



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VANESSA MARTINELI

**FONOAUDIOLOGIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA
ESTRATÉGIA EM VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO**

FLORIANÓPOLIS

2015

VANESSA MARTINELI

**FONOAUDIOLOGIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA
ESTRATÉGIA EM VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Orientadora: Prof. Dra. Karina Mary de Paiva Vianna.

FLORIANÓPOLIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martineli, Vanessa

Fonoaudiologia e Agentes Comunitários de Saúde: Uma
estratégia em vigilância de fatores de risco / Vanessa
Martineli ; orientadora, Karina Mary de Paiva Vianna -
Florianópolis, SC, 2015.

67 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Doenças Crônicas. 3. Agentes
Comunitários de Saúde. 4. Fonoaudiologia. 5. Promoção da
saúde. I. Vianna, Karina Mary de Paiva . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Fonoaudiologia.
III. Título.

Vanessa Martineli

**FONOAUDIOLOGIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA
ESTRATÉGIA EM VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado como adequado para a obtenção do Título de Bacharel em Fonoaudiologia e aprovado na sua forma final pelo curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis.



Prof.^a Dr.^a Maria Madalena Canina Pinheiro
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof.^a, Dr.^a Karina Mary de Paiva Vianna
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a, Dr.^a Karen Fontes Luchesi
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina



Talita Cristine Rosinski
Membro Titular
COREN/SC 43098
Distrito Sanitário Norte

Talita Cristine Rosinski
Membro Titular
Coordenadora do Distrito Sanitário Norte

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu namorado, pelo amor e apoio incondicional que fortaleceram os meus passos para a conclusão de mais esta etapa. Minha gratidão eterna a vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por toda a força e coragem de seguir em frente com fé e dedicação.

Aos meus Pais Claudemir e Vanderlea, pelo exemplo de vida, pelos valores e pela educação proporcionados. O amor e incentivo de vocês me deram forças para seguir em frente.

A minha Irmã Cláudia, pelo carinho e apoio ao longo dessa jornada.

Ao meu namorado Eduardo, pela paciência, pelo amor e apoio incondicional, que mesmo distante tornaram os meus dias mais fáceis, fazendo tudo valer a pena.

A minha Orientadora Karina Mary de Paiva Vianna, pela confiança, pelo apoio, por todo o conhecimento repassado e por aceitar fazer parte deste momento. Suas contribuições foram fundamentais para a realização deste estudo e para minha formação.

As minhas amigas Camilla, Débora e Marielen, pelo carinho, pela motivação e principalmente por compartilhar os inúmeros momentos vividos ao longo desses anos. Levarei vocês para sempre no meu coração.

A todos os meus Familiares e amigos, que mesmo distante de uma forma ou outra contribuíram para a realização desta etapa.

A todos os meus colegas de curso, pelo apoio e por proporcionarem bons momentos ao longo desses anos.

A todos os Professores do curso, por todos os conhecimentos e experiências compartilhados de forma excelente. Pela grande contribuição na minha formação acadêmica.

De forma muito especial aos Agentes Comunitários de Saúde, que tornaram este estudo realidade. Obrigada pela cooperação.

A todos que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste trabalho e especialmente para a conclusão de um sonho.

Obrigada a todos por fazerem parte da minha vida!

*“(...) Quantas vezes pedimos a Deus um pouco de força, um pouco de luz;
E a resposta vem, seja lá como for, um sorriso, um olhar cúmplice, um cartãozinho,
um bilhete, um gesto de amor;
E a gente insiste;
Insiste em prosseguir, em acreditar, em transformar, em dividir, em estar, em ser;
E Deus insiste em nos abençoar, em nos mostrar o caminho:
Aquele mais difícil, mais complicado, mais bonito.
E a gente insiste em seguir, por que tem uma missão....
Ser feliz !”*

(Desconhecido)

RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem-se como uma das prioridades em saúde pública. Uma maneira de contribuir para o enfrentamento desse novo padrão epidemiológico é realizar ações de promoção e prevenção multidisciplinares na Estratégia da Saúde da Família (ESF), principalmente em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são os mediadores sociais. **Objetivos:** Verificar o conhecimento dos ACS quanto aos agravos fonoaudiológicos. **Metodologia:** Estudo transversal, com realização de inquéritos com os ACS dos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte do Município de Florianópolis-SC, realizado no período de janeiro a abril de 2015. Realizada caracterização dos CS, segundo informações dos coordenadores dos CS e dos ACS. Os ACS foram convidados a participar da pesquisa, ao consentirem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao questionário individualmente. **Resultados:** Participaram do estudo 63 ACS, a maioria do sexo feminino, com média de idade de 44,53 anos e tempo de atuação de 12,15 anos. Quanto à capacitação por um profissional de fonoaudiologia, 84,13% dos ACS nunca receberam, 72,13% conhecem o trabalho deste profissional, 56,67% acham que não existe uma relação das doenças crônicas com o surgimento de agravos fonoaudiológicos e 96,83% acham importante a participação da Fonoaudiologia na atenção básica. As orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, são realizadas por 100% dos ACS, incluindo na maioria das vezes orientações sobre a saúde fonoaudiológica. Havendo possível relação com às capacitações da Rede Amamenta Brasil que envolvem 73,02% dos ACS. Quanto a Promoção da Saúde do Idoso, 85,48% dos ACS orientam sobre as dificuldades auditivas, já 65,00% não orientam sobre a realização de audiometria, 53,23% sobre a presença de engasgos, 58,33% sobre alteração ou fraqueza vocal. **Conclusão:** Evidencia-se que os ACS possuem um conhecimento razoável sobre os agravos Fonoaudiológicos, revelando a importância de capacitações por um profissional de fonoaudiologia para os ACS, fazendo-se necessária sua inserção na atenção básica de saúde, com o intuito de promover saúde a população e aprimorar o processo de trabalho dos ACS.

Palavras-chave: Doenças Crônicas. Agentes Comunitários de Saúde. Fonoaudiologia. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Non-Transmissible Chronic Diseases (NTCD) is constituted as being one of the priorities in public health. One way of contributing in the confrontation of this new epidemiological pattern is to perform actions of multidisciplinary promotion and prevention in Family Health Strategy (FHS), mainly with community health agents (CHA), which are the social mediators. **Objectives:** Verifying the knowledge of the CHA regarding speech and language therapy grievances. **Methodology:** transversal study, with the performance of surveys with the CHAs of the Health Centers (HC) of the North Sanitary District of the city of Florianópolis-SC, conducted in the period from January to April of 2015. The initial contact was with the coordinators of HCs and subsequently, the CHAs were invited to the research. The data gathering was done by the researcher and the apparatus involved questions about public orientation, according to life cycles. **Results:** participated in the study 63 HCAs mostly of the female gender, with an average age of 44,53 years and average practice time of 12,15 years. Regarding the qualification by a speech and language therapist, 84,13% of the CHAs never had, 72,13% have the knowledge of this professional, 56,67% think there is no relation between chronic diseases and the occurrence of grievances of speech and language diseases and 96,83% think the participation of a speech and language therapist is important in primary care. The orientations about exclusive breastfeeding are performed by 100% of CHAs, including in most times orientations about speech and language health, which can be justified by the reports of qualification by the Breastfeed Brazil Network by 73,02% of CHAs. Regarding the Promotion of Elderly Health, 85,48% of CHAs report orienting about the hearing difficulties, however 65,00% do not orient about performing audiometry, in addition from other questions as the presence of chokings (53,23%) and the modification or vocal weakness (58,33%). **Conclusion:** It stands out that the CHAs possess knowledge regarding to some grievances in speech and language diseases, however most never received qualification by this professional. Knowing about the relation between grievances in speech and language diseases and Non-Transmissible Chronic Diseases, highlighting the importance of its insertion in primary care in health, with the intention of promoting the population health and implement of survey actions in health.

Key words: Chronic Diseases. Community Health Agents. Speech and language therapist. Health Promotion.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das respostas dos ACS quanto às orientações realizadas sobre a Promoção da Saúde Materno-Infantil. Florianópolis, 2015.....	35
Gráfico 2 - Distribuição das orientações realizadas pelos ACS quanto à Promoção da Saúde da Criança. Florianópolis, 2015.....	36
Gráfico 3 - Distribuição das orientações realizadas pelos ACS quanto à Promoção da Saúde do Idoso. Florianópolis, 2015.	37
Gráfico 4 - Distribuição das respostas com relação às capacitações realizadas pelos ACS do Distrito Sanitário Norte. Florianópolis, 2015.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos CS do DS Norte, segundo população, micro-áreas e ACS. Florianópolis, 2015.	33
Tabela 2 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Sanitário Norte. Florianópolis, 2015. (n = 63).....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAPPS – Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde

CS – Centro de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Fonoaudiologia e Saúde Pública	17
2.2 Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde.....	18
2.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	19
2.4 Redes de Atenção à Saúde.....	22
2.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a Fonoaudiologia	23
2.6 Vigilância em Saúde.....	25
2.7 Promoção da Saúde.....	26
2.7.1 Programa Capital Criança.....	27
2.7.2 Programa Capital Idoso.....	28
2.8 Educação Permanente em Saúde	29
3 METODOLOGIA.....	30
4 RESULTADOS	32
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS	58
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina.....	58
ANEXO B – Parecer da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (CAPPS).....	62
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A – Instrumento da Coleta de Dados.....	63
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	66

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando uma mudança significativa no perfil de morbimortalidade, com uma transição epidemiológica, passando das doenças infecciosas e parasitárias para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Este cenário está fortemente relacionado ao novo padrão demográfico, caracterizado pela queda da fecundidade, pelo aumento da expectativa de vida e ao novo estilo de vida da população brasileira.

As DCNT representam um dos grandes desafios para o desenvolvimento no século XXI, constituindo-se como uma das prioridades da saúde pública. Estas doenças são de etiologia multifatorial, com desenvolvimento lento, efeitos de longo prazo e difíceis de prever, acarretando em perdas e disfunções, modificando o cotidiano dos indivíduos acometidos (DUNCAN et al., 2012; TADDEO et al., 2012; VERAS, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como as principais DCNT, as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares e isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a Diabetes Mellitus. Muitas dessas condições estão relacionadas às escolhas de estilo de vida, portanto, essas doenças compartilham vários fatores de riscos modificáveis, como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada e uso de álcool. Enquadram-se também as doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos acometidos, das famílias e da sociedade, sendo elas as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (DUNCAN et al., 2012; REBOUÇAS JÚNIOR; GALDINO; SOUSA, 2014; VERAS, 2011).

Para o enfrentamento dessas mudanças epidemiológicas, é necessário investir em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde em defesa da vida saudável. A vigilância de DCNT tem como foco obter o conhecimento sobre a magnitude, os determinantes sociais, econômicos, comportamentais e fazer o monitoramento das tendências, sendo possível subsidiar as políticas e as estratégias de promoção da saúde e prevenção, avaliando assim, o impacto das intervenções e contribuindo para o andamento das ações através de orientação (BRASIL, 2005; COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 2004).

Uma maneira de contribuir para o enfrentamento desse novo padrão epidemiológico, é realizar ações multidisciplinares voltadas para a prevenção e promoção de saúde, sendo assim, o fonoaudiólogo pode colaborar para a efetivação dessas atividades na atenção primária, atuando em conjunto com os demais profissionais e com as próprias famílias.

Alguns estudos mostram a associação de distúrbios fonoaudiológicos com as DCNT, a hipertensão arterial sistêmica mostrou-se fator de risco independente para a perda auditiva e também encontrou-se correlação entre perda auditiva e Diabetes Mellitus (MARCHIORI; FILHO; MATSUO, 2006; DINIZ; GUIDA, 2009). O Acidente Vascular Encefálico (AVE), déficit neurológico ocasionado por um transtorno vascular, é uma das lesões cerebrais mais frequentes e pode resultar em alterações de linguagem e/ou fala, como as afasias, as disartrias e as apraxias (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011). Outro agravo fonoaudiológico é a disfagia, que se caracteriza como um distúrbio no processo da deglutição que pode ser decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais, podendo levar à desidratação, complicações pulmonares e nutricionais. Pode ser decorrente também de traumas de cabeça e pescoço, de AVE, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências e encefalopatias (PADOVANI et al., 2007; SILVA; DANTAS; FÁBIO, 2010).

Dentro desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada o principal método de reorganização da atenção primária, que busca manter um modelo de atenção integral. Caracteriza-se por uma atuação voltada ao trabalho de uma equipe multidisciplinar, que desempenha como papel principal a identificação dos marcadores de saúde em seu território de abrangência (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) está inserido na equipe multidisciplinar da ESF e sua atuação é fundamental para a organização da assistência, pois tem a função de integrar a comunidade aos serviços de saúde, possuindo o conhecimento sobre o perfil socioeconômico e epidemiológico da sua área de atuação (FILGUEIRAS; SILVA, 2011; PERES et al., 2011).

