

Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão

Speech-Language Pathology clinical evaluation, integrality and humanization: general perspectives and some thoughts

Bárbara Niegia Garcia de Goulart¹, Brasília Maria Chiari²

RESUMO

A avaliação é um importante instrumento clínico para que a atuação fonoaudiológica tenha êxito. Os objetivos deste artigo são: apresentar alguns pontos para reflexão acerca das diversas questões envolvidas nesta etapa do “fazer” fonoaudiológico, bem como contribuir com discussões sobre o tema e, quiçá, a busca individual, de cada profissional ou futuro profissional, por formas de atuação que contemplem um contato interpessoal mais aprofundado com o paciente e aqueles que o cercam, de acordo com suas peculiaridades e demandas. A partir da avaliação, é possível fazer o diagnóstico funcional ligado à comunicação e seus distúrbios e elaborar um plano de tratamento. Partindo do pressuposto de que a avaliação clínica está inserida em um importante contexto da clínica fonoaudiológica, constatamos que diversos estudos vêm sendo conduzidos com outros profissionais da área da saúde sobre este tema e constatamos que há necessidade de retomar os rumos das relações entre o profissional, o paciente e seus familiares. Por isso, é importante que as questões abordadas neste artigo sejam consideradas nesta etapa inicial da clínica fonoaudiológica. Para tanto, é essencial que os fonoaudiólogos, desde a formação na graduação, além dos professores e tutores, considerem a importância das questões ligadas à relação entre o profissional, o paciente, seus familiares e outros profissionais durante a avaliação clínica inicial e avaliações sistemáticas para acompanhamento do progresso do tratamento fonoaudiológico proposto.

Descritores: Serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde; Humanização da assistência; Assistência integral à saúde

INTRODUÇÃO

A avaliação clínica é uma das etapas do processo que envolve a atuação fonoaudiológica, principalmente a atuação clínica ligada à prevenção de comorbidades e à reabilitação.

A avaliação clínica pressupõe o conhecimento e o uso de uma série de ferramentas técnicas, especificamente ligadas à Fonoaudiologia e à comunicação humana, mas, também, questões mais abrangentes relativas ao ser humano e suas relações e sentimentos sobre o meio que o cerca.

Os objetivos deste artigo são apresentar alguns pontos para reflexão acerca das diversas questões envolvidas nesta etapa do “fazer” fonoaudiológico, bem como contribuir com discussões sobre o tema e, quiçá, a busca individual (de cada profissional – ou futuro profissional) por formas de atuação

diversas daquelas correntemente empregadas.

Para tanto, foram pesquisados artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO e/ou Lilacs, a partir dos descritores: serviços de saúde, qualidade em assistência à saúde, avaliação fonoaudiológica, humanização da assistência, assistência integral à saúde, avaliação, métodos diagnósticos, relação médico-paciente, relação professor-aluno, humanização, diagnóstico clínico e diagnóstico de saúde, publicados entre 2000 e 2006, assim como as referências citadas nos artigos encontrados nestas bases de dados.

REVISÃO DA LITERATURA

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma⁽¹⁻²⁾. Este modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Se, por um lado, baseadas nesses princípios, importantes transformações foram conquistadas, a partir do século XIX, como o nascimento da clínica, a teoria dos germes de Pasteur e os recentes sucessos nos estudos de genética, imunologia,

(1) Doutora, Professora Titular do Instituto de Ciências da Saúde do Centro Universitário Feevale – Feevale – Novo Hamburgo (RS), Brasil.

(2) Livre-Docente, Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.
Endereço para correspondência: Bárbara Niegia Garcia de Goulart, Instituto de Ciências da Saúde, Rodovia RS 239, 2755, Novo Hamburgo – RS, CEP 93352-000. E-mail: bgoulart@via-rs.net

Recebido em: 6/11/2006; **Aceito em:** 15/2/2007

biotecnologia, por outro lado, têm sido desprezadas as dimensões: humana, vivencial, psicológica e cultural da doença.

A definição do que é **doença** e, em contraposição, a descrição do que é **saúde**, passam a depender do achado de substratos anatômicos e fisiopatológicos que identifiquem uma ou, na ausência desta, a outra, e, por conseguinte, estas passam a ser definidas não pelo doente, mas pelo médico⁽³⁾. Destitui-se, assim, a experiência da doença do seu caráter subjetivo, negando ao paciente o direito de sentir o que ele relata, caso não exista uma base cientificamente definida para essa sensação.

Tratando-se dos padrões de comunicação verbal e não-verbal, assim como a variedade de padrões comunicativos, são muitos os problemas que surgem na relação médico-paciente: a) incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor, o sofrimento; b) falta ou dificuldade de transmitir informações adequadas ao paciente; c) dificuldade do paciente na adesão ao tratamento⁽⁴⁾.

