

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

**Caracterização do perfil fonoaudiológico de famílias atendidas pelo
Programa Saúde da Família-Universidade**

**Bauru
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

**Caracterização do perfil fonoaudiológico de famílias atendidas pelo
Programa Saúde da Família-Universidade**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

**BAURU
2009**

Bassi, Ana Karolina Zampronio

B294c Caracterização do perfil de famílias atendidas pelo Programa Saúde da Família- Universidade / Ana Karolina Zampronio Bassi – Bauru, 2009.
131: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Magali de Lourdes Caldana

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura do autor:

Data:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP: **APROVADO**

Nº do protocolo: 86/2007

Data: 29 de agosto de 2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA KAROLINA ZAMPRONIO BASSI

19 de maio de 1981

Nascimento

Filiação

Clarindo de Achilles Bassi

Ana Maria Zampronio Bassi

2001 – 2004

Curso de Graduação em Fonoaudiologia –
Universidade de Ribeirão Preto –UNAERP

2007 – 2009

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
em nível de Mestrado, na Faculdade de
Odontologia de Bauru da Universidade de São
Paulo - FOB-USP

Associações

CRFa – Conselho Regional de Fonoaudiologia

SBFa – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

APG-USP – Associação de Pós-Graduandos da
Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Clarindo** e **Ana Maria** pelo grande incentivo mesmo nos momentos de turbulência. Agradeço a cada dia todo o amor, carinho, dedicação e compreensão com que me criaram, ensinando que os obstáculos e dificuldades devem ser encarados como um desafio a ser transposto com dedicação, seriedade e acima de tudo muita dignidade. A vocês meus pais, minha eterna gratidão.

À minha irmã **Ana Claudia** que mesmo distante se faz sempre presente demonstrando sempre seu carinho, apoio e incentivo. Obrigada por compartilhar de todos os momentos de minha vida

Ao meu namorado **Ricardo** não somente pelo apoio neste trabalho mas sim pela convivência e incentivo em todos os desafios de minha vida, agradeço a ti por estar sempre ao meu lado...

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo “dom” da vida e a possibilidade de desfrutar de tudo isso...

Aos meus **Pais** *Clarindo e Ana Maria*, pelo apoio, amor, carinho e dedicação de todos esses anos me incentivando a conquista deste título...

Minha eterna gratidão!!!...

À minha querida irmã **Ana Claudia** pelo carinhoso abraço em todos os momentos difíceis da minha vida e por sempre torcer por mim

Aos meus **Avós** *Dirce e Antonio* pela dedicação e amor incondicional em todos os momentos de minha vida sempre preocupados com meu bem-estar e felicidade.

Minha eterna gratidão!!!...

Aos meus **Avós (Tio-avós)** *Alzira (in memorian), Sebastião (in memorian) e Bepe (in memorian)* que fizeram parte da minha história e ajudaram a construir o caráter que levarei por toda a vida...

Ao meu namorado **Ricardo** pelo amor, carinho, companheirismo de todas as horas e valioso apoio no desenvolvimento deste trabalho...

À minha amiga e Mestre **Prof. Dra. Magali de Lourdes Caldana** pelo apoio incondicional de todas as horas, pelos conselhos sábios e por todas as oportunidades ...Obrigada Mestre!!

Agradecimentos

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva, **Lauris, Arsênio, Silvia, Nilce** que sempre me acolheram de forma atenciosa...

Ao amigo **Prof. Dr. José Roberto de Magalhães Bastos**, pelas orientações e apoio na minha formação profissional...

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, pelos ensinamentos ministrados ...

A **Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo**, na qual agradeço nas pessoas dos professores Dr. Luiz Fernando Pegoraro e Dr. José Carlos Pereira, por todas as oportunidades concedidas e pela confiança depositada...

Aos Funcionários do Departamento, **Silvia, Rosa, Helena, Marta e Hilton** , pelo apoio de todas as horas, a amizade incondicional de todos e pelas muitas risadas...

Aos colegas de mestrado **Adelson, Ariádnes, César, Cristiane, Fábio, Fernanda, Juliane, Mauricio e Suzana** pela companhia durante as aulas e no desenvolvimento dos trabalhos...

Às amigas **Roberta, Inayara e Edmara** companheiras que jamais esquecerei e que juntas compartilhamos conquistas, felicidades e tristezas. Obrigada pelo apoio de vocês em todos os momentos...

Agradecimentos

Aos queridos amigos **Ariádnes, Roosevelt, Eliana, Letícia, Maurício, Angela, Sabrina e Tatiane** pela presença constante, carinho e risadas que compartilhamos ao longo desse tempo em Bauru

Aos colegas e funcionários que participaram das expedições à Rondônia **Val, Marcão, Neto, Cham, Seu Zé, Jorge, Laércio** pelo apoio e companheirismo em nossos trabalhos...

Ao amigo **Daniel** por sua dedicação e disponibilidade para o desenvolver este trabalho...

A todos os demais colegas do mestrado e outros tantos, com os quais compartilhei grandes momentos, sempre vou tê-los comigo...

A todos os **funcionários da USP no campus de Bauru** especialmente aos da Biblioteca, Pós-Graduação FOB, Prefeitura do Campus que de alguma forma contribuíram no desenvolvimento do trabalho...

A Casa do Garoto Rogacionista em especial ao **Pe. João e Bete** pelo apoio dispensado à este projeto...

Às famílias e demais participantes, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho...

**"A ciência se compõe de erros que, por sua vez,
são os passos até a verdade"
(Julio Verne)**

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) possibilita a aplicação de medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, práticas de diagnóstico e pronto atendimento, visando evitar seqüelas incapacitantes e procurando a maior recuperação funcional possível. Nos últimos anos, a Fonoaudiologia ampliou seu campo de inserção na área da saúde. É essencial que o fonoaudiólogo, e todos os profissionais envolvidos na assistência, administração ou planejamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), conheçam seus preceitos, as características administrativas e sua repercussão em um contexto mais amplo, além das práticas cotidianas pertencentes a cada especialidade. A Fonoaudiologia, com sua atuação em promoção, prevenção e reabilitação de distúrbios da comunicação humana, vem observando a necessidade da inclusão desses profissionais no PSF uma vez que assume um papel significativo na manutenção da saúde e qualidade de vida. O objetivo deste trabalho foi promover atenção e assistência fonoaudiológica às famílias das crianças assistidas por uma entidade no interior do Estado de São Paulo. O presente estudo foi realizado com 51 famílias de crianças matriculadas totalizando 209 sujeitos. Este trabalho foi realizado por uma equipe multiprofissional, composto por um cirurgião-dentista (pós-graduando), um graduando do curso de Odontologia (último ano), uma fonoaudióloga e uma graduanda em Fonoaudiologia (último ano). Para tanto, foram aplicados questionários para caracterizar as condições econômicas, sociais e acesso aos serviços de saúde dessas famílias. Além disso, realizou-se uma triagem fonoaudiológica de todos os membros da família nas áreas de Linguagem, Voz, Audição e Motricidade Orofacial. Os dados coletados foram analisados de forma descritiva, por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas para melhor visualização. Os resultados mostraram que a renda média das famílias visitadas foi de R\$ 645,39 e a per capita de R\$ 154,71. Em relação à Expressão e Recepção da Linguagem Oral e Escrita verificou-se as seguintes alterações: Inteligibilidade (2,66%), Compreensão (2,13%), Fluência (2,66%), Alteração de fala (17,02%), Leitura (24%), Ditado (21,33%), Escrita Espontânea (42,67%). Na avaliação de Motricidade Oral e Voz os resultados mostraram alterações em Mastigação (17,71%), Respiração (24,48%), Deglutição (2,08%), Musculatura orofacial (13,54%) e Voz (20,83%). As médias dos limiares auditivos da melhor orelha dos sujeitos revelaram níveis de rebaixamento de audição classificadas em Leve (4,64%), Moderada (2,58%) e Severa (0,52%). Houve predomínio de encaminhamentos para atendimentos fonoaudiológicos (Fala e Linguagem, 25,71%) e otorrinolaringológicos (23,57%). Foram realizados encaminhamentos aos serviços públicos pertinentes relacionados à otorrinolaringologia e fonoaudiologia para avaliações, terapias e definição de condutas. Ao final da pesquisa, fora elaborado um material instrucional com orientações relacionadas à saúde fonoaudiológica. De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que o programa desenvolvido permitiu à população acesso ao serviço de saúde fonoaudiológica promovendo melhoria da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família. Saúde Pública. Formação de Recursos Humanos. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Characterization of Speech-Language Pathology and Audiology profile of families take care of in a Program Family Health: University

The Family Health Program (PSF) enables the implementation of health promotion, disease prevention, diagnosis and ready practice of care, to prevent disabling sequelae and seeking the highest possible functional recovery. In recent years, the Speech and Language Pathology and Audiology expanded its field of insertion in health. It is essential to the speech therapist, and all professionals involved in care, administration or planning from the Unified Health System (SUS), to know the requirements of this system, administrative characteristics and the impact on a wider context, in addition to daily practices in each specialty. The Speech and Language Pathology and Audiology, with its activities in promotion, prevention and rehabilitation of disorders of human communication, has observed the need to include these professionals in the PSF because this professional assumed a significant role in maintaining the health and quality of life. The objective of this research was to promote speech and language pathology and audiology attention and assistance to the families of children assisted by an entity within the State of São Paulo. This study was conducted with 51 families of children enrolled totalizing 209 subjects. This work was performed by a multi-professional team, composed by a dentist (post-graduate student), a student of Dentistry (at the last year), a speech and language pathology and audiology (therapist and a student at the last year). Questionnaires were applied to characterize the economic and social conditions and to assess the health services of these families. In addition, a screening of all family members in the areas of Language, Voice, Audiology and Oral Motricity. The data were analyzed in a descriptive way and the results presented in graphics and tables for better visualization. The results showed that the average income of households visited was R\$ 645.39 and R\$ 154.71 *per capita*. Regarding the Expression and Reception of Oral and Written Language there were the following alterations: Inteligibility (2.66%), Comprehension (2.13%), Fluency (2.66%), Speech Amendment (17.02%), Reading (24%), Dictation (21.33%), Spontaneous Writing (42.67%). In the evaluation of the Oral Motricity and Voice results showed changes in Chewing (17.71%), Respiration (24.48%), Swallowing (2.08%), Orofacial Muscle (13.54%) and Voice (20.83%). The average hearing thresholds of the better ear of the subjects showed lower levels of hearing classified as Mild (4.64%), Moderate (2.58%) and Severe (0.52%). There was a predominance of referrals to speech and language pathology and audiology therapy (Speech and Language, 25.71%) and to Otorrinolaryngologics (23.57%). Referrals were made to the relevant public services related to Otorhinolaryngology and to speech and language pathology and audiology therapy evaluations, treatments and definition of treatments. At the end of the research, instructional material was drawn up with guidelines related to the health of speech and language pathology and audiology. According to the results, the developed program allowed this population the access to Speech and Language Pathology and Audiology health service speech promoting improved quality of life.

Keywords: Family Health Program. Public Health. Human Resources Formation. Speech and Language Pathology and Audiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 -	Casa do Garoto Rogacionista	69
Figura 2 -	Atendimento domiciliar	70
Figura 3 -	Atendimento domiciliar	71
Figura 4 -	Mapa urbano da região central de Bauru	72
Figura 5 -	Atendimento domiciliar.....	73
Figura 6 -	Avaliação de Linguagem	74
Figura 7 -	PA 5	75
Figura 8 -	Atendimento domiciliar	76

- GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Percentual dos tipos de alterações relacionadas à Fala e Linguagem	91
Gráfico 2 -	Percentual de presença de erros ortográficos durante o ditado e a escrita espontânea	92
Gráfico 3 -	Percentual total de sujeitos encaminhados ao atendimento em serviço público de referência	94

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição da freqüência, em número (n) e porcentagem (%), das famílias visitadas, de acordo com o bairro ao qual pertenciam.....	85
TABELA 2 -	Distribuição da freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao gênero, grupos etário e étnico dos participantes.....	86
TABELA 3 -	Renda familiar e per capita dos participantes da pesquisa.....	87
TABELA 4 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos tipos de casa das famílias participantes da pesquisa.....	87
TABELA 5 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino do lixo das residências.....	87
TABELA 6 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma de tratamento caseiro da água de beber nos domicílios.....	88
TABELA 7 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma do abastecimento de água no domicílio...	88
TABELA 8 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino das fezes nos domicílios.....	88
TABELA 9 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao tipo de assistência à saúde que a família procura em caso de doença.....	89
TABELA 10 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos meios de comunicações em massa utilizados nas residências pelas famílias.....	89
TABELA 11 -	Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à participação das famílias em grupos comunitários.....	89

TABELA 12 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos tipos de meios de transportes utilizados pelas famílias.....	90
TABELA 13 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a Triagem da expressão e recepção da linguagem oral.....	90
TABELA 14 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a Triagem da expressão e recepção da linguagem escrita.....	91
TABELA 15 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à avaliação da mastigação, respiração, deglutição e musculatura orofacial.....	92
TABELA 16 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a avaliação subjetiva da voz.....	92
TABELA 17 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a avaliação das condições morfológicas e anatômicas de orelha externa e média (membrana timpânica.....	93
TABELA 18 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos limiares auditivos médios quanto aos níveis adequados (Normal) e alterados (Leve, Moderado, Severa, Profunda à Ausente).....	94

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	–	Caixas de Aposentadorias e Pensões
ESB	–	Equipe de Saúde Bucal
IAP	–	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
NOAS	–	Norma Operacional da Assistência a Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	–	Programa Saúde da Família
SESP	–	Serviço Especial de Saúde Pública

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	33
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	37
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	40
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS FATORES DE INFLUÊNCIA.....	42
2.2.1	Os determinantes sociais e participação popular.....	42
2.2.2	Saúde e Integralidade.....	43
2.2.3	Exclusão Social e acesso aos serviços de saúde.....	45
2.2.4	Promoção da saúde.....	47
2.3	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....	49
2.4	ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA.....	53
2.5	INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	54
3	JUSTIFICATIVA.....	59
4	OBJETIVOS.....	63
4.1	OBJETIVO GERAL.....	65
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	65
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	67
5.1	SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	69
5.2	FORMAÇÃO DA EQUIPE PSF-UNIVERSIDADE.....	70
5.3	AGENDAMENTO DAS FAMÍLIAS E DESLOCAMENTO DA EQUIPE.....	71
5.4	VISITAS DOMICILIARES.....	71
5.5	PREPARAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E AMBIENTE FAMILIAR.....	73
5.6	ATENDIMENTO DAS FAMÍLIAS.....	73
5.6.1	Linguagem Oral e Escrita.....	74
5.6.2	Motricidade Oral e Voz.....	74
5.6.3	Saúde Auditiva.....	75
5.7	ENCAMINHAMENTOS.....	76
5.8	CONDIÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	76

5.9	ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL E ENTREGA AOS MEMBROS DAS FAMÍLIAS.....	76
5.10	APOIO FINANCEIRO.....	77
6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	79
7	RESULTADOS.....	83
7.1	CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR DAS CONDIÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	85
7.2	CARACTERIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS SUJEITOS.....	90
7.2.1	Linguagem Oral e Escrita.....	90
7.2.2	Motricidade Orofacial e Voz.....	92
7.2.3	Saúde Auditiva.....	93
7.2.4	Encaminhamentos.....	94
8	DISCUSSÃO.....	95
9	CONCLUSÃO.....	107
	REFERÊNCIAS.....	107
	ANEXOS.....	111



1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Em 1990, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Leis 8.808/90 e 8.142/90 e operacionalizado pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB) funcionando como instrumentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2001), (CAVALVANTI, SAMICO, 2006). Tais Normas de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02, propõe a regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados, com populações definidas e mecanismos que garantam o acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde. Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (CAVALVANTI, SAMICO, 2006).