Dessa forma, verificar o conhecimento dos ACS quanto aos agravos fonoaudiológicos se justifica pela importância de seu trabalho junto à comunidade,

possibilitando novas formas de intervenções e melhoria nas ações de prevenção e promoção da saúde, como forma de efetivar as ações de vigilância em saúde.

Portanto, o objetivo geral do presente estudo foi verificar o conhecimento dos ACS quanto aos agravos fonoaudiológicos. Os objetivos específicos foram caracterizar os Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte do Município de Florianópolis-SC, segundo micro áreas, população no território, ACS e marcadores de saúde; descrever os ACS, segundo aspectos sociodemográficos e tempo de serviço; identificar as orientações quanto à saúde fonoaudiológica, segundo ciclos de vida, realizadas pelos ACS; e discutir os achados sob enfoque de promoção e prevenção, como forma de efetivar as ações de vigilância em saúde.

1.1 Justificativa

É de grande relevância estudar sobre os conhecimentos e percepções que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem, pois, o papel que exercem dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para o melhor desempenho das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde. Eles são responsáveis pelo elo existente entre a comunidade e a equipe de saúde, detentores de conhecimentos voltados à demanda e problemas enfrentados pela população de abrangência.

A promoção de ações visando educação em saúde, principalmente relacionada aos aspectos fonoaudiológicos, possibilitará a criação de um olhar mais crítico e atencioso para as diferentes necessidades da população, contribuindo para a percepção de um novo enfrentamento da saúde pública brasileira, relacionada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Esta mudança de perfil está fortemente relacionada com o aumento da expectativa de vida da população, com a diminuição da fecundidade e o novo estilo de vida que a sociedade vem assumindo.

Ações de educação em saúde, sobre os aspectos fonoaudiológicos, com os ACS e as ESF auxiliarão na efetivação da ação de vigilância. Permitindo a melhoria da qualidade dos serviços, possibilitando a ampliação e aprimoramento dos conhecimentos da equipe de saúde, com o maior desenvolvimento de práticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde na sua área de atuação.

Portanto, mostra-se de extrema relevância realizar esta pesquisa, pois há poucos estudos relacionados ao conhecimento dos ACS sobre os riscos à saúde fonoaudiológica, demonstrando o quanto é importante aprimorar a capacitação dos ACS e desenvolver ações fonoaudiológicas com toda a equipe que promovam a prevenção e a promoção da saúde, com o intuito de proporcionar a melhor qualidade de vida da população em abrangência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fonoaudiologia e Saúde Pública

Durante o processo de redemocratização do país, nos anos 80, aconteceu a implantação de uma inovadora política de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como um marco para a saúde pública do Brasil. Neste novo contexto, a saúde está relacionada às condições de vida da sociedade, apresentando como princípios fundamentais: a equidade, a universalidade e a integralidade (PENTEADO; SERVILHA, 2004).

A Fonoaudiologia iniciou sua inserção nos serviços públicos de saúde principalmente entre as décadas de 70 e 80, por intermédio das secretarias de educação e saúde. Há um crescente aumento do serviço fonoaudiológico no SUS, no qual muitos conceitos e práticas vêm sendo reavaliados, com o objetivo de fornecer um serviço de qualidade, embasado nos preceitos da saúde pública, buscando o bem-estar do indivíduo e da sua comunidade (MOREIRA; MOTA, 2009).

A atuação fonoaudiológica inclui ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos ligados à comunicação humana, podendo estar inserida em Centros de Saúde (CS), Ambulatórios de Especialidades, Hospitais, Unidades Educacionais, domicílios e outros equipamentos da comunidade (LIPAY; ALMEIDA, 2007).

O fonoaudiólogo, nos últimos tempos, vem enfrentando obstáculos com o intuito de alcançar o reconhecimento da sua atuação profissional na rede de serviços de saúde no país, objetivando garantir sua integração no campo da Saúde Coletiva. E com o surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), percebe-se

que a integração deste profissional vem se tornando realidade, sendo requisitada sua inserção nas equipes de apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF) (COSTA et al., 2013a).

O NASF foi criado em janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 154, com o objetivo de ampliar a abrangência e resolutividade das ações desenvolvidas na atenção primária, através do apoio de uma equipe multidisciplinar atuando de maneira integrada com a ESF. Definindo-se como uma oportunidade para a atuação da fonoaudiologia e os demais profissionais, para contribuir efetivamente na melhoria das condições de vida da população, através de cuidados individuais e coletivos (MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).

A implantação do NASF está diretamente relacionada com as demandas e necessidades da população, buscando incorporar novas possibilidades de cuidado de acordo com a realidade local, às quais podem sofrer modificações ligadas às necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 2014).

No município de Florianópolis-SC, o NASF foi implantado em 2009, iniciando com sete equipes NASF, sendo que em 2013 percebeu-se sua expansão com um número de 12 NASF, apresentando cobertura para todas as equipes de saúde da família do município. Apesar disso, a partir do ano de 2014, o fonoaudiólogo passou a não compor mais o quadro do NASF, restringindo suas ações nas policlínicas (FLORIANÓPOLIS, 2014).

2.2 Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, a partir dos resultados positivos que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) apresentou. Foi formulado com o intuito de reorganizar a prática assistencial através da atenção primária à saúde, visando substituir o modelo tradicional de assistência voltado para a cura da doença. Com uma atuação voltada para um novo modelo de atenção, saindo da medicina preventiva e passando a atuar na integralidade da assistência (VIANA; DAL POZ, 2005; ROSA; LABATE, 2005; SANTOS et al., 2012).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, com no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade,

enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podendo ser complementada por profissionais de saúde bucal, cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Cada equipe de saúde da família é responsável por 4.000 pessoas de uma determinada área. A quantidade de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas por agente (BRASIL, 2012).

A ESF visa reorganizar a atenção primária no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012). Busca desenvolver um modelo de atenção integral à saúde, com mediação entre família, comunidade e profissionais, estruturando-se um trabalho em equipe e uma interação organizada com indivíduos de competências e habilidades distintas (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

A ESF define suas ações de acordo com as demandas de cada município e área, analisando a situação de saúde da população que se pretende desenvolver atividades de promoção à saúde, de prevenção e tratamento de agravos, visando garantir uma atuação diferenciada e humanizada (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

O ACS está inserido na equipe de saúde da família, caracterizando-se como uma figura fundamental para a ESF, pois faz o elo entre a população de abrangência e a equipe de profissionais. Dessa forma, através de ações educativas, individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade deve desenvolver atividades voltadas para a prevenção e promoção da saúde (COSTA et al., 2013b).

Sua atuação foi formalizada com a criação do PACS, em 1991, com o intuito de reduzir a morbimortalidade infantil e materna. A construção do papel desse profissional dentro do SUS se caracterizou por conflitos e incertezas, sendo que sua regulamentação aconteceu apenas no ano de 2002 com a criação da Lei 10.507 (PERES et al., 2011; SANTOS et al., 2012).

2.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 24 de janeiro de 2008, através da Portaria GM nº 154, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2010a). Com o objetivo de apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços de saúde, inseriu-se profissionais de diferentes áreas do conhecimento, buscando proporcionar uma maior abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização e ampliação das ações desenvolvidas na atenção primária, que se caracteriza como principal porta de entrada para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu surgimento possibilitou a integração do fonoaudiólogo nas equipes de apoio à ESF, que encontra um maior campo de atuação neste contexto, desenvolvida tanto na perspectiva clínica quanto social (COSTA et al., 2013a; FRAGELLI, 2013; BRASIL, 2015).

O NASF foi regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracterizando-se por uma atuação integrada das equipes multiprofissionais que o constituem juntamente com a ESF, possibilitando a realização de discussões de casos clínicos, com o desenvolvimento de um atendimento compartilhado, ampliando e qualificando as intervenções destinadas à população de abrangência (BRASIL, 2015).

A criação dos Núcleos possibilitou uma oferta ampliada de práticas integrativas e complementares, uma melhoria de disponibilidade tecnológica para muitas doenças crônicas e revisar tratamentos realizados apenas com foco na medicalização (CAVALHEIRO, 2009). Permitiram uma maior consolidação da ESF, desenvolvendo e aprimorando um processo de trabalho voltado para uma equipe multiprofissional, através do fortalecimento das diretrizes na atenção à saúde: interdisciplinaridade, intersetorialidade, território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde e humanização, contribuindo assim, significativamente na produção de saúde através do desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

O NASF é constituído por modalidades diferentes que estão definidas em: NASF 1, no qual estão vinculadas de cinco a nove equipes; NASF 2, de três a quatro equipes estão vinculadas; e o NASF 3, que foi possível a partir da publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que permitiu a qualquer município implantar equipe NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de saúde da família. Quem determina a composição do NASF são os gestores de saúde, de acordo com

as prioridades definidas pelos dados epidemiológicos e das necessidades locais (BRASIL, 2015).

O processo de trabalho no NASF organiza-se baseado nos territórios de sua responsabilidade em consonância com as equipes de saúde da família que se encontra vinculado. Este processo deve desenvolver-se por meio do apoio matricial, com a construção de espaços coletivos de discussões e planejamento, priorizando o atendimento compartilhado; as intervenções específicas dos profissionais do NASF com os usuários; e as ações comuns desenvolvidas de maneira articulada com as equipes nos seus territórios de abrangência (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, o fonoaudiólogo como profissional constituinte do NASF, deve buscar desenvolver uma atuação que envolva o campo clínico e o social, embasada em ações de promoção da saúde, o que contribui efetivamente para uma melhoria na rede de cuidados. Através deste trabalho é possível oferecer à população apoio matricial, com suporte técnico-pedagógico e assim, suprir vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015).

O Apoio Matricial é constituído por um conjunto de profissionais responsabilizados por fornecer apoio às equipes de saúde da família, apresentando suporte assistencial e técnico-pedagógico. Visa a ampliação da clínica das equipes da ESF, embasando-se na co-responsabilização territorial, buscando ampliar a resolubilidade em saúde e garantir uma retaguarda especializada às equipes (BRASIL, 2010a).

Portanto, o processo de trabalho da Fonoaudiologia no NASF está voltado para o desenvolvimento de medidas que possibilitam a redução de incapacidades e deficiências, como: diagnosticar e levantar os problemas de saúde que necessitam ações de prevenção e reabilitação; desenvolver promoção e proteção à saúde, incluindo aspectos físicos e da comunicação; realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos; capacitar, orientar e fornecer suporte aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); realizar discussões e condutas terapêuticas com a equipe de saúde; desenvolver projetos e ações intersetoriais; acolher, apoiar e orientar as famílias; encaminhar e acompanhar indicações e concessões de aparelhos auditivos ou atendimentos específicos; desenvolver ações facilitadoras da inclusão escolar, do trabalho ou social; incentivar o aleitamento materno, a importância de uma alimentação diversificada e saudável para o adequado

desenvolvimento orofacial e os cuidados com os hábitos orais; orientar quanto o desenvolvimento da fala, linguagem e outras habilidades cognitivas, desenvolvimento das habilidades auditivas e diagnóstico precoce da deficiência auditiva, aspectos do desenvolvimento motor e psicossocial e acompanhar e orientar os processos de alfabetização e aprendizagem através de ações intersetoriais (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2015).

2.4 Redes de Atenção à Saúde

O maior desafio dos sistemas de saúde está relacionado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por ocasionarem mudanças nas necessidades de saúde dos usuários, configurando-se em um processo de trabalho voltado para o cuidado e não mais na perspectiva de cura. Todo este novo cenário provoca impactos sanitários e econômicos na sociedade brasileira (RODRIGUES et al., 2014; MENDES, 2010).

Diante desta condição crônica apresentada no contexto atual, foram criadas e estruturadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o intuito de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, qualificar a atenção e gestão do cuidado e melhorar o funcionamento político institucional do SUS. As RAS definem-se como uma nova forma de organização do sistema de atenção à saúde, que através de serviços integrados possibilita a efetivação de um trabalho de forma eficiente, segura, com qualidade e equidade, contribuindo para as condições de saúde da população (MENDES, 2011; DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS, 2010).

As RAS são coordenadas pela atenção primária e permitem a disponibilização de maneira humanizada de uma atenção contínua e integral para uma determinada população, coordenando o cuidado em todos os pontos de atenção (MENDES, 2010; DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS, 2010).

A forma de organização apresentada por esses sistemas integrados de atenção à saúde se caracteriza como poliarquia, com foco voltado para as condições agudas e crônicas. Os objetivos das RAS definem-se como melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos. O usuário é o agente

responsável pela própria saúde neste sistema, no qual as ações são proativas e contínuas, baseando-se em um plano de cuidados realizado de maneira multidisciplinar e pelo próprio usuário. As intervenções dão ênfase para a promoção, a prevenção, a cura, o cuidado e a reabilitação, com uma atuação voltada para os determinantes sociais e para as condições de saúde da população (MENDES, 2011).

