimento na Unidade. O trabalho nas escolas é contínuo, mas
os temas vão se revezando. Eu faço também oficinas para a comunidade.
Por exemplo, a Semana da Voz, que convocamos toda a comunidade para
255 vir na Unidade; cada Posto de saúde tinha um dia específico para vir em
determinada Unidade. Fizemos um trabalho de dinâmica, relaxamento e
orientação. Foi um trabalho mais de promoção de saúde. Eu faço também
capacitação para os ACSs junto com outros profissionais. A gente fala da
importância da voz, não só para eles irem nas casas identificar as
260 alterações, mas para eles mesmos cuidarem da própria voz, porque eles
estão o tempo todo na rua e falando; muitas vezes a gente está fazendo um
trabalho para futuramente eles não apresentarem problemas vocais. Já fiz
um grupo com os administrativos aqui na Unidade também, porque também
falam o tempo todo, alguns também cantam em igreja sem preparo nenhum.
265 Com eles eu queria manter um grupo que não fosse alguma coisa só
pontual, como uma oficina; queria manter por mais tempo, só que eles têm
problema de horário. Tem o coral de afásicos também, que começou a se
formar a partir de um grupo que eu, um “físio” e uma T.O. formamos para dar
uma assistência à demanda de Acidente Vascular Encefálico (AVE), porque
270 era muito grande e dentro desse grupo eu comecei a perceber que as
pessoas não faziam exercício, não estavam animados, tinha muita gente
com depressão e fora os problemas de voz. Eu então pensei na música, e
tem dado certo porque eles não faltam, porque eles sabem que vão cantar e
é muito legal; a gente participou até do concurso de talentos da maturidade,
275 que nós não ganhamos, mas deu um super estímulo para eles. Trabalha
exercícios respiratórios, articulação que eles têm dificuldade, às vezes até
na hora de projetar a voz eles falam muito baixinho por conta do AVE e tem
alguns que têm afasia, e que, quando é dado a primeira sílaba da palavra,
eles conseguem seguir; então tem músicas que eu dou o início e eles fazem
280 o resto. Esse grupo é muito legal porque eles se sentem motivados,
valorizados. Eles trazem as músicas que eles gostam.

Quando chega um usuário com uma demanda de voz, cuja necessidade não cabe em nenhuma dessas ações que você já realiza, o que você faz?

285 F2: Tento inventar uma outra coisa, uma outra ação. Tem que criar o tempo todo, não dá para ficar fixo nisso. O coral de afásicos surgiu dessa necessidade, o grupo de professores, o grupo de ACS, de administrativos.

O que você entende por promoção da saúde?

290 F2: Difícil. Tem várias linhas, mas sempre que eu penso em promoção da saúde lembro de duas palavras na minha cabeça: uma é co-responsabilidade; então, não sou eu profissional responsável pela saúde do outro; eu acho que a gente tem que tornar o paciente responsável pela sua própria saúde; e outra coisa é a intersetorialidade, que a gente não pode
295 trabalhar sozinho; então eu tenho que buscar o psicólogo, fisioterapeuta, eu tenho que ir resgatar um grupo da comunidade para o Posto, eu tenho que ir até a igreja da pessoa, falar com o pastor que a pessoa não está podendo cantar nesse momento. Eu acho que é isso, buscar ajuda em outros lugares, porque não dá para fazer sozinho.

300

Das ações que você detalhou, onde você visualiza que o trabalho de promoção da saúde acontece e por quê?

F2: No grupo de professores, na oficina de voz para comunidade, na capacitação para ACS, no trabalho com os profissionais do administrativo, no coral de afásicos também, porque eu estou trabalhando voz, conversando
305 sobre voz com pessoas que ainda não têm uma demanda e você pode fazer coisas para ele não vir a ter, um dia. Não sei se a gente previne alguma coisa com essas ações, mas eu estou conversando, fazendo a pessoa pensar sobre isso, aí eu torno ela uma pessoa um pouco mais responsável
310 pela sua saúde, mesmo que não tenha uma alteração, mas é para se perceber, captar, conhecer, então eu estou promovendo.

F3

Qual é a sua formação?

315 F3: Eu me formei na PUC, em 1999. Fiz aprimoramento em Fonoaudiologia e Saúde Coletiva em 2001 e 2002.

Pensando no fluxo do paciente no serviço que você presta na Unidade de Saúde, como é a circulação desse paciente? Desde a entrada no serviço, até as ações que você oferece, com foco nas ações de voz.

320

F3: O paciente chega via discussão de equipe, discussão de caso em reunião de equipe; eu acabo não fazendo todas as reuniões em todas as Unidades; então, às vezes, a minha dupla, que é uma "físio", faz a reunião e encaminha o caso para mim. A meu ver, isso já é um probleminha, porque,
325 de repente, numa reunião de equipe, eu já faço algumas orientações, os ACSs vão dando exemplo de casos e vão contando. Nesse momento, eu já começo a falar, conversar. Por exemplo: um dia tinha um paciente que estava muito rouco, e num outro dia já não estava mais, e aí eles perguntam

330 e querem entender porque isso acontece, se teria alguma solução, e aí já
começo a orientar, a possibilidade de ter uma orientação já na reunião de
equipe. Existem discussões sobre o caso que está em tratamento; eu
explico, por exemplo, o que a pessoa tem, o que é, por exemplo, um edema
de Reinke, porque acontece, como será tratado. É muito legal porque não foi
335 só uma questão orgânica, como a voz é produzida, e sim como aquela
pessoa se relacionava com aquela situação, o relacionamento com a família
dela, como ela se via e como eu conseguia trabalhar esses aspectos com
ela. A partir de uma discussão, outros casos começam a aparecer e, às
vezes, aparecem coisas assim: tem uma moça que está meio triste, meio
340 deprimida; ela ficou com uma gripe e ficou rouca, mas assim ela continua
rouca, perdeu o emprego. Acaba acontecendo também de aparecer alguém
enquanto estou atendendo, algum irmão, primo, com uma voz estranha,
rouca e eu pergunto o que a pessoa faz, porque a voz está daquele jeito.
Tinha uma moça que trabalhava numa fábrica de costura e ela ficava muito
rouca. E ela dizia: “Mas a gente quase não fala lá, fica o tempo todo
345 trabalhando”. E ela não conseguia entender que a posição que ela ficava, a
poeira que tinha no ambiente afetavam também a sua voz. Eles vão
chegando de várias formas, reuniões de equipe, às vezes num
acompanhamento, num grupo de gestantes, de puericultura, num grupo de
mulheres. O fluxo vem pela reunião de equipe, discute-se o caso e é
350 encaminhado para o profissional, que vai agendar o horário para avaliação
inicial individual. E em alguns momentos eles vêm pelos grupos educativos,
eu identifico e aí a gente agenda ou peço para ele conversar com seu ACS
para me passar o caso. Alguns pacientes vêm encaminhados do otorrino;
outros, por demanda espontânea. Aí eu faço uma avaliação, em que eu ouço
355 a queixa do paciente, de onde veio encaminhado, se tem algum exame
realizado, o que o exame diz. A maioria deles chega encaminhado pelo
otorrino e aí tem que acolher esse paciente porque muitos chegam
desesperados, achando que estão com câncer, não entendem o que
significa o diagnóstico médico.

360

Como é esse acolhimento?

365 F3: É uma escuta para o que ele está dizendo, porque tem pessoas que são
bem claras, chegam chorando, tem outros que demonstram certa ansiedade,
com respiração ofegante, se mexe muito na cadeira, olha para lá e para cá e
fala e gesticula e é expressivo e o olho fica cheio d'água. E eu tomo como
rotina minha explicar tintim por tintim, como a voz funciona, eu desenho,
explico onde fica a laringe, faço muita metáfora, uso uma linguagem bem
370 simples; eu explico: imagina que você vai fazer um bolo; aqui você tem os
ingredientes, você tem que respirar (mostrando a região dos pulmões até a
laringe), aqui o bolo vai ser batido, misturado, bate todos os ingredientes
(mostrando a laringe), e aqui eu vou ter uma forma, que pode ser de buraco
ou não (mostrando a região da boca e nariz), se eu não tiver esses três
375 componentes eu não faço o bolo, ou faço e ele não sai exatamente como eu

desejava; é preciso ter equilíbrio entre respiração, fonação e articulação. Eu explico que muitas vezes a pessoa faz mais força aqui e menos ali; é uma explicação do que é esse processo, que possivelmente aconteceu com ele. Então a pessoa fala: “Ah! Eu tenho rinite, eu dou aula, eu falo sem parar com as crianças, fico rouca facilmente”. Possivelmente, essa pessoa está com problema por causa disso. Eu fico muito atenta em como esse paciente está vendo esse problema nele, como lidar com a sua condição de vida e do ambiente, que condições vamos criar para que não tenha um esforço tão grande. Eu fico muito mais construindo isso com o paciente do que às vezes a própria técnica vocal. Depois da avaliação vai para o atendimento, quando tem vaga, senão fica em fila de espera. Normalmente, eu atendo em grupo terapêutico, procuro colocar pessoas da mesma faixa etária, coloco cinco a seis pessoas. Eu coloco em atendimento individual quando sinto que a pessoa necessita ou não aceita uma intervenção junto com outras pessoas. Eu trabalho com várias questões como: conhecimento da produção da voz, alguns aspectos emocionais, corporais de movimentação e de alongamento. Eu atendi um grupo que todos os componentes cantavam na igreja, ficavam roucas ao cantar. Eu trabalhei com exercícios, hábitos vocais, reeducação e no final eles queriam cantar, pediram que eu ajudasse a cantar. Os adultos são atendidos em grupo de voz ou individual, as crianças são atendidas em grupos de linguagem.

