

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização em Saúde Coletiva
Área de Concentração:
Epidemiologia

Estudo da Prevalência das Alterações Fonoaudiológicas na área de abrangência do
Pólo B no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Distrito Sanitário Barreiro

Alessandra Mara Oliveira dos Santos

Belo Horizonte - MG
2010

Alessandra Mara Oliveira dos Santos

Estudo da Prevalência das Alterações Fonoaudiológicas na área de abrangência do
Pólo B no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Distrito Sanitário Barreiro

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Saúde Coletiva – Área
de Concentração Epidemiologia da Escola
de Enfermagem de UFMG, como requisito
parcial à obtenção do título de especialista.
Orientadora: Prof^a Amélia Augusta de Lima
Friche

Belo Horizonte – MG

2010

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte.....	09
Figura 2 - Divisão em pólos do Distrito Sanitário Barreiro.....	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas, inserção no serviço e origem dos encaminhamentos para o fonoaudiólogo. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.....	23
Tabela 2 -	Caracterização do número de sessões de avaliações, tratamentos individuais, acompanhamentos, participação em grupos, visitas domiciliares, encaminhamentos e altas relacionadas aos usuários. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.....	24
Tabela 3 -	Concordância entre motivo do encaminhamento da ESF para o serviço de Fonoaudiologia e diagnósticos fonoaudiológicos. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.....	26
Tabela 4 -	Análise bivariada entre alterações fonoaudiológicas e variáveis demográficas e socioeconômicas. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.....	27
Tabela 5 -	Comparação entre a média de idade dos indivíduos com alterações fonoaudiológicas. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.....	29
Tabela 6 -	Comparação entre o número de sessões para avaliação dos indivíduos com alterações fonoaudiológicas. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.....	31

LISTA DE SIGLAS

AVE	- Acidente Vascular Encefálico
CEM	- Centro de Especialidades Médicas
CERSAM	- Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAT	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIF	- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DA	- Deficiente Auditivo
DLE	- Distúrbio de Leitura e Escrita
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESF	- Equipe Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	- Índice de Vulnerabilidade à Saúde
NAR	- Núcleo de Apoio em Reabilitação
NASF/R	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RO	- Respirador Oral
SMSA-BH	- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	- Sistema Único de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
1.1 O problema: contextualização e revisão de literatura.....	08
1.1.2 O município de Belo Horizonte.....	08
1.1.3 O Distrito Sanitário Barreiro.....	09
1.2 Núcleo de Apoio em Reabilitação- Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade reabilitação.....	10
1.2.1 Objetivo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade Reabilitação	13
1.2.2 Equipe multiprofissional.....	13
1.2.3 Organização do trabalho.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.1.1 Objetivos específicos.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 RESULTADOS.....	22
6 DISCUSSÃO.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
8 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXOS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, nas décadas de 20, 30 e 40 a atuação fonoaudiológica era voltada para a saúde escolar. Entre as décadas de 50 a 70, o fonoaudiólogo direcionou seu trabalho para os consultórios particulares e clínicas de reabilitação. Nesse período, surgiram os primeiros cursos de Fonoaudiologia, cuja formação privilegiava o distúrbio da comunicação e a reabilitação clínica individual, em detrimento de ações de promoção e prevenção de maior alcance (MASSON, 1995).

PEREIRA (1999) afirma que entre os anos 70 e 80, os fonoaudiólogos começaram a se inserir no sistema público pelas Secretarias de Educação e Saúde, porém ainda priorizavam a reabilitação em atendimentos individuais.

PENTEADO & SERVILHA (2004) esclarecem que no final dos anos 80, ocorreram mudanças na política de saúde do país com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde - pautado nos princípios doutrinários de Universalidade, Integralidade e Equidade. A concretização do SUS implicou uma série de transformações no sistema de saúde: o redimensionamento da concepção de saúde; a reorganização dos serviços; a mudança do modelo de atenção à saúde e da formação dos profissionais de saúde; a contratação de novos profissionais para os quadros públicos, incluindo o fonoaudiólogo, dentre outras. Além disso, PEREIRA (1999) ressalta que foram realizados concursos públicos e alguns fonoaudiólogos iniciaram sua atuação na atenção primária à saúde.

Segundo FRICHE (2005), em Belo Horizonte, as ações propostas para a construção do SUS-BH evidenciaram a necessidade de ampliação e diversificação das equipes de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Assim, em 1994 foi realizado o primeiro concurso público para o cargo de Técnico Superior de Saúde – Fonoaudiólogo - da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH). Desde então, este profissional passou a integrar os serviços de Saúde Mental, Audiologia, Reabilitação, Gerência de Assistência da SMSA, Gerência de Saúde do servidor e perícia médica, Hospital Odilon Behrens e a Clínica médico-ambulatorial do servidor público.

A mesma autora acrescenta que apesar dos avanços da atuação do fonoaudiólogo nos serviços de saúde de Belo Horizonte e da diversidade das ações desenvolvidas neste curto período de tempo, havia a necessidade de implementação de outras atividades, principalmente na atenção primária, com

enfoque na promoção, prevenção, proteção e reabilitação em saúde. GOULART (2003); LEONELLE *et al* (2003); CAMPELO (2007) explicam que seria necessário utilizar abordagem multidisciplinar ou interdisciplinar, mudar do eixo curativo para o preventivo e proporcionar a atenção integral aos usuários. Para isso, era preciso considerar o indivíduo dentro de seu contexto histórico, econômico e cultural. As ações fonoaudiológicas teriam que ser redirecionadas a uma perspectiva social e coletiva de acordo com PENTEADO & SERVILHA (2004) embasadas nos princípios de humanização, acolhimento, vínculo e responsabilidade pela população do território de atuação como expõe BERNARDI (2007).

PENTEADO & SERVILHA (2004) consideram que desde então, a Fonoaudiologia vem construindo seu caminhar e, mais recentemente, além das questões fonoaudiológicas específicas, aproxima-se de um comprometimento com as questões sociais, coletivas e as necessidades de saúde da população.

1.1 O problema: contextualização e revisão de literatura

1.1.2 O município de Belo Horizonte

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, possui atualmente cerca de 2,4 milhões de habitantes. O Distrito Sanitário Barreiro foi criado em 1989, quando a cidade foi subdividida em nove áreas administrativas regionais, que coincidem com os nove distritos sanitários, para facilitar a gestão e o planejamento das ações (Figura 1). As definições das áreas de abrangência dos distritos foram estabelecidas com base nos setores censitários definidos pelo IBGE 2000 sendo constituídas por um agrupamento de setores contíguos, respeitados seus limites, e com possibilidades de modificações dinâmicas de acordo com a mobilidade da população (BELO HORIZONTE- SMSA, 2008).



FIGURA 1 – Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte, 2010.

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte. <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=districtos/index.html>

1.1.3 O Distrito Sanitário Barreiro

O Distrito Sanitário Barreiro, está localizado na região sudoeste de Belo Horizonte. Apresenta uma população de 266.194 habitantes, segundo dados do Censo (IBGE, 2000), distribuídos em uma extensão territorial de 53,58 Km². Parte dessa população ocupa áreas urbanas de risco, segundo critérios sócio econômicos sanitários. Na área de saúde, conta com 30 unidades sob a responsabilidade da Prefeitura, sendo 20 centros de saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA Barreiro), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT), uma Equipe Complementar de Atenção à Saúde Mental da Criança e Adolescente, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Convivência e quatro NASF/R (Núcleo de Apoio à

Saúde da Família modalidade Reabilitação). Para apoio diagnóstico e terapêutico, o Distrito Sanitário Barreiro conta com uma Farmácia Distrital e serviços privados contratados. Encontram-se também em seu território, duas Unidades da FHEMIG: os Hospitais Eduardo de Menezes e Júlia Kubitscheck, além de dois hospitais privados contratados do SUS: Hospital Santa Lúcia e Hospital Infantil de Urgência São Paulo (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

1.2 Núcleo de Apoio em Reabilitação – Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade Reabilitação

Até 2005, a assistência em reabilitação em Belo Horizonte estava centrada na atenção secundária e as ações na atenção primária limitavam-se a alguns profissionais isolados em centros de saúde ou estágios acadêmicos. Somava-se a isso, o despreparo das Equipes Saúde da Família (ESF) na identificação e planejamento de ações para os usuários que necessitavam de reabilitação. O processo de reabilitação deveria ocorrer prioritariamente em local mais próximo possível da moradia do usuário favorecendo o acesso, a valorização do saber da comunidade e sua integração aos equipamentos sociais (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008; BELO HORIZONTE, 2008).

Buscava-se responder às necessidades dos indivíduos com perdas funcionais e dependência garantindo o acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção no Sistema Único de Saúde – SUS (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

Neste contexto, tornava-se necessário que os serviços da atenção primária fossem capacitados no cuidado da pessoa com deficiência para a construção de uma atenção com qualidade e resolutiva. A Secretaria Municipal de Saúde propôs então, implementar ações de promoção, prevenção e reabilitação na atenção primária, sensibilizando e qualificando as ESF, criando os Núcleos de Apoio em Reabilitação (NAR) – equipe multiprofissional formada por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social e uma coordenação técnica para possibilitar o acesso da população a intervenções preventivas e reabilitadoras (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

A primeira equipe do NAR do município de Belo Horizonte iniciou suas atividades em março de 2005, na regional Barreiro, integrando o projeto de reorganização da assistência em reabilitação do município. Posteriormente houve a implantação do NAR no Distrito Sanitário Norte (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

Em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM Nº 154 criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que incluiu profissionais da reabilitação e algumas especialidades médicas como apoio às ESF. Com isso, houve a mudança do nome NAR para NASF/R (Núcleo de Apoio a Saúde da Família - modalidade Reabilitação) que apesar de manter o mesmo eixo de trabalho, possibilitou o incremento no número de profissionais, a inserção do farmacêutico na equipe já existente e a implantação do NASF/R em todas as regionais de Belo Horizonte.

O NASF/R segue os princípios do SUS, as diretrizes da Atenção Básica do município de Belo Horizonte, as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde e o modelo de Apoio Matricial (BELO HORIZONTE, 2008).

Como as ações do NASF/R se baseiam nos aspectos biopsicossociais do indivíduo com deficiência, consideramos necessário fazer uma breve explanação sobre a **CIF**, para melhor entendimento deste eixo de trabalho da equipe.