Internacionalmente é evidenciada a contribuição das RAS na melhoria da qualidade clínica, dos resultados sanitários satisfatórios, da satisfação dos usuários e da redução de gastos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Desta forma, o desenvolvimento das RAS se reafirma como estratégia de reestruturação do sistema de saúde que garante a efetivação de ações que proporcionam a consolidação do SUS como política pública que visa garantir a população os direitos constitucionais de cidadania (DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS, 2010).

2.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a Fonoaudiologia

A expressão “fator de risco” vem ganhando uma importância maior no contexto das doenças crônicas, pois sua presença está fortemente relacionada com a qualidade de vida da população. Os níveis pressóricos alterados, a inatividade física, a alimentação não saudável, a obesidade e o consumo excessivo de álcool estão associados a uma pior saúde física, e o tabagismo, a uma pior saúde física e mental (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013; CAMPOS; NETO, 2009).

Os fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), envolvem problemas genéticos, estilo de vida, meio ambiente e o próprio envelhecimento. Dentro desse contexto, a hipertensão arterial sistêmica é uma das enfermidades que mais apresenta complicações clínicas. Estudos mostram que além de outros agravos, ela pode se configurar em um fator de risco independente para a perda auditiva, demonstrando a relevância da inserção do fonoaudiólogo em uma equipe multiprofissional envolvida neste contexto (MARCHIORI; REGO FILHO; MATSUO, 2006).

Outra doença apontada pela literatura, que possui correlação com a perda auditiva é a Diabetes Mellitus, que se caracteriza como um distúrbio genético, em que

há um elevado aumento de glicose no sangue, devido à deficiência de insulina, podendo apresentar alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropáticas. Demonstrando a importância da realização de um acompanhamento da saúde auditiva desta população pelos profissionais da saúde (DINIZ; GUIDA, 2009).

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) que se caracteriza pelo surgimento agudo de uma disfunção neurológica, devido a um transtorno vascular, é uma das lesões cerebrais de maior prevalência e se constitui como um problema de saúde pública, pelo alto índice de mortalidade que apresenta e aos custos elevados do seu tratamento (MENDES et al., 2011; ITAQUY et al., 2011). Esses danos cerebrais podem resultar em alterações de linguagem e/ou fala. Um dos distúrbios de linguagem mais comum é a afasia, que geralmente decorre de uma lesão focal. E as alterações de fala mais encontradas são as apraxias e disartrias (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

De acordo com os autores citados acima, também pode ocorrer o comprometimento da comunicação de maneira direta ou indireta, que são as Agnosias, as Dislexias e as Agrafias adquiridas, distúrbios linguísticos e cognitivos entre outros.

Outro agravo fonoaudiológico decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais é a disfagia, que se configura em um distúrbio da deglutição que pode gerar déficits nutricionais, desidratação e complicações pulmonares. A disfagia orofaríngea pode ser decorrente do AVE e a literatura aponta para uma alta incidência desse acometimento, que representa fator de mortalidade e morbidade, demonstrando a relevância de se desenvolver ações de promoção e prevenção, nas quais o fonoaudiólogo tem papel de extrema importância (ITAQUY et al., 2011; SILVA; DANTAS; FÁBIO, 2010; SCHELP et al., 2004; PADOVANI et al., 2007).

Por fim, podemos citar as neoplasias, apontadas como uma das cinco principais causas de morte evitáveis por medidas preventivas na população. O tabagismo é o principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço, estando fortemente relacionado com a intensidade e duração do hábito. E a ação combinada de tabagismo e etilismo eleva os riscos para desenvolver câncer de cabeça e pescoço (GALBIATTI et al., 2013; BUENO; MAGALHÃES; MOREIRA, 2012).

A intervenção fonoaudiológica é primordial para a reabilitação de casos cirúrgicos ou de tratamentos radioterápicos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, pois são descritas sequelas como dificuldades de comunicação oral e distúrbios da deglutição. Esta intervenção visa reestabelecer a qualidade de vida destes pacientes (CAMPOS; LEITE, 2010).

Diante deste novo contexto epidemiológico, é possível perceber a necessidade e a relevância da capacitação das equipes de saúde, principalmente do Agente Comunitário de Saúde (ACS), quanto à percepção e atuação acerca dos riscos à saúde fonoaudiológica. Através de educação em saúde, estes profissionais apresentarão um número maior de habilidades atitudinais, a partir da transmissão de informações e sensibilização da equipe para os agravos que a população está exposta, possibilitando atuações que viabilizem a prevenção e promoção da saúde de acordo com a demanda da sua área de abrangência (SANTOS et al., 2012).

2.6 Vigilância em Saúde

O termo vigilância foi utilizado pela primeira vez em 1955, na denominação do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, com o objetivo de coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre essa doença (BRASIL, 2007).

A vigilância caracteriza-se principalmente pela atividade de observação contínua e coleta sistemática de dados sobre doenças. As ações de vigilância em saúde têm como base a análise da situação epidemiológica de cada agravo, priorizando suas metas e atividades voltadas ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde (BRASIL, 2007).

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vêm apresentando um rápido crescimento, caracterizando-se como o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsável por 72% dos óbitos. Apesar disso, esse impacto pode ser revertido através de intervenções bem estruturadas de promoção da saúde, contribuindo para a redução dos fatores de risco e para a melhoria de atenção à saúde (MALTA; NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Como forma de enfrentamento aos desafios impostos pelas DCNT, o Ministério da Saúde a partir do ano 2000, através da Secretaria de Vigilância à Saúde, desenvolveu ações para estruturar e operacionalizar um Sistema Nacional de

Vigilância voltado exclusivamente para as DCNT. Caracterizando-se como atividade principal desse sistema de vigilância o monitoramento da morbimortalidade das DCNT (BRASIL, 2005).

Para o sistema de vigilância é fundamental realizar o acompanhamento dos fatores de risco mais prevalentes para as DCNT, principalmente os de natureza comportamental, os quais há evidências científicas de associação com essas doenças. Essa atividade deve ser implementada e sustentada, pois se caracteriza como uma das ações de base para o fortalecimento e a efetivação desse sistema de vigilância (MALTA et al., 2006).

Denota-se também, a importância de realizar o monitoramento das intervenções de promoção e prevenção, desenvolvidas com o objetivo de readequar atividades que não estão sendo efetivas (BRASIL, 2005).

Ter conhecimento sobre quais são os fatores de risco para as DCNT é fundamental para a efetividade no processo saúde-doença, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e para o monitoramento das ações desenvolvidas (MALTA et al., 2013).

2.7 Promoção da Saúde

As doenças crônicas por se caracterizarem como um importante problema de saúde pública, tornam relevantes a problematização sobre as práticas e os processos de trabalho desenvolvidos em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção primária. Destacando-se nesse contexto as práticas de promoção da saúde, que se caracteriza como um dos principais eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando cinco áreas de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e dos serviços de saúde (SANTOS; LEMOS, 2011; MEDINA et al., 2014; PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

O Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no ano de 2006, como uma estratégia destinada a desafiar o novo cenário sócio-histórico cada vez mais complexo, exigindo reflexão e qualificação contínuas

das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Possibilitando assim, implantar e fortalecer uma política transversal, integrada e intersetorial, permitindo o diálogo entre os diversos setores e a construção de redes de compromisso e co-responsabilidade voltadas à qualidade de vida da população, caracterizando-se como um contexto em que todos estão comprometidos no cuidado com a vida (BRASIL, 2010b; RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

A promoção da saúde define-se, portanto, como uma das estratégias de produção de saúde, pois suas ações encontram-se articuladas com as demais políticas e tecnologias efetuadas no sistema de saúde do país (BRASIL, 2010b). Pressupõe-se que a concepção de saúde não significa ausência de doença, com a criação de modelos de atenção voltados para uma atuação pautada nas condições de vida da população, ultrapassando o desenvolvimento de serviços clínico-assistenciais e desenvolvendo ações de intersetorialidade que envolvem os setores de educação, de saneamento básico, de habitação, de renda, de trabalho, de alimentação, de meio ambiente, de lazer e de outros condicionantes da saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

O objetivo dessa estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, é promover a qualidade de vida e diminuir as vulnerabilidades e riscos à saúde. Apresentando como eixos de ação: a alimentação saudável, a prática corporal ou atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas ou de acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010b; MALTA et al., 2014).

As ações de promoção da saúde desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) normalmente estão destinadas aos grupos de usuários que possuem relação com as ações programáticas, como os hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

2.7.1 Programa Capital Criança

Este programa apresenta como objetivo a maximização da qualidade e da quantidade de vida do cidadão do município de Florianópolis-SC, realizando a seleção, a implantação e o acompanhamento de intervenções e a formação de parcerias, visando a proteção, promoção e recuperação da saúde de crianças de zero

a dez anos de idade, incompletos, que residem no município (FLORIANÓPOLIS, 2015a).

As ações no Programa Capital Criança, são desenvolvidas pelas equipes de saúde dos Centros de Saúde (CS) e buscam acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança através de acolhimentos, vigilância nutricional, imunização, entre outras. Além de ser realizado o monitoramento dos recém-nascidos em situação de risco e o acompanhamento e encaminhamento de crianças que estão com risco nutricional e com baixo peso (FLORIANÓPOLIS, 2015a).

No ano de 2009 o Programa Capital Criança implantou a Rede Amamenta Brasil nos CS de Florianópolis-SC, que se define como uma Política de Incentivo à promoção ao aleitamento materno. Esta política foi criada com o intuito de aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, além de estimular o aleitamento materno exclusivo até essa idade, também complementar até os dois anos ou mais, especialmente nas áreas com situação de risco; incentivar a formação de grupos de apoio às mães após a alta das maternidades; capacitar os profissionais da ESF com relação à política e a alimentação complementar a partir dos seis meses até os dois anos de idade; proporcionar mais informações sobre o aleitamento materno para os profissionais de saúde, para as gestantes, para as nutrizes e para a comunidade em geral; prevenir o desmame precoce e tornar o atendimento da díade mãe-bebê mais humano (FLORIANÓPOLIS, 2015a).

2.7.2 Programa Capital Idoso

Este programa, também denominado como Programa de Saúde do Idoso, foi criado no Município de Florianópolis-SC em 12 de outubro de 2006, visando a implantação de estratégias de enfrentamento do envelhecimento, devido ao aumento considerável da população idosa no município (FLORIANÓPOLIS, 2015b).

A principal finalidade do Capital Idoso é a promoção, a sustentação e a recuperação da saúde da pessoa idosa, além da redução das comorbidades e mortes prematuras, possibilitando assim, preservar a autonomia e a independência desse público, alcançando resultados positivos com relação a qualidade de vida do idoso e da sua família (FLORIANÓPOLIS, 2015b).

A busca dos objetivos foi traçada através da constituição de ações voltadas para a oferta de serviços, a qualificação dos profissionais e dos instrumentos de acompanhamento da assistência ao idoso, visando garantir a acessibilidade e integralidade do cuidado. Sendo desenvolvidas linhas de ações propostas pelo programa como a Gerontocultura, Ações de Promoção e Prevenção à Saúde, Assistência Clínica, Média Complexidade e Apoio ao Cuidador (FLORIANÓPOLIS, 2015b).

2.8 Educação Permanente em Saúde

Os serviços de saúde no Brasil vêm passando por uma mudança de organização e por uma expansão progressiva. Diante disso, evidencia-se a necessidade de um processo educativo contínuo para os profissionais da saúde, com o intuito de proporcionar aos usuários do sistema de saúde brasileiro um padrão de assistência mais qualificado e estruturado (LINO et al., 2009).

Em fevereiro de 2004, através da Portaria 198, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), reformulada pela portaria GM/MS n. 1996/2007. Fundamentada na articulação de três eixos principais: a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento. Através da implementação dessa política, a educação permanente tornou-se uma das principais estratégias para recompor as práticas de saúde voltadas para a atenção, a gestão e o controle social, objetivando produzir impactos positivos para a saúde individual e coletiva da população brasileira (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010; ALVES et al., 2013).

A Educação Permanente em Saúde (EPS), que visa a transformação do trabalho na área da saúde, define-se como uma alternativa integrativa e vinculada ao processo de trabalho, com valorização dos saberes e práticas importantes na superação de atuações que se encontram desvinculadas da realidade em que os usuários e equipes de saúde estão inseridos. Possibilita a compreensão destes com relação ao conceber e fazer em saúde, contribuindo para a melhoria das propostas mediadoras no processo saúde e doença, no maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam o setor e na efetivação de ações voltadas

para a prevenção e promoção (LINO et al., 2009; SILVA; LEITE; PINNO, 2014; MORAIS FILHO et al., 2013).

De acordo com os autores citados acima, a EPS está relacionada com a atenção, a gestão e a educação em saúde, apresentando como objetivo a estimulação do trabalho multiprofissional e da sua integração, possibilitando articular as necessidades dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários.