O SUS tem como diretrizes a descentralização, a participação da comunidade, e a regionalização e a hierarquização, sendo operacionalizadas pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (CAVALVANTI, SAMICO, 2006). Para o Ministério da Saúde a estratégia de Saúde da Família organiza e diminui a demanda espontânea, à medida que os problemas de saúde coletiva vão sendo identificados e uma abordagem coletiva é colocada em prática (FRIEDRICH and PIERANTONI, 2006).

No início da década de 90, são dados os primeiros passos rumo ao que futuramente seria chamado de Programa de Saúde da Família (PSF) e, em 1994, é iniciado oficialmente no Brasil, por meio da Portaria GM/MS nº 692, o Programa de Saúde da Família, com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (MATOS, 2003). O PSF foi implantado com o propósito de “reorganizar a prática de atenção à saúde

em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (SOUZA, 2005).

A visão de atenção integral proposta pelo PSF possibilita a aplicação de medidas de promoção da saúde, proteção de doenças, práticas de diagnóstico e pronto atendimento, visando evitar seqüelas incapacitantes e procurando a maior recuperação funcional possível (ANDRADE and JUNIOR, 1999), (BEFI, 1997), (SACALOSKI, ALAVARSI, 2000).

O Programa Saúde da Família - PSF- vem se consolidando como uma estratégia valiosa, que busca aprimorar o funcionamento do SUS no contexto da elaboração e construção de novas práticas de saúde. Mais que isso, objetiva o rompimento com o modelo hegemônico de atenção à saúde, biomédico, que se mostrou incapaz de atender de forma eficiente às demandas da população (BRASIL, 2001).

Diante dessas circunstâncias e com o objetivo de levar os alunos a vivenciar esta realidade criou-se um Programa Saúde da Família- Universidade bem como uma equipe composta por graduandos e pós-graduandos das áreas de Fonoaudiologia e Odontologia. Tal experiência poderá estimular a inserção e contribuir em futuras ações da Fonoaudiologia no Programa Saúde da Família criado pelo SUS (Sistema Único de Saúde).



2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A saúde no Brasil é representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja como realidade, seja como utopia, com seus princípios de equidade, descentralização e integralidade: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução dos risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Este princípio constitucional básico é regulado pela Lei 8.080 de 1990, em seu Artigo 3o., definindo que: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país” (BARRETO, 2002).

A Constituição de 1988 manteve, tal como antes, separadas a previdência dirigida aos trabalhadores do mercado formal do setor privado da economia e a dos servidores federais, estaduais e municipais (MARQUES and MENDES, 2007).

Acredita-se que a implementação plena de tais princípios constitucionais e legais propicia um sistema de saúde fundado nos conceitos mais avançados de promoção de saúde (BARRETO, 2002).

O sistema de saúde brasileiro vive um processo de mudança há duas décadas, que se iniciou com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários (BARRETO, 2002).

Esta política pública busca criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo (CAMPOS, 2003).

O SUS, portanto, foi consolidado a partir de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. A proposta de atenção universal baseada na concepção de saúde como direito da cidadania e dever do Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais (ALMEIDA, 2002). O princípio da descentralização, por sua vez, sustenta-se em um desenho institucional que busca garantir a institucionalização de governos subnacionais e populacionais, por meio dos conselhos de saúde, como convém a sistemas universalistas e aos princípios de descentralização e controle social do SUS (GERSCHMAN and BORGES, 2006).

A luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS como um processo social e político que requer um ambiente democrático para sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural que fora embasado a partir de uma dimensão ideológica e alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MACHADO, MONTEIRO, 2007).

Os princípios básicos emergem do SUS sendo eles: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como alguns já referidos: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza (MACHADO, MONTEIRO, 2007).

Os princípios que animaram os setores progressistas da constituinte foram: ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos; implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores interessados no processo decisório e no controle da execução das políticas; definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e, garantia de

um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos. No campo da Previdência Social, esses princípios resultaram principalmente na criação de um piso de valor correspondente ao do salário mínimo e na eliminação das diferenças entre trabalhadores rurais e urbanos referente aos tipos e valores de benefícios concedidos (MARQUES and MENDES, 2007).

Entretanto, ainda que sendo resultado desse longo processo, a constituição do SUS pressupõe uma ruptura definitiva com o modelo anterior, tendo em vista que:

- por meio da instituição do direito universal e integral à saúde, elimina-se a característica histórica da segmentação de clientela do sistema de proteção social brasileiro;
- rompe-se, ainda, por meio dele, o modelo de financiamento anteriormente vigente, baseado fundamentalmente em contribuições individuais;
- introduz-se constitucionalmente uma reorganização político-administrativa de peculiar profundidade, tendo em vista que, segundo a Constituição, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atenção integral e a participação da comunidade;
- define-se como complementar a participação dos prestadores de serviços privados nesse novo sistema. É, portanto, necessariamente árduo o processo de implementação de uma transformação dessa natureza e magnitude, que requer não só mudanças político-institucionais, organizacionais, culturais e financeiras, como na própria concepção do modelo de atenção à saúde (MARQUES and MENDES, 2007).

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SEUS FATORES DE INFLUÊNCIA

2.2.1 Os determinantes sociais e participação popular

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) não é um termo novo. Foi referido genericamente pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da OMS (CDSS) como “um conjunto das condições sociais as quais vivemos e trabalhamos” (OMS, 2007) que tem sido explícitos na história da humanidade desde a Antiguidade por diversas culturas. Em muitas delas os DSS se mantêm como um elemento central de sua ideologia e vida cotidiana até o presente, como ocorre em populações indígenas. Nestas populações a saúde é concebida holisticamente com a terra, a natureza e a vida social e espiritual (VILLAR, 2007).

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS and PELLEGRINI FILHO, 2007).

Estado moderno é um prestador de serviços e não apenas um garantidor das situações conquistadas pelos particulares. E para prestar os serviços, que devem ser da melhor qualidade possível, é necessária a cobrança de impostos e taxas; o resultado dessa cobrança é a verba pública. Entende-se que os gastos da verba pública vão em duas direções: para o consumo coletivo e para a infraestrutura industrial. Quando se fala em consumo coletivo, refere-se geralmente, mas não apenas, aos serviços básicos fornecidos pelo Estado e necessários para a reprodução da força de trabalho da população: saúde, educação, saneamento básico, transporte público etc. Como exemplo, basta citar o transporte público (VALLA, 1998).

O desenvolvimento vem sendo muito criticado por estar contribuindo para a degradação do meio ambiente e da saúde das populações e, com isso, tem-se aumentado as iniquidades devido à polarização da distribuição da renda e de saúde. Desta forma, o conceito emergente de segurança humana, em que saúde assume uma visão mais ampla dos direitos civis, focaliza determinantes econômicos, sociais e ambientais, têm-se como objetivo estabelecer uma vida mais justa, com menos violência e desastres naturais. Com este intuito, as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) propõem a luta contra a pobreza como forma de se garantir a segurança humana pela presença da mobilização social e políticas públicas que sejam cumpridas (VILLAR, 2007).

Quando analisamos o desenvolvimento histórico das políticas de saúde no Brasil, deparamo-nos com uma realidade conflitante, marcada por uma forte tendência de autoritarismo e centralismo do poder estatal no enfrentamento das epidemias coletivas. A partir da implementação do SUS, o princípio da participação constitui-se como direito de cidadania. Representa um dos traços diferenciadores do SUS para a garantia plena de sua consolidação. O PSF vem se constituindo como uma das estratégias de reestruturação da atenção básica dos serviços de saúde, traduzindo-se num campo fértil para a implementação da participação popular (LACERDA and SANTIAGO, 2007).

Neste contexto a participação popular é indispensável para transformar as condições adversas de vida e/ou nos DSS constituir-se novas alternativas transformadores da dinâmica social e da sociedade por meio das determinações sociais e pelo reconhecimento da autonomia individual e coletiva (ZIONI and WESTPHAL, 2007).

2.2.2 Saúde e Integralidade

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que isso, ele expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. De certo modo, ele tem funcionado como

uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes) (MATTOS, 2004).

A assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta, entretanto, seria apenas uma das dimensões do conceito da integralidade. No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (ALVES, 2005).

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. Entende-se a integralidade do cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário, se evidencia a importância de articular as ações de saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO, MONTEIRO, 2007).

A OMS, em 1946, consagrou a definição de saúde como “um estado pleno de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de uma doença ou enfermidade” assim como um direito fundamental dos indivíduos e que antecedeu e incluiu a esse aspecto a declaração universal dos direitos humanos. Também explicitou dentro das funções da OMS a colaboração com os estados membros e os órgãos especializados apropriados “para promover o melhoramento da nutrição, habitação, saneamento, lazer, as condições econômicas e de trabalho e

outros aspectos da higiene básica” (MACHADO, MONTEIRO, 2007), (VILLAR, 2007).

Na segunda metade do século passado a Conferência Internacional de Alma Ata considerou também como um dos pilares básicos da estratégia da Atenção Primária à Saúde os Determinantes Sociais declarando “a necessidade de uma estratégia integral de saúde que não só preste serviços de saúde sendo que também aborde as causas sociais, econômicas e políticas subjacentes à doença” (VILLAR, 2007).

Em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre promoção de Saúde, em Ottawa, abordou a saúde de forma mais abrangente considerando haver pré-requisitos referentes às condições e recursos fundamentais para a saúde sendo eles: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Portanto, o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (OMS, 1986).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF (ALVES, 2005).

2.2.3 Exclusão Social e acesso aos serviços de saúde

Acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (BARRETO, 2002). O acesso reflete as características do

sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso. No entanto, a utilização é influenciada também por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas (TRAVASSOS and VIACAVA, 2007).

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1988, garantiu em termos legais o acesso universal, igualitário e integral aos serviços e ações de saúde. Os caminhos percorridos até então demonstram o quão difícil tem sido criar o sentido da justiça social em uma sociedade tão injusta e desigual como a brasileira. Essa é uma tarefa complexa, principalmente em tempos de importantes transformações e rearticulações sociais, políticas e econômicas (CARNEIRO and SILVEIRA, 2003).

Existe uma série de dimensões inter-relacionadas a partir do contexto estrutural socioeconômico político da sociedade. Esse contexto, por sua vez, poderia ser traduzido pela estratificação da população em classes sociais, as quais seriam definidas em termos da distribuição do excedente econômico assim como de acesso ao poder. Esta estratificação social, por sua vez, leva ao que seriam os DSS expressos pela distribuição excludente e desigual de três tipos de fatores:

- materiais como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros;
- psicossociais e comportamentais;
- biológicos

Com a criação do SUS o novo texto constitucional resultou, sem dúvida, de um longo processo de embates entre diversos setores da sociedade, a partir do qual, já desde os anos 1970, operava-se um movimento de crescente expansão do acesso aos serviços de saúde, embora de forma “fragmentada e seletiva” e, desde os anos 1980, introduzia-se na agenda pública a questão da descentralização do sistema de saúde enquanto tema prioritário, pela formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE. Com sua criação, tenta-se diminuir a exclusão social e permitir o acesso a saúde (VILLAR, 2007), (ZIONI and WESTPHAL, 2007).

A universalização de direitos e a participação da comunidade na definição das políticas sociais tiveram como princípio fundador a superação do caráter meritocrático e a adoção da cidadania como critério de acesso. A cidadania é facilmente reconhecível na área da saúde. De uma situação em que o serviço público era voltado apenas aos trabalhadores contribuintes do mercado formal, passou-se à garantia do direito para todos. Já na Previdência Social, esse critério ficou imbricado ao anterior: paralelamente aos trabalhadores contribuintes com aposentadoria calculada basicamente a partir de suas contribuições, coexistem os trabalhadores rurais e as pessoas com salários muito baixos, aos quais é garantido o piso de um salário mínimo (MARQUES and MENDES, 2007).

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto — consultas médicas, hospitalizações — ou indireto — realização de exames preventivos e diagnósticos — com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS and MARTINS, 2004).

Alguns avanços no sentido da universalização, da ampliação da cobertura e da diminuição das desigualdades antecederam a Constituição de 1988. Na previdência, especificamente entre 1985 e 1987, durante o governo de José Sarney, o valor dos pisos dos benefícios urbanos foi aumentado, o prazo de carência diminuído e alguns tipos de benefícios foram estendidos para a clientela rural, promovendo uma maior universalização e cidadania (MARQUES and MENDES, 2007).

2.2.4 Promoção da saúde

A promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três

níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento sociais para todos (CARVALHO, 2008).

Pode-se considerar que a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Podemos dizer, portanto, que a promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades (FLEURY-TEIXEIRA, VAZ, 2008).

A estratégia da promoção da saúde é integral na medida em que procura criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, não apenas dentro do chamado "setor de saúde" propriamente dito, mas envolvendo também outras agências de governo, organizações não-governamentais e movimentos sociais (CARVALHO, 2008).

Neste sentido incorpora-se nela valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo diferentes atores: Estado, comunidade, família e indivíduo (MACHADO, MONTEIRO, 2007). A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Portanto, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS,1986), (MACHADO, MONTEIRO,2007). Não é difícil perceber correspondências nos objetivos e meios propostos órgãos internacionais de desenvolvimento humano, atenção básica em saúde, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável, dentre outras, das diversas agências da ONU (FLEURY-TEIXEIRA, VAZ, 2008).