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que o indivíduo “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, considerando as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive segundo BATTISTELLA & BRITO (2002).

A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação social. A CIF é baseada, portanto, em uma abordagem biopsicossocial onde cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais (BUCHALLA, 2003).

FARIAS & BUCHALLA (2005) explicam que os conceitos apresentados na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação. Dessa forma, a classificação permite, além de avaliar as condições de vida, fornecer subsídios para políticas de inclusão social e responder a importantes questões de Saúde Pública, tais como: qual é o estado de saúde das pessoas com deficiência comparadas às demais; que necessidades e que tipos de intervenções são mais adequadas para reduzir condições secundárias e promover a saúde das pessoas com deficiências, entre outras.

No que se refere ao **apoio matricial** este deve ser destacado devido sua importância na estrutura do trabalho do NASF/R (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

O emprego do nome – matricial – indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência (ESF) e especialistas (equipe multiprofissional do NASF/R) mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização (CAMPOS, 1996; BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

O primeiro termo – apoio – sugere uma maneira para operar essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos. Nesse caso, o apoiador (NASF/R) procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores (ESF) projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pela equipe também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes (neste caso ESF) encarregadas da atenção aos problemas de saúde da população (CAMPOS & DOMITTI, 2007; BELO HORIZONTE-SMSA, 2008).

1.2.1 Objetivo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade Reabilitação

O objetivo geral do NASF/R é implementar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação na atenção primária, a fim de ampliar a abrangência das ações e resolubilidade, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, a fim de manter e/ou melhorar as condições de saúde da população das áreas de abrangência em todos os ciclos da vida. Possui como eixos de trabalho a **assistência ao usuário** (realiza-se a Atenção domiciliar, Atenção individual e Atividade coletiva) e a **educação permanente** (esta busca a produção do cuidado e sua melhoria, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização) como se preconiza em BELO HORIZONTE (2008).

Conforme este mesmo documento, o trabalho do NASF/R junto às ESF, a partir de discussões clínicas e construção coletiva do planejamento terapêutico para os casos discutidos, constitui uma prática educativa e problematizadora, que permite a partir dos conhecimentos veiculados, ampliar a visão dos profissionais e ativar mudanças na realidade em análise. CAMPOS & DOMITTI (2007) afirmam que nas reuniões entre apoiadores e equipe de referência deve ser reservado um tempo para o diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema.

1.2.2 Equipe multiprofissional

A metodologia de trabalho do NASF/R objetiva ampliar a visão multiprofissional numa perspectiva interdisciplinar (BELO HORIZONTE, 2008). SAUPE *et al* (2005) conceituam que a interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual e constitui uma importante estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. A abordagem interdisciplinar caracteriza-se como a possibilidade de trabalho conjunto que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas ou das instituições.

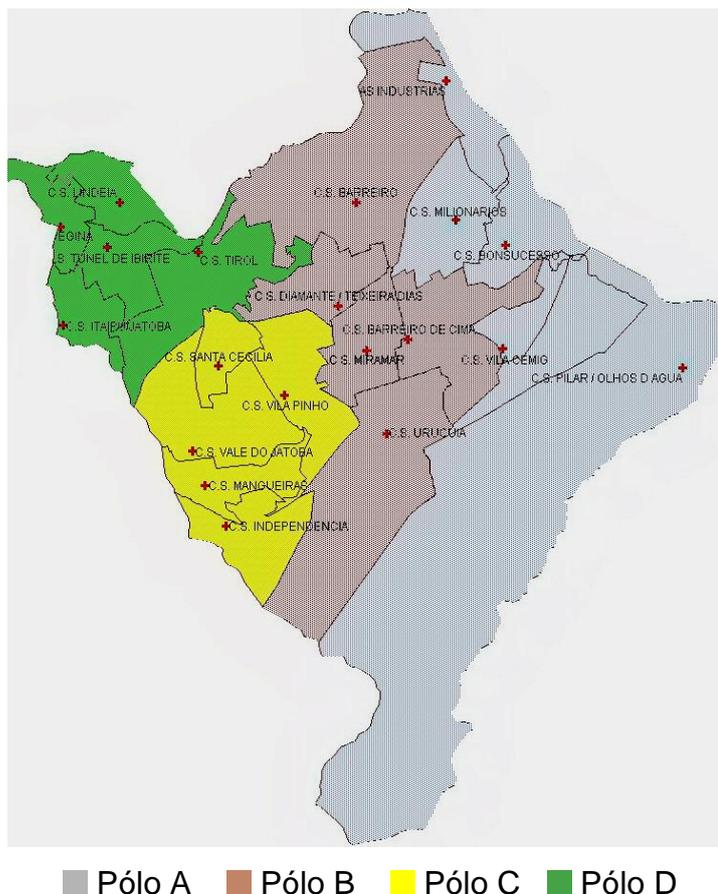
Acredita-se que o trabalho interdisciplinar possa se constituir como um diferencial capaz de assegurar aos usuários com limitações funcionais, deficiências ou com risco de desenvolver problemas, uma intervenção que aborde o indivíduo como um todo, sem fragmentá-lo nas várias dificuldades que apresenta (BELO HORIZONTE, 2008).

Segundo CAMPOS & DOMITTI (2007); SCHRAIBER *et al* (1999) para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também a formação de um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro e a equipe de referência (ESF) deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais propiciando dessa forma um atendimento integral à saúde.

1.2.3 Organização do trabalho

O trabalho do NASF/R no Distrito Sanitário Barreiro organiza-se da seguinte forma:

Até dezembro de 2009, o NASF/R Barreiro era formado por: 1 psicóloga; 2 assistentes sociais; 4 fonoaudiólogos; 8 fisioterapeutas; 3 terapeutas ocupacionais; 6 nutricionistas e 3 farmacêuticos. Estes 27 profissionais se dividiram em quatro pólos (A, B, C e D) para atenderem aos 20 centros de saúde deste distrito, sendo cada pólo referência para cinco centros de saúde (Figura 2).



■ Pólo A ■ Pólo B ■ Pólo C ■ Pólo D
 FIGURA 2 – Divisão em pólos do Distrito Sanitário Barreiro, 2010.
 Fonte: Power Point de apresentação do NASF/R ao PET-Saúde.

As atividades desenvolvidas pelos pólos do NASF/R consideram a identificação e análise dos indicadores de saúde na realidade local. É a partir do diagnóstico situacional que são articuladas as ações juntamente com as equipes (BELO HORIZONTE, 2008).

Assim, cada pólo é referência das ESF daquele território dos centros de saúde e se responsabiliza pela realização de reuniões periódicas para acolhimento das demandas, discussões clínicas, pactuação de ações, agendamento de visitas, atendimentos individuais, participação em grupos e educação permanente (BELO HORIZONTE-SMSA, 2008). Para casos urgentes seja disponibilizado o telefone da equipe, não sendo necessário aguardar a próxima reunião para discussão do caso (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

SCHRAIBER *et al* (1999) esclarecem que a interação dos agentes da equipe do NASF/R com as ESF, além de permitir as correlações entre as distintas ações, leva à construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem

alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los, permitindo a construção de um “projeto assistencial comum”.

Além das reuniões com as ESF, semanalmente ocorre a reunião geral (todos os profissionais e coordenação técnica do NASF/R) e de pólos na qual todas as ações são discutidas, planejadas e reavaliadas. A efetividade do trabalho desenvolvido pelo NASF/R só é possível na medida em que ocorre uma constante interlocução entre os profissionais envolvidos, permitindo a elaboração e desenvolvimento dessa metodologia de trabalho (BELO HORIZONTE, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

A Epidemiologia, segundo LESSA (2004), é a área do conhecimento que possibilita descrever, analisar, planejar e intervir nos problemas de saúde das populações. Para vários pesquisadores os estudos epidemiológicos são essenciais para fundamentar as tomadas de decisão mais adequadas em relação à saúde da população. Permitem um maior conhecimento das reais necessidades da comunidade e dos fatores determinantes de agravos e doenças. Desta forma, o fonoaudiólogo, como os demais profissionais de saúde, deve aliar-se à epidemiologia visando conhecer melhor a população que atende (BARATA 2005; GONÇALVES *et al*, 2000; GONÇALVES, TOCHETTO & PRIMO, 2005).

É a partir de informações geradas por estudos epidemiológicos que o profissional fonoaudiólogo pode ampliar seu domínio de atuação na saúde pública, bem como justificar suas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, atendendo não somente as alterações fonoaudiológicas que afetam um grupo específico, mas aplicando medidas de caráter comunitário em população de área definida, visando a atenção integral à saúde destes e demonstrando, dessa maneira, a importância de sua inserção na Atenção Primária a Saúde (GOULART, 2002; GOULART, 2003; MENDES, 1999; PEREIRA, 1999; DAHAN, 200-; PENTEADO & SERVILHA, 2004; ANDRADE, 2007; MARIN *et al*, 2003) .

Apoiado nesses estudos, o fonoaudiólogo pode colaborar para a reorganização do sistema de saúde, utilizando, da forma mais eficiente possível, os recursos disponíveis, aumentando a eficácia da atenção prestada, em todos os níveis de atenção à saúde (LESSA, 2004; BARATA, 2005).

PENTEADO & SERVILHA (2004) acrescentam que as pesquisas no campo da Fonoaudiologia comunitária são relevantes para que assim se defina melhor o papel do fonoaudiólogo junto à promoção da saúde da população de maneira reflexiva, consciente, responsável e atuante.

CAMPOS, RABELO & FRICHE (2008) ressaltam que é preciso conhecer a prevalência de alterações fonoaudiológicas para que se possa ter maior esclarecimento de como e o quanto essas alterações aparecem nos indivíduos e interferem na sua qualidade de vida.

Na literatura existem poucos estudos sobre prevalência de alterações fonoaudiológicas de base populacional, principalmente em Minas Gerais (GOULART & CHIARI, 2007). Este estudo permitirá conhecer as características fonoaudiológicas da população da área de abrangência do pólo B as quais poderão auxiliar no planejamento de ações de saúde mais efetivas. ANDRADE (1996); BEFI (1997) preconizam que é preciso que as intervenções sejam planejadas após a compreensão da realidade da comunidade e seus determinantes, bem como de sua relação com o atendimento em saúde pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência do pólo B do Distrito Sanitário Barreiro em Belo Horizonte, MG encaminhada ao NASF/R– Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade Reabilitação, no período de dezembro de 2007 à dezembro de 2009.