Tem também as orientações que acabam acontecendo em grupos educativos, se eu estou num grupo de gestante ou de mulheres, de adolescentes, a gente conversa sobre isso, mas aí eu não converso tanto com aquele discurso já meio padrão, de reeducação, mas é assim, eu gosto, por exemplo, no grupo de adolescente, apontar que eles estão numa fase de mudança vocal e como isso interfere nos relacionamentos, como eles são vistos, como acontece, um menino que fala grosso e de repente sai uma voz mais fina, o que representa no dia-a-dia deles; a gente faz uma discussão um pouco mais além do que as funções.

Eu faço também oficinas de linguagem; eu encaminho para oficina qualquer pessoa que eu considere importante, desde aquele que não tem nada, como aquele que tem problemas vocais, de linguagem, de audição. A oficina de linguagem foi criada como um espaço em que eu posso dar conta de algumas questões da escrita; só que eu entendo que é algo além de dar conta da escrita, mas criar uma possibilidade de fazer com que aquelas pessoas possam transitar em diferentes formas de gêneros discursivos, então gênero oral, escrito, ou seja, a possibilidade de lidar pela linguagem com novas formas discursivas. Então não importa se a pessoa tem problema de voz, de fala ou de escrita, o que eu preciso é inseri-lo nessa possibilidade de viver esse mundo letrado, que não representa somente saber o código para ler e escrever, e sim a possibilidade dele falar e usar a linguagem de diversas maneiras, se expressar de várias maneiras. Eu faço atividades de teatro, brincadeiras, aí a voz entra não direta como algo pontual, agora vou trabalhar só com voz, mas ela entra numa intervenção contextualizada de uso da linguagem.

Esses grupos que você participa, já existiam na Unidade?

F3: Já, e eu não participo toda vez, só quando eu consigo.

425

O que te fez participar desses grupos? Como foi?

F3: São grupos realizados pelas equipes que eu participo para conversar sobre vários aspectos como: aleitamento materno, desenvolvimento infantil, desenvolvimento de linguagem, maneiras de falar, de se expressar, relações com o outro, jeito de ser das pessoas, usos da voz, entre outras questões. É uma demanda da Unidade que convida para participar. Eu sempre observo o que o grupo quer de mim do que eu propor uma coisa preparada antes. Eu estou sempre relacionando o que as pessoas falam com a Fonoaudiologia, seja audição, voz ou linguagem, de acordo com o que o grupo demanda.

430

Nós participamos também da CIPA (comissão interna de prevenção de acidentes), toda a minha equipe participa (“fono”, “físio” e T.O.). Fizemos orientações sobre saúde do trabalhador e começamos a ir até algumas Unidades preparar algumas capacitações para todos os funcionários. A intenção desse trabalho foi de prevenção das diversas questões que pudessem ocorrer com o trabalhador. Nós criamos esses grupos porque começamos a ter uma demanda muito grande de funcionários para atendimento na reabilitação. Foi um trabalho preventivo ligado aos riscos.

435

440

Tiveram as capacitações que fizemos para os funcionários de todos os parceiros com a prefeitura, para médicos, enfermeiros, auxiliares e ACSs. Nesses encontros falávamos sobre o trabalho da reabilitação, como funcionava, o que atendíamos. A finalidade era refletir sobre as possíveis ações que poderiam ser desenvolvidas, mesmo sem a equipe de reabilitação; por exemplo, orientações básicas que a própria equipe da família pudesse dar. Conversamos sobre as diversas questões

445

fonoaudiológicas. Na verdade, a intenção era explicar, ampliar o olhar para as pessoas com demanda para reabilitação, mostrando que a equipe na Unidade Básica pode dar orientações e tratar esses sujeitos com um olhar mais ampliado. A demanda dessas reuniões surgiu em reuniões entre prefeitura e parcerias. Tinha um objetivo de divulgar as possibilidades de trabalho da equipe de reabilitação. Outra ação que já fizemos foi o cordel, que é como se fosse um coral, que os ACSs cantam e fazem música com uso de rimas para falar sobre as questões de saúde, por exemplo DST; é um grupo que canta e faz música para apresentar para a comunidade. Eu fiz algumas intervenções nesse grupo sobre orientação, posicionamento,

450

exercícios de aquecimento vocal, de alongamento, hidratação, coisas básicas para que pudessem ter um desempenho melhor, sem muito esforço. Foi muito legal porque tinha uma médica que também participava e foi um trabalho em conjunto para pensar como aquele grupo podia ficar bem visualmente, auditivamente e trabalhávamos também com as expressões, com o ritmo da música, com a letra da música, usava leitura com expressões de choro, alegria, tristeza, com as diversas sensações. Eu percebi a mudança no ânimo deles; eles tinham uma expectativa e um desejo muito grande para qualquer tipo de informação sobre a voz. A solicitação para

460

com o ritmo da música, com a letra da música, usava leitura com expressões de choro, alegria, tristeza, com as diversas sensações. Eu percebi a mudança no ânimo deles; eles tinham uma expectativa e um desejo muito grande para qualquer tipo de informação sobre a voz. A solicitação para

465

participar desse grupo foi dos próprios ACSs. Em alguns grupos eu sinto que
470 cria-se um vínculo não só comigo, mas com a Unidade, com o trabalho.

Quando chega uma pessoa ou um grupo com uma demanda relacionada à voz, e o que você oferece não contempla a necessidade daquela demanda, você faz o quê?

475 F3: Já tiveram casos de eu achar que a pessoa tinha um problema mais ligado a questões psíquicas e que eu não conseguiria absorver essa demanda; então é um trabalho de sensibilização para a pessoa entender a origem do problema dela e depois encaminhá-la para outros serviços; no caso, o psiquiatra. Algumas vezes eu encaminho para outros profissionais da Unidade, que possam ajudar. Mesmo que ele não tenha um problema propriamente fonoaudiológico, eu acho importante atender, escutar, acolher esse paciente; durante esse período eu vou pontuando algumas coisas, alguns caminhos. Se chegar um paciente para “fono”, e que o atendimento individual ou em grupo não cabe, eu vou pensar em alternativas do que
480 oferecer, talvez uma oficina. Vou criar uma alternativa de atendimento.
485

O que você entende por promoção da saúde?

F3: Eu acho que é você conseguir passar para o usuário as noções necessárias que ele tem que ter sobre a sua saúde, mas principalmente
490 noções em que ele possa aprender a cuidar da sua própria saúde, que ele se aproprie e tenha responsabilidade, e que entenda que é ele que tem que cuidar da sua própria saúde. São esclarecimentos de vários temas para favorecer o sujeito entender que não é o serviço que tem que me cuidar, mas que sou eu que tenho que cuidar de mim. Não é simplesmente ensinar técnicas, eu acho que é cuidar de como ensinar isso, por exemplo quando
495 eu uso uma linguagem mais simples de acordo com aquele paciente; é importante afetar o paciente, fazendo ele entender o que se passa com ele, como ele gera o problema e como vai fazer para se cuidar. Quando me chamam para participar de um grupo na Unidade, eu não vou com uma aula preparada, é uma conversa de um outro jeito. Outro dia eu participei de um
500 grupo de gestantes, em que as enfermeiras falaram sobre o parto e questionaram o que eu, como “fono”, falaria nesse grupo; e foi muito importante porque começamos a falar de medos, angústias, vínculo, maternagem; foi uma conversa muito legal. A médica começou dando uma
505 aula, escreveu na lousa, começou a explicar e depois eu fui intervindo, mudando um pouco a maneira de falar, pensando como eu vou fazer para que o paciente me entenda ou queira cuidar da sua própria saúde.

Das ações que você descreveu, que você realiza, onde você visualiza que existe promoção da saúde?

510 F3: Eu acho que são nos grupos educativos, que têm espaço para discussão e abre espaço para reflexão do próprio usuário; eu acho que é o melhor lugar que a gente conseguiria efetivamente. No grupo educativo tem muito mais possibilidade porque os outros têm outras intervenções junto. Isso, é
515 lógico, depende da forma como o profissional realiza o grupo. É claro que

em todas as intervenções isso acontece; por exemplo, numa avaliação também tem promoção, porque eu avalio, mas não é uma avaliação daquela que eu estou anotando o que a pessoa tem somente, existe uma conversa sobre como funciona o que a pessoa tem, eu pergunto se a pessoa já parou para pensar como funciona, do que tem que se apropriar e como.

F4

Fale sobre a sua formação.

F4: Eu me formei na PUC, em 99. Fiz aprimoramento em Fonoaudiologia e Saúde Coletiva em 2000 e 2001.

Como funciona o serviço de Fonoaudiologia que você presta nas Unidades? pensando no fluxo do usuário, como ele entra, o que você faz e propõe a ele? Só que eu queria que você me contasse isso pensando nas ações com foco em voz.

F4: Todos os pacientes chegam até a equipe de reabilitação, através da reunião que é feita com a equipe de saúde da família; essa reunião é realizada por mim ou pela minha dupla de trabalho, que é uma terapeuta ocupacional(T.O.). Depois desse acolhimento do caso na equipe, eu vou marcar, isso no caso de ter alguma necessidade levantada, ou pelo médico ou pela equipe, ou demanda do próprio paciente; a partir disso é marcada a avaliação e definida a conduta.

Como é esse acolhimento feito na reunião?