Portanto, a EPS favorece no melhor desenvolvimento dos recursos humanos e do serviço, contribuindo para a melhoria das competências organizacionais e prestações de serviços dos profissionais, consequentemente possibilita uma maior qualificação da atenção em saúde e satisfação a todos os sujeitos envolvidos neste contexto, ou seja, proporciona conhecimento, crescimento, atualização e aperfeiçoamento do profissional da saúde (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

3 METODOLOGIA

Constituiu-se em um estudo transversal com realização de inquérito com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte do Município de Florianópolis-SC, realizado no período de janeiro a abril de 2015.

O município de Florianópolis possui uma população de 421.203 habitantes (IBGE, 2010) e é dividido em cinco Distritos Sanitários: Centro, Continente, Norte, Leste e Sul. O Distrito Sanitário Norte é constituído por 11 Centros de Saúde (CS), sendo eles: Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratoles, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena.

Coleta de Dados e Procedimentos:

A caracterização dos CS, quanto às micro-áreas, população, equipes de saúde, ACS e marcadores de risco, foi realizada segundo informações dos coordenadores dos CS e dos ACS.

Os Coordenadores dos CS do Distrito Sanitário Norte foram contatados, através de e-mail e telefone, para obter informações sobre as datas de reuniões de equipe e o número de ACS que compõe a equipe de saúde da família, realizando com

este contato inicial, o agendamento para a realização da pesquisa. As datas e horários foram estabelecidos de acordo com a disponibilidade do CS e dos ACS. Normalmente aconteceram nos dias de reunião de equipe, ou então, os ACS organizavam um horário para que todos estivessem presentes no CS.

Foram estabelecidas três datas de visitas para o desenvolvimento da pesquisa, caso não estivessem todos os ACS presentes no primeiro ou segundo dia agendado para a pesquisa.

Foi elaborado um questionário constituído por aspectos sociodemográficos e questões referentes ao conhecimento dos ACS em relação aos agravos fonoaudiológicos. Optou-se em dividir as questões por áreas do conhecimento baseadas em ciclos de vida, relacionadas a Promoção da Saúde Materno Infantil, a Promoção da Saúde da Criança e a Promoção da Saúde do Idoso. (Apêndice A)

Os ACS foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma, ao consentirem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice B) Estes preencheram o questionário individualmente e quando necessário a pesquisadora tinha a liberdade de esclarecer suas dúvidas com relação ao entendimento das perguntas.

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Fonoaudiologia e SUS: Contribuições Fonoaudiológicas na Vigilância de Agravos não transmissíveis”, sob coordenação da Professora Karina Mary de Paiva Vianna, aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (CAPPS) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina pelo parecer 37090514.1.0000.0118. (Anexos A e B)

Análise dos Dados:

Os dados coletados foram armazenados no software Microsoft Excel®. Sendo realizada uma análise estatística descritiva referente à caracterização dos CS, a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e conhecimento dos ACS quanto aos aspectos fonoaudiológicos com o auxílio do software STATA 10.0.

4 RESULTADOS

A pesquisa aconteceu nos 11 Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte do Município de Florianópolis-SC.

Tabela 1 - Distribuição dos CS do DS Norte, segundo população, micro-áreas e ACS. Florianópolis, 2015.

Centro de Saúde	População Total	Nº Micro- áreas	Nº ACS	Marcadores de Saúde
Cachoeira do Bom Jesus	Aprox. 6.700	12	8	Hipertensão arterial, diabetes, crianças até cinco anos e idosos.
Canasvieiras	Aprox. 20.000	18	10	Diabetes, hipertensão arterial, gestantes, recém-nascido de baixo peso, idosos, portador de necessidades especiais, tuberculose e ostomizados.
Ingleses	40.000	29	18	Hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, idosos e crianças menores de dois anos
Jurerê	Aprox. 7.000	6	5	Hipertensão arterial, diabetes, gestante, crianças até cinco anos, 11 meses e 29 dias e idosos.
Ponta das Canas	Aprox. 8.000	7	3	Hipertensão arterial, diabetes, crianças até seis anos, idosos acamados e alcoolismo.
Ratones	Aprox. 2.600	7	6	Hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, gestante e crianças até cinco anos, 11 meses e 29 dias e idosos.
Rio Vermelho	Aprox. 25.000	20	15	Gestantes, crianças até cinco anos, 11 meses e 29 dias, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase.
Santinho	6.980	12	4	Hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, gestantes, crianças até cinco anos, acamados, idosos e cadeirantes.
Santo Antônio de Lisboa	Aprox. 7.266	14	8	Hipertensão arterial, diabetes, crianças até cinco anos, gestantes, tuberculose, hanseníase, idosos, acamados e psiquiatria.
Vargem Grande	Aprox. 4.500	6	4	Hipertensão arterial, diabetes, gestantes, crianças e idosos.
Vargem Pequena	1.600	3	2	Diabetes, hipertensão arterial, gestantes, crianças até cinco anos, 11 meses e 29 dias e idosos.

Ao total, participaram do estudo 63 ACS, sendo a maioria do sexo feminino (95,24%). A média de idade dos agentes foi de 44,53 (dp=8,26) anos, com idade mínima de 29 anos e máxima de 68 anos e o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) variou de 6 a 16 anos, com média de 12,15 (dp=2,95) anos. Quanto à escolaridade, 48 ACS (81,36%) possuem Ensino Médio e 11 (18,64%) possuem Ensino Superior. Com relação a efetivação no cargo que exercem, a maioria relatou não ser concursado (45(73,77%)). (Tabela 2)

Tabela 2 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Sanitário Norte. Florianópolis, 2015. (n = 63)

Características Sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	60	95,24
Masculino	3	4,76
Idade		
<40 anos	17	28,33
40-59 anos	40	66,67
Mais de 60 anos	3	5,00
Escolaridade		
Ensino Médio	48	81.36
Ensino Superior	11	18.64
Concursado		
Sim	16	26.23
Não	45	73.77

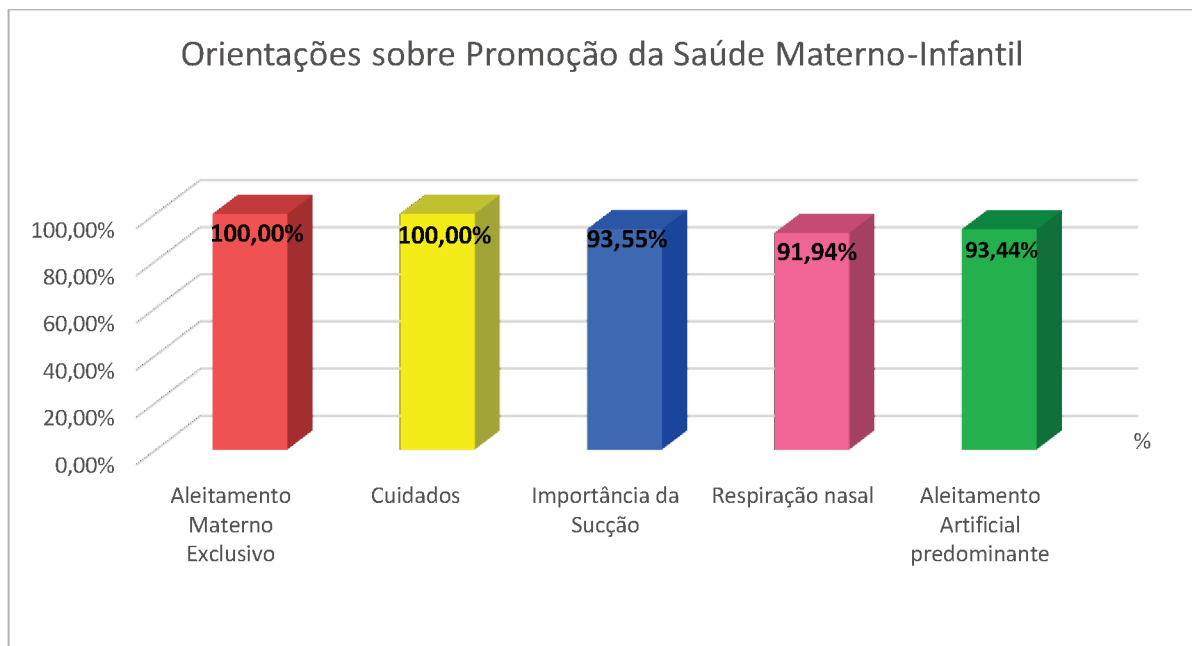
Dos agentes, 46 (73,02%) referiram que as reuniões de equipe acontecem uma vez por semana, 16 (25,40%) que acontecem uma vez por mês e um ACS (1,59%) referiu nunca ter reunião.

Quanto à capacitação por um profissional de Fonoaudiologia, 53 ACS (84,13%) referiram nunca ter recebido, sendo que 44 agentes (72,13%) relataram conhecer o trabalho deste profissional. E com relação ao surgimento de agravos fonoaudiológicos relacionados as doenças crônicas, 34 ACS (56,67%) acham que não existe essa relação. E sobre a participação da Fonoaudiologia na atenção primária, 61 agentes (96,83%) acham ser importante. (Tabela 3)

Também foram obtidas as respostas dos ACS ao questionário, com questões que enfatizaram possíveis condições de agravos fonoaudiológicos que a população de abrangência pode estar vulnerável, categorizando as perguntas por ciclos de vida: saúde materno infantil, saúde da criança e saúde do idoso.

Com relação a Promoção da Saúde Materno Infantil, a respeito da realização de orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e cuidados com o seio materno durante a gravidez, 62 ACS (100%) referem orientar nos domicílios. No que concerne as demais orientações realizadas: 58 ACS (93,55%) falam sobre a importância da sucção para o desenvolvimento das funções orais, linguagem e audição; 57 ACS (91,94%) sobre a importância da sucção para a respiração nasal; e 57 ACS (93,44%) sobre a ocorrência dos prejuízos do aleitamento artificial predominante. (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Distribuição das respostas dos ACS quanto às orientações realizadas sobre a Promoção da Saúde Materno-Infantil. Florianópolis, 2015.



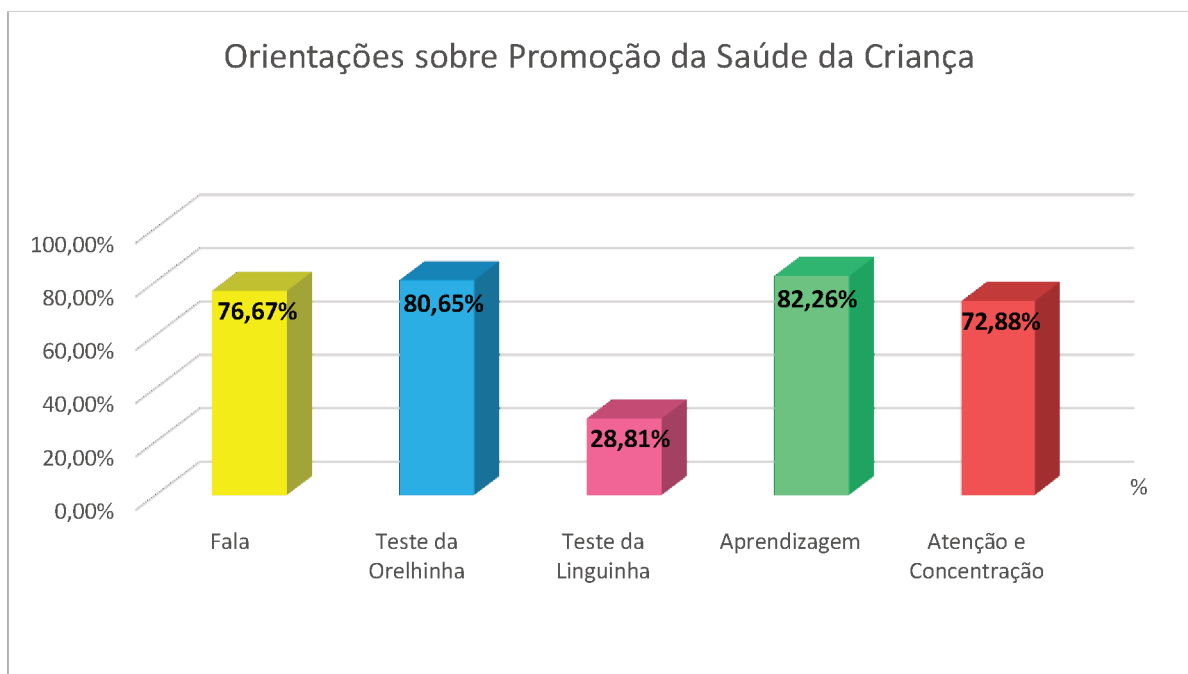
Quanto à capacitação em relação à Rede Amamenta Brasil, 46 agentes (73,02%) relataram já ter recebido. No que se refere a realização de encaminhamentos ao perceber dificuldades no aleitamento materno exclusivo, 59 ACS (95,16%) relataram encaminhar, sendo que destes encaminhamentos, 33,87%

acontecem para os CS e 66,13% para um profissional de saúde, o qual geralmente é o enfermeiro, o pediatra e o médico da família.