3.1.1 Objetivos específicos:

- 1 – Descrever as principais características sociodemográficas da população em estudo;
- 2 - Traçar o perfil fonoaudiológico da população em estudo;
- 3 – Verificar os fatores associados às alterações fonoaudiológicas nesta população.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo epidemiológico do tipo observacional analítico, retrospectivo de corte transversal. Foi realizado em cinco Centros de Saúde do Distrito Sanitário Barreiro (C.S. Barreiro de Cima, C.S. Barreiro de Baixo, C.S. Diamante, C.S. Urucuia e C.S. Miramar) da cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais.

A coleta de dados foi realizada a partir das pautas das reuniões da equipe do NASF/R com as ESF ANEXO A, das folhas de discussões de casos ANEXO B e dos prontuários dos pacientes ANEXO C que estavam em atendimento fonoaudiológico ou tiveram alta, no período de dezembro de 2007 à dezembro de 2009. Os prontuários utilizados foram àqueles próprios do NASF/R que ficam armazenados nas pastas do respectivo pólo.

Como critério de inclusão considerou-se o registro dos dados de usuários avaliados pelo serviço de Fonoaudiologia no período determinado para a pesquisa. Excluíram-se os prontuários com dados incompletos, que impossibilitariam a análise dos resultados.

Foram levantadas as variáveis gênero, idade, Índice de Vulnerabilidade à Saúde da SMSA-BH (IVS), forma de inserção no serviço do NASF/R, profissional/serviço que encaminhou ao NASF/R, 1º profissional indicado para atendimento, 2º profissional indicado para atendimento, hipótese(s) diagnóstica(s) da discussão, número de hipótese(s) diagnóstica(s) da discussão, diagnóstico(s) fonoaudiológico(s), número de diagnóstico(s) fonoaudiológico(s), número de atendimentos realizados e condutas. Para fins de caracterização do risco foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), de forma a caracterizar os diversos setores censitários que compõem as áreas de abrangência, segundo o risco de adoecer e morrer da população. Os níveis de risco foram categorizados em: baixo, médio, elevado e muito elevado.

Realizou-se uma etapa preliminar (piloto) com 16 (dezesseis) prontuários, além das pautas de reuniões e folha de discussão de casos para adequação do banco de dados onde se verificou quais as possíveis correlações e análises que poderiam ser realizadas entre as variáveis e se haveria necessidade de alterações neste instrumento de coleta de dados (acrescentar ou excluir variáveis). Uma vez definidas quais variáveis que iriam compor o banco de dados este, foi então, o

instrumento utilizado na pesquisa. Esta etapa serviu, portanto, para analisar se seria possível coletar todas as variáveis a princípio propostas e adequar o instrumento de coleta de dados a ser usado na pesquisa.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica (Microsoft Excel 2003®. Redmond, WA, EUA), os resultados tabulados e as freqüências das variáveis de cada grupo calculadas.

Para realização da estatística descritiva e testes estatísticos, foi utilizado o programa EpilInfo, versão 3.5.1. Para as variáveis numéricas, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão e para as variáveis categóricas, distribuição de freqüência. Para a verificação da associação entre as variáveis, foram utilizados os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher, estatística Kappa e Teste-t para comparação de médias. Para classificação da concordância foram utilizados como referência os valores propostos por Altman para a estatística kappa: de 0,8 a 1,0 – concordância excelente, de 0,6 a 0,8 – concordância boa, de 0,4 a 0,6 – concordância moderada, de 0,2 a 0,4 – concordância razoável e de -1,0 a 0,2 – concordância pobre/fraca. As associações entre as variáveis foram avaliadas a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte sob o número 0048.0.410.000-10 e aprovado em 10 de dezembro de 2010.

5 RESULTADOS

Após a coleta dos dados, os resultados foram dispostos em tabelas descritos a seguir traçando as características fonoaudiológicas da população da área de abrangência do pólo B do Distrito Sanitário Barreiro.

Quanto às características sociodemográficas dos pacientes, no período do estudo, 278 casos discutidos tiveram demanda fonoaudiológica. Porém, 2 indivíduos foram excluídos por apresentarem características do desenvolvimento muito diferentes do restante da população estudada.

A média de idade dos 276 casos com demanda fonoaudiológica foi de 29,96 anos, com desvio padrão de 30,35, sendo que a maioria destes eram do gênero masculino (56,5%), estavam na faixa etária compreendida entre 1 e 9 anos (44,3%) e moradores de área com Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) classificada como médio risco (74,4%). Mais de 90% dos casos com demanda fonoaudiológica foram referenciados diretamente nas reuniões do NASF/R com as ESF, os demais por telefone e outras vias. Sobre a origem dos encaminhamentos, 65,2% foram realizados exclusivamente pelas ESF; 10,2% por escolas e 6,5% por pediatras (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas, inserção no serviço e origem dos encaminhamentos para o fonoaudiólogo. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.

Variável	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Masculino	156	56,5
Feminino	120	43,5
Total	276	100
Idade		
1-9	121	44,3
10-19	40	14,8
20-59	40	14,8
60 e mais	72	26,1
Total	273	100
IVS		
Baixo risco	0	-
Médio risco	203	74,4
Elevado risco	70	25,6
Muito elevado risco	0	-
Total	273	100
Forma de inserção no serviço		
Reunião com ESF	254	92
Telefone	5	1,8
Outras vias	17	6,2
Total	276	100
Origem dos encaminhamentos		
ESF exclusivo	180	65,2
Otorrinolaringologista	16	5,8
Dentista	6	2,2
Pediatra	18	6,5
Neurologista	6	2,1
Escola	28	10,2
Clínicas/ambulatórios	7	2,6
Hospitais	13	4,7
Outros	2	0,7
Total	276	100

Fonte: pautas de reuniões, folhas de discussão de casos e prontuários do NASF/R.

Legenda: IVS = Índice de Vulnerabilidade à Saúde

No período em estudo foram agendadas 256 avaliações, 112 sessões para tratamento individual, 40 para acompanhamento, 290 para grupos e 119 visitas domiciliares. Foram realizadas 215 sessões de avaliação, 106 de tratamento

individual, 30 de acompanhamento fonoaudiológico, 282 de atendimento em grupo e 105 visitas domiciliares. A taxa de absenteísmo variou de 2,76% a 25,0% sendo que a menor taxa foi para atendimentos em grupo e a maior para os casos de acompanhamento fonoaudiológico.

Com relação aos 81 encaminhamentos realizados para o serviço secundário de reabilitação, 80 (98,76%) foram indicados para Fonoaudiologia, 18 (22,22%) para Terapia Ocupacional, 10 (12,34%) para Fisioterapia e 9 (11,11%) para Psicologia, sendo que ocorreram encaminhamentos concomitantes.

A partir dos dados coletados foi possível constatar que 215 usuários obtiveram alta sendo que o motivo de 81 (37,7%) destas foi por encaminhamento da ESF e NASF/R ao serviço secundário de reabilitação, 54 (25,1%) por alcance dos objetivos e 50 (23,3%) por abandono da terapia fonoaudiológica. Apenas 1 (0,5%) usuário foi desligado por falta de adesão ao tratamento (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização do número de sessões de avaliações, tratamentos individuais, acompanhamentos, participação em grupos, visitas domiciliares, encaminhamentos e altas relacionadas aos usuários. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.

CARACTERISTICAS	N (%)
Avaliações	215 (83,98)
Tratamentos individuais	106 (94,64)
Acompanhamentos	30 (75,00)
Grupos	282 (97,24)
Visitas domiciliares	105 (88,23)
Encaminhamentos	81
Fonoaudiologia	80 (98,26)
Terapia Ocupacional	18 (22,22)
Fisioterapia	10 (12,34)
Psicologia	9 (11,11)
Motivo da alta	215
Alcance dos objetivos	54 (25,1)
Falta de adesão/Part. Familiar	8 (3,7)
Mudança área abrangência	11 (5,1)
Falta de adesão do usuário	1 (0,5)
Encaminhamento	81 (37,7)
Abandono	50 (23,3)
Óbito	10 (4,7)

Fonte: pautas de reuniões, folhas de discussão de casos e prontuários do NASF/R

As ESF identificaram 240 usuários apresentando 294 queixas fonoaudiológicas, porém, os demais profissionais do NASF/R identificaram 36 usuários com demanda fonoaudiológica. Com isso, houve um total de 330 queixas fonoaudiológicas, e, a maior parte destas era de alteração de fala (N=100, 36,2%), disfagia (N=50; 18,1%) seguidos de Distúrbio de Leitura e Escrita - DLE (N=26; 9,4%) e disfonia (N=26; 9,4%). Entretanto, após a avaliação de 211 indivíduos, o profissional fonoaudiólogo constatou 395 diagnósticos em que o de maior frequência foi alteração de fala (N=97; 46%), seguida por alteração da motricidade orofacial (N=68; 32,2%) e disfagia (N=53; 25,1%).

Foi verificada na Tabela 3 a concordância entre motivo do encaminhamento da ESF para o serviço de Fonoaudiologia e diagnósticos fonoaudiológicos e constatou-se que houve boa concordância para disfagia ($\kappa=0,728$), alteração de fala ($\kappa=0,681$) e alteração vestibular ($\kappa=0,665$) e concordância baixa para alteração da motricidade orofacial ($\kappa=0,135$), todas com significância estatística.

Quanto ao número de queixas observou-se que as ESF apresentaram 240 indivíduos com demanda fonoaudiológica e, destes, 190 casos com 1 queixa apenas e 4 casos com 3 queixas concomitantes. Dos 211 indivíduos que compareceram à avaliação, o profissional fonoaudiólogo identificou 78 casos com 1 diagnóstico fonoaudiológico e 39 casos com 3 diagnósticos concomitantes.

Tabela 3

Concordância entre motivo do encaminhamento da ESF para o serviço de Fonoaudiologia e diagnósticos fonoaudiológicos. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.