F4: É o momento de chegada. Eu ou a T.O. pegamos os dados da pessoa, nome, idade; procuramos fazer discussões junto com a equipe sobre como chegou, porque chegou, dados familiares, como é a vida dinâmica dessa pessoa, que leitura que a equipe tem dessa pessoa, que compromisso essa pessoa tem com a sua voz, com a sua saúde; a gente já começa a problematizar isso um pouco na equipe. Às vezes tem muitos casos para passar; e quando não é possível discutir inicialmente, você pega algumas informações, vai para a avaliação, mas isso volta para a equipe, que é uma forma de capacitação dessa equipe a respeito da pessoa, e aí ampliando, porque isso se dá tanto com a equipe quanto com o paciente e com a dinâmica que ele está envolvido socialmente, comunidade, família. Tanto o aspecto mais voltado para o distúrbio quanto outras questões que envolvem educação vocal, de saúde vocal, acho que amplia um pouco a intervenção do fonoaudiólogo com essa pessoa.

Muitas vezes, os pacientes vêm encaminhados pelo otorrino; a própria equipe de saúde acho que já tem uma visão maior de alterações vocais. Eu percebo também que, pela própria divulgação na mídia, atualmente, as pessoas, profissionais da voz, de um modo geral, vêm procurar o fonoaudiólogo. Eu acho um trabalho muito rico, porque cada vez mais chegam pessoas em busca de um trabalho de promoção da saúde vocal. É uma demanda que tem crescido. Tem pessoas que procuram o trabalho dizendo que cantam, têm uma banda e percebem que ficam com alteração, leem a respeito, têm procurado se preparar, mas gostariam de uma

orientação mais dirigida de um especialista para poder cuidar e evitar algum problema, melhorar a habilidade vocal estética. Tem coisas que eles perguntam que são bem técnicas também, porque é mais divulgada a Fonoaudiologia nessa área, a parceria com o otorrino e com o professor de canto.

565 É preciso fazer uma análise mais específica da questão vocal e da dinâmica da voz, da prioridade do paciente e do aspecto mais social; então acho que a análise disso, em conjunto, que me faz pensar se precisa de um atendimento individual ou em grupo, e até ir além disso, como oficinas com orientação sobre saúde vocal. O que a gente vai fazer, na verdade, depende do projeto terapêutico que a gente vai construir junto com o paciente, que é feito durante a avaliação.

575

Como é essa avaliação?

F4:Eu sempre procuro escutar a pessoa, tem uma parte de avaliação técnica de voz: articulação, ressonância, respiração; mas junto com isso eu procuro analisar a dinâmica que há da relação da pessoa usando essa voz, psicológicos, sociais, e então eu procuro, olhar para as questões quantitativas, mas principalmente qualitativas. Então eu começo a construir com a pessoa, desde o começo, a percepção que ela tem da sua voz, da sua dinâmica na interação com os outros, e analisando, junto os problemas, os pontos positivos e negativos. É o tempo inteiro uma análise autocrítica da pessoa em relação ao que ela está fazendo, se está prejudicando ou não, para que haja uma mudança de postura, uma questão subjetiva que tem que ser trabalhada que eu acho que a gente não pode deixar passar, que eu acho que é por aí; criar esse espaço de análise mesmo; que a pessoa possa parar para se olhar, para refletir o que ela tem, que vai além da questão vocal; é a relação que ela estabelece com as pessoas, às vezes, ansiedade que ela pode trazer, tensão em certos contextos que ela não consegue lidar. Eu acho que, quando se trabalha nessa linha, é difícil delimitar que você está tratando a questão do distúrbio só; eu acho, está trabalhando para que aquele sintoma possa ser reconstruído, possa ganhar outro sentido, a pessoa poder amadurecer, ter uma melhora e também você está trabalhando promoção, prevenção; está trabalhando uma reeducação dela; é uma outra clínica, eu acho; uma clínica que a Fonoaudiologia está construindo; a gente sabe que isso, na história da Fonoaudiologia, é um processo mais recente, de poder enxergar a pessoa, o sujeito acima de tudo.

600

Depois dessa avaliação, o que é feito?

F4:Se não tiver vaga, vai para fila de espera. A pessoa pode ser atendida em outra Unidade, que não a de origem dela. A questão da fila de espera é muito complicada. Às vezes eu proponho alguma orientação para a pessoa, pelo menos digerir a sua demanda. Nos casos vocais, eu não tenho uma fila de espera tão grande. Os atendimentos que eu realizo, que têm maior diferencial são as oficinas; eu tenho feito parcerias na comunidade; por exemplo, ano passado tive um trabalho com o CEDECA (Centro de Defesa da Criança e do Adolescente), que trabalha com pessoas com risco social

605

610 muito grande, e eles enfocam o resgate da cidadania, direito ao estudo,
bem-estar e perspectivas de futuro, para que possam perceber a alegria de
viver e construir uma nova vida. Nessa instituição existia uma demanda de
um grupo de adolescentes para trabalhar voz relacionada ao teatro. Então
eles me convidaram para fazer um trabalho com essa população com foco
615 em promoção, e aí eu escolhi alguns pacientes que podiam se beneficiar
nessa oficina, e eu encaminhava. Eu fiz esse grupo junto com uma
professora que trabalhava com teatro mesmo; tinha um olhar para o trabalho
corporal, interpretação. Esses adolescentes tinham um risco social muito
grande, estavam na rua sem perspectiva, alguns iniciando o uso de drogas,
620 outros com casos de violência na família muito grande. Na oficina nós
procuramos desde partilhar as questões de orientação saúde vocal,
trabalhar questões técnicas relacionadas a representação da personagem,
da interpretação, conversamos também sobre questões de saúde coletiva,
da mudança de olhar desses adolescentes em relação à sociedade, então,
625 por exemplo, no que concerne o foco da peça, que era conhecer a
comunidade que eles moravam, os problemas do lixo, os problemas de
violência; até a construção do texto foi feita para eles, trabalhando a
mudança de postura, porque tem regiões que eles jogam lixo no rio, deixam
lixo na rua; acho que é um exemplo rico esse para mostrar que clínica é
630 essa; a própria construção do cenário foi feita com lixo, trabalho com o lixo
para virar arte, para ser fundo da apresentação; foi uma peça que trabalhou
com interpretação e música. Então, foi um movimento da comunidade e
dessa instituição que está na região e luta pelas crianças e adolescentes. A
parte mais gostosa foi eles poderem contar com a gente, com o posto de
635 saúde, saber que têm um profissional que pode estar dentro desse
programa, alguém que vai junto ajudar a construir essa mudança, como
parceiro, não só de doença, mas de saúde também; foi fruto do nosso
contato com a comunidade, de saber que poderiam nos procurar para o que
precisassem. Essa oficina durou até o final desse projeto, foi muito gostoso
640 porque eram adolescentes que nunca tinham tido acesso a cultura, cinema,
teatro; na região não tem nada referente a isso; então, a possibilidade dessa
proximidade gerou o fato de que eles próprios podiam ser os personagens.
Eles tiveram contato com apresentações de escolas, viram outras peças,
foram vistos por alunos, fizeram vínculos de amizade e circularam por toda
645 a cidade, os teatros ligados aos Centros Educacionais Unificados, outros
espaços culturais. Acho que o mais importante é que eles se sentiram
valorizados, puderam ter uma outra percepção da realidade e disso teve
desdobramentos. Eu acho que a dinâmica do PSF, esse olhar para a
qualidade de vida, me permite um fazer que vai além do trabalho relacionado
650 ao distúrbio e parte para uma visão mais abrangente da clínica; então tem
Unidades que realizam atividades culturais na comunidade; então existem
grupos voltados para o canto, teatro, corpo, criados pela comunidade ou
criados pela comunidade junto com a equipe de saúde; tem ACS que tem
uma experiência com música, com canto, então eu utilizo esses grupos
655 como forma de outras vivências que contribuem no processo de cuidado da
voz. Além das oficinas que desenvolvo e as atividades na Unidade e na

comunidade, faltou falar dos grupos terapêuticos. Eu procuro fazer uma análise subjetiva da história de cada um, no sentido de ver pontos comuns que, na minha percepção como terapeuta, podem contribuir para o desenvolvimento do trabalho com eles, pensar na história de cada um, pensar pontos de identificação, pontos que possam ajudar para que a troca de experiência seja rica. O atendimento individual eu proponho quando tem questões bastante marcadas na história, dificuldade de relação com o outro, que às vezes eu acho que a pessoa não está pronta para um processo assim. O atendimento individual é uma ponte para mais para frente, um processo coletivo, sempre você vai trabalhar o coletivo, mas às vezes é um meio para aquela pessoa de amadurecimento, para depois ela se beneficiar numa proposta maior. Eu tenho grupos que eu trabalho só com a demanda vocal e grupos que eu trabalho questões diferentes, tanto os adultos como as crianças. Esses grupos, onde trabalho questões diversas, são grupos de linguagem, até porque eu acredito que a voz sempre passa pela linguagem, está junto, acho que não dá para separar, mas é muito rico porque você está sempre ampliando. Eu tenho grupos com crianças que são muito interessantes de ver essa questão vocal na história; então é um amadurecimento para todos, essa coisa de que as próprias crianças começam a se apropriar, de poder ajudar o outro a perceber que está se prejudicando, dizendo que não foi isso que a gente viu; vamos cuidar então. É uma coisa bonita de se ver que as crianças já desde pequenas já começam a ter uma percepção de si e do outro; eu acho que o grupo enriquece, nesse sentido, muito o trabalho da gente.

Tem mais alguma ação que você desenvolve?

F4:Nós estamos começando agora outra oficina, que estamos articulando com a equipe, porque na região não tem espaço de lazer, nem de nada. Conseguimos alugar uma casa, montar nessa casa um espaço de cozinha alternativa, biblioteca, brinquedoteca; enfim, é um espaço misto, são desenvolvidas várias ações de saúde; dentro dessas ações tem oficinas que vão estar mais ligadas a questão vocal, como: teatro, capoeira, canto, música, que eu vou desenvolver. Essa é uma Unidade com uma equipe nova começando, que nós estamos discutindo uma integração da reabilitação pensando a questão vocal dentro desse universo, mas tudo depende do momento de amadurecimento da comunidade, da equipe de saúde, de possibilidades; é um engendramento conforme as necessidades de saúde que estejam em jogo.