Em relação a Promoção da Saúde da Criança, 59 ACS (98,33%) referiram haver uma periodicidade nas visitas em domicílios com crianças, sendo que a frequência de visitas nestes domicílios é realizada mensalmente por 49 ACS (77,78%), quinzenalmente por dois ACS (3,17%), semanalmente por oito ACS (12,70%) e diariamente por quatro ACS (6,35%).

A respeito das perguntas realizadas em domicílios com crianças: 46 ACS (76,67%) perguntam sobre o desenvolvimento da fala; 50 ACS (80,65%) perguntam sobre a realização do teste da orelhinha; 51 agentes (82,26%) sobre as dificuldades de aprendizagem; 43 ACS (72,88%) sobre a presença de dificuldades em tarefas que exigem atenção e concentração; e 42 ACS (71,19%) não perguntam sobre a realização do teste da linguinha. E ainda, com relação a capacitação do Programa Capital Criança, 35 ACS (55,56%) relataram já ter recebido. (Gráfico 2)

Gráfico 2 - Distribuição das orientações realizadas pelos ACS quanto à Promoção da Saúde da Criança. Florianópolis, 2015.

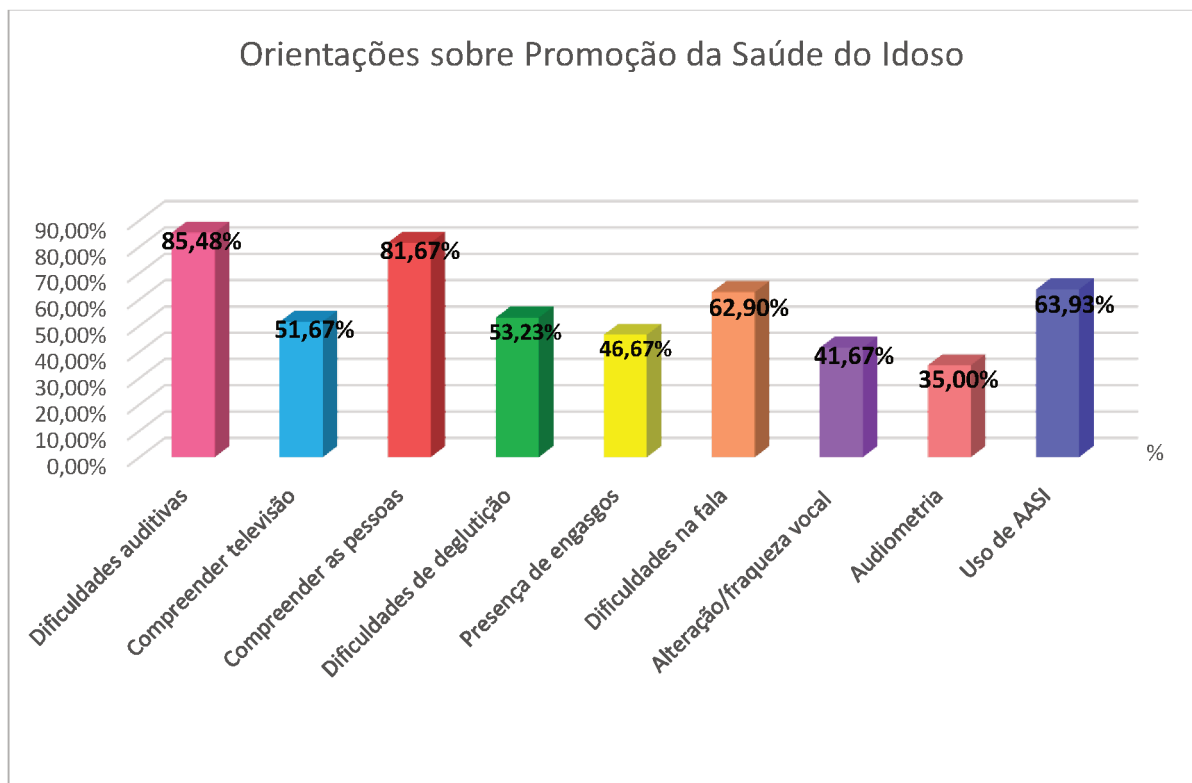


Quanto à Promoção da Saúde do Idoso, 60 ACS (95,24%) referiram haver uma periodicidade nas visitas em domicílios com idosos, sendo que 48 ACS (76,19%)

realizam visitas mensais, três (4,76%) visitas quinzenais, oito (12,70%) visitas semanais e quatro ACS (6,35%) referem visitar diariamente esses domicílios.

Durante as visitas em domicílios com idosos, em referência às orientações realizadas: 53 ACS (85,48%) perguntam sobre dificuldades auditivas; 31 ACS (51,67%) sobre as dificuldades em compreender a televisão; 49 ACS (81,67%) sobre as dificuldades em compreender as pessoas; 33 ACS (53,23%) sobre as dificuldades de deglutição; 39 ACS (62,90%) sobre as dificuldades na fala; e 39 ACS (63,93%) sobre o uso de aparelhos auditivos. Em referência as orientações não realizadas: 33 ACS (53,23%) referem não perguntar sobre a presença de engasgos; 35 ACS (58,33%) sobre alteração e/ou fraqueza vocal; e 39 ACS (65,00%) sobre a realização do exame de audiometria. Quanto à capacitação do Programa Capital Idoso, 32 agentes (50,79%) referiram não ter recebido. (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Distribuição das orientações realizadas pelos ACS quanto à Promoção da Saúde do Idoso. Florianópolis, 2015.

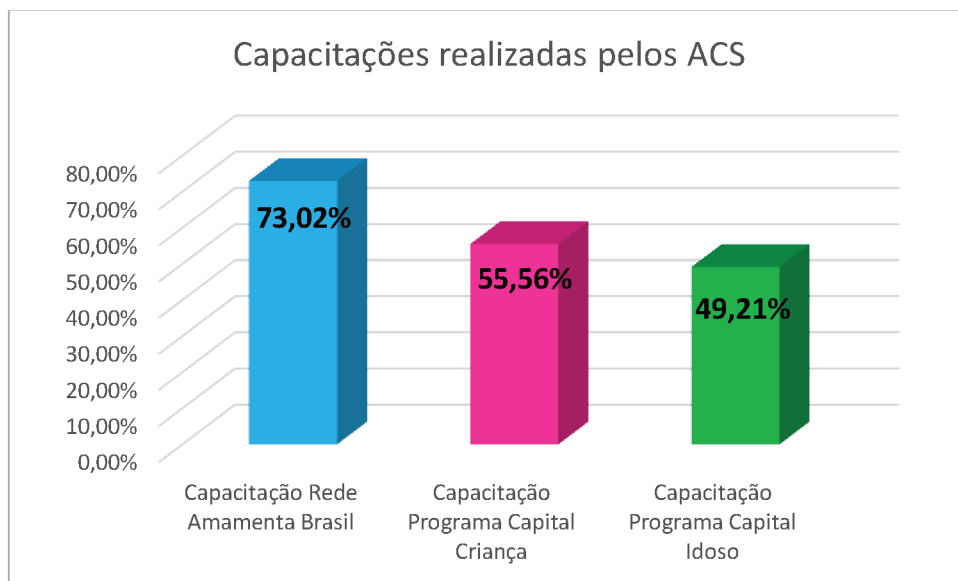


Legenda: AASI = Aparelho de Amplificação Sonora Individual.

Com relação aos relatos dos ACS quanto às capacitações realizadas nos programas existentes em Florianópolis, que foram descritos juntamente com os

resultados quanto às orientações visando Promoção da Saúde nos distintos ciclos de vida, observa-se a necessidade de se investir na capacitação destes profissionais, já que apenas os relatos a respeito da capacitação na Rede Amamenta Brasil tiveram indicadores mais elevados (73,02%), estando os demais em torno de 50%. Esta ação se configura em uma ferramenta de educação em saúde, essencial às ações de prevenção e promoção da saúde nos diversos ciclos de vida. (Gráfico 4)

Gráfico 4 - Distribuição das respostas com relação às capacitações realizadas pelos ACS do Distrito Sanitário Norte. Florianópolis, 2015.



Finalmente, ao ser questionado novamente sobre a importância da participação da Fonoaudiologia na atenção básica, 61 ACS (98,39%) referiram achar importante.

5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com este estudo evidenciaram que a grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 84,13%, nunca receberam capacitação por um profissional de Fonoaudiologia. Apesar disso, relatos a respeito de várias orientações específicas foram realizados, demonstrando que, normalmente, a ampliação e a atualização de novos conhecimentos ocorrem devido a riqueza da vivência prática e ao interesse dos ACS em melhorar e qualificar sua atuação.

Esses dados demonstram a relevância de se discutir e investir em Educação Permanente em Saúde (EPS) para os ACS, de forma multiprofissional e contínua, permitindo o desenvolvimento de um processo de trabalho mais efetivo por parte desses profissionais, garantindo uma melhor qualidade de vida para a população de sua responsabilidade.

Em uma pesquisa que objetivou identificar o conhecimento dos ACS sobre linguagem, voz, audição e motricidade orofacial e possíveis alterações relacionadas, além de discutir aspectos da formação desses profissionais, verificou-se insatisfação dos mesmos em relação às capacitações, referindo não ser uma prática frequente e quando acontece não é muito efetiva, pois se distancia da realidade. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que há muitas lacunas no processo de trabalho dos ACS devido a reduzida disponibilização de atualização de conhecimentos, devendo então, o trabalho de educação em saúde acontecer de forma permanente e estratégica (SÁ, 2007).

A autora enfatiza ainda que a educação profissional e permanente, caracterizada por orientações e potencialização de transformações das práticas em saúde, permite aos ACS uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento de suas práticas e sobre a responsabilidade de suas ações para a promoção de saúde para a população de seu território de abrangência.

Também, é importante relatar que na maioria dos Centros de Saúde (CS) houve uma receptividade muito positiva para a concretização da pesquisa, tanto por parte dos coordenadores, quanto por parte dos agentes, que se mostraram interessados pelo estudo e por aprimorar ainda mais seus conhecimentos em benefício da população que demanda de sua atuação.

Apesar dos achados importantes revelados pela presente pesquisa, houve algumas limitações relacionadas a dificuldade de comunicação com alguns CS. O estudo contabilizou uma perda de 24,09%; destes, 55,00% das perdas estão relacionadas à dificuldade de colaboração do serviço na determinação de uma data fixa para a realização da pesquisa; 30,00% dos ACS estavam afastados por motivos de saúde; 10,00% por estarem exercendo outras funções no CS; e 5% encontrarem-se no período de férias.

O presente estudo demonstrou uma prevalência do sexo feminino na profissão de ACS. Este dado corrobora com outros estudos, realizados com ACS, nos quais 100% da sua população eram do sexo feminino (SANTOS et al., 2012; SÁ, 2007).

Este perfil de predominância feminina na profissão de ACS encontra-se muito relacionado ao seu surgimento, que teve o intuito de criar uma oportunidade de emprego para a população feminina em regiões da seca e também de contribuir para a redução da mortalidade infantil (TOMAZ, 2002). Também é referido na literatura, de acordo com relatos dos próprios ACS, que esta característica de prevalecer agentes do sexo feminino encontra-se relacionada à existência ainda de uma resistência da população em receber em seus domicílios agentes do sexo masculino (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Em outra pesquisa, também houve predominância do sexo feminino entre os ACS, 92,9%, relacionando esse achado ao espaço que a mulher vem conquistando no atual mercado de trabalho (GALAVOTE et al., 2011). Sendo correlacionado também esse dado ao papel de cuidador que a mulher desempenha, devido as responsabilidades que lhe são atribuídas quanto à educação e aos cuidados às crianças e idosos da família, contribuindo assim, para sua maior credibilidade diante da comunidade em que atua (GALAVOTE et al., 2011; SILVA; RODRIGUES, 2000).

Através das respostas obtidas sobre as orientações realizadas pelos ACS nos diferentes ciclos de vida enfatizados na pesquisa, percebeu-se que estas são muito relevantes e que estes profissionais tentam desenvolver da melhor forma possível seu trabalho, mesmo não possuindo muito conhecimento sobre a atuação da Fonoaudiologia.

Apesar dos resultados demonstrarem a realização de orientações por parte destes profissionais, ainda existem algumas lacunas, que enfatizam a necessidade da realização de capacitações por profissionais da Fonoaudiologia. Portanto, proporcionar educação em saúde de forma contínua, se configura em uma forma de efetivar o processo de trabalho dos ACS, permitindo a prevenção de possíveis alterações fonoaudiológicas e a realização de um diagnóstico precoce o que refletirá na qualidade da reabilitação, desta forma promovendo saúde e bem-estar da população.