Variáveis	Motivo do encaminhamento ESF	Diagnóstico Fonoaudiológico	Kappa ¹
	N(%)	N(%)	
Diagnósticos			
Alt. Fala	100 (36,2)	97 (46)	0,681*
Alt. Linguagem	15 (5,4)	51 (24,2)	0,038
DLE	26 (9,4)	31 (14,7)	0,607*
Afasia	9 (3,3)	14 (6,6)	0,291*
Disartria	4 (1,4)	11 (5,2)	0,246*
Apraxia	0 (0)	1 (0,5)	**
Alt. MO	10 (3,6)	68 (32,2)	0,135*
RO	3 (1,1)	3 (1,4)	0,662*
Disfagia	50 (18,1)	53 (25,1)	0,728*
Deficiência Auditiva	5 (1,8)	7 (3,3)	0,388*
Alteração vestibular	3 (1,1)	2 (0,9)	0,665 *
Disfonia	26 (9,4)	43 (20,4)	0,558*
Gagueira	25 (9,1)	14 (6,6)	0,639*
Compr. Fala	18 (6,5)	0	-
Outros	36 (13,0)	0	-
Total	330	395	-

Fonte: pautas de reuniões, folhas de discussão de casos e prontuários do NASF/R

*Resultados com nível de significância $p \leq 0,05$

** Não foi realizado teste estatístico porque não houve encaminhamento da ESF por apraxia.

Legenda: Alt. Fala = Alteração de Fala; Alt. Linguagem = Alteração de Linguagem; DLE = Distúrbio de Leitura e Escrita; Alt. de MO = Alteração da Motricidade Orofacial; RO = Respirador Oral; Compr. Fala = Comprometimento de Fala

A Tabela 4 mostra a análise bivariada entre alterações fonoaudiológicas e as variáveis gênero e IVS dos 211 indivíduos avaliados. O gênero masculino mostrou-se fortemente associado com a alteração de fala ($p=0,016$), distúrbio de leitura e escrita ($p=0,017$) e gagueira ($p=0,000$). Apesar da significância limítrofe ($p=0,059$), a disfagia não apresentou esta associação. Observou-se ainda associação do IVS com alteração de motricidade orofacial ($p=0,033$) e valor limítrofe para distúrbio de leitura e escrita ($p=0,052$). Não houve associação estatisticamente significativa entre o gênero masculino e IVS com as demais alterações fonoaudiológicas.

Tabela 4

Análise bivariada entre alterações fonoaudiológicas e variáveis demográficas e socioeconômicas. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.

Variável	Alterações Fonoaudiológicas														
	Alt. Fala			Alt. MO			DLE			Gagueira			Disfagia		
	Sim	Não	X ² (valor-p)	Sim	Não	X ² (valor-p)	Sim	Não	X ² (valor-p)	Sim	Não	X ² (valor-p)	Sim	Não	X ² (valor-p)
Gênero															
Masculino	62	55	5,211	37	80	0,044	23	94	5,168	14	103	12,047	24	93	2,962
Feminino	35	59	(0,016)	31	63	(0,475)	8	86	(0,017)	0	94	(0,000)	29	65	(0,059)
Total	97	114		68	143		31	180		14	197		53	158	
IVS															
Médio risco	67	85		55	97		18	134		10	142		43	109	
Elevado risco	30	29	0,784 (0,232)	13	46	3,896 (0,033)	13	46	3,522 (0,052)	4	55	0,003 (0,585)*	10	49	2,906 (0,061)
Total	97	114		68	143		31	180		14	197		53	158	

Teste exato de Fischer

Fonte: Prontuários do NASF/R

Na comparação entre a média de idade dos 211 indivíduos com alterações fonoaudiológicas que foram avaliados (Tabela 5) observou-se propensão de menor idade entre os usuários com alteração de fala (8,10 anos), linguagem (10,27 anos) e distúrbio de leitura e escrita (8,81 anos) sendo estas associações estatisticamente significantes ($p=0,000$). Quanto à presença de afasia (65,50 anos), disartria (66,64 anos), alteração de motricidade orofacial (41,31 anos), disfagia (68,06 anos) e disfonia (40,19 anos) constatou-se que entre os indivíduos com esses diagnósticos a média de idade foi maior, todos com significância estatística (afasia, disartria, disfagia- $p=0,0000$; alteração de motricidade orofacial- $p=0,001$ e disfonia- $p=0,024$).

Apesar da média de idade ser maior no grupo com apraxia e alteração vestibular e menor no grupo de respirador oral, deficientes auditivos e gagueira esta relação não foi estatisticamente significativa ($p =0,226$; $p=0,542$; $p=0,145$; $p=0,381$ e $p=0,059$, respectivamente).

Tabela 5

Comparação entre a média de idade dos indivíduos com alterações fonoaudiológicas. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.

Diagnósticos Fonoaudiológicos		Média	Desvio padrão	Valor-p
Alt. de fala	Sim	8,10	9,22	0,000
	Não	50,02	29,52	
Alt. Linguagem	Sim	10,27	18,13	0,000
	Não	37,28	31,13	
DLE	Sim	8,81	2,73	0,000
	Não	34,53	31,80	
Afasia	Sim	65,50	14,64	0,000
	Não	28,28	30,12	
Disartria	Sim	66,64	11,29	0,000
	Não	28,78	30,28	
Apraxia	Sim	68,00	-	0,226
	Não	30,57	30,73	
Alt. MO	Sim	41,31	32,34	0,001
	Não	25,73	28,76	
RO	Sim	5,00	1,00	0,145
	Não	31,12	30,82	
Disfagia	Sim	68,06	21,25	0,000
	Não	18,23	22,11	
DA	Sim	20,71	29,76	0,381
	Não	31,09	30,81	
Alt. Vestibular	Sim	44,00	1,41	0,542
	Não	30,62	30,88	
Disfonia	Sim	40,19	28,34	0,024
	Não	28,33	30,97	
Gagueira	Sim	15,79	18,49	0,059
	Não	31,81	31,21	

Teste-t para comparação de média

Fonte: Prontuários do NASF/R.

Legenda: Alt. Fala = Alteração de Fala; Alt. Linguagem = Alteração de Linguagem; DLE = Distúrbio de Leitura e Escrita; Alt. de MO = Alteração da Motricidade Orofacial; RO = Respirador Oral; DA = Deficiente Auditivo

Verificou-se a relação entre o número de sessões para avaliação dos 211 indivíduos com alterações fonoaudiológicas (Tabela 6). Ocorreu diferença estatisticamente significativa nos casos de distúrbio de leitura e escrita ($P=0,000$) e disfonia ($P=0,006$), sendo necessário no primeiro caso maior número de sessões para definição do diagnóstico e no segundo menor número de sessões.

Apesar da propensão limítrofe de maior número de sessões para definição do diagnóstico de alteração de motricidade orofacial e respiração oral ($P=0,056$ e $P=0,053$ respectivamente), não ocorreu diferença estatisticamente significativa nestes casos.

Quanto às demais alterações, não houve diferenças estatisticamente significantes quando comparadas as médias do número de sessões para avaliação dos indivíduos.

Tabela 6

Comparação entre o número de sessões para avaliação dos indivíduos com alterações fonoaudiológicas. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Belo Horizonte, Distrito Sanitário Barreiro, pólo B, 2010.

Diagnósticos Fonoaudiológicos		Média	Desvio padrão	Valor-p
Alt. Fala	Sim	1,55	0,77	0,193
	Não	1,38	0,72	
Alt. Linguagem	Sim	1,54	0,88	0,581
	Não	1,47	0,70	
DLE	Sim	2,00	0,96	0,000
	Não	1,35	0,62	
Afasia	Sim	2,00	-	0,505
	Não	1,48	0,76	
Disartria	Sim	1,00	0,00	0,358
	Não	1,50	0,76	
Apraxia	Sim	-	-	-
	Não	-	-	
Alt. MO	Sim	1,71	0,81	0,056
	Não	1,42	0,73	
RO	Sim	2,33	2,30	0,053
	Não	1,47	0,70	
Disfagia	Sim	1,0000	0,00	0,189
	Não	1,5072	0,76	
DA	Sim	1,50	0,54	0,982
	Não	1,49	0,76	
Alt. Vestibular	Sim	1,00	0,00	0,358
	Não	1,50	0,76	
Disfonia	Sim	1,14	0,35	0,006
	Não	1,57	0,80	
Gagueira	Sim	1,35	0,49	0,483
	Não	1,50	0,78	

Teste-t para comparação de médias.

Fonte: Prontuários do NASF/R.

Legenda: Alt. Fala = Alteração de Fala; Alt. Linguagem = Alteração de Linguagem; DLE = Distúrbio de Leitura e Escrita; Alt. de MO = Alteração da Motricidade Orofacial; RO = Respirador Oral; DA = Deficiente Auditivo

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, utilizou-se a revisão dos prontuários clínicos próprios do NASF/R, as folhas de discussão de casos e as pautas de reuniões com as ESF, para traçar o perfil da prevalência das alterações fonoaudiológicas e das suas associações com o gênero, a idade, o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, com o número de sessões para avaliação, a concordância entre motivo do encaminhamento pelas ESF e os diagnósticos fonoaudiológicos e condutas, no período de 2007 a 2009.

Com relação à idade dos usuários com demanda fonoaudiológica foi observado um desvio padrão elevado ($DP=30,35$). Tal fato pode ser explicado pela significativa heterogeneidade da população (idade mínima de 1 ano e máxima de 94 anos), pois o NASF/R visa o atendimento do indivíduo nos três ciclos de vida (BELO HORIZONTE, 2008).

No que diz respeito ao perfil dos usuários, os casos analisados apresentaram predominância do gênero masculino, fato que coincide com vários trabalhos encontrados na literatura da área, como GONÇALVES *et al* (2000); COSTA & SOUZA (2009); BARROS & OLIVEIRA (2009); DINIZ (2006-2007); FREIRE (1992); CÉSAR & MAKSUD (2007); REYES & LOPES (1997); HAGE & FAIAD (2005), que apontam para o predomínio de alterações fonoaudiológicas em indivíduos do sexo masculino, em todas as faixas etárias.