Tal identidade é vista também com princípios fundamentais do PSF e do SUS, no Brasil, sendo estes: compromisso com o bem-estar, a qualidade de vida, da população presente e das gerações futuras; equidade como meta e como meio para a qualificação da vida; ampliação das capacidades e possibilidades de escolha

individuais e coletivas; inclusão social de “minorias”; afirmação da diversidade e do multiculturalismo; atuação comunitária e desenvolvimento de instrumentos de participação popular deliberativa (FLEURY-TEIXEIRA, VAZ, 2008).

2.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

No Brasil foram várias as tentativas de programas e campanhas para a estruturação das políticas sociais, que foram iniciadas de forma sistemática a partir de 1923, com a promulgação da lei Eloy Chaves, considerada o início da Previdência Social no Brasil, regulamentando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). No setor da Saúde Pública, foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias nas regiões mais afastadas do País, com interesse estratégico para a economia, como a região de produção de borracha na Amazônia. Esse serviço, cuja perspectiva assistencial foi apenas no sentido de avaliar tensões sociais e os serviços odontológicos, continuou deficiente, pois a atenção prioritária era os serviços médicos, como exemplo, o combate à febre amarela (CHAVES, 1986), (DA SILVA, 2004), (RONCALLI, 2000), (VASCONCELOS, 1999).

Vários movimentos políticos sociais foram desenvolvidos com a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão de vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Mas foi a partir do Movimento Sanitarista ocorrido nas décadas de 70 e 80 que se chegou ao atual sistema prestador de saúde, tendo como momento marcante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde se criou a base para as propostas de reestruturação a serem definidas na Assembléia Nacional Constituinte. Por meio das lutas de redemocratização da sociedade brasileira, foi criada, em 1988, a Constituição Federal que garante, em seu artigo 196, que *“a saúde é um direito de todos e um dever do estado* (MATOS and TOMITA, 2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que tem como diretrizes a descentralização, a participação da comunidade, e a regionalização e a hierarquização, sendo operacionalizadas pelos

princípios da universalidade, equidade e integralidade (DA SILVA,2004). A ligação entre a comunidade e as unidades de saúde deve-se à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em junho de 1991, que teve como meta a contribuição para a reorganização do serviço municipal de saúde (BRASIL, 1990).

A ligação entre a comunidade e as unidades de saúde deve-se à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em junho de 1991, que teve como meta a contribuição para a reorganização do serviço municipal de saúde (BRASIL, 1999), (BRASIL, 2001).

O PSF foi implantado com o propósito de “reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (BRASIL, 1999).

O trabalho com famílias tem como ponto de partida a compreensão por parte dos profissionais inseridos nas ESF de questões relacionadas à organização familiar, tais como crenças, valores e procedimentos que são adotados em sua vida familiar diária (SZYMANSKI, 1994).

A valorização dada à família, principalmente pelas classes mais populares, resulta do modo como vivem, de sua condição de classe, de seus desejos, de seus projetos e de seus limites, e não da imposição de valores dada a outras categorias e classes sociais. As famílias apresentam-se em intenso processo de desgaste, devido à vulnerabilidade diretamente associada à situação de pobreza e ao perfil da distribuição de renda. Tornam-se incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir seus direitos de cidadania (VASCONCELOS, 1999).

Para que haja uma melhoria da qualidade de vida da população, é necessário requerer uma atitude de co-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e da coletividade (AERTS, ABEGG, 2004).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios (BRASIL, 2000):

- *Integralidade e hierarquização:* A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- *Territorialização e cadastramento da clientela:* A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.
- *Equipe multiprofissional:* Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACS. Outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos, a exemplo dos cirurgiões-dentistas, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência, sob sua responsabilidade.

Cada equipe deve estar capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;

- Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar.

As assistentes sociais podem estar vinculadas a uma equipe, mas prestam assistência à saúde nas comunidades da área de abrangência de, no mínimo, três equipes. Elas realizam grupos educativos, atendimentos individuais, cadastram usuários para diferentes programas realizados, como por exemplo, programa de saúde mental; fazem visitas domiciliares, acolhimento e participam das reuniões dos conselhos locais de saúde (FRIEDRICH and PIERANTONI, 2006).

Ao tomarmos como referência o município de Bauru, a Secretaria Municipal de Saúde conta ainda com o Conselho Municipal de Saúde, que foi criado em caráter permanente, como órgão deliberativo do SUS, no âmbito municipal, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, a ele competindo: supervisionar, aprovar, fiscalizar, examinar, controlar as ações na área da saúde, principalmente da Secretaria Municipal de Saúde, e ainda, propor, comunicar, discutir as decisões do Conselho (BAURU, 2009).

Os Conselhos Gestores no Município de Bauru, foram criados através da Lei nº 3.830/94, que tem como finalidade primeira garantir a participação dos usuários e dos trabalhadores conjuntamente com os administradores na gestão e controle das ações e serviços das unidades prestadoras de saúde do município. Com a implantação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, a SMS de Bauru garante a participação social, reconhecendo os conselhos como espaços privilegiados para o exercício político e para o estabelecimento de novos fóruns de participação e novas formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil (BAURU, 2009).

2.4 ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Nos últimos anos, a Fonoaudiologia ampliou seu campo de inserção na área da saúde. Entretanto, ainda há muito espaço a ser conquistado em termos de saúde pública. É essencial que o fonoaudiólogo, e todos os profissionais envolvidos na assistência, administração ou planejamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), conheçam seus preceitos, as características administrativas e sua repercussão em um contexto mais amplo, além das práticas cotidianas pertencentes a cada especialidade (GOULART, 2003).

As incursões da Fonoaudiologia na Saúde Coletiva, seja no estudo de questões conceituais seja na análise e sistematização de experiências práticas, são ainda muito recentes e pouco desenvolvidas, principalmente se considerarmos que a própria área da saúde do Brasil, ao longo de sua história - e mais do que nunca atualmente, é marcada por uma sucessão de crises e por um grau considerável de dificuldades em equacionar suas problemáticas (MENDES, 1999).

A Fonoaudiologia tem como objetivo o indivíduo e visa, dentro de sua área de conhecimento, propiciar-lhe o máximo desenvolvimento da capacidade de interação através do discurso e integração na coletividade à qual pertence, tornando-se “imprescindível para a ampliação e integração dos saberes e, independente das estratégias utilizada na estruturação da prática sanitária” (BONAMIGO, 2002).

A prática da Saúde Coletiva e Fonoaudiologia significa construção de novas oportunidades profissionais. Esse tema requer discussão sobre o processo de construção de um projeto profissional, ou seja, sua história, seus princípios gerais, seu código de ética e as perspectivas educativa e preventiva (SILVA, 2004).

Porém, até a década de 90, a maior parte dos fonoaudiólogos, terminavam sua graduação muitas vezes sem conhecer as Unidade Básica de Saúde, alguns não possuíam qualquer conhecimento de epidemiologia ou sobre o sistema em que iriam atuar, tendo que aprender na prática cotidiana a realidade do serviço público (GIANNOTI, 2004), (LESSA, 2005).

A partir desse quadro, foi realizada uma pesquisa com todos os fonoaudiólogos que trabalham na rede pública de saúde da 18ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina (SDR/SC), com intuito de verificar o conhecimento que estes profissionais possuem a respeito do sistema de saúde nos quais exercem suas atividades profissionais, a prevenção de patologias, a promoção à saúde, o acesso à saúde, o acolhimento e as práticas de saúde e comparar as respostas obtidas com a literatura. Neste contexto, verificou-se que a maioria dos fonoaudiólogos não possuem conhecimento sobre a filosofia do sistema (CRFa, 2002).

O fonoaudiólogo, a partir do desenvolvimento das ações voltadas para a saúde pública, implementa, coordena, adapta e gerencia ações, programas e campanhas de prevenção em saúde, sendo de fundamental importância a adaptação e verificação constante de tais programas e campanhas (CRFa, 2002).

2.5 INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Todas as categorias da saúde podem ser inseridas no programa - a exemplo de dentistas, assistentes sociais, psicólogos e outras áreas da saúde - pois o Sistema Único de Saúde deve e tem por objetivo oferecer assistência integral de acordo com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 2001).

A Fonoaudiologia, com sua atuação em promoção, prevenção e reabilitação de distúrbios da comunicação humana, vem observando a necessidade da inclusão desses profissionais no PSF uma vez que assume um papel significativo na manutenção da saúde e qualidade de vida. A comunicação é condição primordial para a inserção do homem na sociedade, propiciando a participação social, aprendizagem e contribuindo para a integridade emocional. Dessa forma, nas alterações patológicas pode haver um prejuízo do desempenho social e até mesmo profissional, o que limita a capacidade de criação e transformação do mundo por meio da palavra, característica eminentemente humana (ANDRADE, 1996).

As atuais políticas de saúde internacionais e nacionais apontam para as necessidades de uma mudança de paradigma na atenção à saúde, deslocando o eixo patologia/ tratamento/ controle/ prevenção de doenças para o eixo saúde/promoção da saúde (BRASIL, 2001). Os problemas da saúde deixam de ser analisados a partir da perspectiva individual para serem abordados de forma integral na perspectiva da promoção de saúde, e de ser responsabilidade de profissionais específicos e passam a ser interdisciplinares e parcerias intersetoriais, envolvendo diversos setores da sociedade, na implantação de políticas públicas e ambientes saudáveis para a equidade e melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 1999).

Com a reestruturação do sistema de saúde a fonoaudiológica se inseriu na atenção básica e deve atuar em todas as fases e níveis de atenção da saúde. Os níveis de prevenção são divididos em primária, secundária e terciária. A prevenção primária se faz com a intercepção dos fatores pré-patogênicos e inclui a promoção da saúde e a proteção específica, o nível secundário é realizado no indivíduo, já sob ação de patogênico ao nível de estado de doença, e inclui o diagnóstico precoce e a limitação da invalidez; a prevenção terciária consiste na prevenção da incapacidade através de medidas destinadas a reabilitação (ANDRADE, 1995), (ANDRADE, 1996).

A prevenção realizada pelo fonoaudiólogo consiste em eliminar os fatores que interferem na aquisição e desenvolvimento dos padrões da fala, linguagem e audição com medidas de caráter amplo e específicas. A deficiência auditiva na infância, por exemplo, é um problema de saúde pública tanto pelo impacto da privação sensorial no desenvolvimento infantil, como pela sua incidência. As causas e a prevalência desta desordem, na maioria das vezes, poderiam ser controladas, cabendo aos profissionais envolvidos com a atenção primária de saúde, em particular, no Programa Saúde da Família (PSF) (ALVARENGA, BEVILACQUA, 2008).

Na prevenção primária o fonoaudiólogo visa eliminar ou inibir fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias de comunicação através de medidas de ordem geral e de combate a determinadas patologias fonoaudiológicas específicas, podendo ser incorporadas de forma direta e indireta com estratégias de imunização, saúde ocupacional, educação nas escolas,

aconselhamento genético, cuidados pré-natais, tratamento precoce, planejamento familiar, screening, cuidados médicos contínuos, controle da qualidade ambiental, qualidade de vida, e uso de alimentos específicos (ANDRADE, 1995).

Na prevenção secundária a ação diagnóstica é rápida e o tratamento é imediato com objetivo de curar ou estacionar o processo evolutivo da doença, evitando a contaminação de terceiros se a moléstia for transmissível, a fim de evitar complicações e seqüelas, evitar a invalidez prolongada, através de ações como provisão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte, inquérito para descobertas de casos na comunidade, exames periódicos, detecção precoce de casos, pesquisas de triagem e tratamento para evitar a progressão (ANDRADE, 1996).

Em se tratando da prevenção terciária o principal objetivo é de recolocar o indivíduo afetado em sua posição útil na sociedade com a máxima utilização de sua capacidade restante, reintegrando esse indivíduo na sociedade com ações de reabilitação fonoaudiológicas, emprego para o reabilitado, prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento para utilização máxima das capacidades, educação do público e indústria no sentido de que empreguem o reabilitado, emprego tão completo quanto possível e utilização de asilos. Atualmente a reabilitação passa a ter importância em decorrência do aumento da expectativa de vida. O princípio fundamental é que a responsabilidade com a saúde não cesse, estenda-se durante toda a vida, buscando melhoria, condições e qualidade de vida. (GONÇALVES, 2005).

A Fonoaudiologia vem conquistando um grande espaço na saúde pública com a integração em equipes do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), de acordo com a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF tem como objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (CRFa,2008).

O profissional de fonoaudiologia está presente em todos os segmentos da saúde, desde a baixa até a média e alta complexidade. Com a sua inserção no NASF a fonoaudiologia ficará cada vez mais reconhecida. O trabalho que o

fonoaudiólogo realizará junto aos pacientes na atenção básica irá dar a dimensão da sua importância no dia-a-dia (CRFa,2008).

O fonoaudiólogo precisa atuar promovendo saúde e qualidade de vida como em ações na saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso de forma direta e indireta com essas populações. De forma direta realizando programas de orientação do desenvolvimento da linguagem, audição e das funções estomatognáticas (sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e respiração), entre outras. Na forma indireta atuando na realização de diagnósticos e tratamento precoce em linguagem, motricidade oral, voz e audição (ANDRADE, 1996), (ANDRADE, 1995).

É muito importante que os profissionais de Fonoaudiologia busquem aprimorar os conhecimentos e capacitação na área de saúde pública e conhecermos o que é o sistema único de saúde.



3 Justificativa

3 JUSTIFICATIVA

Atualmente a equipe do PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF é composta no mínimo por médico, enfermeiro auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e, também, uma equipe de Saúde Bucal. Essa equipe é assim estruturada para garantir que o município minimamente comece a organizar a atenção à saúde de sua população. No entanto, todas as categorias da saúde podem ser inseridas ao trabalho como fonoaudiólogos, pois o Sistema Único de Saúde deve e tem por objetivo oferecer assistência integral.

Desta forma, este trabalho poderá contribuir como embasamento na inserção da fonoaudiologia, uma vez que, há escassez de literatura sobre esta possível atuação.



4 Objetivos

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil fonoaudiológico das famílias e promover atenção básica e assistência fonoaudiológica aos sujeitos, frente às perspectivas do SUS, para possibilitar aos demais membros das famílias das crianças matriculadas na Casa do Garoto Rogacionista um atendimento igualitário ao que eles recebem na instituição por meio das atividades extra-murais da FOB-USP.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as condições econômicas, sociais e acesso aos serviços de saúde das famílias;
- Realizar triagem fonoaudiológica de todos os membros da família nas áreas de Linguagem, Voz, Audição e Motricidade Orofacial;
- Elaborar um material instrucional com orientações relacionadas à saúde fonoaudiológica;
- Realizar encaminhamentos pertinentes aos serviços gratuitos do município para avaliação e terapia fonoaudiológica quando se fizerem necessários.