É capoeira que você falou?

F4:Nós fizemos um trabalho com a questão do corpo e do canto na capoeira. Fizemos um trabalho com as creches também de criar parcerias e levar conhecimentos pertinentes ao uso da chupeta, mastigação, cuidados com a voz, respiração, questões básicas de orientação das crianças. Era uma capacitação por meio de oficinas em que contamos histórias, trazidas já com músicas, com uma linguagem gostosa, brincadeiras, e os educadores

705 participando disso iam aprendendo e depois tirando dúvidas; uma coisa que conseguimos foi criar um vínculo muito grande e eles pediram para continuar. É um espaço de educação muito grande, mais de cem crianças; então você tem um foco abrangente e aí você também identifica crianças que precisam de uma intervenção mais específica para a clínica também. O educador pode orientar melhor a família porque acaba tendo mais contato;

710 os desdobramentos vão sendo feitos pensando na ampliação daquela ação para o coletivo. No final desse trabalho, os educadores mostraram as crianças todas cantando o CD que utilizamos nas oficinas para capacitação sobre voz; foi uma mostra de que eles entenderam o espírito do trabalho.

715 *Tem mais alguma ação que você lembra?*

F4:Não... acho que é isso.

Quando chega um usuário com uma demanda, uma necessidade de voz, que não se encaixa em nada disso que você já oferece, o que você faz?

720 F4:Nesse caso, eu vou dividir com ele o que eu estou pensando a respeito, porque não se encaixa; isso é dividido com o paciente e aí, juntos, a gente procura construir alguma coisa que possa fazer sentido para ele, seja um encaminhamento para outro serviço ou criação de uma outra ação. Tem algumas pessoas também que querem fazer um trabalho com a gente, mas

725 podem ter uma atenção maior em outro serviço, de maior complexidade; isso acontece também. Eu acho que o exemplo mais próximo que posso citar são os acamados ou restritos ao lar com mal de Parkinson, que é uma parcela que eu tenho tido dificuldade de dar conta. Eu tento orientar a família, faço visitas, mas não consigo ir com a sistematicidade necessária por conta do

730 tempo, organização e a estrutura do nosso trabalho.

O que você entende por promoção da saúde?

F4:Eu entendo a pessoa estar inserida na sua comunidade, com qualidade de vida, com disponibilidade de investimento nos seus desejos, nos seus

735 objetivos, e em condição de produzir para isso; e acredito que a equipe de saúde tem um papel muito grande de fomentar isso, essa produção de sujeitos saudáveis. É papel nosso, como profissionais de saúde coletiva, fomentar para que essas pessoas possam ser sujeitos mais ativos, mais saudáveis, mais desejosos de viver, porque sempre vai ter desafios,

740 obstáculos, mas é como você pode ajudar a criar sujeitos que não se submetam ficar paralisados, submissos aos problemas, mas que também possam, junto com a equipe de saúde, junto com a comunidade, criar, começar a ser mais críticos, participativos, a ser mais investidos de mudança.

745 *Agora, das ações que você detalhou, onde você visualiza o trabalho com promoção da saúde?*

F4:Eu acho que o trabalho com promoção da saúde precisa se dar em todas as ações; estar presente no olhar do profissional de estar o tempo todo nesse intuito, mas acho que vai além: precisa estar presente nas ações intersetoriais com a comunidade, que acho que é um canal muito rico. Falar disso não é se remeter só à saúde, mas à sociedade como um todo. O profissional tem que se rever o tempo inteiro; não é fácil trabalhar com essa clínica. Na Fonoaudiologia é uma área nova; precisa de abertura, senso crítico e humildade de saber que isso tem que ser construído coletivamente e não desmoronar frente aos desafios.

F5

Fale da sua formação.

F5 Eu me formei em 1999, na PUC. Fiz aprimoramento em Fonoaudiologia e Saúde Coletiva em 2000 e 2001. Fiz mestrado em Fonoaudiologia na linha de pesquisa: corpo, linguagem e psiquismo, em 2003.

Queria que você me contasse o serviço fonoaudiológico que você presta, não em cada unidade no todo, pensando na circulação do paciente. Pensando no global, não pensando em cada Unidade. Quero que você me conte tudo que você realiza com o paciente, desde a entrada dele até as ações que você oferece; só que você vai me dizer isso pensando nas ações ligadas à voz.

F5 Eu vou começar explicando as ações básicas que eu realizo, depois eu vou tentar encaixar as ações locais.

O paciente entra via discussão com a equipe de família, sempre. A gente faz uma discussão mensal com as equipes. Depois, eu marco uma avaliação, já entro na reunião com as datas para avaliação.

O método de avaliação eu já mudei bastante. Inicialmente, eu fazia individual depois eu comecei a fazer em grupo e agora eu voltei a fazer avaliação individual, porque eu não via aquela avaliação no grupo como um grupo de verdade, era só uma estratégia para colocar mais gente. Era a primeira vez que as pessoas se viam, não formava um grupo. E aí eu sentia dificuldade em fazer avaliação e acabava marcando mais vezes. Então estou fazendo individual agora; a partir daí eu penso na intervenção; se vai ser um atendimento individual ou em grupo ou se eu vou direcionar para alguma oficina.

O atendimento em grupo eu não separo por patologia; então o paciente que tem problema vocal não pode ir para um grupo onde só tenha problemas vocais. Apesar de eu já ter feito muitos grupos vocais, por exemplo: lá tem muita igreja e tem muitos cantadores da igreja; então chega muita gente com queixa dizendo que canta muito. Eu já fiz grupo com pessoal que canta na igreja.

Há uns dois anos atrás, lá também tem muito grupo de pagode, aí tinham uns meninos que cantavam no pagode; eram dois a três grupos, que vieram com queixa. Eles eram amigos e eu fiz um grupo com meninos que cantavam pagode, mas aí não era pela patologia e sim pela afinidade ideológica, um porque era um grupo de religiosos, o outro porque era um grupo de pagode, então foi legal.

Caso contrário eu vou montando os grupos pelo perfil dos usuários e não pela patologia.

795

Esse paciente chega de onde?

F5 Das áreas que são assistidas pelo posto; o agente comunitário traz o caso e a gente discute.

800 *Ele vem com encaminhamento de algum lugar?*

F5: Pode vir ou não. A maioria das vezes, não. A maioria das vezes vem com queixa própria dizendo que está rouca. Aí, na reunião de equipe, o que a gente faz? Já agenda uma reunião com o médico de família, porque, geralmente, o médico da família vai ter vaga para avaliação antes de mim. Geralmente, tem um prazo de diferença de um mês para fazer uma avaliação. Então ele passa na avaliação e eu discuto com o médico; depois eu atendo esse paciente; aí a gente vê se encaminha para fazer “naso”, essas coisas... ou até mesmo encaminhar para o otorrino.

810 *O médico faz a primeira observação?*

F5 Faz. Em todas as vezes faz, porque ou já passou pelo médico então o médico fala se realmente tem problema e já faz uma discussão ou eu faço a discussão antes de entrar em avaliação fonoaudiológica. Agora, o que eu não tenho e é muito difícil é o exame objetivo; demora mais para conseguir passar com o Otorrino.

815

Você tem fila de espera? Sempre tem vaga?

F5: Para avaliação, não; para atendimento, tem fila de espera.

820 *Quando não é demanda espontânea é o quê? Vem de onde?*

F5: O agente comunitário detecta uma pessoa que tem a voz muito rouca, porque às vezes a gente está em visita ou por se tratar de comunidade; por ele ser um membro da comunidade, ele participa da igreja, está em outros lugares com esse usuário e então o ACS fala quando o usuário tem a voz muito ruim ou ficou muito rouco. Às vezes o próprio médico ou enfermeiro, quando a pessoa passa em consulta de rotina e o medico identifica e passa para mim o caso.

825

É...ACS, médico, enfermeiro, demanda espontânea, escola. A escola encaminha bastante; não encaminhava. Nós fizemos um trabalho com as escolas e agora eles encaminham, quando eu falo bastante, quer dizer, na mesma proporção, no mesmo volume que caminha com os outros problemas.

830

Então o atendimento pode ser individual ou em grupo ou oficina?

835

F5: Oficina é quando não tem uma patologia específica. De repente é só um mal uso vocal, não tem nada instalado; aí a gente encaminha para uma oficina.

Esses grupos... que grupos são?

840 F5: São grupos terapêuticos, no mesmo grupo podem ter crianças,
adolescentes ou adultos com problema de linguagem ou problema vocal ou
com problema só de sistema sensório-motor oral. Se você pensar que a voz
é um elemento da linguagem, todos os grupos se tornam de linguagem, mas
não é um grupo específico.

845

E as oficinas?

F5: Eu tenho as oficinas de voz, eu tenho oficinas de linguagem e de
sensório-motor. As de linguagem funcionam sempre; as de voz e de
sensório-motor oral ocorrem de acordo com a demanda, quando aparece um
850 número de pacientes, aí eu crio uma oficina de voz. Esses geralmente não
têm nenhuma patologia. Ele tem assim...fica rouco, mas passou pelo
médico, ainda não tem uma patologia instalada, mas está com mal uso
vocal, sente cansado.