A maioria dos indivíduos com demanda fonoaudiológica estava em idade pré-escolar e escolar. Esse mesmo perfil foi encontrado em estudos de PEREIRA (1999); GONÇALVES *et al* (2000); COSTA & SOUZA (2009); BARROS & OLIVEIRA (2009); DINIZ (2006-2007); FREIRE (1992); CÉSAR & MAKSUD (2007); HAGE & FAIAD (2005), sugerindo a necessidade de atenção especial quanto à necessidade de avaliação de crianças em fase pré-escolar.

Em relação ao IVS houve predomínio de moradores residentes em áreas classificadas como médio risco de adoecer e morrer. Este dado discorda da pesquisa realizada por SOARES, SALVETTI & ÁVILA (2003), que aponta que as carências sociais são co-responsáveis por problemas específicos relacionados à saúde, com influência direta sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes. Porém é importante destacar que a demanda para o serviço do NASF/R depende da

capacidade de identificação das ESF, uma vez que o serviço não aceita demanda espontânea.

Quase a totalidade dos casos referenciados para o NASF/R foram provenientes das reuniões com as ESF e menos de 10,0% foram encaminhados por telefone ou outras vias. Este fato mostra que a organização do serviço está de acordo com o objetivo do NASF/R e com o que é preconizado na literatura (CAMPOS & DOMITTI, 2007; BELO HORIZONTE-SMS, 2008). Alguns pesquisadores afirmam que há duas maneiras para o estabelecimento do contato entre referências e apoiadores. Primeiro, mediante reuniões periódicas entre equipe de referência e apoiador matricial para discussão de casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe, elaboração de projetos terapêuticos e linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Segundo, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, o profissional de referência aciona o apoio matricial por meios diretos de comunicação personalizados (contato telefônico) solicitando algum tipo de intervenção ao apoiador (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Quanto à origem dos encaminhamentos, é importante destacar que todos os casos provêm da ESF. Porém, estes podem chegar ao conhecimento das equipes por meio de dentistas, otorrinolaringologistas, pediatras, escolas, dentre outros. Assim, encontramos neste estudo que a maior parte dos encaminhamentos foi exclusivamente da ESF, seguida por encaminhamentos de escolas e pediatras, via ESF. Vários estudos encontraram maior ocorrência de encaminhamentos por parte dos médicos e outros profissionais da saúde, provavelmente pelo maior conhecimento desses profissionais sobre a atuação do fonoaudiólogo nos distúrbios da comunicação humana (COSTA & SOUZA, 2009; BARROS & OLIVEIRA, 2009; DINIZ, 2006-2007; REYES & LOPES, 1997). Algumas pesquisas afirmam que muitos encaminhamentos ocorreram também por parte das escolas (FREIRE, 1992; CÉSAR & MAKSUD, 2007; HAGE & FAIAD, 2005).

Em contrapartida, no estudo de GONÇALVES *et al* (2000) observou-se praticamente igualdade entre os encaminhados realizados por médicos e pelas escolas. CÉSAR & MAKSUD (2007) acreditam que encaminhamentos escolares poderiam ser ainda mais qualificados, caso houvesse um maior conhecimento dos professores sobre a atuação fonoaudiológica junto ao desenvolvimento da fala,

linguagem e audição das crianças. Mais uma vez, ressalta-se aqui a importância da realização de triagens e/ou avaliações na população pré-escolar.

Outro achado importante é que todos os casos encaminhados e avaliados apresentavam alguma alteração fonoaudiológica. Este fator, como foi observado por PEREIRA (1999), é indicativo de que o encaminhamento dos usuários está sendo realizado de forma correta, com critérios, tanto pelas ESF como pelos diversos profissionais da saúde e educação. Esse fato parece apontar para a eficiência das capacitações realizadas pela equipe do NASF/R com as ESF da área estudada.

No período em estudo foram realizadas 282 sessões em atividades coletivas e 30 sessões de acompanhamento. Na Atenção Primária à Saúde, CORRÊA (1994) diz que existe a tendência de se escolher terapia em grupo, em virtude da alta demanda de pacientes. O NASF/R prioriza as atividades em grupo, pois esta proposta de trabalho configura-se como uma possibilidade de dar voz à população, favorece a troca de informações e conhecimentos e tende a impulsionar os sujeitos para transformações das condições ambientais, sociais e organizacionais do seu trabalho e da sua vida. Isso, conforme PENTEADO (2000); SILVA (2002) permite a construção de vínculos significativos entre a Fonoaudiologia e a comunidade.

Com relação ao acompanhamento, a ocorrência de poucas sessões pode ser explicada pela maior periodicidade dos retornos agendados para estes casos e provavelmente, por se tratarem de casos com alterações mais leves, terem melhor resolutividade.

A não realização dos atendimentos agendados foi menor para atendimentos em grupo (2,76%) e maior para os casos de acompanhamento (25,0%). A maior adesão dos usuários ao atendimento coletivo pode ser explicada pela maior frequência dos atendimentos, o que facilita o vínculo paciente-terapeuta-família bem como destes com os demais integrantes do grupo. Sobre os acompanhamentos, a maior taxa de absenteísmo pode ser explicada pelo fato dos retornos serem marcados a cada 2 ou 3 meses, o que torna frágil o vínculo e, conseqüentemente, menor comprometimento do paciente e familiar no processo terapêutico.

Sobre os 81 encaminhamentos realizados, após avaliação do profissional Fonoaudiólogo, constatou-se que apesar de praticamente todos necessitarem de tratamento sistematizado de Fonoaudiologia, havia também demanda para outras categorias profissionais. Isto nos mostra que para melhor resolutividade dos casos,

muitos usuários precisam de intervenção multiprofissional e interdisciplinar em caráter sistematizado.

Dos 215 usuários que tiveram alta, o motivo principal foi por encaminhamento ao serviço secundário de reabilitação (37,7%), seguido por alcance dos objetivos (25,1%) e abandono do tratamento (23,3%). A partir desse resultado podemos inferir que a maior parte dos casos encaminhados ao NASF/R não tem perfil para o tipo de atendimento realizado neste serviço, por serem mais complexos do ponto de vista clínico e necessitarem de tratamento sistematizado a longo prazo. Por outro lado, a entrada no NASF/R possibilitou a realização de avaliações, o estabelecimento de diagnósticos e posteriores encaminhamentos, garantindo ao usuário o acesso aos equipamentos disponíveis. Em relação ao abandono do tratamento, PEREIRA (1999) afirma que isto ocorre devido a grandes distâncias entre o local de atendimento e as residências, mudanças freqüentes de endereço e de emprego, assim como a dificuldade em se ausentar do trabalho semanalmente. Entretanto, no presente estudo, esses motivos não foram avaliados, devendo servir de alerta para as ESF, quanto à necessidade de se elaborar estratégias que contribuam para a vinculação dos usuários aos serviços de saúde.

Houve diferença entre o número dos motivos de encaminhamento para Fonoaudiologia e de indivíduos com demanda fonoaudiológica identificados pelas ESF e o número de diagnósticos fonoaudiológicos e indivíduos avaliados pelo serviço de Fonoaudiologia. Tal fato ocorreu porque na reunião do NASF/R com as ESF constatou-se que 36 casos discutidos não tinham, a princípio, demanda fonoaudiológica sendo indicados para avaliações com outros profissionais da equipe. Isso diminuiu o número de motivos de encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia. Porém, após as avaliações dos demais profissionais do NASF/R, foi identificada tal demanda e estes foram indicados para avaliação fonoaudiológica. Acrescenta-se a isso o fato de que 65 indivíduos que tinham indicação para avaliação fonoaudiológica e definição do diagnóstico não foram atendidos, diminuindo o número de indivíduos avaliados pelo profissional fonoaudiólogo. Isso se deveu provavelmente ao absenteísmo à avaliação, ou à mudança da área de abrangência, desistência do paciente durante o período em que esperava pela consulta, alta espontânea ou óbito.

Observou-se que a maior parte dos casos encaminhados pelas ESF ao NASF/R apresentavam as seguintes queixas: alteração de fala (N=100; 36,2%),

disfagia (N=50; 18,1%) seguidos de DLE (N=26; 9,4%) e disfonia (N=26; 9,4%). Estudos realizados por PEREIRA (1999); MARIN *et al* (2003); BARROS & OLIVEIRA (2009); DINIZ (2006-2007); CÉSAR & MAKSUD (2007) apontaram que as principais queixas encontradas foram atraso da fala, linguagem, seguida de alteração da motricidade orofacial (podendo variar entre gagueira e disfonia). Porém, FARIAS, CARVALHO & ANTUNES (2008) observaram maior prevalência dos hábitos orais seguido de alterações da linguagem oral e escrita e, em menor proporção, queixas auditivas e vocais.

Pesquisas mostram que a prevalência de alterações de fala gira em torno de 8,27% podendo chegar a 26,7% (GOULART & CHIARI, 2007; SOARES, SALVETTI & ÁVILA 2003; SANTOS *et al*, 2003; CAVALHEIRO & SOARES, 2008; GOULART & FERREIRA, 2009; PATAH & TAKIUCHI, 2008). Outros autores da literatura brasileira encontraram prevalência desses distúrbios variando de 4,19% a 34,16% (ANDRADE, 1997; CIGANA *et al*, 1995; GOULART & FERREIRA, 2002; CASARIN, 2006).

No presente estudo, observou-se que os diagnósticos fonoaudiológicos mais prevalentes em ordem decrescente foram: alterações de fala (N=97; 46,0%), seguidas pelas alterações da motricidade orofacial (N=68; 32,2%) e disfagia (N=53; 25,1%). Vários pesquisadores como PEREIRA (1999); GONÇALVES *et al* (2000), COSTA & SOUZA (2009); DINIZ (2006-2007); FREIRE (1992); ANDRADE (1997); DUCAT *et al* (2001); ORTIZ, BERTOCHINI & PEREIRA (2000); SOUZA, CUNHA & SILVA (2005); SILVA & PEIXOTO (2008) observaram alteração de fala como diagnóstico mais freqüente seguida de alteração da motricidade orofacial conforme verificado em DUCAT *et al* (2001); ORTIZ, BERTOCHINI & PEREIRA (2000); COSTA & SOUZA (2009). Em outros estudos, a alteração de fala foi seguida por alteração de linguagem (PEREIRA, 1999; GONÇALVES *et al*, 2000; DINIZ, 2006-2007; FREIRE, 1992; ANDRADE, 1997; SOUZA, CUNHA & SILVA, 2005; SILVA & PEIXOTO, 2008). Em outra pesquisa realizada por CAMPOS, RABELO & FRICHE (2008) houve discordância dos achados com a literatura onde as alterações mais freqüentes foram: motricidade orofacial e processamento auditivo, seguido das alterações de fala. GOULART & CHIARI (2007) ponderam que tal discrepância entre os achados pode estar relacionada ao critério diagnóstico empregado, que não são claramente explicitados em muitos destes estudos, dificultando comparações e replicação de metodologia em outras populações.