Santos et al. (2012), buscou através do seu estudo investigar a percepção dos ACS sobre os aspectos relacionados à saúde fonoaudiológica da população usuária

do programa de saúde da família do município de Itabira – MG. Os resultados encontrados demonstraram que os ACS possuem um reconhecimento dos fatores de risco à saúde fonoaudiológica dos usuários, principalmente aos aspectos relacionados à saúde vocal e as estruturas e funções orofaciais. Sendo este achado associado a recente inserção da Fonoaudiologia na atenção primária, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao aumento da escolaridade dos ACS e a ampla disseminação de campanhas e ações desenvolvidas sobre a atuação da Fonoaudiologia. Entretanto, a percepção do risco demonstrou estar limitada à identificação do problema fonoaudiológico em si, não desenvolvendo ações que visassem a integração da comunidade com a equipe de saúde.

Em um outro estudo que buscou investigar o conhecimento dos ACS sobre a fonoaudiologia, seus resultados evidenciaram que estes profissionais apresentam um conhecimento limitado, voltado mais para os aspectos relacionados a fala e audição (SÁ, 2007).

No estudo de Costa et al. (2012), foi realizada a comparação do conhecimento e prática dos ACS que dispõem do fonoaudiólogo na sua equipe, comparado àqueles que não dispõem. Sendo possível perceber que os agentes que não contam com um fonoaudiólogo em sua equipe apresentam uma restrição de conhecimentos relacionados à Fonoaudiologia, às suas áreas de atuação e a sua contribuição para a atenção primária. Ressaltando a necessidade da presença desse profissional neste nível de atenção à saúde, com o intuito de possibilitar a ampliação e aprimoramento dos conhecimentos das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas principalmente dos ACS, e assim, qualificar ainda mais as ações de promoção de saúde desenvolvidas nos CS, efetivando as ações de vigilância em saúde.

No que se refere aos aspectos metodológicos, vale ressaltar a característica do presente estudo que envolve questões auto referidas. Este tipo de estudo possui validade, apesar dos possíveis vieses relacionados ao mesmo, como o direcionamento das respostas e o viés de memória.

No estudo de Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004), é evidenciado que uma das limitações das pesquisas de natureza seccional é que elas não permitem a distinção de causas e efeitos, pois não existem informações temporais. Em contrapartida, existem muitas vantagens, são adotadas precauções para evitar vieses, como a determinação de procedimentos para coleta de dados e treinamentos dos

entrevistadores, além da criação de estratégias para motivar a participação na pesquisa. Sendo assim, é possível garantir a qualidade das informações obtidas e a validade interna do estudo.

Outro ponto relevante da pesquisa, é que mesmo os ACS não possuindo muito conhecimento sobre o trabalho da Fonoaudiologia, forma de atuar e alterações fonoaudiológicas, 96,83% acham importante a participação desse profissional na atenção primária. Esta percepção é importante para o fonoaudiólogo, que poderá desenvolver ações de capacitação aos ACS que através de suas orientações e olhar diferenciado poderão proporcionar à população novos conhecimentos sobre a sua saúde fonoaudiológica, com o objetivo de dar relevância ao diagnóstico precoce, à reabilitação e até mesmo prevenir os agravos fonoaudiológicos.

Desta forma, o fonoaudiólogo além de poder contribuir em ações de educação em saúde para os ACS, promoverá o desenvolvimento de novas atitudes que poderão contribuir para que a população compreenda que ela mesma é a principal agente promotora da sua saúde, possibilitando assim, a abertura de novos espaços de atuação fonoaudiológica e o desenvolvimento de relações profissionais de qualidade, compartilhando conhecimentos e vivências práticas.

Segundo Rosseto e Silva (2010), a EPS se caracteriza como uma das estratégias de mudanças pró-ativas no processo de trabalho do ACS, pois articula toda a problematização da realidade que esses profissionais vivenciam e possibilita uma atualização e ampliação de novos aprendizados. Este fato deve ser levado em conta na formulação de ações e políticas públicas, valorizando a importância do trabalho realizado pelos ACS, que exercem papel fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a qualificação do serviço de saúde que se encontra inserido.

Em referência à capacitação dos programas relacionados à promoção da saúde materno infantil, à promoção da saúde da criança e do idoso, os resultados desta pesquisa evidenciaram que abrange um número pouco expressivo dos ACS, sendo que, os que foram oportunizados com esse processo educativo, receberam-no há muito tempo.

Quanto as orientações abordadas nos domicílios com crianças, vale ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo, pois 100% dos ACS referiram orientar, incluindo também nessas orientações os cuidados necessários que se deve

ter e os aspectos positivos proporcionados pelo aleitamento, envolvendo inclusive a saúde fonoaudiológica. Isso possivelmente encontra-se relacionado às capacitações da Rede Amamenta Brasil acontecerem de forma mais contínua e efetiva, abrangendo 73,02% da população do estudo. Este achado comprova a efetividade da educação em saúde promovida aos ACS, enfatizando ainda mais a necessidade de se investir em mais ações educativas com estes profissionais.

A Rede Amamenta Brasil foi instituída em 2008 pelo Ministério da Saúde, com o intuito de que os profissionais da saúde e sociedade compreendessem a amamentação como um processo biológico, social e cultural, e devido à importância de estabelecer uma estratégia nacional visando a promoção, a prevenção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno na atenção primária (PASSANHA et al., 2013).

As evidências epidemiológicas demonstram inúmeras vantagens proporcionadas pelo aleitamento materno, dentre as quais, relacionando à saúde fonoaudiológica, favorece o adequado desenvolvimento das estruturas e funções orofaciais que contribuem para o crescimento e desenvolvimento craniofacial adequado. Neste sentido, a atuação do profissional fonoaudiólogo só tem a contribuir para a promoção de saúde materno-infantil, pois a saúde fonoaudiológica no período da maternidade é fundamental para a qualidade da saúde nas outras fases da vida (NEVES; AGUIAR; ANDRADE, 2007).

No estudo de Sá (2007), identificou-se que os ACS apresentam um bom conhecimento a respeito da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. Em contrapartida, as orientações que realizam estão relacionadas somente as questões gerais da amamentação, não envolvem o desenvolvimento da fala, das estruturas e funções orofaciais e que a posição inadequada durante a amamentação pode revelar riscos à audição do bebê.

A respeito do teste da linguinha, percebeu-se que ainda há um desconhecimento sobre sua definição e até mesmo sobre sua existência, pois 64,69% dos ACS referiram não orientar nos domicílios com crianças essa questão. Sendo importante relatar que durante a coleta de dados foi uma das questões em que houve questionamento em todos os CS visitados. Este fato se deve ao Teste da Linguinha ter se tornado obrigatório recentemente e as campanhas de divulgação iniciado há pouco tempo.

O Teste da Linguinha passou a ser obrigatório em todos os hospitais e maternidades, perante a lei nº 13.002/14, sancionada pela Presidência da República e publicada no Diário Oficial da União em 23 de junho de 2014. Consiste na avaliação do frênulo lingual e das funções orofaciais, em todos os bebês. É uma técnica pioneira, que foi desenvolvida no Brasil por uma fonoaudióloga, possibilitando avaliar e diagnosticar as variações anatômicas do frênulo e sua possível interferência nas funções de sucção e deglutição durante a amamentação. Visa intervenção precoce, minimizando ou eliminando possíveis futuras alterações nas funções orofaciais de mastigação e fala (MARTINELLI et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

O frênulo lingual alterado pode prejudicar a alimentação e a comunicação na maioria dos casos, sendo assim, o diagnóstico precoce é fundamental na prevenção de possíveis problemas na amamentação, na mastigação, na deglutição e no desenvolvimento da fala, possibilitando a promoção da saúde (SOUZA et al., 2014).

Em referência a Promoção da Saúde do Idoso, observou-se no estudo que as orientações relacionadas as dificuldades auditivas possíveis nessa população, são realizadas pela maioria dos ACS, 86,89%, em contradição a este achado, a orientação sobre a importância de se realizar um monitoramento da condição auditiva desses indivíduos através da realização de audiometria é realizada apenas por 36,84% dos ACS. Tendo em vista o aumento da população idosa, estas orientações devem acontecer de forma frequente e generalizada, possibilitando diagnóstico e reabilitação precoces.

A deficiência auditiva no idoso, denominada como presbiacusia, geralmente ocasiona efeitos negativos para a sua qualidade de vida, caracterizando-se como um dos distúrbios da comunicação mais incapacitantes, pois além de provocar uma privação sensorial, resulta na presença de dificuldades de compreensão da fala, prejudicando substancialmente sua comunicação (SOUSA; RUSSO, 2009).

Segundo os autores citados acima, a atuação fonoaudiológica em conjunto com uma equipe multidisciplinar, pode contribuir para a otimização dos aspectos biopsicossociais do idoso que apresenta dificuldades auditivas, minimizando-as e permitindo sua reintegração à sociedade. Portanto, informar essa população sobre questões auditivas relacionadas à idade, possibilita evitar ou até mesmo minimizar consequências negativas.

Na orientação com relação às dificuldades de deglutição do idoso, 55,93% dos ACS referem realizar nas visitas domiciliares, entretanto, 50,85% não realizam orientação quanto a presença de engasgos nesta população. Sendo esta questão relacionada a deglutição um dos aspectos que merece muita atenção, pois as consequências para um indivíduo que apresenta algum distúrbio da deglutição podem remeter ao risco de morte.

A presbifagia corresponde ao envelhecimento natural, fisiológico do mecanismo de deglutição. Estas mudanças anátomo-fisiológicas fazem com que os idosos desenvolvam adaptações durante a alimentação com o intuito de realizá-la de forma segura e manter-se nutrido. Em referência a isso é necessário que o idoso receba um atendimento interdisciplinar com o foco na atenção primária, na qual o fonoaudiólogo deve compor a equipe, contribuindo na prevenção e/ou reabilitação de possíveis problemas da alimentação dessa população (LIMA et al., 2009).

Com relação as orientações sobre alteração ou fraqueza vocal, 56,14% dos ACS referem não realizar. GOMES et al. (2013), descrevem em seu estudo que o envelhecimento envolve uma série de mudanças anatômicas e fisiológicas, acompanhando esse processo o envelhecimento da voz, denominado como presbifonia. Sendo assim, é importante disponibilizar atenção à saúde vocal do idoso, pois a voz é fundamental para a sua qualidade de vida, permitindo sua comunicação e vivência social.

Os autores referem ainda que independentemente da idade é importante esclarecer a população sobre a importância de manter uma vida com hábitos saudáveis para promover uma adequada saúde vocal, como alimentação saudável, hidratação constante, manter um sono regular, realizar atividades físicas, evitando fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Estes dados sobre a Promoção da Saúde do Idoso, encontrados no presente estudo, estão intrinsecamente relacionados com as disponibilidades do serviço público em ofertar uma quantidade muito restrita e pouco frequente de capacitações do Programa Capital Idoso aos ACS. Sendo que 50,79% dos participantes da pesquisa referiram nunca ter recebido esta capacitação, e os que receberam relataram que foi há muito tempo, considerando que a média de tempo de atuação da população do presente estudo foi de 12 anos. Muitos relataram ainda, que parte dos seus conhecimentos são em decorrência do seu interesse em melhorar seu trabalho,

pesquisando ou então abordando os demais profissionais que complementam a equipe de saúde.

Diante do atual cenário epidemiológico vivido no Brasil, em que as doenças crônicas ganham ênfase devido aos números expressivos que vem representando na saúde da população, buscou-se investigar a opinião dos ACS quanto a relação destas doenças com possíveis alterações fonoaudiológicas e a maioria destes profissionais, 55,93%, acredita que não existe relação, o que denota novamente, a importância de se estabelecer programas de EPS para os profissionais de saúde do município de Florianópolis-SC.

Todos os CS pesquisados relataram como marcadores de saúde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Tendo em vista a relação das doenças crônicas com agravos fonoaudiológicos já referidos, este é um importante indicador para o planejamento e estruturação das ações nos CS. Estas DCNT representam um fator de risco para a saúde auditiva, porém vale destacar que a HAS pode levar ao Acidente Vascular Encefálico (AVE), que tem como uma das principais consequências a Afasia.

Para estabelecer um cuidado integral em casos de AVE, é necessária a inclusão de pontos de atenção à saúde, com realização de educação popular em saúde. Neste sentido foi criada a Linha de Cuidados em AVE, aprovada pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, que possui como objetivo a disponibilização de cuidado integrado e continuado, assegurando todos os recursos humanos previstos nas Unidades de Cuidado, dentre eles o fonoaudiólogo. Porém, este profissional deve compor a equipe potencializando ações na atenção primária e não somente em ações de reabilitação, em busca de capacitação das equipes nas Redes de Urgência e Emergência para encaminhamento precoce (BRASIL, 2013).