855 *Como você abre essa oficina? Você oferece quando aparece uma
demanda?*

F5: As de voz e de sensório-motor oral, sim. Só quando aparece demanda,
porque eu não tenho uma demanda de voz muito grande e as que eu tenho
na maioria das vezes, vai para atendimento, mas quando aparece uma
860 demanda...por exemplo: quando vieram essas senhoras que cantavam na
igreja, elas já tinham inclusive passado por otorrino e já tinham diagnóstico.
Eles identificaram na igreja outras pessoas que estavam sentindo cansaço.
Então, essas pessoas vieram via essas senhoras e conseguimos uma
avaliação médica para ver se não tinha ainda uma patologia instalada, mas
865 tinham mal uso vocal, poderia ocasionar um nódulo ou coisa parecida.

Aí eu fiz uma oficina com tempo marcado para começar e terminar. Foram
dez encontros para orientações sobre questões vocais. E aí, de repente, se
eu fizesse uma avaliação e aparecesse algum paciente que tivesse essa
queixa, ou de repente nem tivesse, se você tem um paciente com alteração
870 sensório motor oral, mas você observa também o problema vocal, e se
tivesse essa oficina eu encaminharia. Então essas oficinas não funcionam
sempre, eu espero chegar uma demanda.

Os grupos mais específicos que eu trabalhei foram pessoas que cantam em
igreja e cantor de pagode.

875

Como chegou esse grupo de pagode?

F5: Chegou primeiro um rapaz via agente comunitário. O ACS fez a visita e a
ele reclamou que estava com a voz ruim e a gente encaminhava para o
médico e foi diagnosticado que ele tinha um nódulo.

880 Aí ele cantava na noite, fumava, bebia... aí ele falou que tinha mais uns
amigos com esse problema e eu disse para ele trazê-los. Ele trouxe mais
dois que eram de outros grupos, que cantavam na região; aí eles vieram.
Eram meninos com 17, 18 anos; aí eu encaminhei para o médico, mas nem
sempre conseguir vaga no otorrino é fácil. E se você vincular o atendimento
885 com a vaga no otorrino, a pessoa vai ficar um ano sem quase nada. Então

pelo menos as orientações foram passadas. Então um paciente trouxe os outros.

890 Então esses grupos terapêuticos são os que faço regularmente. E isso é o que eu crio com a demanda, o grupo de linguagem acontece sempre; só o de sensorio-motor oral e o de voz que eu crio em momentos. Eu crio um, faço as orientações e tem início e final previsto: são, geralmente, de dez a quinze encontros; a gente discute alguma coisa, aí acaba. Se não tiver demanda, eu não faço mais grupo; se continuar com a demanda, eu continuo o grupo.

895 Já a oficina de linguagem é grupo aberto, porque eu não abro com usuários específicos. Ela é aberta, o horário está aberto, se quiser encaminhar a criança, tenha ou não algum problema de linguagem, a criança vem.

900 É um espaço aberto que propicia experiências diversas com a linguagem. Às vezes eu até acho alguma criança que seria bom ela vir na oficina; às vezes um profissional do posto encaminha, mas ela é aberta, quem quiser vem, por isso ela acontece constantemente.

905 Às vezes faço atendimentos vocais em visita domiciliar. O meu atendimento de visita domiciliar semanal, é de pessoas que não podem se deslocar até o posto. Eu até faço visitas para entender melhor a dinâmica familiar, mas são visitas mais pontuais. Agora, quando o atendimento mesmo é só para acamados, restritos ao lar, isso na maioria das vezes são adultos ou idosos, que apresentam problema vocal; aí a gente acaba fazendo algumas intervenções que são mais voltadas à questão vocal.

910 As ações que não são ligadas a patologia são as oficinas de voz e sensorio-motor oral. Já realizei trabalho com escolas, mas agora não faço mais.

915 A gente tem um bom vínculo com as coordenadorias de educação. Então, às vezes a gente trabalha com os professores da rede, trabalho de orientação via coordenadoria, marca-se um encontro. No início do trabalho, a gente ia às escolas e percebemos que, indo via na coordenadoria, eles marcam reuniões maiores e a gente consegue atingir um número maior de pessoas.

920 Agora, com escolas específicas, a gente faz assessoria nas escolas e aí as questões vocais também entram. Com os professores foram mais orientações; caso algum professor precisasse de atendimento a gente encaminhava para o médico fazer avaliação. Era mais questão de orientação; se tivesse uma queixa mais específica, aí, de acordo com a possibilidade do atendimento na Unidade de Saúde, a gente atendia. Eu fiz esse trabalho durante um tempo, e fiz somente dois atendimentos a professores na Unidade de saúde, que eram pessoas que moravam na região, pois alguns até tinham demanda e essa era mais elucidada durante essa reunião; aí eles procuravam atendimento fora.

Como eram essas orientações?

930 F5: Em relação a hábitos vocais, orais, percepção vocal, trabalho na escola com a percepção do ambiente, para eles perceberem melhor o ambiente escolar e de como eles poderiam usar a voz naquele ambiente. Era um

pouco difícil, porque nem sempre a gente conhecia o ambiente escolar detalhadamente.

935 *O que você está considerando como ambiente?*

F5: Físico, mas ampliado; mais com relação às questões de ruído, das instalações; tudo isso está incluído no ambiente físico. As questões de ruído, de como é o comportamento em sala de aula, de como o professor se comporta em sala de aula, que se na sala de aula o ruído é alto, não adianta o professor falar mais alto porque isso não vai, primeiro, fazer o efeito sobre as crianças, e segundo, que ele vai se prejudicar. Uma discussão geral sobre as questões vocais e um espaço aberto para eles poderem perguntar, o que eles querem saber, porque as questões voltavam mais para isso, como que eu posso direcionar melhor a voz em sala de aula, questões básicas de hidratação, dentre outras.

945 *Então eram orientações ligadas ao risco?*

F5: Sim, e à prevenção também. Era um trabalho preventivo, pois tinha professores que não tinham queixa nenhuma vocal e tinha outros que tinham. E nós chegamos; não fomos nós que quisemos o trabalho, foi a escola que solicitou; nós não fomos até a escola para falar que queríamos fazer esse trabalho. A coordenadoria que pediu duas frentes de trabalho: uma com os professores, mais relacionado à questão vocal, e outra com professor e aluno, voltado mais à questão da linguagem em geral.

955

E como era o trabalho com os alunos?

F5: Era um trabalho menor, cada vez com uma escola; a intenção era chegar lá e discutir algumas coisas com relação ao desenvolvimento das crianças, com o professor; aí a gente abria um espaço para eles trazerem questões. Geralmente as questões eram casos de crianças que davam mais trabalho, que eles queriam saber o que faziam. Mas eram legais, porque seriam como elemento norteador para discussões. A partir daquele caso, a gente abria e discutia o que eles estavam colocando. E com as crianças a gente fez algumas oficinas, a gente pegou crianças de quatro a sete anos, nas Escolas Municipais de Educação Infantil e nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental, de 1° a 4° série. Eram oficinas pontuais, que não aconteciam toda semana, onde os professores observavam essas oficinas.

965

E o que vocês faziam?

F5: Apresentações de experiência de diversas formas de manifestações de linguagem: então, era contar história, e não só nós contávamos histórias, as crianças também contavam histórias; era desenho, mas desenho direcionado a alguma coisa, que esse desenho se transformasse em algo. Eram atividades de escrita e a criança que desenvolvia. É muito complicado, porque na oficina, quando você faz mais tempo, você vai conhecendo a criança e ela te conhecendo, e com o tempo fica mais fácil de produzir. Essas oficinas pontuais, você tem que dar o tempo da criança, mas você não pode dar todo o tempo da criança; você tem um tempo determinado,

975

980 porque era na sala de aula, eles tomavam um espaço da escola. A gente propunha algumas atividades, alguns gêneros discursivos, você desenha, pinta, você não sabe escrever, mas outra pessoa escreve para você, mas você sabe desenhar e criar a história, eles escreviam juntos. Nós levamos alguns livros; enfocava mais essa questão de atividades de leitura, escrita, desenho, fala. Muitas crianças que não sabiam escrever, elas falavam e
985 faziam a gente escrever. Você não pode ficar muito tempo na sala de aula para não ocupar o tempo da aula. O que é difícil na escola é o dia-a-dia, quando vai uma pessoa nova a criança respeita, mostra interesse, brinca, etc.

990 No dia-a-dia, fazer isso é complicado, isso a gente discutia muito, como fazer isso no dia-a-dia, com crianças maiores (sete a dez anos) é mais difícil. Este trabalho não está sendo mais desenvolvido; no momento a gente se distanciou um pouco da coordenação de Educação.

Com esse grupo de cantores de pagode, o que você fazia?

995 F5: Era um grupo terapêutico, porque todos tinham nódulo e a diferença da oficina de voz, uma diferença de oficina para grupo, eu acho que o grupo tem a questão maior do compromisso, não tem tempo definido para terminar, e oficina de voz, que são dez encontros. Era um atendimento terapêutico em grupo; a gente conversava, fazia exercícios, eles cantavam bastante, eles
1000 aprendiam como usar a voz na hora que estavam cantando, para ver a questão de respiração, projeção vocal, uso de diafragma, tempo de vocal de respiração, quando eu respiro, quando eu imito vozes, foi isso.

1005 Era um grupo terapêutico, demorou dez meses, atendimento semanal. Era um grupo de pagode porque todos eles tocavam e cantavam esse tipo de música. Com eles eu resolvi não abrir esse grupo e trabalhar somente com eles. Isso porque eles eram amigos e tinham uma afinidade muito grande pela questão do pagode; eles acharam e aí eu respeitei, que se viesse uma pessoa, por exemplo de uma igreja, talvez seria criar um choque desnecessário, talvez fosse rico o choque, mas respeitei a vontade deles.