No que se refere à concordância entre motivo do encaminhamento da ESF para a Fonoaudiologia e diagnósticos fonoaudiológicos constatou-se que houve maior concordância para disfagia ($\kappa=0,728$), alteração de fala ($\kappa=0,681$) e alteração vestibular ($\kappa=0,665$). Isso provavelmente se deve ao fato de que estas queixas são de fácil identificação por outros profissionais da saúde, com sinais e sintomas bastante específicos. Além disto, os casos de disfagia são geralmente de egressos hospitalares e estes, juntamente com os casos de alteração vestibular, já vêm encaminhados por outros profissionais com diagnóstico definido. Observou-se menor concordância para alteração da motricidade orofacial ($\kappa=0,135$). A baixa concordância sugere que, para definição deste diagnóstico, seja necessário exame clínico específico. Outro fator que pode ter interferido é a extensa gama de alterações de estruturas e funções que compõem o diagnóstico de Motricidade orofacial, o que pode dificultar a sua classificação pelas ESF.

Quanto à concordância do número de queixas e de diagnósticos fonoaudiológicos observou-se predomínio de queixa única dentre os casos discutidos pelas ESF. Este dado corrobora com estudos realizados anteriormente por COSTA & SOUZA (2009); BARROS & OLIVEIRA (2009) e discorda de CÉSAR & MAKSUD (2007) em que foram freqüentemente observadas duas queixas fonoaudiológicas. Além disso, as ESF percebem àquelas alterações que são mais evidentes sendo que muitos diagnósticos passam despercebidos, porque além de serem específicos da área fonoaudiológica, vários destes são secundários ao diagnóstico principal.

Quanto ao gênero, o masculino mostrou-se fortemente associado com a alteração de fala ($p=0,016$), distúrbio de leitura e escrita ($p=0,017$) e gagueira ($p=0,000$). Estudos mostram que há maior prevalência de atraso de fala em meninos do que em meninas como pode ser verificado em GONÇALVES *et al* (2000); COSTA & SOUZA (2009); BARROS & OLIVEIRA (2009); FREIRE (1992); CÉSAR & MAKSUD (2007); REYES & LOPES (1997); HAGE & FAIAD (2005); SANTOS *et al* (2003); CAVALHEIRO & SOARES (2008); PATAH & TAKIUCHI (2008); DUCAT *et al* (2001). Somente em três dos estudos consultados, GOULART & CHIARI (2007); SOARES, SALVETTI & ÁVILA (2003); MOTA (2001), não foi comprovada diferença estatística significativa entre os sexos quanto à alteração de fala.

Pesquisas desenvolvidas por GONÇALVES *et al* (2000); GOULART & CHIARI (2007); FREIRE (1992); MORALES, MOTA & SOARES (2002) sugerem que a

aquisição e o desenvolvimento da linguagem entre meninos e meninas acontece de forma diferente, devido à forma distinta em que ocorre a interação com o meio e a forma de criação, ou ainda pelo fato de que o cérebro dos meninos apresenta uma maturação mais lenta do que o das meninas. MORALES, MOTA & SOARES (2002) afirmam que o desenvolvimento da linguagem decorre de características hereditárias, enquanto outros referem que está associada aos padrões lingüísticos aos quais a criança está exposta. DUCAT *et al* (2001) analisam que existem hipóteses relativas a esse dado que se referem a diferença de estimulação de linguagem oral e o uso menos freqüente da fala por parte dos meninos no seu cotidiano. Esses dados corroboram com as teorias de multicausalidade preconizadas em estudos ligados à saúde coletiva, onde o meio ambiente é um fator associado aos agravos à saúde.

Sobre o distúrbio de leitura e escrita, SANTOS (1990) comprova predomínio de dificuldades escolares em meninos. No Brasil, NICO *et al* (2000); GARCIA, PEREIRA & FUKUDA (2007) identificaram maior predomínio de transtorno da leitura no sexo masculino. Segundo BASTISTA (1995), o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aponta que 60% a 80% dos indivíduos diagnosticados com transtorno da leitura são do sexo masculino, o que pode representar um viés, uma vez que os meninos exibem com maior freqüência os comportamentos disruptivos associados aos transtornos da aprendizagem. O transtorno ocorre em proporções mais equilibradas entre ambos os sexos quando se empregam cuidadosa determinação diagnóstica e critérios rígidos, ao invés dos procedimentos tradicionais de encaminhamento realizados por escolas. Já o transtorno da expressão escrita ou disortografia é raro quando não associado a outros transtornos de aprendizagem.

No que se refere à gagueira, BLOODSTEIN (1995) estima que sua prevalência gira em torno de 1% da população mundial, com uma razão de três homens para cada mulher. No Brasil, o INSTITUTO BRASILEIRO DE FLUÊNCIA (2010) infere que a incidência da gagueira é de 5% e a prevalência 1%. Entretanto, esta taxa é frequentemente mais elevada em crianças, sendo encontrada taxa de 2,9% em pesquisa realizada em São Paulo por ANDRADE (1997). Vários outros estudos, SCHIEFER, BARBOSA & PEREIRA (1999); ARCURI *et al* (2004); FARIA & FERRIOLO (2005), demonstram que há maior prevalência de indivíduos gagos do gênero masculino.

Quanto ao IVS, o fato de residir em área classificada como médio risco de vulnerabilidade à saúde apresentou associação estatisticamente significativa com a alteração de motricidade orofacial. Porém, não foram encontrados estudos que mediram tal associação.

Nesta pesquisa observou-se propensão de menor idade entre os usuários com alteração de fala, linguagem e distúrbio de leitura e escrita. Isto porque tais alterações são predominantes em crianças como pode ser comprovado em GOULART & CHIARI (2007); SOARES, SALVETTI & ÁVILA (2003); CAVALHEIRO & SOARES (2008); ANDRADE (1997); SILVA & PEIXOTO (2008), MOTA (2001); WERTZNER (1994); SANTOS *et al* (2002). Tal fato pode ser justificado por ser este o período de aquisição e desenvolvimento da linguagem e o momento de ingresso escolar, onde os pais e/ou professores ficam mais atentos à questão do aprendizado formal da língua escrita e o aprimoramento da linguagem oral como explicam GONÇALVES *et al* (2000); FREIRE (1992); HAGE & FAIAD (2005). Além disso, GONÇALVES *et al* (2000); FREIRE (1992); HAGE & FAIAD (2005); ANDRADE (1997) acrescentam que este é o período da imaturidade neurofisiológica para a aquisição e domínio da linguagem, além dos fatores sociais relacionados à estimulação necessária para que os padrões lingüísticos se desenvolvam. Estudos desenvolvidos por ANDRADE (1997), concluíram que geralmente, de 1 a 2 anos de idade, a taxa de prevalência das desordens comunicativas é baixa, embora crescente. Isto ocorre por que a criança, durante seus primeiros dois anos de vida, ainda está adquirindo os padrões de comunicação. A aquisição da linguagem e fala dá-se num contínuo cronológico de aprendizagem, que depende de fatores pessoais e ambientais. A partir dos 3 anos essa taxa eleva-se, permanecendo em patamares altos até quase 9 anos. A fase crítica desse período vai dos 4 aos 6 anos. A prevalência dessas patologias decresce a partir dos 9 anos, uma vez que a maturidade geral e a fixação dos modelos lingüísticos levam a criança a superar parte de suas dificuldades. Porém, WERTZNER (1994) ressalta que a persistência de déficits articulatorios após os 6 anos constitui quadro lingüístico severo.

Observou-se média de idade elevada para os casos de afasia, disartria, disfagia e alterações de motricidade orofacial (como diagnóstico secundário à disfagia). Estas alterações são decorrentes de lesão neurológica, principalmente Acidente Vascular Encefálico (AVE) ocorrendo predominantemente na população idosa conforme evidenciaram PEÑA-CASANOVA (1997); MANSUR & MACHADO

(2004); ORTIZ (2004); JAKUBOVICZ & CUPELLO (1996) em suas pesquisas. De acordo com estudos realizados desde 1982 sobre a prevalência das patologias da comunicação, ANDRADE (1997) avalia que os idosos estão mais expostos aos distúrbios comunicativos (de 8% a 10% dessa população). Estima-se que 70 a 90% desta população apresenta algum distúrbio da deglutição conforme SANTORO, BOHADANA & TSUJI (2003); FREITAS *et al* (2007) e que um percentual importante dos pacientes vítimas de afecções neuromusculares e degenerativas causadas por AVE, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, dentre outras desenvolve disfagia como foi comprovado em pesquisas realizadas por SANTORO, BOHADANA & TSUJI (2003); NASI (2003); LEAL (1998); ROCHA (1998); VIDIGAL & RODRIGUES (2000). Os achados do presente estudo sugerem que intervenções específicas devam ser direcionadas a este grupo populacional, principalmente considerando as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira.

Já os quadros de disfonia ocorrem principalmente em adultos. Na literatura, BEHLAU, MADAZIO & PONTES (2001) afirmam que a prevalência de disfonia varia de acordo com a alteração vocal do indivíduo, onde se observa a presença de nódulos vocais principalmente em mulheres jovens adultas, na faixa etária de 25 a 35 anos, e também em crianças de ambos os gêneros. O edema de Reinke, por exemplo, ocorre em indivíduos adultos de ambos os gêneros, entre 45 e 65 anos. Estas foram as principais alterações vocais encaminhadas ao NASF/R, o que elevou a média de idade, pois foram poucos os casos de crianças com nódulos vocais.

Não houve relação estatisticamente significativa entre média de idade e apraxia, respiração oral, deficiência auditiva e alteração vestibular, provavelmente pelo fato do número de indivíduos com tais alterações ser muito pequeno (1, 3, 7 e 2 respectivamente).