5 Materiais e Métodos

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O presente estudo foi realizado no município de Bauru/SP com as famílias de crianças matriculadas na entidade filantrópica Casa do Garoto, entidade esta que faz parte das atividades extra-murais da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP) e que presta atendimento à aproximadamente 300 crianças de famílias carentes em regime de semi-internato.

Foram selecionados aleatoriamente 51 crianças matriculadas na entidade, independente da faixa etária, para participarem do trabalho com suas respectivas



Figura 1 - Casa do Garoto Rogacionista

famílias. No entanto 1 família recusou-se a participar das triagens fonoaudiológicas e, desta forma, o número total de sujeitos triados pela Fonoaudiologia foram 209. O critério de exclusão ocorreu quando as crianças eram irmãs ou moravam na mesma residência de outra pré-selecionada, para não ocorrer duplicidade na amostra. Portanto, todos os membros foram

atendidos, desde as crianças não matriculadas na entidade até os adultos, idosos. Os pesquisadores do projeto estabeleceram contato com o diretor administrativo da Entidade Casa do Garoto Rogacionista a fim de expor os objetivos. Após aquiescência do diretor foi marcada uma reunião com os pais e/ou responsáveis para explicar como seriam realizados os atendimentos domiciliares, mas estes somente assinariam termo de concordância no momento da visita. Após a reunião, foi elaborada uma lista contendo nomes dos membros, endereço e telefone no intuito de agendar o dia e o horário do atendimento. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (Anexo A).

Portanto, foram excluídas da amostra as crianças cujas famílias não demonstraram interesse em participar do estudo.

Caso as famílias das crianças morassem em um domicílio coletivo, ou seja, em um mesmo terreno sem separação das habitações por paredes, muros ou cercas, bem como nos casos em que as mesmas morassem em domicílios individuais, mas houvesse dependência financeira entre elas, a residência seria considerada como única. Em outras palavras, pode-se dizer que somente seria considerado como residência o domicílio que possuísse a independência do local da habitação com o acesso direto de seus moradores e sem dependência financeira, mesmo que fosse de alimentação.



Figura 2 - Atendimento domiciliar

5.2 FORMAÇÃO DA EQUIPE PSF-UNIVERSIDADE

Criou-se na Faculdade de Odontologia uma equipe denominada “Programa Saúde da Família- Universidade” composta por um cirurgião-dentista (pós-graduando), um graduando do curso de Odontologia (último ano), uma fonoaudióloga e uma graduanda em Fonoaudiologia (último ano).

A equipe contemplou a atuação dentro dos padrões e diretrizes do SUS com o objetivo proporcionar maior contato do aluno com uma realidade diferente do que é vivenciada nas clínicas tradicionais e estimular a inserção de profissionais, como fonoaudiólogos, que ainda não fazem parte do PSF.

A Odontologia realizou juntamente com a Fonoaudiologia um cadastro da família e a caracterização familiar das condições sociais, econômicas e de acesso aos serviços de saúde (Anexo C) adaptado do protocolo do Ministério da Saúde. Em relação à saúde bucal foi realizado levantamento das condições de necessidades odontológicas, atividades educativo-preventivas e encaminhamentos para a

Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. As atuações fonoaudiológicas serão descritas ao longo deste trabalho.

5.3 AGENDAMENTO DAS FAMÍLIAS E DESLOCAMENTO DA EQUIPE

Os agendamentos eram feitos semanalmente com as famílias que assinaram uma lista e aceitaram participar da pesquisa. A visita da equipe às residências era marcada em dois períodos noturnos: às 18h30 (dezoito horas e trinta minutos) e às 20h



Figura 3 - Atendimento domiciliar

(vinte horas), sendo, assim, visitadas duas famílias por noite. A equipe se reunia às 18h (dezoito horas) em frente à faculdade.

A equipe se deslocava às residências em veículo próprio, tendo em mãos o endereço fornecido pela família, alguns pontos de referência para a localização no bairro e telefone de contato para qualquer emergência ou eventualidade. Para facilitar o percurso,

antes da saída até as residências era traçado o caminho com base em um mapa urbano de Bauru em busca do melhor trajeto com o auxílio de todos da equipe.

5.4 VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares foram realizadas mediante a obtenção do endereço de cada família junto à assistência social da entidade. A realização da visita domiciliar foi feita após um agendamento prévio com a família com o propósito de atender todos os membros. Após o cadastramento da família e de cada membro todos os sujeitos eram atendidos de forma igualitária.



Figura 4 - Mapa urbano da região central de Bauru

5.5 PREPARAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E AMBIENTE FAMILIAR

Ao longo deste trabalho foi utilizado pelos profissionais diferentes cômodos para a realizações das triagens e avaliações, desde salas, cozinhas, quartos, quintais descobertos e varandas sendo estas realizadas com os profissionais sentados ou em pé bem como os sujeitos. Algumas condições de moradia prejudicaram as triagens como a falta de espaço para todos dentro da casa, goteiras durante os períodos de chuva, higiene precária do sujeito e da residência, presença de roedores em cima da mesa a ser utilizada, ausência de mesas para estruturar adequadamente os materiais ou cadeiras para os profissionais e sujeitos. Desta forma, em cada residência havia diferentes disposições dos materiais a serem utilizados, exigindo dos pesquisadores flexibilidade para modificar sua conduta em cada ambiente de modo que estes fatores não prejudicassem a qualidade do atendimento.

5.6 ATENDIMENTO DAS FAMÍLIAS

Os pais que concordaram e autorizaram a realização das atividades fonoaudiológicas (triagens, encaminhamentos e demais procedimentos, de acordo com as necessidades), assinaram um termo de concordância (Anexo B).

O atendimento das crianças e seus familiares ocorreu no próprio domicílio. Foi aplicado um protocolo de triagem fonoaudiológica pré-estabelecido pelas próprias fonoaudiólogas que abordou os aspectos de linguagem, audição, voz e motricidade orofacial de modo que contemplasse todos os membros da família: crianças, adolescentes, jovens, adultos, gestantes, idosos, (Anexo D).



Figura 5 - Atendimento domiciliar

Participaram da triagem da linguagem escrita os sujeitos em idade escolar (seis a dezessete anos) e jovens (dezoito a vinte e um anos) que estivessem ainda no ensino médio.

Os pais e/ou responsáveis ou os próprios sujeitos que concordaram com a realização dos procedimentos fonoaudiológicos, foram submetidos ao processo de triagem para a caracterização do perfil fonoaudiológico. Para a avaliação dos pacientes foram utilizados os seguintes procedimentos:

5.6.1 Linguagem Oral e Escrita

A compreensão do discurso fora analisada durante a conversação livre e eram anotadas caso houvesse algum desvio da normalidade.



Figura 6 - Avaliação de Linguagem

Para a análise da linguagem escrita, os alunos foram solicitados a realizar escrita espontânea (redação), ditado, cópia e leitura, sendo que os temas sugeridos eram condizentes para a escrita espontânea, bem como os textos e/ou palavras para o ditado, cópia e leitura conforme estipulado para as idades. Nessa avaliação, utilizou-se folhas sulfite, lápis e borracha.

5.6.2 Motricidade Orofacial e Voz

No que se refere aos aspectos morfológicos, foram investigados o tipo facial, os lábios, a língua, o palato duro, o palato mole, as tonsilas palatinas, as úvulas, os dentes e a oclusão. Quanto ao sistema sensorio motor oral, verificou-se a

tonicidade/ tensão, a mobilidade/ motricidade, a sensibilidade tátil dos órgãos fonoarticulatórios e a dor à palpação.

Com relação às funções estomatognáticas, foram avaliadas a respiração, a mastigação, a deglutição, a fonoarticulação e a função velofaríngea. Quanto aos materiais de consumo, foram utilizados luvas descartáveis, abaixadores de língua, lanterna, estetoscópio, régua milimetrada, lápis cópia, espelho nasal milimetrado, bolacha waffer e água. Foi realizada apenas a avaliação subjetiva da Voz por meio de conversa espontânea no decorrer dos atendimentos.

5.6.3 Saúde Auditiva

Quanto à triagem auditiva, utilizou-se inicialmente o decibelímetro com o intuito de verificar o ruído ambiental e as condições ideais para a realização do exame. Em seguida, fora empregado o otoscópio para a visualização do meato acústico externo e da porção externa da membrana timpânica, o PA-05 adaptado ao fone TDH-39 para a investigação dos limiares auditivos em 500 Hz, 1kHz, 2kHz e 4kHz, instrumentos musicais: sino, agogô, guiso, coco para a triagem infantil, do processamento auditivo e do reflexo cócleo-palpebral.



Figura7 - PA 5

Mediante as alterações encontradas, foram solicitados aos pais encaminhamentos para exames complementares, como otorrinolaringologia, psicologia, neurologia, pediatria, odontologia, e terapia fonoaudiológica.

5.7 ENCAMINHAMENTOS

Todos os sujeitos identificados com qualquer desordem da comunicação foram encaminhados aos centros de atendimentos gratuitos.

5.8 CONDIÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para isso foi aplicado um questionário inicial dirigido as mães, e na falta

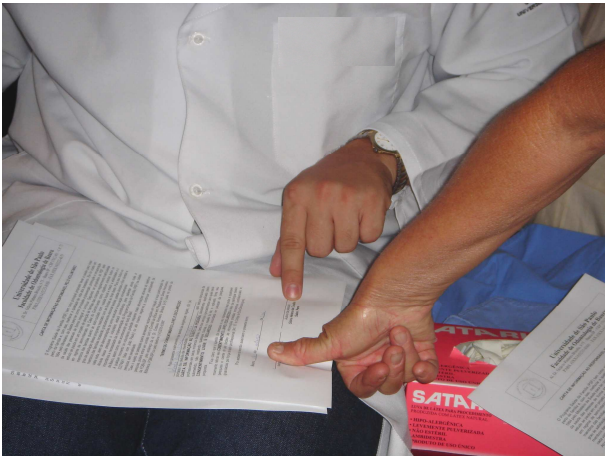


Figura 8 - Atendimento domiciliar

destas aos pais ou responsáveis pela residência. As informações extraídas foram relativas à condição sócio-cultural (caracterização da moradia, tipo de ocupação dos integrantes da família, escolaridade dos integrantes da família), saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e de socialização da família dentro da comunidade (Anexo C).

5.9 ELABORAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL E ENTREGA AOS MEMBROS DAS FAMÍLIAS

Com o desenvolver desta pesquisa percebeu-se a necessidade de elaborar um material instrucional intitulado “**Programa PSF-Universidade: manual fonoaudiológico para a família, guia de bolso**” (Anexo F), no intuito de priorizar os assuntos abordados durante as visitas.

O mesmo será entregue no início do próximo ano, podendo estes serem enviados via correio como a família já havia sido informada outrora. O objetivo deste material é que a família tenha um guia de orientação fonoaudiológica prático contendo as orientações feitas durante as visitas bem como outras informações adicionais caso surjam dúvidas no âmbito da saúde fonoaudiológica.

5.10 APOIO FINANCEIRO

A pesquisa foi apoiada por um órgão de fomento, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), sob número de processo 2007/02548-2 (Anexo E). Os materiais adquiridos com este auxílio foram:

- Notebook marca HP, modelo TX1210, AMD Turion, 2 Gb, 1.9 GHz, 160Gb, CDRW e DVDRW com fonte.
- Câmera Digital SONY DSC-H7, 8.1 mega pixels, 15x zoom óptico, super Steady Shot com carregador de baterias, bateria recarregável, controle remoto, CD-ROM, cabo USB;
- Impressora multifuncional, marca HP, modelo Officejet PSC 4355
- Pendrive de 4 gb, marca Kingston, modelo 4096
- Audiômetro Pediátrico (PA-5), marca Instrutherm com medição entre 20 e 80 dB;
- Fone modelo TDH39, 10 OHM com borracha MX41
- Lanternas clínicas para inspeção da cavidade oral, marca VONDER, diâmetro: 18,5 mm, comprimento: 125 mm. Acompanha estojo plástico e alça.
- Otoscópios marca Missouri, modelo TK com 5 espéculos
- Estetoscópio marca Glicomed, modelo simples PREMIUM. Completo com tubo simples em “Y” e diafragma simples.

- Espelho nasal milimetrado, marca Pró-Fono, modelo Altmann
- Conjunto Bandinha Musical, marca Oliveira com 12 instrumentos: Reco-reco, Black Black, Congue, Chocalho, Campanela, Tambor, Maracá, Agogô, Afuche, Prato, Sininho, Ganzá;

A adequação gráfica do material instrucional foi realizado por um profissional *Designer* e as despesas com empresa gráfica foram financiadas pelo PROAP (Programa Apoio à Pós-Graduação), CAPES, para a impressão de todo o material gráfico.



6 Análise Estatística

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise descritiva para avaliar as condições sócio-econômicas e de saúde fonoaudiológica das famílias, por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas apresentadas em gráficos e tabelas, sendo que os dados foram tabulados em Excel versão 2003.



7 Resultados

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR DAS CONDIÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Foram visitadas 51 famílias sendo que uma recusou-se a participar da triagem fonoaudiológica. O total de participantes foram 213 indivíduos, dos quais três se recusaram a participar da pesquisa no momento da visita, o que totalizou 210 sujeitos. A distribuição dos bairros de Bauru visitados durante a pesquisa encontra-se descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da frequência, em número (n) e porcentagem (%), das famílias visitadas, de acordo com o bairro ao qual pertenciam.

Bairros	n	%
Pousada da Esperança	1	1,96
Jardim TV	1	1,96
Parque City	1	1,96
Jardim Araruma	1	1,96
Vila Cardia	1	1,96
Jardim Ivone	1	1,96
Núcleo José Regino	1	1,96
Jardim Godoy	4	7,84
Vila Garcia	4	7,84
Santa Cecília	5	9,8
Pousada 1	6	11,76
Parque Vista Alegre	7	13,73
Parque São Geraldo	9	17,65
Jardim Marília	9	17,65
TOTAL	51	100,00

A média das idades dos participantes variou entre quatro meses e 78 anos, sendo que a média foi de 26 anos.

A distribuição dos participantes por grupos etários encontra-se descrita na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao gênero, grupos etário e étnico dos participantes.

Gênero	N	%
Masculino	105	49,30
Feminino	108	50,70
Grupo Etário		
0 a 2	05	02,35
3 a 9	47	22,07
10 a 19	45	21,13
20 a 29	20	09,39
30 a 49	69	32,39
50 a 78	27	12,68
Grupo étnico		
Amarelo	0	0,00
Indígena	0	0,00
Negro	34	15,96
Pardo	71	33,33
Branco	108	50,70
TOTAL	213	100,00

As rendas familiar e *per capita* das famílias, apresentadas em valores máximos, mínimos e médios, estão descritas na Tabela 03.