1010 De repente, uma pessoa, que não é nem da igreja e só está com um problema vocal, a pessoa talvez não desse espaço para eles cantarem o que eles queriam. Eles queriam uma coisa... e aí eu respeitei o espaço.

Você sentiu necessidade de criar esse grupo?

1015 F5: Sim. É um grupo terapêutico mesmo. Os grupos terapêuticos, para mim, se a pessoa tem uma demanda, tem uma queixa e tem dificuldade já instalada. As oficinas, principalmente as vocais, têm dez encontros; você vem, eu dou as dez orientações e vai embora; não tem nenhuma dificuldade a ser resolvida; é um grupo muito mais preventivo, quer prevenir alguma
1020 coisa. Eu criei um grupo só para eles, mas eles entraram no serviço, como os outros.

Tem mais alguma coisa que você lembre?

1025 F5: Já realizei grupos de funcionários; essa questão de saúde do trabalhador é complicada, principalmente com os fisioterapeutas; pegam muitas pessoas com dores no corpo.

1030 E... vocal mesmo, nas unidades em que estou, nunca tivemos problemas com pessoas com esse problema. Na verdade, agora, fiz a orientação a uma enfermeira e ela procurou o atendimento fora, então não tive muita dificuldade.

1035 Alguns agentes comunitários utilizam-se do cordel, que é aquela história em que você conta uma história através de rimas. Eles cantam, se fantasiam como nordestinos, eles usam samba, rap, e através das músicas eles passam informações sobre DST, a questão de verminoses, e aí eles se apresentam em escolas, associações de bairro, no posto em alguns momentos...

1040 Eles falavam muito e não tinham preparo para o uso vocal contínuo e de projeção; por exemplo, se for falar numa escola, na quadra, com 500 crianças, não possuíam esse preparo (respiratório, articulatório, projeção vocal, etc.). Então, fiz um grupo juntamente com eles e pudemos discutir algumas questões relacionadas a voz e corpo. Deve-se frisar que eu trabalho muito a questão corporal; em todos meus grupos trabalhei a questão corporal.

1045 *Mas, o grupo de funcionários e saúde do trabalhador são o mesmo?*

1050 F5: É um dos grupos que fiz com o pessoal de cordel dos agentes comunitários; eles usavam muito o corpo, então a voz e o corpo foi o grupo que ficava mais evidente. O que não era muito terapêutico, era mais uma oficina para funcionários, mas em todos os meus atendimentos e nas oficinas eu trabalho muito essa questão do corpo.

1055 Eu trabalho desde expressão corporal, que você se comunica não só pela fala, mas por gestos; o corpo todo fala constantemente; então, fazendo com que a pessoa perceba como o corpo dela funciona e não percepção no sentido de que me conscientizei, e sim perceber como o corpo se movimenta, como movimenta os braços, as pernas, e vê se isso ajuda ou não na comunicação; até mesmo ir para o chão e fazer massagem, manobra. Eu fiz teatro muito tempo então eu uso alguns exercícios teatrais também. Eu uso isso tanto nos atendimentos terapêuticos como nas oficinas, e eu usei muito isso no cordel. Isto porque tinha essa questão, então: eles vinham fantasiados de nordestinos, eles se vestem de acordo com o estilo musical. Então, tem essa questão corporal, que mostra como você pode se doar melhor para quem está ouvindo, e o corpo fala bastante.

1060 São algumas técnicas simples de como se posicionar, como se utilizar de todas as estratégias do corpo para que a pessoa possa te entender.

1065 Numa relação dual, duas pessoas, como numa relação com 300 pessoas, como por exemplo no caso do cordel ou dos meninos do pagode, que se apresentavam nos bailes da região. Então, desde a questão do olhar, do modo como você articula, se você fala sorrindo ou se você fala com uma cara mais amarrada, ou até gestos com a mão, com o corpo.

1070 No cordel, tinham muito nessa questão do DST, a questão da sexualidade
envolvida e eles falavam para todo mundo. Era algo aberto, era como falar
de sexo sem que ninguém se sinta constrangido ou ofendido, mas que se
1075 possa falar de sexo, órgãos genitais, inclusive apontar para esses órgãos de
forma bastante descontraída, para que as pessoas entendam como um
momento para refletir sobre a questão e não de pornografia, porque na
região tem muita gente religiosa, então tem que tomar cuidado com essa
questão.

Nos grupos terapêuticos, o que você faz?

1080 F5: Varia muito, de acordo com a necessidade do grupo. Temos desde a
brincadeira, a gente faz exercícios, escreve, desenha e conversa bastante.
Eu acho que o pilar central do meu trabalho é sempre a conversa, é o modo
como conduzo meus grupos. Após seis anos de trabalhos, eu inicio com
1085 muita conversa, trazer algumas coisas que eles já me falaram antes. E
quando é criança, deve-se deixar a coisa mais descontraída. Pergunto como
são as brincadeiras da escola, como foi o final de semana, eu trago muito a
conversa para o ambiente e termino muito com conversa; eu vejo que, na
maioria das vezes, os grupos andam assim. Inicio e termino conversando,
1090 pergunto o que acharam da atividade, se gostaram ou não; às vezes, eles
sentam-se e começam a conversar e dizem que viram o outro brincando no
dia anterior, ou que se encontraram em algum outro lugar. Perguntam como
estou; lembro que, quando eu troquei meu celular, todos me perguntaram e
queriam ver o novo celular, e então este assunto virou material quase para a
1095 sessão inteira. Então, expliquei as funções do celular para eles, lemos o
manual do usuário junto. Daí se tornou um exercício da fala, exercícios
vocais e assim costumo fazer; o trabalho não é definido, as coisas vão
acontecendo, não que eu não traga coisas que eu já discuti, eu costumo
trazer. Quando eu entro na terapia, eu vejo e sinto o que eles querem falar e
aos poucos relaciono uma coisa com outras.

1100

O que você entende por promoção da saúde?

1105 F5: Eu vejo como qualquer intervenção, qualquer ação voltada para a
melhoria da qualidade de vida daquela pessoa no sentido mais restrito da
saúde; então eu faço promoção da saúde nos grupos terapêuticos, nas
oficinas, quando eu entro no grupo de puericultura e gestantes, onde eu
discuto também a questão vocal.

1110 Eu chamo de grupo de crianças, de zero a sete anos. Eu não vou com nada
pronto para os grupos, mas eu tento levar questões de hábitos vocais mais
saudáveis, pois no grupo vai a mãe e a criança; então serve até para
observar a criança que, de repente, está brincando e tem alguma coisa.
Enquanto eu converso com os pais, observo as crianças em relação à
questão vocal e converso também com os pais sobre os hábitos vocais. E
também no grupo de gestantes.

1115

Mas, você criou esse grupo?

F5:Não, eles já existiam na Unidade. Fora os grupos de atendimento e oficinas, nós não criamos nenhum outro grupo novo. Então é puericultura, gestantes e adolescentes, mas com esse último eu faço na escola.

1120

Você encaminha para os grupos das unidades também?

F5:Encaminho para brinquedoteca.

Quem fica na brinquedoteca?

1125

F5: Os agentes comunitários. Antigamente, eu fazia uma supervisão mensal com eles, e agora vou voltar a fazer para discutir sobre a brinquedoteca; e tem grupo chamado de saúde mental, de pessoas com deficiência mental, que a Unidade tem e às vezes eu encaminho, que é um grupo mais de convivência. Eu encaminho as pessoas mais adultas para grupo de bordados, pintura, reciclagem, artes, mas como atividades complementares ao trabalho.

1130

O que você entende por promoção de saúde em relação à qualidade de vida?

1135

F5: É qualquer ação que vai promover melhorias na saúde da pessoa; então, não temos que pensar em grupos específicos de promoção da saúde; a promoção da saúde tem que estar permeando a sua ação o tempo inteiro, desde a ação de atendimento até os grupos, até reunião de equipe de família, que a gente tem que discutir questões diversas; então ela permeia o trabalho sempre.

1140

Nas ações que você realiza, em que momento achou que houve uma promoção da saúde?

1145

F5: Eu não vou dizer que sempre, porque dá a impressão de tudo sempre dá certo, mas a minha intenção é que qualquer ação que eu realize tenha promoção da saúde, de qualquer ação que eu realize que vai transformar aquela pessoa, fazendo com que esta pessoa reflita, pense e tente mudar no sentido de melhoria.

1150

Tem alguma ação em que você se lembre? A pessoa deu esse retorno?

1155

F5:Sim. Numa situação em que realizava um atendimento individual que não era ligado à voz; era uma pessoa adulta de 32 anos, que possuía uma disfluência pesada com envolvimento motor. Certa ocasião, ele me falou que ficava agradecido por tudo que tinha feito por ele; falou que ele estava muito feliz, satisfeito comigo mesmo e não precisou mais do atendimento, porque, apesar de eu ainda continuar disfluente, eu sei lidar melhor com essa gagueira, eu não tenho medo de falar com as pessoas, eu já consegui lidar melhor com isso.

1160

Eu vejo isso como promoção da saúde e de grupo de puericultura onde muitas mães e, como exemplo, uma delas me contou que a filha de um ano e meio não falava, nem tinha interação com outras crianças. Então, dei as orientações em grupo, na roda, enquanto que uma das mães contava e eu falava algo mais, formando um círculo de informações. Depois ela

1165 participava de um outro grupo e a criança tinha uns dois anos aproximadamente, e veio contar como a filha dela havia mudado... a criança começou a falar e interagir melhor com as outras crianças e a mãe atribuía isso ao grupo. Isso é promoção de saúde também; esse círculo de informações, essa conversa que é direcionada ao desenvolvimento infantil, fez com que ela mudasse a relação com a filha.