O marcador de saúde relacionado aos idosos também foi relatado como um dos principais marcadores de saúde nos CS. Considerando que o envelhecimento é um dos ciclos da vida em que ocorre um maior acometimento das DCNT e que há uma relação destas com inúmeros agravos fonoaudiológicos, que podem prejudicar a qualidade de vida desses indivíduos, este também se caracteriza como um importante indicador para a organização e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde que busquem promover ações de promoção da saúde efetivas.

Na promoção da saúde do idoso, população mais acometida pelas DCNT, a Fonoaudiologia então, vai desenvolver ações que abrangem todas as suas áreas de atuação, realizando acompanhamento do envelhecimento saudável, com ações que busquem melhorar questões alimentares e comunicativas dessa população, refletindo desta forma na melhora da qualidade de vida (COSTA; FEDOSSE; LEFÈVRE, 2014).

A maioria dos CS também descreveu como principais marcadores de saúde as gestantes e as crianças com até cinco anos, 11 meses e 29 dias, considerando os agravos fonoaudiológicos que podem acometer essa população, é fundamental também estabelecer ações com equipes multidisciplinares, buscando informar de forma mais ampla e eficaz esses indivíduos, evitando assim possíveis agravos à saúde.

Assim, as ações desenvolvidas por um profissional da Fonoaudiologia envolverão a realização de orientações na saúde materno infantil, buscando evidenciar a importância do aleitamento materno, a proporcionar uma alimentação saudável e com consistências variadas a criança, evidenciando assim, a importância dessas atitudes para o desenvolvimento adequado (COSTA; FEDOSSE; LEFÈVRE, 2014).

Dentro desse contexto desafiador, as autoras enfatizam ainda que, o fonoaudiólogo exerce uma atuação de educador em saúde, desenvolvendo ações educativas, que visam a conscientização da população para buscar um estilo de vida mais saudável.

Levando em consideração que o campo de atuação da Fonoaudiologia abrange todos os níveis de atenção à saúde, seja nos programas e ações de promoção e prevenção, seja no diagnóstico ou reabilitação nos diferentes distúrbios da comunicação, as consequências fonoaudiológicas frequentemente relacionadas com as DCNT caracterizam-se por sequelas de fala e linguagem, incluindo afasias, disartrofonias e dispraxias em indivíduos acometidos por algumas doenças cardiovasculares. Já com relação aos distúrbios da alimentação, estes são marcados por disfagias neurogênicas ou mecânicas em indivíduos com sequelas neurológicas, câncer de cabeça e pescoço e/ou tratamentos oncológicos. Outra interface são os acometimentos das doenças metabólicas como Diabetes Mellitus, levando em consideração que pode afetar os tecidos vasculares e nervosos, que são fundamentais para o funcionamento do sistema auditivo, portanto, a audição neste

caso pode estar comprometida (COSTA; FEDOSSE; LEFÈVRE, 2014; FERREIRA et al., 2007; SALTINI, 2011).

Costa, Fedosse e Lefèvre (2014), abordam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) atingem a população nos diferentes ciclos de vida e a Fonoaudiologia dentro de suas especificidades pode e deve exercer seu papel no enfrentamento dos agravos que estão relacionados com estas doenças, através de ações de vigilância, promoção e atenção nos diferentes níveis e com uma atuação integrada com outros profissionais de saúde e setores públicos. Portanto, o fonoaudiólogo assume sua responsabilização no enfrentamento das DCNT, configurando-se como uma possibilidade de ampliar e reconhecer sua atuação.

Os resultados deste estudo evidenciam, em diferentes aspectos, a relevância da capacitação por um profissional de Fonoaudiologia para os ACS, fazendo-se necessária sua inserção no nível de atenção primária à saúde, com o intuito de promover saúde a população e efetivar as ações junto à ESF.

Considerando a importância de educação em saúde, o estudo de Arakawa et al. (2013), teve como objetivo avaliar um programa de educação permanente para os ACS do município de Monte Negro, Rondônia, sobre o processo de envelhecimento e as patologias relacionadas à área da Fonoaudiologia. Os resultados demonstraram que após o programa de capacitação houve uma melhora no desempenho dos ACS nas áreas da Audiologia, voz, fala e linguagem, sendo evidenciado assim, que o processo educativo ofertado permitiu o aumento do conhecimento dos ACS, havendo necessidade de educação permanente nas diferentes áreas para esses profissionais, com intuito de torná-los ainda mais aptos para promover saúde.

A integração da Fonoaudiologia em uma equipe multiprofissional na ESF possibilitará uma construção de conhecimentos, com trocas de experiências, com os ACS, que são os conhecedores do saber popular e os profissionais fundamentais para a integração da comunidade com a equipe de saúde. Sendo que, a EPS deve propiciar aos ACS, novos conhecimentos, contribuindo na sua vivência com as famílias, reconhecendo fatores de risco e quais as reais necessidades destas famílias, viabilizando assim, as práticas de promoção da saúde ofertadas (BRITES; SOUZA; LESSA, 2008).

6 CONCLUSÃO

Através do desenvolvimento desta pesquisa, foi possível caracterizar os 11 Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário Norte do município de Florianópolis, sendo que a população de abrangência dos CS variou de 1.600 habitantes, no CS Vargem Pequena, para 40.000 habitantes, no CS Ingleses. Quanto às micro-áreas, houve uma variação entre três (CS) e 18 (CS) micro-áreas. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o número variou de dois a 18 ACS por CS. Os marcadores de saúde com maior prevalência em todos os CS foram a hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus, além dos marcadores, gestantes, crianças e idosos que foram apontados como principais na maioria dos CS.

Diante dos dados obtidos com o presente estudo, também evidenciou-se o predomínio da população feminina atuando como ACS, prevalecendo a faixa etária dos 40 aos 59 anos. Sendo a grande maioria concursada, com ensino médio completo e tempo médio de atuação de 12 anos.

As orientações realizadas pelos ACS em referência à promoção da saúde materno infantil revelaram que os ACS realizam importantes orientações incluindo aspectos da saúde fonoaudiológica neste ciclo de vida. Vale ressaltar que os relatos de capacitação da Rede Alimenta Brasil abrangeram um número expressivo dos ACS do presente estudo.

Evidenciou-se algumas fragilidades quanto ao conhecimento destes profissionais com relação às questões relacionadas à Fonoaudiologia na promoção da saúde da criança. Destaca-se que os relatos de capacitação no Programa Capital Criança alcançaram aproximadamente metade dos ACS entrevistados, o que remete à necessidade de promover atividades de capacitação.

Com relação à promoção da saúde do idoso, os ACS demonstram um conhecimento restrito, com muitas orientações envolvendo questões fonoaudiológicas não sendo abordadas. Ressaltando que para mais da metade destes profissionais não foram ofertadas capacitações do Programa Capital Idoso, dado que demonstra novamente a necessidade do desenvolvimento de mais atividades de educação em saúde.

Evidenciou-se também, que a grande maioria dos ACS nunca recebeu capacitação por um profissional de Fonoaudiologia. Visando aprimorar as ações de vigilância em saúde, mostra-se então de extrema relevância investir em programas de

capacitações multidisciplinares e contínuas aos ACS. Pois estas proporcionam aos profissionais conhecimentos favoráveis ao seu desempenho na vivência do trabalho, tornando-os mais pró-ativos e contribuindo para a qualidade dos serviços ofertados pela atenção primária.

Portanto, através deste estudo podemos concluir que os ACS possuem um conhecimento com relação aos agravos fonoaudiológicos, mas ainda existem alguns aspectos que precisam ser melhor apresentados a estes profissionais. A Fonoaudiologia neste contexto, contemplando uma área de atuação bastante abrangente, pode contribuir para as práticas de promoção da saúde na atenção primária, especialmente para ampliar e qualificar ainda mais o importante trabalho dos ACS, através do desenvolvimento de ações de educação em saúde, visando ampliar seus conhecimentos voltados para a saúde fonoaudiológica, mas principalmente, proporcionar uma maior qualidade de vida para a população de sua responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M. R. et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. **J. res.: fundam. Care.**, v. 6, n. 3, p. 882-888, jul./set. 2013.
- ARAKAWA, A. M. et al. Avaliação de um programa de capacitação em fonoaudiologia para agentes comunitários de saúde na Amazônia brasileira. **Distúrb. Comum.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 203-210, ago. 2013.
- BEZERRA, A. F. B; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, out. 2005.
- BRITES, L. S.; SOUZA, A. P. R.; LESSA, A. H. Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 258-266, 2008.
- BUENO, A. C.; MAGALHÃES, C. S.; MOREIRA, A. N. Associação entre Fatores de Risco e Complicações Bucais em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço Tratados com Radioterapia Associada ou Não à Quimioterapia. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 187-193, abr./jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Vigilância em Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Portal do Departamento da Atenção Básica. Portal da Saúde (Org.). **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 02 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, R. J. D. S.; LEITE, I. C. G. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 671-677, ago. 2010.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Fatores de Risco e Repercussão na Qualidade de Vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 561-581, out./dez. 2009.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl., p. 48-51, 2009.

CAVALHEIRO, M. T. P. Fonoaudiologia e Saúde da Família. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 2, abr./jun. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil) (Org.). **Fonoaudiologia: um assunto de interesse de toda a família**. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/folder-atencaobasica.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS. Síntese da oficina de vigilância em Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 957-962, dez. 2004.

COSTA, H. O. et al. Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde frente aos problemas fonoaudiológicos da população na atenção básica. **SANAR**, Sobral, v. 11, n. 2, p. 32-43, jul./dez. 2012.

COSTA, L. S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 381-387, 2013a.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, jul. 2013b.

COSTA, M. L. G.; FEDOSSE, E.; LEFÈVRE, A. P. Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Cuidado em Fonoaudiologia. In: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J.; TOMÉ, M. C. (Org.). **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2014. Cap. 103. p. 806-813.

DINIZ, T. H.; GUIDA, H. L. Perdas auditivas em pacientes portadores de diabetes melito. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 75, n. 4, p. 573-578, ago. 2009.

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS. **Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite**. Dez. 2010.

DUNCAN, B. B., et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, dez. 2012.

FERREIRA, J. M. et al. Perfil audiológico de pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 292-297, 2007.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

FLORIANÓPOLIS. Tatiana Vieira Fraga. Secretaria Municipal de Saúde (Org.). **Atenção Primária: Programa Capital Criança**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+crianca&menu=6>>. Acesso em: 25 abr. 2015a.

FLORIANÓPOLIS. Noélia Fernandes de Oliveira. Secretaria Municipal de Saúde (Org.). **Atenção Primária: Programa Capital Idoso**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+idoso&menu=6>>. Acesso em: 25 abr. 2015b.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=nucleos+de+apoio+a+saude+da+familia>>. Acesso em: Abril, 2014.

FRAGELLI, T. B. O. Análise das competências profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 267-271, jan./mar. 2013.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011.

GALBIATTI, A. L. S. et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 239-247, abr. 2013.

GOMES, J. C. P. et al. Estudo comparativo entre hábitos vocais, sedentarismo e qualidade de vida em idosos frequentadores da Unidade de Saúde Vila Nova. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 18-28, nov. 2013.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **CIENCIA y ENFERMERIA**, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil) (Org.). **Santa Catarina, Florianópolis: infográficos: evolução populacional e pirâmide etária**. 2010.

Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=420540>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

ITAQUY, R. B. et al. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 23, n. 4, p. 385-389, 2011.

LIMA, R. M. F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, supl. 3, p. 405-422, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, dez. 2004.

LINO, M. M. et al. Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 115-136, mar./jun. 2009.

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

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, jul./set. 2006.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out./dez. 2011.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, jul./set. 2013.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 3, p. 4301-4312, maio. 2014.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, maio/ago. 2008.

MARCHIORI, L. L. M.; REGO FILHO, E. A.; MATSUO, T. Hipertensão como fator associado à perda auditiva. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 72, n. 4, p. 533-540, ago. 2006.

MARTINELLI, R. L. C. et al. Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 599-610, jan./fev. 2012.

- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **CONASS**, Brasília, 2 Ed., 2011.
- MENDES, L. M. et al. Estado Cognitivo dos usuários com AVE na atenção primária à saúde em João Pessoa – PB. **Acta Fisiatr.**, v. 18, n. 4, 2011.
- MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.
- MORAIS FILHO, L. A. et al. Educação Permanente em Saúde: Uma estratégia para articular ensino e serviço. **Rev. Rene**, v. 14, n. 5, p. 1050-1060, 2013.
- MOREIRA, M. D.; MOTA H. B. Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 516-521, jul./set. 2009.
- NEVES, D. C.; AGUIAR, A. M. A.; ANDRADE, I. S. N. O conhecimento de gestantes adolescentes sobre fonoaudiologia relacionada à saúde materno-infantil. **RBPS**, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 207-212, 2007.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-882, mar. 2013.
- PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 199-205, set. 2007.
- PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, abr. 2004.
- PASSANHA, A. et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, ago. 2013.
- PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 412-419, jun. 2013.
- PERES, C. R. F. B. et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, ago. 2011.