Na relação observada entre o número de sessões para avaliação dos indivíduos com alterações fonoaudiológicas, verificou-se a necessidade de maior número de sessões para os casos de distúrbio de leitura e escrita e menor número de sessões para disfonia, sendo esta relação estatisticamente significativa. Nos casos de distúrbio de leitura e escrita este fato pode ser explicado porque para definição deste diagnóstico são utilizados no serviço, vários testes, e assim, maior número de sessões. Quanto à disfonia, os casos são encaminhados freqüentemente pelo otorrinolaringologista já com diagnóstico definido, sendo necessária apenas a avaliação subjetiva para confirmação deste.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção, a promoção da saúde e os princípios do SUS são bases norteadoras para a inserção da Fonoaudiologia no contexto da Saúde Pública, podendo estar presente em todos os níveis de atuação. Entretanto, a visão fonoaudiológica ainda encontrada nos serviços públicos de saúde é predominantemente clínica, com a preocupação de atender toda a demanda, que procura as unidades básicas de saúde. Faz-se necessário que o fonoaudiólogo, como profissional de saúde inserido no serviço público, conheça e observe as necessidades e características da população, tendo uma visão crítica em relação às políticas de saúde vigentes.

Acredita-se que os dados obtidos neste estudo possam auxiliar na melhor organização da prática fonoaudiológica no NASF/R, sendo possível ao serviço de Fonoaudiologia adotar ações mais eficazes e coerentes com as necessidades locais, como o incremento dos grupos terapêuticos e de orientações aos pais, familiares e comunidade direcionados especificamente ao perfil da demanda. As ações devem estar alicerçadas não apenas em alterações fonoaudiológicas, mas também em atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, incluindo questões culturais, emocionais, físicas, ambientais e econômicas, contribuindo para a coletividade e não somente para indivíduos ou grupos isolados.

Outra indicação dos resultados desse estudo mostra a necessidade de enfatizar o aspecto preventivo, para que a detecção de possíveis alterações ocorra o mais breve possível, como no caso das crianças em idade pré-escolar. Estratégias desse tipo poderiam reduzir o número de pessoas que buscam o serviço, e ainda, minimizar o tempo de espera para o tratamento.

Assim, este estudo pretendeu oferecer uma contribuição para pesquisas em Fonoaudiologia na área da saúde coletiva.

Este trabalho apresenta algumas limitações:

- não se pode inferir causalidade entre as variáveis por se tratar de um estudo transversal, apesar de ser útil para ação e planejamento em saúde e levantamento de questões;
- foi utilizada amostra de conveniência e por isso não se pode generalizar os resultados para toda população de Belo Horizonte, havendo a necessidade de se

aumentar a amostra para elevar o poder estatístico e garantir a representatividade da população;

- foram utilizados dados secundários que não foram coletados para fins específicos desta pesquisa;

- verifica-se a prevalência de alterações fonoaudiológicas em determinado período do tempo não havendo informação prévia e acompanhamento ao longo do tempo de tais alterações;

- não foi realizada análise multivariada considerando os possíveis fatores de confusão, o que pode ter influenciado as associações encontradas.

8 CONCLUSÃO

O perfil da demanda fonoaudiológica no NASF/R do Distrito Sanitário Barreiro é caracterizado pela prevalência do gênero masculino, com idade entre 1 e 9 anos, moradores da área de médio risco de adoecer e morrer segundo o IVS, encaminhados em sua maioria pelas ESF nas reuniões com o NASF/R. O principal motivo da alta foi por encaminhamento ao serviço secundário de reabilitação para Fonoaudiologia e o absenteísmo foi prevalente nos acompanhamentos. As ESF apontaram freqüentemente uma única queixa, sendo as principais alterações de fala, disfagia, distúrbio de leitura e escrita e disfonia. Porém, os diagnósticos fonoaudiológicos principais foram: alterações de fala, seguidas de alteração da motricidade orofacial e disfagia. O gênero masculino esteve fortemente associado à alteração de fala, distúrbio de leitura e escrita e gagueira, e, o IVS à alteração da motricidade orofacial. Houve tendência de menor idade para alteração de fala, linguagem e distúrbio de leitura e escrita e de maior idade para afasia, disartria, alteração de motricidade orofacial e disfonia. Foram necessários maior número de sessões para avaliação do distúrbio de leitura e escrita e menor número de sessões para disfonia. A caracterização dessa demanda possibilitará auxiliar o fonoaudiólogo no planejamento das ações educativas e assistenciais a serem realizadas no NASF/R.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. C. Fonoaudiologia no serviço público de saúde: caracterização do atendimento realizado na região metropolitana de Curitiba. 2007. Disponível em: <<http://www.utp.br/proppe/RelDissertacoesResumos.asp?codcurso=118&cod=57>>. Acesso em: 25 jan. 2010.
- ANDRADE, C. R. F. **Fonoaudiologia preventiva**. São Paulo: Lovise, 1996.
- ANDRADE, C.R.F. Prevalência das desordens idiopáticas da fala e da linguagem em crianças de um a onze anos de idade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 495-501, out. 1997.
- ARCURI, C.F. *et al.* Fatores de risco auditivo em indivíduos gagos. **Fono Atual**, São Paulo, v. 7, n. 28, p. 4-10, abr./jun. 2004.
- BARATA, A. E. A importância de dados epidemiológicos para o trabalho fonoaudiológico. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**, Brasília, v. 27, n. 7, p. 11-12, out./nov./dez. 2005.
- BARROS, P.M.L.; OLIVEIRA, P.N. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife - PE. **Revista CEFAC**, São Paulo, vol. 12, n. 1, p. 128-133, nov. 2009.
- BATISTA, Dayse. (Trad.). **DSM – IV: Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 830 p.
- BATTISTELLA, L. R.; BRITO, C. M. M. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 98-101, mai. 2002.
- BEFI, D. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In:_____. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.
- BEHLAU, Mara; MADAZIO, Glaucya; PONTES, Paulo. Disfonias organofuncionais. In: BEHLAU, Mara (Org.). **Voz o livro do especialista**. São Paulo: Revinter, 2001.
- BELO HORIZONTE. **A organização da reabilitação na atenção básica de Belo Horizonte. Competências e ações**. Belo Horizonte: [s.n.], 2008. 47p.
- BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: [s.n.], 2008. 432 p.
- BERNARDI, A. P. A. Fonoaudiologia na saúde coletiva: uma área em crescimento. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 146-147, abr./jun. 2007.
- BLOODSTEIN, O. **A handbook on stuttering**. London: Chapman & Hall, 1995.

BUCHALLA, Cássia Maria. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Organização: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

BUCHALLA, Cássia Maria; FARIAS, Norma. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005.

CAMPELO, L. D. *et al.* Fonoaudiologia na Saúde Pública: uma intervenção para a prevenção da surdez. 2007. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologos.net/fonoaudiologiasaudepublicaartigos/25fonoaudiologia-na-saudepublica-uma-intervencao-para-a-prevencao-dasurdez.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

CAMPOS, F. R.; RABELO, A. T. V.; FRICHE, A. A. L. **Prevalência de alterações fonoaudiológicas em crianças de 5 a 9 anos de idade de escolas particulares**. 2008. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/portal/anais2008/resumos/R1330-2.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010211X2007000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagnes de Souza. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CASARIN, M. **Estudo dos desvios de fala em pré-escolares de escolas públicas estaduais de Santa Maria - RS**. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

CAVALHEIRO, Laura Giotto; SOARES, Márcia Keske. Prevalência do desvio fonológico em crianças de 4 a 6 anos de idade. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 20, p.11-13, out. 2008.

CÉSAR, A.M.; MAKSDUD, S.S. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão da Neves – MG. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 133-138, jan./mar. 2007.

CIGANA, L. *et al.* Perfil do desenvolvimento fonológico de crianças de creches da rede municipal de Santa Maria – RS, na faixa etária de 4:0 a 6:2 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 7, n. 2, p. 15-20, set. 1995.

CORRÊA, M.B. Considerações sobre terapia de grupo na clínica fonoaudiológica. In: LIER DE VITTO, M.F. **Fonoaudiologia: no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1994.

COSTA, R.G.;SOUZA, L.B.R. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. **Revista de Ciências Médicas e biológicas**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 53-59, jan./abr. 2009.

DAHAN, D. Atuação fonoaudiológica em saúde pública: uma abordagem preventiva. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.com/trabalhos/artigos/artigo-026.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

DINIZ, R.D. Estudo de demanda em fonoaudiologia: o caso do centro de saúde Santa Marta – Porto Alegre, RS, 2006-2007. 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17951>>. Acesso em: 07 set. 2010.

DUCAT, P.R. *et al.* Estudo populacional e achados de alterações orofaciais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 143-148, jul./dez. 2001.

FARIA, A.A.; FERRIOLO, B.H.V.M. Perfil dos sujeitos gagos do projeto em fluência da fala da Universidade de Ribeirão Preto. **Fono Atual**, São Paulo, v. 34, n. 8, p. 58-64, set./dez. 2005.

FARIAS, Luiziana Alves de Queiroz; CARVALHO, Wilker Sávio Gomes; ANTUNES, Denise Klein. Prevalência e fatores de risco associados a problemas fonoaudiológicos nas crianças da comunidade do Dendê. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 17-22, jan./jun. 2008.

FREIRE, R.M. Fonoaudiologia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 179-184, jun. 1992.

FREITAS, M. I. A. *et al.* Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar. **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 6-9, 2007.

FRICHE, A. A. L. A inserção da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Histórico e perspectivas atuais. In: BRITTO, A. T. B. O. (Org.). **Livro de fonoaudiologia**. São José dos Campos: Pulso, 2005.

GARCIA, Vera Lúcia; PEREIRA, Liliane Desgualdo; FUKUDA, Yotaka. Atenção seletiva: PSI em crianças com distúrbio de aprendizagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 73, n. 3, p. 404-411, mai./jun. 2007.

GONÇALVES, C. G. O. *et al.* Demanda pelos serviços de fonoaudiologia no município de Piracicaba: estudo comparativo entre a clínica-escola e o atendimento na prefeitura municipal. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 12, n. 2, p. 61-66, set. 2000.

GONÇALVES, M. S.; TOCHETTO, T. M.; PRIMO, M. T. Fonoaudiologia e saúde coletiva: prioridades detectadas pelos usuários de unidades básicas de saúde. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 1-3, abr./mai./jun. 2005.