1170

Quando chega um usuário com uma demanda de voz que você não estabeleceu anteriormente, o que você faz?

1175 F5:Eu não imagino uma situação assim. Mas, se não tem nenhum grupo para encaminhar, eu crio algo para ele ou vejo na comunidade se tem algo para ele. Encaminho para a comunidade mais próxima, para que ele não fique sem opção. Ao mesmo tempo, proponho alguma oficina ou outra atividade onde ele possa ter um atendimento individual ou em grupo. Agora, a criança precisa de um ambiente melhor para utilizar sua linguagem. Para voz, pelo menos um atendimento individual ele vai ter, em grupo, oficina ou 1180 às vezes ele tem que esperar numa fila de espera, que não ultrapassa cinco meses.

Tem mais alguma coisa que você queria acrescentar?

1185 F5:Não existe um só modo, uma fala, um jeito, existem várias coisas que promovem a mudança. Vejo a promoção no sentido de causar mudança na comunidade, na pessoa, no usuário que você trabalha ou uma população específica. Na promoção de mudanças, a pessoa fica mais satisfeita do que entrou. De certa forma, aquilo que a angustiava, você respondeu, você não... você fez com que ela chegasse a uma saída. Nós não damos a saída, mas, 1190 sim, ajudamos o usuário a encontrar saídas.

Como é essa ajuda?

1195 F5:No atendimento, é o próprio processo: você conversa, passa os exercícios, as técnicas, se for de voz, ou quaisquer outras técnicas que você passe, você discute, fala coisas para o paciente que você vai observando no atendimento; então, passa a entender melhor como funciona o sujeito e dessas observações você fala ao paciente seguir as recomendações para não se queixar; e quando ele se queixa, você lembra que você já está trabalhando há três meses com ele para beber água e ele não está fazendo, 1200 e questionar o porquê. Esta observação pode causar um deslocamento, fazer com que ele pense nas coisas e verificar como pode mudar. Eu não posso mudar ninguém; a mudança é sempre da pessoa; oferecemos apenas os instrumentos para auxiliar. É difícil saber o que provocou, foi o que eu falei, o que eu fiz, o que propus como exercício. Pode até ser uma coisa que 1205 aconteceu fora. Eu tinha um paciente que era disfluyente; era difícil o atendimento, não vinculava o atendimento; de repente ele começou a namorar, que era uma queixa dele, e quando isso aconteceu algumas coisas mudaram completamente. Então eu aproveitei esse momento para dizer para ele que ele estava melhor e mais disposto. Então disse a ele que tinha 1210 melhorado muito e que provavelmente foi também esse gancho com algo

que aconteceu fora, que foi o namoro. Penso que tudo o que se faz e fala com o paciente, mesmo que inconscientemente e nem percebeu, mas que você terapeuta refletiu sobre aquilo, deve dizer ao paciente. Não todas as nuances de como você pensa, mas o necessário para ele; e dizer a ele o que trouxe a mudança. Isso caracteriza meu trabalho além das técnicas que realizo. É isso que eu faço: eu explico para ele o que aconteceu, a minha interpretação do que aconteceu.

Nos grupos educativos e oficinas, as oficinas são muito específicas às vezes, mas eu acho que é aquela coisa de você falar, por exemplo: você não tem uma patologia instalada, mas tem mau uso vocal, vamos tentar prevenir; é trazer essa questão. No primeiro encontro, eu fico discutindo isso. Todos os benefícios que ele terá caso não tenha o problema, então alerta sobre o que está acontecendo.

No segundo encontro eu coeto todos os hábitos vocais; aí depois de trabalhada a questão dos hábitos, da respiração, mostrar técnica. Vejo que não é o momento específico, mas eu entendo que o primeiro encontro onde acabo falando mais de mim mesmo, mas os benefícios que ele vai ter, ele e eu. Quero prevenir que ele seja um possível portador de uma patologia vocal e ele também não quer essa complicação. É interessante este momento inicial e final, onde a gente consegue ver a diferença e todo mundo vê.

Então, a promoção se dá em todos os momentos, mas acho que no início e no final é interessante. Depois a gente marca encontros com esse mesmo grupo meses depois e eles relatam como foi a mudança; e aí você vê a promoção da saúde no dia-a-dia, na vida da pessoa e fazendo naquele momento a vida daquela pessoa melhor. Só o fato de ele reconhecer que não fez algo recomendado por mim, já é muito bom.

Nos grupos de puericultura, que são encontros mais esporádicos, às vezes a mãe vem uma vez e depois não vem mais, e é um encontro só de uma hora; entretanto, nesse grupo, eu tento ser a pessoa mais apagada possível, tento propor a discussão e fazer a coisa circular de uma mãe para outra, ou de um pai para outro, circular a informação; e eu vejo a pessoa mencionar que já fez o que o outro está falando; então, causa mudança, promoveu saúde, porque eu penso nisso como uma coisa muito mais ampla, você tentar fazer isso o tempo todo e não apenas em grupos específicos.

No grupo de gestantes e puericultura, eu vejo muito isso: a troca entre as pessoas que participam; é muito rica, é muito mais do que quando a gente fala, a gente propõe uma discussão e vai lá como aquele que conhece, supostamente, conhece mais sobre tal coisa do que aquelas pessoas, mas é um espaço de trabalho de democratização de conhecimentos; a gente tem que o tempo todo estar dispondo o nosso conhecimento e que ele faça bom uso daquele conhecimento; a gente propõe uma coisa e aquilo vai se transformando, e a gente vai intervindo, recobrando um pouco com a teoria, a parte mais científica.

Eles descobrem que sempre tem a exceção à regra, e você vai montando um mosaico junto com eles, se torna mais rico e as pessoas, geralmente, gostam.

F6

1260 *Qual é a sua formação?*

F6: Eu me formei em 1999 na PUC; comecei mestrado no LAEL, mas não terminei; comecei em 2001 e larguei em 2002. Fiz especialização em voz de 2003 a 2004 no CEFAC e aperfeiçoamento em Saúde Coletiva, de 2000 a 2001, na PUC. Além disso, fiz curso de formação de ator de 2002 a 2005, no Teatro Escola Célia Helena, e circo em 2005.

1270 *Querida que você me contasse o serviço fonoaudiológico que você presta. Pensando no global, não pensando em cada Unidade. Quero que você me conte tudo que você realiza com o paciente, desde a entrada dele até as ações que você oferece. Só que você vai me dizer isso, pensando nas ações ligadas à voz.*

1275 F6:A avaliação é individual. Eu faço duas avaliações semanais por Unidade de Saúde; eu estou em duas Unidades. Deixo uma agenda aberta na recepção e o paciente não precisa ter encaminhamento para agendar a avaliação. Normalmente, vem encaminhado da escola, da creche ou do otorrino, mas a grande maioria é demanda espontânea, o sujeito que acha que precisa de fonoterapia, vai na recepção e marca.

1280 Na avaliação eu pergunto a queixa da pessoa e converso para tentar entender o caso; eu já dou algumas orientações de saúde vocal, relaxamento, funcionamento da voz e do corpo. Sempre encaminho para o otorrino antes de começar a terapia.

1285 Durante a avaliação eu vejo que tipo de atendimento é melhor para aquela pessoa e discuto isso com ela. Aí, dependendo do caso, se eu não tenho um grupo que essa pessoa se encaixa, ou se eu acho que precisa de atendimento individual e não tenho vaga, faço a avaliação e vai para fila de espera. Na verdade, ficam na fila de espera mais os casos de atendimento individual.

1290 Normalmente, eu consigo encaixar em atendimento. Eu tenho grupos de escrita, de linguagem, de voz e oficina de linguagem e de teatro. Esses grupos conseguem comportar meu fluxo de pacientes novos.

1295 Agora, se o paciente é caso de acompanhamento, eu faço retornos mensais. Alguns casos eu coloco em atendimento individual, depois passa para o grupo e depois vai para uma oficina maior, e o paciente vai passando como um processo de alta mesmo, não obrigatoriamente tem que seguir esse caminho. Às vezes, dou alta antes.

Os pacientes de voz eu encaminho também para yoga no Centro de Referência do Idoso (CRI), caminhada na Unidade; quando acho interessante encaminho também para grupo de teatro da Casa de Cultura de São Miguel, ou grupo de teatro para crianças, além do atendimento clínico.

1300 Os pacientes de voz que são crianças eu atendo em grupos heterogêneos; não são crianças só com alteração de voz; são também de linguagem, de escrita.

Em alguns grupos não coloco pacientes novos, quando acho que uma pessoa nova vai atrapalhar o andamento ou mudar a dinâmica estabelecida.

1305

O que você faz em cada grupo?

F6: No grupo de voz com adultos eu faço exercícios de voz mais direcionados, trabalho com vários gêneros discursivos, uso música, peças de teatro, dentre outros.

1310

Com grupo de linguagem e de escrita eu também uso vários gêneros discursivos, proponho exercícios vocais através de jogos e de situações mais lúdicas.

Em todos, eu vejo que o grupo possibilita a troca de informações e vínculo entre os usuários.

1315

Nas oficinas de linguagem eu trabalho com pessoas que encaminho e que têm uma questão difícil de vínculo e de uso da linguagem, que influencia muito ou dificulta o contato, a comunicação e as relações com os outros. Eu trabalho com pacientes que têm alteração de voz, ou de linguagem ou de escrita, ou até os que não tem uma alteração. Uso jogos, converso muito,

1320

para conhecer quem são e como posso ajudá-los. Proponho atividades de jogos de regras, onde um tem que lidar e respeitar o outro, então trabalho também as regras sociais e a educação com o outro, que eu acho que é o que mais falta, alguém que acolha e se preocupe com a educação deles também.