Tabela 3 - Renda familiar e per capita dos participantes da pesquisa.

	<i>Máxima</i>	<i>Mínima</i>	<i>Média</i>
Renda familiar	R\$ 1.400,00	R\$ 150,00	R\$ 645,39
Renda per capita	R\$ 666,67	R\$ 21,43	R\$ 154,71

Os tipos de moradias das famílias encontram-se descritos na Tabela 04. É importante destacar que cada casa apresentava uma média de cinco cômodos, sendo que todas apresentavam energia elétrica.

Tabela 4 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), dos tipos de casa das famílias participantes da pesquisa.

Tipo de Casa	n	%
Taipa Revestida	0	0,00
Taipa não Revestida	0	0,00
Material Aproveitado	0	0,00
Outros	0	0,00
Madeira	10	19,61
Tijolo	41	80,39
Total	51	100,00

Os meios pelos quais acontecia o destino do lixo das famílias encontram-se descritos na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino do lixo das residências.

Destino do Lixo	n	%
Céu Aberto	0	0,00
Queimado	1	1,96
Coletado	50	98,04
Total	51	100,00

Os meios de tratamento caseiro da água de beber nos domicílios estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma de tratamento caseiro da água de beber nos domicílios.

Tratamento da água	n	%
Fervura	2	3,92
Filtrado	18	35,29
Sem Tratamento	31	60,78
Total	51	100,00

As questões de saneamento básico com relação ao abastecimento de água e destino das fezes nos domicílios encontram-se descritos nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à forma do abastecimento de água no domicílio.

Abastecimento	N	%
Poço	4	7,84
Rede	47	92,16
Total	51	100,00

Tabela 8 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao destino das fezes nos domicílios.

Destino	N	%
Fossa	0	0
Rede	51	100
Total	51	100,00

O tipo de assistência à saúde que as famílias procuram em caso de doença, encontra-se descrito na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto ao tipo de assistência à saúde que a família procura em caso de doença.

Em caso de doença	N	%
Benedeira	0	0,00
Farmácia	2	3,92
Hospitais	5	9,80
UBS	44	86,27
Total	51	100,00

Os meios de comunicação em massa utilizados pelas famílias em suas residências, encontram-se descritos na Tabela 10. É importante destacar que o número dos meios de comunicação foi superior ao número das famílias, em função da ocorrência de várias respostas para uma mesma família.

Tabela 10 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos meios de comunicações em massa utilizados nas residências pelas famílias.

Meio de comunicação	N	%
Jornal	1	1,96
Internet	2	3,92
Rádio	44	86,27
Televisão	47	92,16

A participação dos membros das famílias em grupos comunitários encontra-se descrita na Tabela 11. É importante destacar que uma família participava de dois grupos.

Tabela 11 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à participação das famílias em grupos comunitários.

Grupos Comunitários	n	%
Cooperativas	0	0,00
Associação	2	3,92
Grupo Religioso	16	31,37
Não Participa	34	66,67

Os tipos de transporte utilizados pelas famílias encontram-se descritos na Tabela 12. É importante ressaltar que cinco famílias utilizavam mais de um transporte.

Tabela 12 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto aos tipos de meios de transportes utilizados pelas famílias.

Meios de Transporte	n	%
Caminhão	0	0,00
Carroça	0	0,00
Carro	2	3,92
Bicicleta	3	5,88
Moto	4	7,84
Ônibus	46	90,2

7.2 CARACTERIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS SUJEITOS

7.2.1 Linguagem Oral e Escrita

- Expressão e Recepção Oral

A expressão e recepção da linguagem oral estão apresentadas na Tabela 13 em relação à Inteligibilidade, Compreensão, Disfluência e Alteração de Fala.

Tabela 13 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a Triagem da expressão e recepção da linguagem oral.

	Inteligibilidade		Compreensão		Disfluência		Alteração Fala	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Sim	-	-	-	-	5	2,66	32	17,02
Não	-	-	-	-	183	97,34	156	82,98
Normal	183	97,34	184	97,87	-	-	-	-
Alterada	5	2,66	4	2,13	-	-	-	-
Total	188	100,00	188	100,00	188	100,00	188	100,00

As alterações verificadas durante a triagem de Fala e Linguagem estão apresentadas no Gráfico 1.

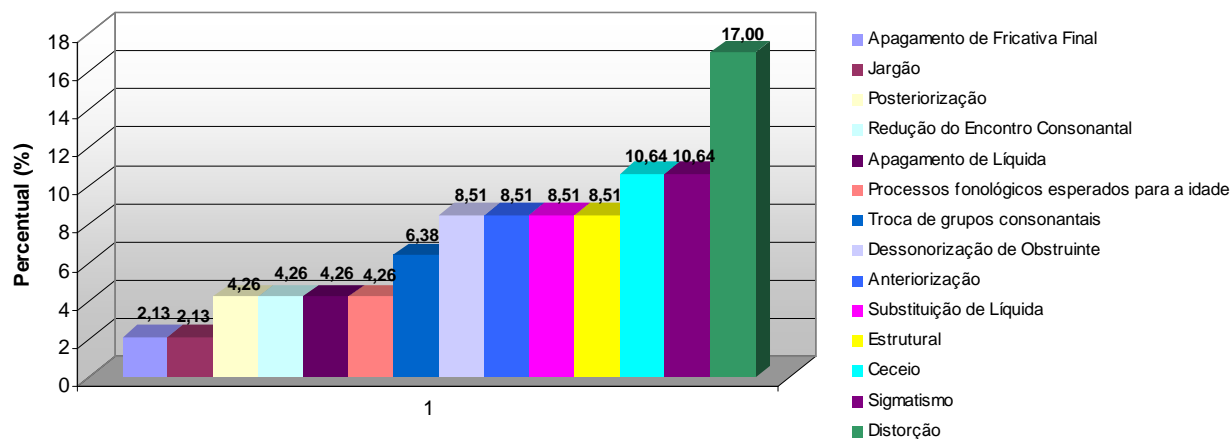


Gráfico 1 - Percentual dos tipos de alterações relacionadas à Fala e Linguagem.

- Expressão e Recepção da Linguagem Escrita

A expressão e recepção da linguagem escrita estão apresentadas na Tabela 14 em relação à Leitura, Ditado e Escrita Espontânea.

Tabela 14 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a triagem da expressão e recepção da linguagem escrita.

	Leitura		Ditado		Escrita Espontânea	
	n	%	n	%	N	%
Adequada	57	76,00	16	21,33	32	42,67
Inadequada	18	24,00	59	78,67	43	57,33
Total	75	100,00	75	100,00	75	100,00

Os tipos de erros ortográficos observados durante a triagem da comunicação escrita estão descritas no Gráfico 2.

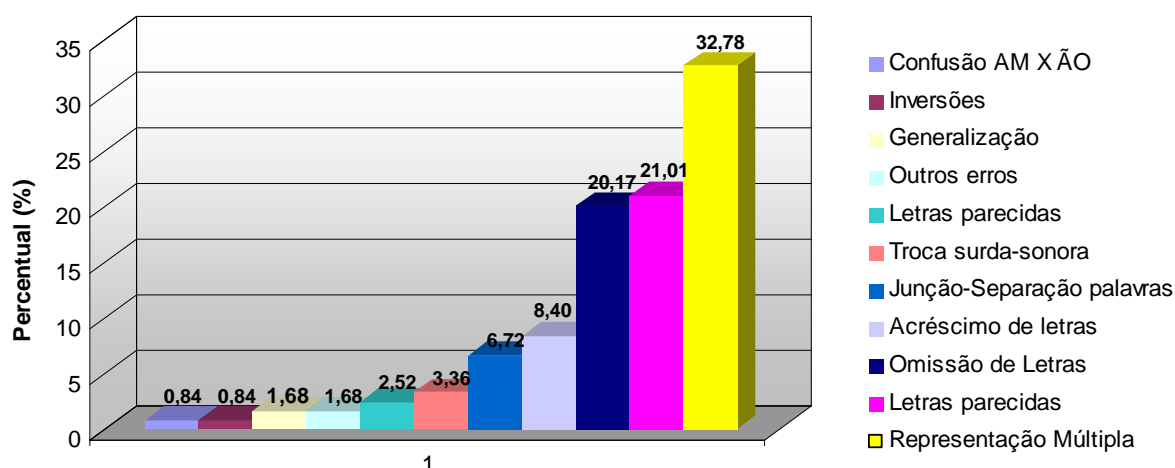


Gráfico 2 - Percentual de presença de erros ortográficos durante o ditado e a escrita espontânea.

7.2.2 Motricidade Orofacial e Voz

Na Tabela 15 são apresentadas as triagens relacionadas à Mastigação, Respiração, deglutição e Musculatura orofacial.

Tabela 15 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto à avaliação da mastigação, respiração, deglutição e musculatura orofacial.

	Mastigação		Respiração		Deglutição		Musculatura	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	158	82,29	145	75,52	188	97,92	166	86,46
Alterada	34	17,71	47	24,48	4	2,08	26	13,54
Total	192	100,00	192	100,00	192	100,0	192	100,00

A avaliação subjetiva da voz encontra-se descrita na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a avaliação subjetiva da voz.

Voz	n	%
Normal	152	79,17
Alterada	40	20,83
Total	192	100,00

7.2.3 Saúde Auditiva

A verificação da anatômica e morfológica do pavilhão auditivo, a inspeção do conduto auditivo (Meatoscopia) e a observação da Membrana Timpânica das orelhas direita e esquerda estão apresentadas na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição de frequência, em número (n) e porcentagem (%), quanto a avaliação das condições morfológicas e anatômicas de orelha externa e média (membrana timpânica).

	Pav OD		PAV OE		Meato OD		Meato OE		MT OD		MT OE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	199	100,00	199	100,00	170	85,43	172	86,43	171	85,93	174	87,44
Malformação	-	-	-	-	1	0,50	1	0,50	-	-	-	-
Obstrução	-	-	-	-	13	6,53	11	5,53	-	-	-	-
Cerúmen	-	-	-	-	8	4,02	8	4,02	-	-	-	-
N.												
Visualizado	-	-	-	-	-	-	-	-	20	10,05	20	10,05
Abaulada	-	-	-	-	-	-	1	0,50	1	0,50	1	0,50
Hiperemiada	-	-	-	-	5	2,51	4	2,01	3	1,51	3	1,51
Opaco	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,01	-	-
Descamação	-	-	-	-	2	1,01	2	1,01	-	-	-	-
Perfuração	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,50	-	-
Retração	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,50	1	0,50
Total	199	100,00	199	100,00	199	100,00	199	100,00	199	100,00	199	100,00

Os dados dos limiares auditivos estão descritos na Tabela 18. Devido à triagem auditiva comportamental de 05 participantes, todos com resultados esperados para a idade, o número de participantes desta avaliação foi de 194 sujeitos.

Tabela 18 - Distribuição de freqüência, em número (n) e porcentagem (%), dos limiares auditivos médios quanto aos níveis adequados (Normal) e alterados (Leve, Moderado, Severa, Profunda à Ausente).

Faixas	Classificação	n	%
< 30	Normal	179	92,27
31 a 40	Leve	9	4,64
41 a 60	Moderado	5	2,58
61 a 80	Severa	1	0,52
>80	Profunda	0	0,00
<i>Total</i>		194	100,00

7.2.4 Encaminhamentos

Após as triagens, 63 sujeitos foram encaminhados para atendimento especializado. Vale ressaltar que alguns participantes apresentaram diferentes alterações fonoaudiológicas justificando, desta forma, o número total de 140 encaminhamentos.

No Gráfico 3 são apresentados os encaminhamentos que se fizeram necessários.

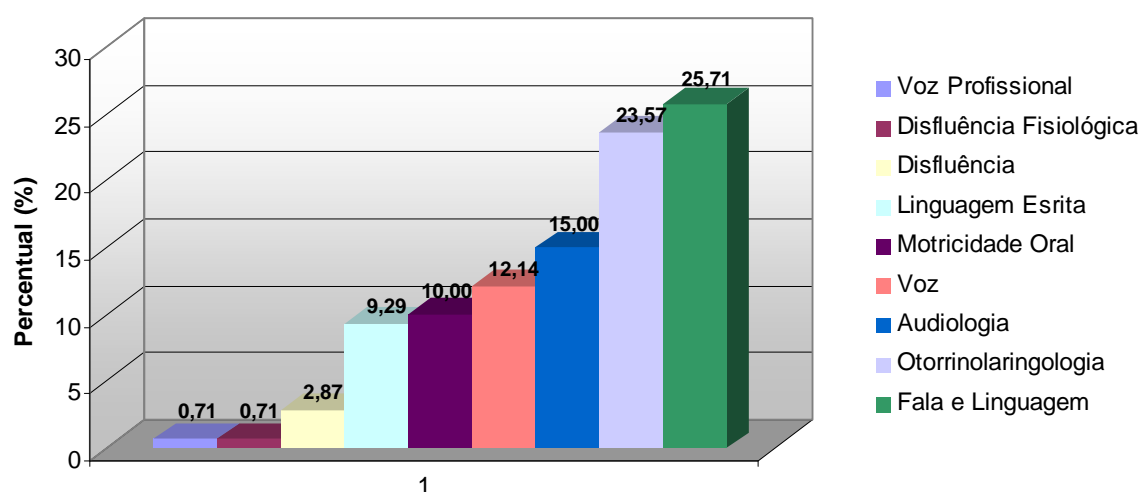


Gráfico 3 - Percentual total de sujeitos encaminhados ao atendimento em serviço público de referência.



8 Discussão

8 DISCUSSÃO

Para delimitar os níveis de atenção, é necessário dispor os diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (ou as tecnologias voltadas para a prevenção) nos diversos tipos de serviços de saúde. É desses níveis de atenção que falamos quando defendemos que todos os brasileiros possam ter assegurado seu acesso a todos os níveis (MATTOS, 2004).

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde (ALVES, 2005). Este fato demonstra que as visitas domiciliares proporcionam além dos atendimentos também a educação em saúde como aconteceu em nossa pesquisa.

Apesar da abordagem inovadora e do potencial para mudança social, os princípios da promoção da saúde ainda estão longe de serem plenamente compreendidos e praticados por todos os profissionais e gestores da saúde (CARVALHO, 2008) fato este ocorrido durante o desenvolver do trabalho da equipe do Programa Saúde da Família- Universidade.