- REBOUÇAS JUNIOR, F. G.; GALDINO, M. S. S.; SOUSA, M. L. T. DE. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP**, São João del-Rei, v. 8, n. 2, jul./dez. 2014.
- RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.
- RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 235-255, out. 2012.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A Construção de um Novo Modelo de Assistência. **Rev. Latino Enfermagem**, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005.
- ROSSETO, M.; SILVA, L. A. A. Ações de Educação Permanente desenvolvidas para os Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 1027-1034, out./dez. 2010.
- SÁ, M. O. S. M. **Programa Saúde da Família: investigando o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Fonoaudiologia**. 2007. 119 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP, Piracicaba, 2007.
- SALTINI, C. B. A. **A Fonoaudiologia e a assistência à saúde na Prefeitura Municipal de Curitiba**. 2011. 38 f. Projeto Técnico (Especialização em Gestão Pública). Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba, 2011.
- SANTOS, L. G.; LEMOS, S. M. A. Construção do conceito de promoção da saúde: comparação entre estudantes ingressantes e concluintes de Fonoaudiologia. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 245-251, set. 2011.
- SANTOS, J. N. et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 333-339, 2012.
- SCHELP, A. O. et al. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 62, n. 2b, p. 503-506, jun., 2004.
- SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.9, p. 2405-2414, set. 2012.
- SILVA, M. J.; RODRIGUES, R. M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.2, n.1, jan./jun. 2000. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

SILVA, A. C. V.; DANTAS, R. O.; FABIO, S. R. C. Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 22, n. 3, p. 317-324, set. 2010.

SILVA, L. A. A.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 403-424, maio/ago. 2014.

SOUSA, M. G. C.; RUSSO, I. C. P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 241-246, 2009.

SOUZA, C. B. et al. Implantação do Teste da Linguinha no Centro de Referência em Saúde Auditiva/CRESA/PUC GOIÁS. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 24, especial, p. 51-56, dez. 2014.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TALARICO, T. R.; VENEGAS, M. J.; ORTIZ, K. Z. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 330-339, abr. 2011.

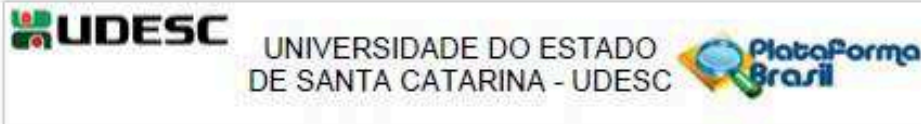
TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. p. 225-264, dez. 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FONOAUDILOGIA E SUS: CONTRIBUIÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS NA VIGILÂNCIA DE AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Pesquisador: KARINA MARY DE PAIVA VIANNA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 37090514.1.0000.0118

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.018.426

Data da Relatoria: 16/04/2015

Apresentação do Projeto:

Versão 4 para atender as pendências do Parecer Consubstanciado nº92.787 emitido em 03/03/2015. O projeto é adequadamente apresentado e atende às resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Trata-se um estudo transversal com as famílias cadastradas na Saúde da Família em Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, entre junho de 2014 e junho de 2016 e com as Agentes Comunitário de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor medidas preventivas no caráter fonoaudiológico que auxiliem nas ações de vigilância de agravos não transmissíveis. **Objetivo Secundário:** Caracterizar os centros de saúde selecionados, segundo população no território de abrangência, famílias cadastradas e equipes de saúde envolvidas; Verificar indicadores existentes referentes à população vulnerável ou em risco no território; Verificar a prevalência de agravos não transmissíveis na população cadastrada na Saúde da Família e fatores associados; Analisar a inserção do fonoaudiólogo (profissionais e alunos) em ações propostas pelas equipes de saúde; Realizar um mapeamento quanto a encaminhamentos, diagnóstico e terapia em fonoaudiologia, traçando demandas e ações necessárias à garantia da efetividade; Verificar a prevalência de notificações em PAIR no CEREST de

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
 Bairro: Itaconubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepsh.relatoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.018.428

Santa Catarina e ações voltadas à implementação da notificação por Distúrbios de Voz relacionados ao Trabalho; Verificar conhecimento das ESF quanto às vulnerabilidades e fragilidades fonoaudiológicas voltadas à criança, à mulher e ao idoso; Propor ações fonoaudiológicas de educação permanente às equipes de saúde e à comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nesta versão os pesquisadores descrevem os riscos dos procedimentos do estudo como mínimos por envolver possíveis constrangimentos em função das perguntas do questionário. Afirmam que o pesquisador ficará responsável dando o apoio necessário ao sujeito, compreendendo interrupções no preenchimento e/ou momentos de pausa. Como benefícios afirmam que serão desenvolvidas ações de promoção, prevenção e educação em saúde para a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um inquérito domiciliar em uma amostra de famílias cadastradas na Saúde da Família em centros de saúde dos distritos do centro e do norte do município de Florianópolis, com o intuito de verificar a prevalência dos principais agravos à saúde e verificar diagnóstico e encaminhamentos relacionados à fonoaudiologia. O informante familiar será o chefe da família ou cônjuge, desde que lúcido e capaz de compreender e responder ao questionário. Ele responderá também a respeito de informações referentes à saúde das pessoas que moram na mesma residência. Cinco famílias selecionadas aleatoriamente de cada dois agentes comunitários de saúde das equipes selecionadas serão entrevistadas. Quando possível, as entrevistas serão conduzidas em domicílio com o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Caso seja inviável, devido ao impacto na rotina de trabalho destes ACS, as entrevistas serão conduzidas por telefone nos centros de saúde. Para verificar o conhecimento dos Agentes serão distribuídos questionários a serem auto-preenchidos pelos ACSs sorteados dos distritos de estudo. Nesta versão os pesquisadores informam que os procedimentos de avaliação irão acontecer nos centros de saúde, em datas e horários pré-agendados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto encontra-se devidamente preenchida, datada e assinada pelo pesquisador e pelo responsável institucional da UFSC. O Termo de concordância das instituições envolvidas está assinado pela representante da Comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde da prefeitura municipal de Florianópolis. Os pesquisadores apresentam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os indicativos dos itens principais previstos na Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS. Agora consta no TCLE os procedimentos para aplicação do

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.018.428

questionário e a descrição do grau de risco do estudo, bem como a identificação do pesquisador responsável e o endereço do CEP da UDESC.

Recomendações:

N/A

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências solicitadas no Parecer anterior foram atendidas.

Apto para a aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEP SH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEP SH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEP SH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEP SH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

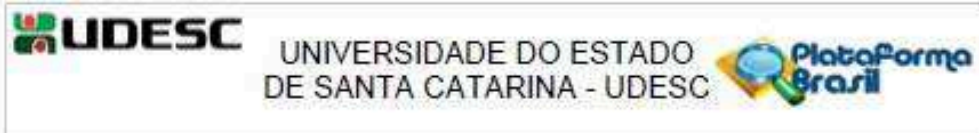
UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3321-6195

Fax: (48)3321-6195

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.016.426

FLORIANOPOLIS, 10 de Abril de 2015

Assinado por:
Claudia Mirian de Godoy Marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

ANEXO B – Parecer da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (CAPPS).



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "FONOAUDIOLOGIA E SUS: CONTRIBUIÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS NA VIGILÂNCIA DE AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS", da pesquisadora responsável Profa. Dra. Karina Mary de Paiva Vianna, e cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 21 de agosto de 2014

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento da Coleta de Dados

ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Dados Pessoais:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior

Há quanto tempo faz parte desta equipe de saúde? _____

Concursado? () sim () não

Qual a sua área de responsabilidade: _____

População de responsabilidade: _____

1. Com que frequência acontecem as reuniões das equipes de saúde?

() Uma vez por semana

() De 15 em 15 dias

() 1 vez por mês

() Outro: _____

2. Quais os principais marcadores na sua área de responsabilidade?(EX: doenças crônicas)

3. Você já recebeu algum tipo de capacitação por um profissional de fonoaudiologia?

() sim () não

4. Você conhece o trabalho do fonoaudiólogo? () sim () não

5. Você acha que existe alguma relação entre doenças crônicas (ex: diabetes, hipertensão) e alterações fonoaudiológicas? () sim () não

6. Você acha importante a participação da fonoaudiologia na atenção primária (grupos, programas, reuniões de equipe e planejamento)?

() sim () não

7. Com relação a Promoção da Saúde Materno Infantil:

7.1 Durante suas visitas, em domicílios com gestantes, você orienta quanto à importância do aleitamento materno exclusivo? () sim () não

7.2 Suas orientações incluem:

- a) Cuidados com o seio materno durante a gravidez? () sim () não
- b) Importância da sucção para o desenvolvimento das funções orais, linguagem e audição? () sim () não
- c) Importância da sucção para a respiração nasal? () sim () não
- d) Prejuízos do aleitamento artificial predominante? () sim () não

7.3 Já teve alguma capacitação em relação à Rede Amamenta Brasil? () sim () não

7.4 Realiza encaminhamentos ao perceber dificuldades no aleitamento materno exclusivo? () sim () não

7.5 Qual tipo de encaminhamento?

- () Profissional de saúde Especialidade: _____
- () Grupos
- () Centro de Saúde
- () Outro: _____

8. Com relação a Promoção da Saúde da Criança

8.1 Existe uma periodicidade nas visitas em domicílios com crianças? () sim () não

8.2 Com que frequência visita estes domicílios?

- () Diariamente
- () Semanalmente
- () Quinzenalmente
- () Mensalmente
- () Outro: _____

8.3 Durante suas visitas, em domicílios com crianças, você pergunta a respeito de:

- a) Desenvolvimento da fala () sim () não
- b) Realização do teste da orelhinha () sim () não
- c) Realização do teste da linguinha () sim () não
- d) Dificuldades de aprendizagem () sim () não
- e) Dificuldades em tarefas que exijam atenção e concentração () sim () não

8.4 Já teve alguma capacitação em relação ao Programa Capital Criança?
 sim não

9. Com relação a Promoção da Saúde do Idoso:

9.1 Existe uma periodicidade nas visitas em domicílios com idosos?
 sim não

9.2 Com que frequência visita estes domicílios?

- Diariamente
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Outro: _____

9.3 Durante suas visitas, em domicílios com idosos, você pergunta a respeito de:

- a) Dificuldades auditivas sim não
b) Dificuldades em compreender a televisão sim não
c) Dificuldades em compreender as pessoas sim não
d) Dificuldades de deglutição sim não
e) Presença de engasgos sim não
f) Dificuldades na fala sim não
g) Alteração/fraqueza vocal sim não
h) Realização do exame de audiometria sim não
i) Uso de aparelhos auditivos sim não

9.5 Já teve alguma capacitação em relação ao Programa Capital Idoso?
 sim não

10. Após todas essas perguntas, responda novamente:

Você acha importante a participação da fonoaudiologia na atenção primária (grupos, Programas, reuniões de equipe e planejamento)?

sim não

11. Caso queira fazer algum tipo de esclarecimento e/ou colocação a respeito das suas atividades como ACS neste CS:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

TELEFONE: (048) 3721-6115

Email: ccgfonoaudio@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de graduação intitulada FONOAUDIOLOGIA E SUS: CONTRIBUIÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS NA VIGILÂNCIA DE AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS, que fará entrevistas, tendo como objetivo propor medidas de prevenção em relação aos aspectos da Fonoaudiologia, auxiliando no conhecimento das áreas da Fonoaudiologia e contribuindo para ações de promoção e vigilância em saúde. Serão previamente marcados a data e horário para perguntas, utilizando questionário. Estas medidas serão realizadas nos centros de saúde do município de Florianópolis. Também serão realizadas oficinas de capacitação. Não é obrigatório responder a todas as perguntas e participar de todas as oficinas.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver possíveis constrangimentos em função das perguntas do questionário, mas o pesquisador ficará responsável dando o apoio necessário ao sujeito, compreendendo interrupções no preenchimento e/ou momentos de pausa.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a contribuição para a geração de propostas preventivas que serão elaboradas com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de vigilância em saúde, além da possibilidade de participar do processo de capacitação que será proposto pela pesquisadora. As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão a pesquisadora responsável e as estudantes de graduação [Carla Knochenhauer e Vanessa Martineli].

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome).

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Karina Mary de Paiva Vianna
NÚMERO DO TELEFONE: 3721-6115

ENDEREÇO: Coordenadoria Especial de Fonoaudiologia no Centro de Ciências da Saúde - CCS - Campus
Universitário – Trindade - Florianópolis – SC

Email: karina.mary@ufsc.br

ASSINATURA DO PESQUISADOR

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

Florianópolis - SC

88035-001

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____ .