1325

Na oficina de teatro, trabalho com rádio-novela, ensaio a novela com eles, gravamos a voz fazendo a novela e depois escutamos e discutimos várias questões de linguagem, de representação, de tipos de voz, de articulação. E, a partir disso, eu vou intervindo mostrando como é um aquecimento vocal e etc. Eu trabalho a voz pela linguagem.

1330

Tem mais alguma coisa que você lembra?

F6: Eu já fiz oficinas com cantores de igreja. Eles vieram me procurar para conversar sobre voz e eu comecei a discutir sobre o uso da voz, o esforço que estavam fazendo para cantar. Comecei a questionar como era o ensaio antes de cantar, quais as músicas que cantavam e fomos trabalhando as questões de articulação, aquecimento vocal, projeção.

1335

Eu fiz também oficinas esporádicas em escolas, para professores. Conversamos sobre o funcionamento da voz e o que faz bem ou não para cada um, a expressão e os usos da voz no cotidiano, fizemos aquecimento vocal.

1340

Eu participo também das campanhas de voz, daí com as outras fonoaudiólogas da minha equipe também. São abertas a todos os usuários e funcionários e trabalhamos com rodas de conversa e vivências dinâmicas para percepção de como funciona a voz, como pode ser usada.

1345

Acho que é isso... era mais um trabalho de prevenção e promoção da saúde.

Quando chega um usuário ou demanda de um grupo que você trabalha a voz; você detecta que tudo o que você ofereceu no seu serviço não dá conta daquele paciente. O que você faz?

1350

F6:Eu encaminho para outro lugar, para o que tem na comunidade, porque eu acho que vai funcionar para ele; vai fazer natação, vai para Casa de Cultura São Miguel, yoga, dentre outros.

1355 É difícil não ter nada a oferecer; eu penso em alguma coisa fora dali que poderia melhorar para ele; às vezes não é na Unidade.

Ou também já aconteceu de aparecer uma paciente que era cantora da igreja; então, ela começou a trazer os amigos dela, e eu identifiquei que o problema não era colocar todas em atendimento e sim elas tratem e cuidarem da voz lá, onde era o foco do problema. Aí eu fiz uma assessoria.

1360 Uma delas é formada em música e conhece muito sobre canto; então eu ofereci material para ela ler, e ela que me diz se tem alguma patologia maior, alguma coisa já identificada; aí sim eu atendo, mas, caso contrário, ela mesma agora já orienta na igreja as pessoas que cantam.

Eu já tive uma outra paciente uma vez que começou com um nódulo vocal e eu coloquei em grupo; ela começou a faltar muito porque o marido teve um Acidente Vascular Encefálico, então achei que não era o momento dela vir para o atendimento fonoaudiológico, mas que eu tinha que fazer o atendimento domiciliar para o marido. Porém eu percebi que não tinha que deixar mais ela em casa; observei que ela estava muito sobrecarregada e a voz piorando muito, e então conversei com ela sobre a necessidade de cuidar mais dela; ela estava cuidando muito só dos outros.Tudo depende do caso.

1365

1370

O que você entende por promoção da saúde?

1375 F6: É a saúde como bem estar e não como a ausência de doença. A pessoa estando feliz e bem consigo mesma, por mais que tenha nódulo de prega vocal, se ela tem condições de tratar aquilo e sabe quando piora ou melhora e tem autonomia sobre o problema. E a pessoa está bem com aquilo, mesmo sabendo que tem o problema, pois cantora costuma ter mais problemas com o jeito de cantar, pois força muito a voz, o jeito de cantar do evangelho; mas, ela diz que tem de ser assim. Então, se eu tentar mudar, a comunidade não vai aceitar.

1380

Então, eu disse que esse nódulo podia ser dela mesmo, como um “calo” de uma bailarina que vai prejudicá-la, já que ela continua com hábitos vocais ruins. Agora ela reconhece que vai ser algo para sempre, se ela não mudar o jeito de cantar. Daí ela terá o nódulo para sempre e não terá alta fonoaudiológica; então, ela assumiu que vai ter isso, mas sabe se tratar, sabe os exercícios e vem falar comigo quando piora.

1385

Ela sabe que, se abusar, vai ficar um tempo sem falar, sabe os exercícios de respiração, articulação e aquecimento vocal; ela tem autonomia sobre sua doença e esta não vai desaparecer devido ao estilo de vida que ela leva.

1390

Ela me conta sobre as coisas que ela fez no dia-a-dia; e se ocorre alguma alteração vocal, ela já sabe porque aconteceu; aí ela fica sem falar por alguns dias, depois ela faz um pouco de exercício e se trata para melhorar.

1395 É claro que o nódulo não sai; ela já fez três exames; na primeira vez ela veio desesperada dizendo que ela era cantora e tinha um nódulo; na segunda vez que ela veio e fez terapia e teve alta, pois, segundo o exame objetivo,

não tinha mais nódulo, só que ela continuava cantando, então o nódulo voltou e a fenda também; aí a gente fez terapia de novo.

1400 Eu disse a ela que, se continuasse cantando, o nódulo ia voltar, mas o nódulo não voltou e a fenda continua. Ela continua com a voz rouca; tem dias em que ela vem muito ruim, mas ela sabe como fazer para melhorar, realizando aquecimento, ficando sem falar para voltar a cantar. Eu digo que, se ela continuar cantando, o nódulo continua e vai ter que continuar se tratando.

1405 Ela fala que quer gravar um CD, quer trabalhar nesse campo de canto evangélico. Eu disse que, devido ao estilo da música que eles cantam, duvido que não tenha nada, nenhum problema de voz, aí ela disse que todos os cantores têm problemas com a voz e tratam com fonoaudiólogo. Eles dizem que tem que ser gritado, é uma coisa de louvor, tem uma coisa visual também que eles tem que passar.

Você estava falando sobre a promoção da saúde que te lembra bem estar, então você acha que esse caso é um exemplo?

1415 F6: Ela tem autonomia, sabe se tratar e assumiu que é desse jeito e está bem com isso; não sofre mais, já está consciente do problema. É claro que ela não acha muito legal, mas aceita e sabe que é um risco que ela assumiu. Tem vezes em que ela acha que a voz está boa, sem problemas, quando ficou sem compromissos de canto por alguns dias ou semanas. Então ela assumiu que não vai mudar o estilo de cantar e foi ela quem decidiu.

Das ações que você detalhou, sobre o fluxo da paciente, onde você visualiza que faz o trabalho com promoção da saúde?

1425 F6: Acho que desde quando o paciente chega e você vê a necessidade dele, depende da visão do profissional e não exatamente do fluxo, mas da visão profissional daquele paciente.

O que você quer dizer com “a postura do profissional”?

1430 F6: Acho que é a visão da saúde e doença dele; são do que é a alta, do que é cura, o que é uma pessoa curada de um nódulo. Depende da visão do profissional diante do sujeito, desde a primeira coisa que a pessoa diz para ele.

Me conta mais sobre isso.

1435 F6: Eu acho que quando uma pessoa chega, o jeito dela chegar e o jeito de você acolher já muda, pois não existe apenas um problema. Nos meus prontuários de avaliação de voz, nas minhas entrevistas, não tem só informações sobre a alteração vocal. Eu acho que é a visão de terapeuta-paciente, de relação saúde e doença, de como você encara a alta, mesmo o paciente tendo ainda a alteração orgânica, e faço avaliação de voz dele, oriento exercícios, etc....Aí meu fluxo não ia mudar; aí entra a questão de visão, de relação paciente X terapeuta, uma relação saúde X doença, e como você encara essa situação e o que recomendar ao paciente.

1445 Muitas vezes eu tenho paciente que não tem mais nódulo e não tem mais fenda, e teoricamente estaria de alta do otorrino e está passando pelo fonoaudiólogo, mas eu acho que ele continua precisando, muitas vezes pela segurança que ele tem em cima daquilo.

1450 Eu tinha uma paciente que jurava que tinha câncer; aí fez terapia e percebeu que não tinha, mas achava que um dia podia ter; então eu conversei com ela e perguntei por que ela achava que ainda ia ter câncer, mesmo com todas as orientações que eu dei, as informações que ela tinha a respeito. Falei para ela pensar por que ainda pensava assim, enquanto que eu poderia ter dado alta e sem me aprofundar mais, e acolher para saber o que acontece. 1455 Então, começo a mexer com outras questões, que não são exatamente do nódulo, mas que é da pessoa; e quando ela estiver confiante e com autonomia, e se conscientizar que o problema está resolvido, que está curada e não precisa mais de fonoterapia, que não é nem cura e sim o fato de precisar do vínculo com o outro.

1460 Um dia veio um paciente que era muito gago, mas melhorou em vários aspectos, e vinha me contar que tinha mais coragem de fazer algumas coisas depois de um certo tempo de terapia, mas continuava gaguejando. Falou que estava se sentindo seguro, arrumou um emprego, passou na escola, terminou o supletivo e acha que não precisa de fonoterapia. Então, eu falei para ele voltar dentro de seis meses, mas ele mesmo se deu alta 1465 naquela relação, ele mesmo; não colocou aquela gagueira como um problema que tinha de ser curado; ele estava curado por ele de outra forma. Se fosse alguma outra fonoaudióloga poderia falar, mas como assim se ele ainda estava gaguejando...mas a relação dele com aquilo mudou muito; pode ser que ele volte, mais pra frente, dizendo que está gaguejando muito, 1470 e eu não segurei, mas poderia ter dito que ele precisava continuar, mas não vi necessidade pelo próprio discurso dele.

1475

1480

1485

1490

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](#)