Um dado motivador é que na época do início deste estudo o número de famílias atendidas pelo Programa Saúde da Família era de 1.052 famílias e atualmente este número teve um crescimento exorbitante para 7.544 famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O apoio de outros grupos, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é uma meta a ser implantada, em breve, para complementar as equipes com o intuito de obter equipes de PSF-Universidade completas, em busca dos ideais sugeridos na prática de atenção em saúde no Brasil, conforme a filosofia do SUS.

Por essa razão, este estudo se pautou num projeto de atenção às 51 famílias de crianças regularmente matriculadas em regime de semi-internato na

Entidade Casa do Garoto Rogacionista do município de Bauru, entidade esta, que faz parte das atividades extra-murais da FOB/USP.

Utilizou-se neste trabalho apenas uma amostra das crianças para o delineamento experimental do estudo, pois este é um piloto do que posteriormente será estendido a todas as famílias, buscando a equidade da atenção à saúde por meio de uma disciplina de graduação.

Foram visitados 14 bairros, todos situados entre as regiões norte e nordeste do município de Bauru, sendo os mais visitados o Parque São Geraldo e o Jardim Marília. Todos estes bairros ficam nas imediações da Entidade.

A renda familiar média foi de R\$ 645,39, tendo máxima de R\$ 1.400 e mínima de R\$150,00. Apenas sete famílias apresentavam renda familiar inferior a R\$ 300,00.

A renda per capita média foi de R\$ 154,71, tendo máxima de R\$ 666,67 e mínima de R\$ 21,43, sendo que 11 famílias, totalizando 60 pessoas (29,11% do total), apresentavam renda per capita inferior a R\$ 80,00, estando estas abaixo da linha de pobreza estabelecida pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) (VARGAS, 2001 #50).

Quanto às residências das famílias, 89,39% eram de alvenaria (tijolos) e apenas 19,61% de madeira. Das 10 famílias que residiam nas casas de madeira, oito encontravam-se abaixo da linha de pobreza.

Algumas questões de saneamento básico chamaram a atenção, pois em todas as residências visitadas havia rede de água e esgoto, sendo que 92,16% usavam esta água para consumo, enquanto que todos utilizavam a rede de esgoto. Com relação ao tratamento dado à água de beber, 60,78% mencionaram consumir direto da torneira, enquanto que 35,29% mencionaram filtrá-la e apenas 3,92% referiram fervê-la.

A participação destas famílias como sociedade organizada é muito pequena, pois 66,67% mencionaram não participar de nenhuma forma, sendo que apenas 31,37% participavam de grupos religiosos e 2% de algum tipo de associação.

O meio de transporte mais utilizado pelas famílias foi o ônibus (90,20%), seguido do uso de moto (7,84%), bicicleta (5,88%) e carro (3,92%).

Este dado mostra a carência das famílias e a dificuldade que elas têm ao se locomoverem pela cidade, até mesmo para ter acesso aos serviços de saúde oferecidos por nós, pois para chegarem até a FOB-USP, são, muitas vezes, necessários dois ônibus, com tempo médio de uma hora e meia para a chegada.

Se considerarmos que a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS and PELLEGRINI FILHO, 2007) Neste estudo foi possível evidenciar que essas famílias possuíam, em sua maioria, algum tipo de desequilíbrio principalmente em relação às condições de moradia.

No que se refere à Fonoaudiologia, foram investigados aspectos relacionados à audição, voz, linguagem oral, fluência, comunicação escrita e funções estomatognáticas. Tais aspectos, quando alterados ou inadequados, podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos.

A linguagem oral é considerada a primeira forma de socialização do indivíduo sendo importante para a aquisição de conhecimentos de sua cultura. Seu desenvolvimento varia entre as comunidades, uma vez que depende da qualidade dos estímulos verbais e das experiências vivenciadas. Quando alterada, pode comprometer a compreensão e/ou a transmissão de mensagens verbais, o que, muitas vezes, interfere no aprendizado acadêmico. A expressão e a recepção da linguagem oral foram analisadas quanto à inteligibilidade, compreensão, fluência e fala.

A inteligibilidade da fala pode ser definida como o grau com o qual a mensagem do falante pode ser decodificada pelo ouvinte. Em outras palavras, refere-se à facilidade com que o ouvinte é capaz de entender a fala de seu interlocutor. Dessa forma, a inteligibilidade não deve ser vista apenas como um atributo do falante, pois também é dependente de variáveis relacionadas ao ouvinte e ao contexto no qual a comunicação acontece (BARRETO and ORTIZ, 2008).

A inteligibilidade apresentou-se adequada em 97,34%, contudo, neste estudo podemos verificar que as condições de triagens foram influenciadas por alguns fatores, dentre eles, pouca familiaridade do examinador com o sujeito, encontro único que restringiu a amostra de fala além da falta de privacidade imposta pela escassez de ambientes físicos nesses domicílios. Em contrapartida, outro estudo realizado mostrou que a redução da velocidade ou o acréscimo da intensidade da fala não influenciam os escores de inteligibilidade dos sujeitos avaliados, sinalizando que as pistas contextuais exercem mais efeito sobre a inteligibilidade da fala que as informações independentes do sinal acústico. Portanto, esta análise da inteligibilidade foi pautada nas pistas contextuais oferecidas nas interações ocorridas entre o sujeito, o examinador e o ambiente (BARRETO and ORTIZ, 2008), (BARRETO and ORTIZ, 2008).

Na avaliação da compreensão foi observado normalidade (97,87%) dos sujeitos na maioria dos sujeitos avaliados. Podemos considerar que na atividade de compreensão estão envolvidos processos básicos e de alto nível, os quais exigem maior capacidade de abstração ou de elaboração mental. Algumas entidades importantes vistas como de nível básico seriam a memória de trabalho (uma melhor memória de trabalho implica em uma compreensão mais especializada) e os chamados processos léxicos (por exemplo: o conhecimento da estrutura ortográfica). As principais variáveis de alto nível seriam: o fazer inferências (sobre informações que estão apenas sugeridas no texto ou que envolvem uma gama de conhecimentos anteriores sobre o assunto tratado) e o controle ou monitoramento do que está sendo compreendido (ANDRADE and DIAS, 2006).

A fluência foi outro aspecto investigado. Para ser fluente, a fala deve ocorrer num ritmo adequado e ser produzida pelo falante de forma suave e sem esforço. Por outro lado, ao ser disfluente, o indivíduo apresenta interrupções anormais no fluxo da fala, afetando seu relacionamento interpessoal (OLIVEIRA, 2004). O presente estudo evidenciou normalidade quanto a este aspecto para a maioria da amostra (97,34%).

A Fala é uma função complexa, produto de programação do sistema nervoso central. A aquisição dos fonemas implica a percepção, organização e produção dos sons, e tem sido amplamente estudada (FARIAS, AVILA, 2006).

Vale esclarecer que neste trabalho estamos utilizando os termos Linguagem e Fala como qualquer alteração que de alguma forma irão interferir no desempenho da emissão oral, tanto de origem fonética, fonológica ou fonético-fonológica, uma vez que não podemos esquecer que as estruturas dos órgãos fonoarticulatórios terão influência nesta emissão. Este item apresentou normalidade em 82,98% dos sujeitos que foram triados.

Considerando os conceitos contemporâneos de saúde e de promoção da saúde, o conhecimento de fatores ligados aos desvios fonético-fonológicos, levantados em uma amostra representativa da população infantil, podem contribuir com subsídios para a elaboração de políticas públicas de atenção à saúde do escolar (Goulart and Chiari, 2007).

Dentre estas alterações da fala e da linguagem destacou-se a presença de Distorção (17,00%) e, em seguida, o Ceceo e Sigmatismo (10,64%) podendo estes estarem sob influência dos aspectos fonético ou fonológico ou ambos. Sob o ponto de vista fonológico, é comum verificar que a criança utiliza processos que simplificam o sistema de sons, por meio de omissões e substituições durante a aquisição e desenvolvimento da fala (FARIAS, AVILA, 2006).

Com relação à comunicação gráfica, analisada nos sujeitos em idade escolar, verificou-se que a maioria apresentou inadequação quanto ao ditado (78,67%) e à escrita espontânea (57,33%). Esses dados são preocupantes, uma vez que dificuldades nas habilidades de escrita representam barreiras à aprendizagem dos conteúdos propostos nas aulas, podendo acarretar baixo rendimento escolar, atraso no tempo de aprendizagem ou mesmo a necessidade de ajuda especializada (Rebello, 1993).

Em uma pesquisa realizada com 514 alunos de primeira a quarta séries do primeiro grau foi possível analisar o modo como se dá a apropriação do sistema ortográfico. Os dados apontaram que os erros mais comuns encontrados referem-se às representações múltiplas (47,5%) (ZORZI, 1998) como também pôde ser evidenciado em crianças que participaram deste estudo (32,78%) em relação à triagem da linguagem escrita.

Os sistemas de escrita alfabética apresentam como característica essencial correspondências entre sons e letras. No que se refere à língua portuguesa, podemos encontrar diversos tipos de correspondências: uma relação estável, na qual uma só letra é sempre utilizada para escrever um determinado som (como é o caso da letra **f** que sempre escreve o som **/f/**); uma relação não estável, na qual uma mesma letra pode representar vários sons (a letra **c**, por exemplo, pode escrever os sons **/k/** e **/s/**) e, por último, uma correspondência, também não estável, que se caracteriza pelo fato de um mesmo som poder ser escrito por diversas letras (por exemplo, o som **/s/** pode ser representado pelas letras **s, ss, c, ç, x, z, sc, sç e xc**) (ZORZI, 1998).

O aprendizado da ortografia implica na memorização de formas gráficas de palavras. Desta forma, é indispensável enfatizar a necessidade do ambiente escolar e de leitura para a superação destes tipos de erros ortográficos (Cagliari, 1990).

Nesta pesquisa pôde-se verificar que, em seguida, houve a presença dos erros ortográficos referentes à “Letras Parecidas” (21,01%) e “Omissão de Letras” (20,07%), contrário do evidenciado no estudo de Zorzi, que apontou uma predominância do Apoio na oralidade(16,8%) e Omissões de Letras (9,6%).

Para a análise do sistema estomatognático, considerou-se alguns aspectos como a tonicidade da musculatura orofacial e a realização das funções de mastigação, deglutição e respiração. Tais aspectos, quando inadequados, podem prejudicar o desenvolvimento harmônico da face e resultar em desconfortos e/ou dores. Os achados dessa investigação mostraram normalidade para a maioria dos participantes da amostra.

A correta produção dos sons da fala depende de capacidades articulatórias ou motoras, da precisão e da coordenação dos movimentos do sistema estomatognático. Apesar de que, a partir dos três anos de idade, as crianças estejam neurofisiologicamente aptas a reproduzirem corretamente os sons da fala (FARIAS, AVILA, 2006).

O aparelho mastigatório é composto por diversas estruturas anatômicas. Este sistema funcional é constituído, principalmente, pelos dentes e por seus

elementos de suporte, ossos maxilar e mandibular, articulações temporomandibulares, músculos inseridos ao maxilar e à mandíbula, e pelo sistema nervoso e vascular desses tecidos. São três as funções principais deste sistema: a própria mastigação, a deglutição e a fala. A mastigação pode ser caracterizada como a ação de morder, triturar e pasteurizar o alimento (APOLINARIO, MORAES, 2008).

A mastigação é a função mais importante do sistema estomatognático. Tem por objetivo a degradação mecânica dos alimentos e influencia diretamente no crescimento e desenvolvimento dentofacial. (PASTANA, COSTA, 2007). O trabalho em questão apontou para uma normalidade dos sujeitos (82,29%).

A respiração, considerada função vital do organismo desde o nascimento, influencia diretamente a manutenção da organização esquelética, dentária e muscular do sistema estomatognático. É consenso na literatura que, quando o padrão respiratório ocorre de maneira inadequada, fazendo o indivíduo uso de uma respiração bucal de suplência, várias alterações podem ser associadas. Compensações posturais como extensão de cabeça para facilitar a passagem da corrente aérea, padrão de crescimento predominantemente dolicofacial e alterações na mastigação, além de outras, têm sido observadas em respiradores bucais e citadas como características desta alteração (FERLA, SILVA, 2008).

Os distúrbios provocados pela substituição temporária do padrão de respiração nasal são superados com o restabelecimento da respiração correta. A continuidade deste quadro, além de alterar as funções de mastigação, deglutição, respiração e fonação, os quais influenciarão no desenvolvimento e crescimento dos sistemas, trarão alterações de equilíbrio das forças musculares torácicas e posturais (MENEZES, LEAL, 2007). Dentre as funções, a respiração foi a que apresentou um número maior de alterações, cerca de (24,48%), diferentemente da mastigação (17,71%), deglutição (2,08%) e músculos orofaciais (13,54%). Este quadro pode evidenciar que a respiração poderá influenciar as demais funções e musculatura avaliadas.

A função apontada com maior normalidade foi a deglutição com cerca de 97,92%. Este fato pode estar associado a uma maior dificuldade de diagnóstico ou até mesmo à exigência de exames mais específicos para sua mensuração. A

dinâmica da deglutição envolve a coordenação e interação de diversos músculos e nervos que participam das quatro fases, que são: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica. Estas fases inter-relacionam-se e compõem um complexo processo dinâmico, com refinado controle neuromotor. O sincronismo entre as fases permite que o alimento seja transportado da boca até o estômago sem que haja penetração e/ou aspiração traqueal (SPADOTTO, GATTO, 2008).

Possui um componente voluntário e um involuntário e, particularmente esta última, mobiliza mais de uma dezena de músculos e dura apenas alguns segundos. Alimentos semi-sólidos necessitam de menor habilidade dos movimentos deglutitórios da laringe e faringe para serem deglutidos do que os alimentos líquidos (SILVA NETO, SOUZA, 2003).

A Fonoaudiologia caracteriza os distúrbios miofuncionais orofaciais quando são diagnosticadas alterações posturais, morfológicas, de força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e, também, das funções estomatognáticas. Esta pesquisa evidenciou a adequação destas estruturas (86,46%). Desta forma, a avaliação miofuncional deve ser completa e detalhada, relacionando cada dado obtido. Na prática fonoaudiológica, é de extrema importância avaliar os aspectos morfológicos das estruturas faciais devido à participação que as funções de mastigação, deglutição e respiração requerem destas estruturas (RODRIGUES, MONCAO, 2008). Durante as triagens, as examinadoras levaram em conta as demais funções de mastigação, respiração, sucção e deglutição bem como a dentadura com o objetivo de não excluir nenhum fator que pudesse influenciar a musculatura em análise.

A Voz, do mesmo modo que os aspectos mencionados acima, também interfere nas relações interpessoais e, assim, deve ser investigada. Os transtornos vocais podem resultar do funcionamento anormal do sistema respiratório, laríngeo e da ressonância e, desta forma, causar as chamadas disfonias (SAPAG, 1997). Quanto aos achados desta avaliação, pôde-se identificar normalidade na maioria dos sujeitos estudados (79,17%).