GOULART, B. N. G. A fonoaudiologia e suas inserções no sistema único de saúde: análise prospectiva. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 29-34, dez. 2003.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 726-731, out. 2007.

GOULART, B. N. G. Contribuição da epidemiologia para a pesquisa e atuação clínica em fonoaudiologia. **Fono Atual**, São Paulo, v. 5, n. 21, p. 60-63, jul./set. 2002.

GOULART, B.N.G.; FERREIRA, J. **Teste de rastreamento de distúrbios articulatorios de fala em crianças de 1a. série do ensino fundamental público**. 2002a.70 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; FERREIRA, Jair. Teste de rastreamento de alterações de fala para crianças. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 21, n. 3, p. 231-236, jul./set. 2009.

HAGE, S.; FAIAD, L. Perfil de pacientes com alteração de linguagem atendidos na clínica de diagnóstico dos distúrbios da comunicação – Universidade de São Paulo – Campus Bauru. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 433-440, out./dez. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE FLUÊNCIA. **Definição da epidemiologia da gagueira**. 2010. Disponível em: <http://www.gagueira.org.br/conteudo.asp?id_conteudo=31>. Acesso em: 15 set. 2010.

JAKUBOVICZ, Regina; CUPELLO, Regina. Linguagem na afasia e na demência. In: _____. **Introdução à Afasia: elementos para o diagnóstico e terapia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

LEAL, M.G.C. Acidente vascular cerebral (derrame). In: CALDAS, S.P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERG, 1998.

LEONELLE, B. S. *et al.* Fonoaudiologia comunitária da UNIMEP: ações fonoaudiológicas em serviços de saúde/educação. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 5, n. 11, p. 57-63, nov. 2003.

LESSA, F. Fonoaudiologia e epidemiologia. In: FERREIRA, L.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.

MANSUR, L.L.; MACHADO, T.H. Afasias: Visão multidimensional da atuação do fonoaudiólogo. In: FERREIRA, P.L.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.

MARIN, C. R. *et al.* Promoção da Saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 35-41, 2003.

MASSON, M. L. V. **É melhor prevenir ou remediar? Um estudo sobre a construção do conceito de prevenção em Fonoaudiologia**. 1995. 142f.

Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MENDES, V. L. F. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 213-224, jun. 1999.

MORALES, M.V.; MOTA, H.B.; SOARES, M. K. Consciência fonológica: desempenho de crianças com e sem desvios fonológicos evolutivos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 14, n. 2, p. 153-164, mai./ago. 2002.

MOTA, H. **Terapia Fonoaudiológica para os Desvios Fonológicos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

NASI, A. Afecções esofágicas mais comuns no idoso. In: SUZUKI, H.S. **Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente idoso**. São José dos Campos: Pulso, 2003.

NICO, M.A.N. *et al.* Levantamento do desempenho das crianças, jovens e adultos disléxicos na avaliação multidisciplinar. In: Associação Brasileira de dislexia. **Dislexia: cérebro, cognição e aprendizagem**. São Paulo: Frôntis, 2000.

ORTIZ, K.Z. Alterações da fala: disartrias e dispraxias. In: FERREIRA, P.L.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004.

ORTIZ, K.Z.; BERTOCHINI, L.; PEREIRA, L.D. Atuação fonoaudiológica em unidades básicas de saúde. In: VIEIRA, R.M. *et al.* **Fonoaudiologia e saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Pró-Fono, 2000.

PATAH, Luciane Kalil; TAKIUCHI, Noemi. Prevalência das alterações fonológicas e uso dos processos fonológicos em escolares aos 7 anos. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 158-167, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a04v10n2.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2010.

PEÑA-CASANOVA, J. **Manual de Fonoaudiologia**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PENTEADO, R. Z. **A linguagem no grupo fonoaudiológico: potencial latente para a promoção da saúde?** 2000. 178f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

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.

PEREIRA, M. T. J. G. **Fonoaudiologia: uma vivência em Saúde Pública**. 1995. 42f. Monografia (Especialização) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 1999.

REYES, N.M.N.; LOPES, T.C. Levantamento do perfil do paciente do ambulatório de fonoaudiologia pediátrica do hospital de clínicas da UNICAMP-1996. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 30-31, dez. 1997.

ROCHA, Edna Maria de Sena Souza. Disfagia: avaliação e terapia. In: MARCHESAN. Irene Queiroz. **Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.

SANTORO, P.P.; BOHADANA, S.C.; TSUJI, D.H. Fisiologia da deglutição. In: CAMPOS, C.A.H.; COSTA, H.O.O. (Ed.). **Tratado de otorrinolaringologia**. São Paulo: Rocca, 2003.

SANTOS, G.G. *et al.* A importância do diagnóstico diferencial das alterações de fala: enfoque fonológico. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, Curitiba, v. 4, n. 16, p. 186-192, 2003.

SANTOS, L. K. *et al.* Ocorrência de alterações de fala, do sistema sensoriomotor oral e de hábitos orais em crianças pré-escolares e escolares da 1ª série do primeiro grau. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 12, n. 2, p. 93-101, set. 2002.

SANTOS, M.A. Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 79-94, mar./mai. 1990.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Santa Catarina v. 9, n. 18, p.521-536, set./dez. 2005.

SCHIEFER, A.M.; BARBOSA, L.M.G.; PEREIRA, L.D. Considerações preliminares entre uma possível correlação entre gagueira e os aspectos lingüísticos e auditivos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 11, n. 1, p. 37-31, mar. 1999.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

SILVA, Cândida; PEIXOTO, Vânia. Rastreamento e prevalência das perturbações da comunicação num agrupamento escolar. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, v. 5, n. 5, p. 272-282, 2008.

SILVA, R. C. **A construção da prática fonoaudiológica no nível local norteadada pela promoção da saúde no município de Piracicaba**. 2002. 174f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SOARES, C.B.; SALVETTI, M.G.; ÁVILA, L.K. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1153-1161, jul./ago. 2003.

SOUZA, R.P.F.; CUNHA, D.A.; SILVA, H.J. Fonoaudiologia: a inserção da área de linguagem no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 426-32, out./dez. 2005.

VIDIGAL, M.L.N.; RODRIGUES, K.A. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico: estudo preliminar sobre a relação entre os sinais e sintomas e a localização da lesão: revisão da literatura. **Fono Atual**, São Paulo, v. 12, p. 8-15, jun. 2000.

WERTZNER, H.F. Articulação e suas alterações. In: KUDO, A.M. *et al.* **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 1994.

ANEXO A – Pauta das reuniões do NASF/R com as ESF



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação NASF/R



SUS-BH

Pauta das reuniões com as Equipes de Saúde da Família

Pólo: _____ Centro de Saúde: _____ Equipe: _____

Generalista: _____ Equipe NASF: _____

Enfermeiro: _____

Auxiliares: _____

Data: ____ / ____ / ____ Médico _____ Enfermeiro _____ Auxiliar _____
ACS _____ NASF-R _____ Outros _____

Pauta:

- Novos Casos (): _____

- Devolutiva de Casos (): _____

- Outras Discussões: _____

Data: ____ / ____ / ____ Médico _____ Enfermeiro _____ Auxiliar _____
ACS _____ NASF-R _____ Outros _____

Pauta:

- Novos Casos (): _____

- Devolutiva de Casos (): _____

- Outras Discussões: _____

ANEXO B – Discussões de casos NASF/R com ESF



SUS-BH



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação NASF/R

Discussões de Casos NASF/R + ESF

Centro de Saúde: _____ ESF: _____
 Nome: _____ Data: _____
 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Sexo: _____
 Prontuário: _____ ACS: _____
 HD: _____

Histórico:

Encaminhamentos: __ Orientação à ESF __ Discutir com outro prof. NASF __ Grupo
 __ Acomp. /Atend. Individual __ V.D. __ Ao Secundário __ Ao Terciário

Conduta/ Pendências

Nome: _____ Data: _____
 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Sexo: _____
 Prontuário: _____ ACS: _____
 HD: _____

Histórico:

Encaminhamentos: __ Orientação à ESF __ Discutir com outro prof. NASF __ Grupo
 __ Acomp. /Atend. Individual __ V.D. __ Ao Secundário __ Ao Terciário

Conduta/ Pendências



SUS-BH

ANEXO C - Prontuário dos pacientes atendidos pelo NASF/R



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Reabilitação NASF/R
ANAMNESE / AVALIAÇÃO/ ACOMPANHAMENTO

() Atendimento Individual () Visita Domiciliar

C.S.: _____ ESF: _____ ACS: _____ PRONTUÁRIO: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome: _____ Sexo: () M () F DN: ___/___/___ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Trabalha: () Não () Sim: _____

Renda: () Salário () Benefício () Aposentadoria () Família () Outros: _____

CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE

Doenças: _____ () Cardiovascular () Endócrina / Nutricional / Metabólica

() Neurológica () Osteomuscular () Outras: _____

PERÍODO DE INTERVENÇÃO NASF-R: ___/___/___ à ___/___/___

PROFISSIONAL NASF-R / DATA						
1- Assistente Social						
2 - Fisioterapeuta						
3 - Fonoaudiólogo						
4 – Nutricionista						
5 – Psicólogo						
6 - Terapeuta Ocupacional						
7 – Farmacêutico						
PROCEDIMENTOS						
Anamnese / 1ª Avaliação						
Atendimento Específico						
Orientação Individual						
Orientação Familiar						
Adaptação Domiciliar						
Treinamento do Cuidador						
CONDUTA / ENCAMINHAMENTO						
Alta						
Retorno						
Outro Profissional NASF-R						
ESF						
Grupo Operativo do NASF-R						
PAD						
Outra Especialidade						
Serviço Secundário Reabilitação						
Internação para Reabilitação						
Órtese/Prótese/Meio Auxiliar Locomoção						
Equipamentos Sociais						
ATENDIMENTO REALIZADO COM						
Médico Generalista						
Médico de Apoio às ESF						
Enfermeiro						
Técnico de Enfermagem						
ACS						
Outro Profissional						

Motivo da Alta: () Alcance dos Objetivos () Falta de Adesão do Usuário () Abandono

() Mudança de Área Abrangência () Falta de Adesão/Participação Familiar / Cuidador () Encaminhamento

() Óbito () Outros: _____