No que diz respeito à saúde auditiva, foram investigados aspectos relacionados às condições estruturais/anatômicas e funcionais (acuidade auditiva). Quando alterada, a audição pode acarretar déficits emocionais, cognitivos e sociais.

O déficit auditivo é uma alteração no processo de audição normal, ou seja, uma incapacidade em perceber e interpretar os sons (BEVILACQUA, 1998). Os resultados evidenciaram normalidade para a maioria dos participantes estudados.

No campo da Audiologia as ações de atenção básica não são executadas nem pelo otorrinolaringologista nem pelo fonoaudiólogo, por não fazer parte de equipes de Saúde da Família, lócus desta atenção. A tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde não prevê nenhum ato de prevenção e promoção da saúde auditiva, nem de triagem da audição, não sendo executados pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mesmo com a orientação do profissional qualificado. Os procedimentos enquadrados na média complexidade são os de diagnóstico preliminar, como audiometria tonal e vocal. No caso da assistência da audição, há necessidade de um acompanhamento, pois é comum a realização de vários exames complementares, além da seleção, adaptação de prótese auditiva e reabilitação da linguagem (MIRANDA, QUEIROGA, 2006).

Vale ressaltar que a amostra durante a observação do pavilhão auricular, a meatoscopia e membrana timpânica variou devido a impossibilidade de visualização da membrana por algum tipo de obstrução ou desistência do sujeito em participar.

Os graus de alteração auditiva foram comparados aos dados da Organização Mundial da Saúde que são definidos como leve (26 a 40 dB), moderado (41 a 60 dB), severo ou grave (61 a 80 dB) e profundo ou muito grave (81dB ou mais) (WHO, 1991). A triagem auditiva comportamental foi realizada em 05 participantes, todos com resultados normais esperados para a idade. O número de participantes desta avaliação foi de 194 sujeitos dentre os quais 4,64% demonstraram características de audição de perda de grau leve, 2,58% moderada e 0,52% severa.

O diagnóstico precoce da deficiência auditiva é essencial para que haja a possibilidade da intervenção hábil nestes quadros. Nenhum teste isolado tem valor diagnóstico absoluto; a interação entre vários testes, somado a anamnese e ao exame clínico, auxilia na conclusão do diagnóstico (MIRANDA, QUEIROGA, 2006).

As causas e a prevalência desta desordem, na maioria das vezes, poderiam ser controladas, cabendo aos profissionais envolvidos com a atenção primária de saúde, em particular, no Programa Saúde da Família (PSF), contribuir para a promoção da saúde auditiva por meio de ações preventivas e de orientação à população. Entretanto, a maioria dos profissionais do PSF não recebe informações sobre temas como audição e deficiência auditiva, dificultando com que estes profissionais identifiquem estas alterações na população (ALVARENGA, BEVILACQUA, 2008).



9 Conclusão

9 CONCLUSÃO

Os diferentes conceitos apontados acima referentes à promoção de saúde, acessos aos serviços, integralidade e sua inter-relação com a saúde mostraram um histórico de desigualdades e exclusão social. Contudo, não podemos negar que há um progresso crescente no intuito de diminuir a exclusão social e permitir maior acesso aos serviços. Também é inegável observar que os princípios da universalidade, equidade e integralidade caminham em direção à construção mais consolidada da cidadania.

As estratégias utilizadas na implementação do PSF-Universidade baseou-se na proposta do SUS, conforme a realidade universitária de um curso de graduação e pós-graduação. As necessidades das famílias foram identificadas por meio de levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde fonoaudiológica das famílias estudadas. Todas as famílias foram orientadas e motivadas durante as visitas com relação à saúde fonoaudiológica uma vez que houve alterações em todos os aspectos avaliados. Este dado evidencia a importância do acompanhamento dessas crianças quanto à comunicação escrita bem como a necessidade de capacitação de educadores no âmbito escolar.

O presente estudo propiciou aos pesquisadores entender o contexto familiar dos sujeitos e conseqüentemente valorizar humanização do atendimento.



Referências

REFERÊNCIAS

Aerts D, Abegg C, Cesar K. O papel do cirurgião-dentista no sistema único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1) 131-38.

Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los anos 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(4) 905-25.

Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Martinez MANS, Melo TM, Blasca WQ, Taga MFL. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde pública. *Pró-Fono*. 2008;20(3) 171-6.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*. 2005;9(16) 39-52.

Andrade CRF. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia - Ações coletivas e individuais. In: Vieira RM, editor. *Fonoaudiologia e Saúde Pública*. Carapicuíba: Pró-fono; 1995.

Andrade CRF. *Fonoaudiologia Preventiva: Teoria e vocabulos técnico científico*. Série especial em Fonoaudiologia. 1996.

Andrade LM, Junior TM. Saúde da Família: Construindo um novo modelo - A Experiência de Sobral. *Revista Sobralense de Políticas Públicas*. 1999 out-dez;1 7-17.

Andrade MWCL, Dias MGBB. Processos que levam à compreensão de textos. *Piscol estudo*. 2006;11(1) 147-54.

Apolinario RMC, Moraes RB, Motta AR. Mastigação e dietas alimentares para redução de peso. *Rev CEFAC*. 2008;10(2) 191-9.

Barreto ML. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002;4 4-17.

Barreto SS, Ortiz KZ. Influência da velocidade articulatória e da intensidade na inteligibilidade de fala. *Pró-Fono*. 2008;11(1) 147-54.

Barreto SS, Ortiz KZ. Medidas de inteligibilidade nos distúrbio da fala: revisão crítica da literatura. *Pró-Fono*. 2008;20(3) 201-06.

Bauru. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Básica. www.bauru.sp.gov.br; 2009 [acessado em 2009 01 de maio].

Befi D. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo: Lovise; 1997.

Bevilacqua MC. Conceitos básicos sobre a audição e deficiência auditiva. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - USP. 1998.

Bonamigo AW. A fonoaudiologia inserida no novo conceito de saúde. *Revista do Conselho Federal de Fonoaudiologia - 2º região*. 2002 jun/jul.

Brasil. Ministério da Saúde, Governo Federal; Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde, Governo Federal; Portaria n.1.329. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde, Governo Federal; Promoção da Saúde. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde, Lei nº 8.142. Brasília: www.saude.gov.br; 1990 [acessado em 2006 15 de junho].

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Programa de agentes comunitários de saúde. Brasília: <http://www.saude.gov.br>; 2001 [acessado em 25 de março de 2003].

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1) 77-93.

Cagliari LC. Caminhos e descaminhos da fala, da leitura e da escrita escola. Ciclo Básico Secretaria de Estado da Educação de São Paulo/ Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas 1990.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003;8(2) 569-84.

Carneiro JR, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6) 569-84.

Carvalho AI. Princípios e práticas da promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1) 4-5.

Cavalvanti MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise da implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma região metropolitana do nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Materno e Infantil*. 2006 out/dez;6(4) 437-45.

Chaves MM, editor. *Odontologia Social*. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986.

CRFa. Manual do Exercício Profissional do Fonoaudiólogo. 7ª Edição, editor, 2002.

CRFa. Nasf- Fonoaudiologia conquista espaço na saúde pública. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. 2008 jan./fev./mar.;36 4-5.

Da Silva RPR. A Organização das políticas públicas de saúde no estado de São Paulo: uma análise crítica [Monografia de Especialização em Saúde Bucal Coletiva]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004.

Farias SR, Avila CRB, Vieira MM. Relação entre a fala, tônus e praxia não-verbal do sistema estomatognático em pré-escolares. *Pró-Fono Rev Atual Cient*. 2006;18(3) 267-76.

Ferla A, Silva AMT, Correa ECR. Atividade eletromiográfica dos músculos temporal anterior e masseter em crianças respiradoras bucais e em respiradoras nasais. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74(4) 588-95.

Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008;13(2) 2115-22.

Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes de saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica de Juiz de Fora Physis. 2006;16(1) 83-97.

Gerschman SS, Borges MA. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Rev Bras Ci Soc. 2006 jun.;21(61) 177-90.

Giannotti EM. Saúde vai além da audência de doenças. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia. 2004 out/nov/dez;8(23) 05-7.

Gonçalves CGO. Fonoaudiologia e Saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. Saúde em Revista. 2005;7(15) 73-6.

Goulart BNG, Chiari BM. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. Revista de Saúde Pública. 2007;41(5) 726-31.

Goulart BNG. A Fonoaudiologia e suas inserções no Sistema Único de Saúde: análise prospectiva Fonoaudiologia Brasil. 2003 .

Lacerda WA, Santiago IMFL. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. Rev Katálysis. 2007;10(2) 9-22.

Lessa F. Formação adequada é essencial para inserção em saúde pública. Revista da Fonoaudiologia, 2º região. 2005 (60) 14-6.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência e Saúde Coletiva. 2007;12(2) 335-42.

Marques RM, Mendes A. Democracia, Saúde Pública e Universidade: o difícil caminhar. Rev Saúde e Sociedade. 2007 set./dez.;3(3) 35-51.

Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no programa saúde da família: da universidade aos polos de capacitação. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(6) 1538-44.

Matos PES. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família: da universidade aos polos de capacitação [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2003.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5) 1411-16.

Mendes VLF. Fonoaudiologia e Saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. Distúrbios da Comunicação. 1999;10(2) 213-24.

Menezes VA, Leal RB, Moura MM, Granville-Garcia AF. Influência de fatores socioeconômicos e demográficos no padrão de respiração: um estudo piloto. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(6) 826-34.

Ministério da Saúde SdAB, DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSSP.def> 2009 [acessado em 2009 01 de maio].

Miranda GMD, Queiroga BAM, Lessa FJD, Leal MC, Caldas Neto SS. Diagnóstico da deficiência auditiva em Pernambuco: oferta de serviços de média complexidade. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006;72(5) 581-6.

Oliveira CMC. Gagueira Familiar: aspectos fonoaudiológicos e genéticos [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Julio Mesquita Filho; 2004.

OMS. Carta de Otawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Otawa 1986.

Pastana SG, Costa SM, Chiappetta ALML. Análise da mastigação em indivíduos que apresentam mordida cruzada unilateral na faixa-etária de 07 a 12 anos. Rev CEFAC. 2007;9(3) 351-7.

Rebello JAS, editor. Dificuldades da leitura e da escrita em alunos do ensino básico. Coimbra, Portugal: Edições Asa; 1993.

Rodrigues FV, Moncao FRC, Moreira MBR, Motta AR. Variabilidade na mensuração das medidas orofaciais. Rev soc bras fonoaudiol. 2008;13(4) 332-7.

Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Araçatuba, 2000.

Sacaloski M, Alavarsi E, Guerra GR, editors. Fonoaudiologia na Escola. São Paulo: Louise; 2000.

Sapag MJ. Cómo orientarse frente a un paciente con trastornos de la comunicación oral. *Pediatr día*. 1997;13(4) 13-6.

Silva N. Saúde Pública em Pauta. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. 2004;8(24) 05-6.

Silva Neto G, Souza PEL, Boehm K, Fortinguerra M, Paula A, Rezende JMM. Avaliação da disfagia no pós-operatório de amigdalectomia através de videoendoscopia da deglutição. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003;69(1) 19-22.

Souza MLP. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação dos problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(4) 341-8.

Spadotto AA, Gatto AR, Cola PC, Montagnoli AN, Schelp AO, Silva RG, et al. Software para análise quantitativa da deglutição. *Radiol Bras*. 2008;41(1) 25-8.

Szymanski HG. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. *Rev Bras Cresc des Hum*. 1994;4(1) 92-100.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2) 190-98.

Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;24(1) 4-5.

Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(2) 507-18.

Vasconcelos EM. A priorização da Família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*. 1999 set./dez;23(53) 6-19.

Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad em Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Rev Saúde e Sociedade*. 2007 set./dez.;6(3) 7-13.

WHO. Report of the informal working group on prevention of deafness and hearing impairment programme planning. Genova 1991.

Zioni F, Westphal MF. O Enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. Rev Saúde e Sociedade. 2007 set./dez.;6(3) 26-34.

Zorzi JL. Aprender a escrever- a apropriação do sistema ortográfico. São Paulo: Artes Médicas; 1998.



Anexos

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru**

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

Comitê de Ética em Pesquisa (14)3235-8356
mferrari@fob.usp.br

Processo nº 086/2007

Bauru, 03 de setembro de 2007.

Senhora Professora,

Informamos que após o envio da documentação solicitada referente ao projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa "**Atenção fonoaudiológica no Programa Saúde da Família**" de autoria de Ana Karolina Zampronio Bassi, foi novamente analisado e considerado **APROVADO** por este Colegiado, em reunião realizada no dia **29 de agosto de 2007**.

Solicitamos que ao término do trabalho, seja enviado a este Comitê um relatório final para parecer do trabalho concluído o qual será utilizado para publicação em revista científica.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Henrique Rubo
Coordenador

Profª Drª Magali de Lourdes Caldana
Docente do Departamento de Fonoaudiologia

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauri
 Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 - Bauru-SP - CEP 17012-901 -
 C.P. 73
 PABX (0XX14)3235-8000 - FAX (0XX14)3223-4679

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando a participação no estudo "Atenção Fonoaudiológica no Programa Saúde da Família". Por meio desta pesquisa queremos investigar o perfil das famílias atendidas pelo programa, oferecer a atenção fonoaudiológica domiciliar à todos os membros das famílias das crianças matriculadas regularmente na Instituição Casa do Garoto, promover atenção fonoaudiológica frente às perspectivas do SUS, e possibilitar a toda a família um atendimento igualitário ao que às crianças recebem na instituição. Para isso será feita uma triagem no que se refere à fala e linguagem, audição, voz e, leitura e escrita (apenas nas crianças) por meio de exames não-invasivos, não causando dor ou desconforto. Após as triagens serão aplicados programas educativo-preventivos em todos os moradores da casa por meio de orientações fonoaudiológicas (audição, fala e linguagem, voz, saúde de lábios, língua, bochechas, respiração, deglutição, mastigação) e de promoção de saúde geral que poderão influenciar na saúde fonoaudiológica (higiene corporal, alimentação, fatores desencadeantes de doenças como câncer, afasia, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares, entre outras). Os procedimentos serão realizados na sua própria casa e caso haja necessidade você poderá ser encaminhado à Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP. Não haverá identificação do seu nome e, caso você não aceite participar ou interrompa a sua participação durante a pesquisa, esta decisão será respeitada, sem prejuízos futuros. Você receberá o resultado de todos os procedimentos realizados, assim como todas suas dúvidas serão esclarecidas quando possível. Desde já agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários.

"Caso você apresente dúvidas, poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa Prof.^a Dr.^a Magali de Lourdes Caldana pelo telefone 3235-8256, ou caso queiram apresentar alguma reclamação favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da FOB-USP, pelo endereço da Al. Dr. Octávio Pinheiro Brizolla, 9-75 (sala no prédio da Biblioteca, FOB-USP) ou pelo telefone (14) 3235-8256".

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____
 _____,
 portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos a serem realizados, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para participar da pesquisa "Atenção Fonoaudiológica no Programa Saúde da Família".

Fica claro que o sujeito ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 29º do Código de Ética do Fonoaudiólogo).
 Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de 2007.

 Assinatura do Participante/
 Responsável

 Ana Karolina Zampronio Bassi
 Fonoaudióloga

TIPO DE CASA	
Tijolo/ Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro – especificar:	
Número de cômodos/ peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado	
Céu aberto	
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede Pública	
Poço ou Nascente	
Outros:	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros – especificar	
MEIO DE COMUNICAÇÃO MAIS UTILIZADO	
Rádio	
Televisão	
Outros – especificar	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativas	
Grupos Religiosos	
Associações	
Outros – especificar	
MEIO DE TRANSPORTE MAIS UTILIZADO	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - especificar	

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde		Nº de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

ANEXO D - Triagem Fonoaudiológica



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU
DEPARTAMENTO DE ORTODONTIA, ODONTOPEDIATRIA E SAÚDE COLETIVA
PSF - Universidade Fonoaudiologia

Identificação da Família:

1. Identificação Individual:

Nome: _____ DN.: ____/____/____
Endereço: _____ Bairro: _____
Escolaridade: _____ Tel. Contato: _____ Grau Familiar _____

2. Triagem fonoaudiológica:

I-) Motricidade:

Mastigação:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Respiração:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Deglutição:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Oclusão:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Musculatura:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Prótese	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim _____
Aparelho Ortodôntico	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim _____

II-) Voz: adequada inadequada _____

III-) Audição:

Meato acústico externo:	OD <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> malformação
	OE <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> malformação
Membrana Timpânica:	OD <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> obstruída <input type="checkbox"/> não visualizada <input type="checkbox"/> outros _____
	OE <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> obstruída <input type="checkbox"/> não visualizada <input type="checkbox"/> outros _____
Meatoscopia:	OD <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterada <input type="checkbox"/> outros _____
	OE <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterada <input type="checkbox"/> outros _____

Nível de Ruído ambiental: _____ dB

	OD	OE
Limiares auditivos:	500Hz= _____ dB	500Hz= _____ dB
	1000 Hz= _____ dB	1000 Hz= _____ dB
	2000 Hz= _____ dB	2000 Hz= _____ dB
	3000 Hz= _____ dB	3000 Hz= _____ dB
	4000 Hz= _____ dB	4000 Hz= _____ dB

IV-) Linguagem:

Inteligibilidade:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Compreensão:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Disfluência	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim _____
Alteração na fala	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim _____
Cecceo	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim _____
Sigmatismo	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim _____
Leitura:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Ditado:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____
Escrita Espontânea:	<input type="checkbox"/> adequada	<input type="checkbox"/> inadequada _____

p	t	k	tç
b	d	g	dγ
f	s	ç	{S}
v	z	γ	
m	n	η	
	l	λ	/l/
	r	R	{R}

3. necessidade Individual: sim não _____

-Encaminhamentos:

Fonoaudiólogo: sim não _____

Audiologia Voz Linguagem Motricidade Oral

Otorrinolaringologista

Neurologista

Psicólogo

Outros

ANEXO D - Termo Outorga FAPESP

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO	
TERMO DE OUTORGA E ACEITACAO DE AUXÍLIO PROCESSO Nº 2007/02548-2	
O Conselho Técnico-Administrativo da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, doravante denominada OUTORGANTE , usando das atribuições que lhe confere o Artigo 14, letra "b", da lei Estadual no 5.918, de 18 de outubro de 1960, e de acordo com as especificações, cláusulas e condições descritas a seguir e nos Anexos, que são parte integrante deste Termo, concede:	
OUTORGADO MAGALI DE LOURDES CALDANA CPF: 480.591.961-20	
INSTITUIÇÃO 01 001 030 - FAC ODONTOLOGIA BAURU/USP	
LINHA DE FOMENTO AUXILIO PESQUISA - REGULAR	
PROJETO ASSISTENCIA FONOAUDIOLOGICA NO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA: PSF-UNIVERSIDADE.	
ÁREA 04060000 - SAUDE COLETIVA	PERÍODO 01/11/2007 a 31/10/2009
RELATÓRIOS CIENTÍFICOS ATÉ: 30/10/2008, 30/10/2009	PRESTAÇÃO DE CONTAS ATÉ: 30/10/2008, 30/11/2009
OBSERVAÇÕES - Qualquer alteracao na destinacao dos recursos concedidos, inclusive a utilizacao de saldos resultantes de diferenca entre os precos previstos no projeto e os precos efetivamente pagos, deve ser previamente autorizada pela Outorgante. - Material de consumo (se houver): Caso sejam adquiridos materiais que nao sejam manifestamente necessarios a realizacao deste projeto, a Outorgante podera impugnar as despesas correspondentes na prestacao de contas. - Imediatamente apos a apresentacao do relatorio cientifico estabelecido pela FAPESP como relatorio final, o saldo acaso existente sera automaticamente cancelado. - O Outorgado reconhece que o auxilio concedido, nos termos aqui descritos, viabilizam plenamente a execucao do projeto, salvo circunstancias imprevisiveis no ato da assinatura. Solicitacoes de qualquer alteracao de orcamento, exceto em casos emergenciais, poderao ser apresentadas por ocasio da apresentacao do(s) relatorio(s) cientifico(s). - A aquisicao de material radioativo, nacional ou importado, fica condicionada a entrega a FAPESP do comprovante de registro do Outorgado e da Instituicao na CNEN. - As instrucoes para a prestacao de contas deverao ser consultadas atraves do site da FAPESP no endereco: www.fapesp.br (apoio ao usuario > geral > formularios > Prestacao de Contas e Uso dos Recursos).	

2

“Via do pesquisador”

CONDIÇÕES GERAIS DE CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS

I - O presente Termo não corresponde a qualquer espécie de relação de emprego entre o OUTORGADO e a OUTORGANTE, porque não configura vínculo trabalhista nem objetiva pagamento de salário, não se estendendo ao OUTORGADO benefícios exclusivos dos servidores da OUTORGANTE. Em particular, a OUTORGANTE não se responsabilizará por cobrir despesas de assistência médica e odontológica de qualquer natureza.

II - Os recursos serão liberados de acordo com o cronograma de desembolso proposto pelo OUTORGADO, com eventuais modificações aprovadas pela OUTORGANTE.

Parágrafo Único - O Cronograma de Desembolso poderá ser alterado a pedido do OUTORGADO com a necessária concordância da OUTORGANTE.

III - Os recursos liberados pela OUTORGANTE não poderão permanecer na conta corrente do OUTORGADO, devendo ser depositados em conta específica, vinculada à FAPESP, sendo proibida sua aplicação no mercado financeiro.

IV - O Auxílio concedido não poderá ser destinado, em hipótese alguma, ainda que parcialmente, a fins diversos dos indicados no preâmbulo deste Termo, ficando o OUTORGADO pessoalmente responsável pela sua perfeita aplicação, em conformidade com os dispositivos legais vigentes.

V - O OUTORGADO obriga-se a fazer referência ao apoio da FAPESP nas teses, dissertações, artigos, livros, resumos de trabalhos apresentados em reuniões e em qualquer outra publicação ou forma de divulgação de atividades que resultem, total ou parcialmente, de auxílios ou bolsas da OUTORGANTE.

VI - Para fins de pagamento de manutenção ou diárias, a OUTORGANTE considera exclusivamente o período previsto neste Termo. Caso o período seja inferior, fica o OUTORGADO obrigado a efetuar a devolução do valor excedente à OUTORGANTE.

VII - Sempre que o auxílio envolver a aquisição de material permanente nacional e/ou importado e material de consumo importado, a liberação dos recursos ficará condicionada à apresentação, pelo OUTORGADO, de duas vias do Termo de Aceitação de Transferência de Domínio de Materiais por Cessão de Uso e/ou Doação, devidamente assinado pelo dirigente da Instituição, ou seu representante legal, para que a OUTORGANTE possa, posteriormente e a seu exclusivo juízo, ceder o uso e/ou promover a doação institucional, no todo ou em parte. Fica assegurada ao OUTORGADO a plena e efetiva utilização do material permanente para o qual foi concedido o Auxílio.

Parágrafo Único - Em se tratando de Empresas ou Entidades Privadas Participantes de Programas apoiados pela FAPESP, a doação será condicionada ao cumprimento do artigo 17, inciso II, alínea "a", da Lei nº 8666, de 21 de junho de 1993, com posteriores alterações.

VIII - O material adquirido de acordo com o presente Termo ficará sediado nas Instituições de Pesquisa, Empresas ou Entidades Públicas e Privadas em que será desenvolvida a pesquisa mediante Termo de Cessão de Uso firmado entre ela e a OUTORGANTE, assegurada ao OUTORGADO sua efetiva utilização.

IX - Sempre que o Auxílio envolver a importação, pela FAPESP, de material permanente ou de consumo, esta, na qualidade de OUTORGANTE, após o desembaraço alfandegário da mercadoria, providenciará a emissão do Termo de Cessão de Uso para a Instituição, Empresa ou Entidade onde se desenvolverá a pesquisa. O Termo de Cessão de Uso estipulará as condições de cessão dos bens adquiridos, assegurada ao OUTORGADO a plena e efetiva utilização desses bens durante a execução dos projetos relacionados à concessão.

X - Quando for realizada importação direta de material, deverão ser observadas as normas vigentes no tocante a exame de similaridade nacional.

XI - A Prestação de Contas do Auxílio concedido será feita pelo OUTORGADO de acordo com as instruções anexas, que, independentemente de transcrição, passam a fazer parte integrante deste instrumento na(s) data(s) de vencimento indicada(s) neste Termo. Se houver saldo, o OUTORGADO efetuará a devolução em dinheiro ou cheque no momento da Prestação de Contas.

XII - As Prestações de Contas serão recebidas condicionalmente, dependendo da aprovação definitiva de parecer favorável da Auditoria.

XIII - Independentemente das Cláusulas décima primeira e décima segunda, o OUTORGADO obriga-se a apresentar à OUTORGANTE relatórios anuais do plano de pesquisa, com conclusões sucintas dos resultados até então obtidos.

XIV - Contrapartida externa em Projetos de Pesquisa: os recursos de outras instituições parceiras da FAPESP em Projetos de Pesquisa deverão ser recolhidos à FAPESP e utilizados pelos pesquisadores de acordo com as normas vigentes nesta Fundação. Em casos em que pela natureza da contrapartida não seja possível esse recolhimento, o pesquisador responsável pelo Projeto deverá apresentar junto com seu Relatório Científico e Prestação de Contas, relatório sobre a participação externa, com cópia da respectiva documentação comprobatória de despesas.

XV - Em caso de falta ou impedimento do OUTORGADO, a OUTORGANTE deverá ser imediatamente notificada.

XVI - O OUTORGADO compromete-se a verificar, em qualquer tempo, se a execução do projeto produz ou poderá produzir resultado potencialmente objeto de Patente de Invenção, Modelo de Utilidade, Desenho Industrial ou qualquer outra forma de registro de propriedade intelectual. Nesse caso, fica o OUTORGADO obrigado a fazer a devida notificação à FAPESP, antes de publicação em periódicos, Anais de Congresso ou Teses, ou qualquer forma de divulgação que possa tornar de domínio público a invenção. Nessas circunstâncias, qualquer divulgação dependerá de autorização prévia da FAPESP.

XVII - Patente de Invenção, Modelo de Utilidade, Desenho Industrial ou qualquer outra forma de registro de propriedade intelectual de inventos decorrentes da execução do projeto deverão ter o nome da FAPESP como co-titular. O registro, a pedido do OUTORGADO, poderá ser financiado pela FAPESP, se esta julgar a medida conveniente, caso em que será a única titular. Em qualquer caso, os rendimentos líquidos decorrentes de venda ou licenciamento serão compartilhados na seguinte proporção: 1/3 para FAPESP, 1/3 para os inventores e 1/3 para as Instituições onde foram desenvolvidos os projetos.

XVIII - No caso de titularidade exclusiva da FAPESP, esta terá direitos ilimitados sobre a concessão parcial ou total, onerosa ou gratuita, dos direitos resultantes, podendo, a qualquer momento, deles desistir. A FAPESP manterá informados os inventores e Instituições que compartilhem os rendimentos líquidos. No caso de co-titularidade, qualquer concessão, parcial ou total, onerosa ou gratuita, dos direitos resultantes, ou desistência destes, deverá ser previamente apreciada pelas partes, vedadas decisões unilaterais.

XIX - Em decorrência do Auxílio que lhe foi concedido, o OUTORGADO compromete-se a emitir, gratuitamente, quando solicitados pela FAPESP, pareceres em assunto de sua especialidade.

XX - O OUTORGADO declara que aceita, sem restrições, este Auxílio, como está concedido e se responsabiliza pelo fiel cumprimento do presente Termo em todos os seus itens, cláusulas e condições, e que concorda com qualquer fiscalização que a OUTORGANTE julgar conveniente proceder, de acordo com o Inciso III do artigo 3º da Lei nº 5.918, de 18 de outubro de 1960.

XXI - A violação de qualquer das cláusulas do presente Termo importará em suspensão do Auxílio concedido e/ou retirada dos materiais adquiridos.

XXII - O OUTORGADO declara que tem plenas condições de realizar as atividades previstas no projeto de pesquisa ora contratado e que envidará todos os esforços para que seus objetivos sejam atingidos. Declara também que deu ciência às instâncias competentes de sua Instituição das necessidades infra-estruturais e do apoio institucional indispensável para o bom andamento do projeto. Em caso de abandono do projeto contratado, sem prévia autorização da OUTORGANTE, o OUTORGADO se compromete a restituir, plena e imediatamente, à OUTORGANTE o investimento realizado.

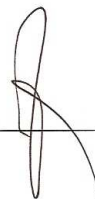
XXIII - Após sua assinatura, o presente Termo entrará em vigor na data indicada para início do projeto.

XXIV - Integram o presente Termo, para todos os efeitos legais, as Instruções constantes dos anexos.

São Paulo,

Pelo Conselho Técnico Administrativo

Outorgado _____

ANEXO F - Manual Instrucional Fonoaudiológico

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](#)