Ainda, a partir do modelo biomédico de atuação⁽¹⁾, a avaliação clínica constitui parte do processo de busca de informações do paciente, seus hábitos, dados detalhados de sua queixa, motivo de busca por atendimento e exame físico, assim como o uso de exames complementares, com vistas ao diagnóstico e, posteriormente, ao planejamento terapêutico.

A avaliação clínica pode ser elaborada de forma estruturada, na qual o profissional de saúde conta com um questionário e a relação de perguntas e respostas é a forma de contato entre profissional e paciente. Além disso, o exame físico também segue um protocolo que pode estar intimamente ligado à queixa do paciente ou ser mais abrangente (quando o exame físico é feito também em “partes do corpo” não diretamente ligadas aos sintomas / queixa do paciente).

Outro procedimento possível para abordar a avaliação clínica é uma conversa com o paciente, contando com os mesmos itens citados anteriormente, mas de forma menos rígida e estruturada. Este segundo formato considera, também, que a avaliação não é um processo estanque, que se encerra no(s) primeiro(s) contato(s) com o paciente.

Há que considerar um mínimo de dados e informações para tomar decisões que nortearão as condutas clínicas, mas estas devem ser revistas (revisadas) regularmente, com vistas à evolução positiva (melhora, mesmo que parcial) dos sintomas e queixas que originaram a busca por atendimento.

O uso de indicadores e/ou parâmetros aferíveis para o acompanhamento da evolução da redução de sintomas ou prejuízos ligados à comunicação humana, motivo principal da procura por atenção fonoaudiológica, devem ser considerados sistematicamente pelo fonoaudiólogo⁽⁵⁾.

Quando abordamos questões ligadas à prestação de serviços técnicos (no caso, fonoaudiológico, fisioterapêutico, médico, de enfermagem e nutricional, entre outros) na área da saúde, algumas particularidades devem ser consideradas, visto que a relação que se estabelece, mesmo sendo de consumo de serviços (por parte do paciente), evidencia algumas diferenças das relações comerciais em geral.

Geralmente, o paciente e seus familiares estão em situação de vulnerabilidade em relação ao profissional de saúde,

visto que este é o detentor do conhecimento técnico acerca das tecnologias a serem empregadas, considerando graus variados de sofisticação, custo e eficiência⁽⁶⁾.

Além disso, o grau de escolaridade e as condições sócio-culturais do paciente podem deixá-lo em desvantagem, em relação ao profissional de saúde, considerando-se que atualmente, há que concluir um curso de graduação, no mínimo, para atuar nas profissões mencionadas anteriormente⁽⁶⁾.

Por outro lado, as informações disponíveis na internet (*web*) propiciam, para aquela parcela que a ela tem acesso, um volume enorme de dados e informações, sem qualquer tipo de controle governamental⁽⁷⁾. Ou seja, páginas e sítios (*sites*) são colocados na rede mundial de computadores, diariamente, sem qualquer tipo de controle sobre as informações disponíveis, as quais nem sempre são confiáveis. O lado positivo dessa possibilidade é um dos mais extraordinários desenvolvimentos dos últimos tempos, no que tange a disseminação de informações⁽⁷⁾.

Porém, cabe ressaltar que no Brasil, atualmente, ainda é uma ferramenta restrita, enquanto possibilidade de disseminação de informações, visto que o percentual da população com acesso sistemático à internet ainda é bastante pequeno.

Segundo dados publicados pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil⁽⁸⁾, em torno de 17% dos domicílios brasileiros possuem computador e, na região metropolitana de Porto Alegre, este índice sobe para 22%. Em torno de 9,4% dos domicílios brasileiros é possível acessar a Internet e, em Porto Alegre, 11,5% dos domicílios contam com esse recurso.

Considerando a possibilidade referida pelos sujeitos entrevistados de acesso à *web* em qualquer local, observamos que mais de 67% nunca usaram a internet e, na região metropolitana de Porto Alegre, este percentual cai para 60,4%. Ainda, segundo o estudo, nos últimos três meses que antecederam a pesquisa (em 2005), pelo menos 24% dos sujeitos tiveram algum tipo de acesso à *web*⁽⁸⁾.

Em um passado próximo, com uma tradição de valorizar exageradamente a ciência, a experiência pessoal era menosprezada. As fontes de paixão explícitas do profissional eram as ciências e as artes. Assim, não era reconhecida a trajetória do *ferido*, do doente que tinha se tornado médico e, com esta marca, aproximava-se mais daquele que o procurava. Essa negação pode estar vinculada a uma necessidade de superioridade, de diferenciação. Observamos, porém, que algumas formações exigem que o profissional passe pela condição de usuário⁽¹⁾.

Os autores⁽¹⁾ mencionam, em seu artigo, a questão da humanização da atenção à saúde, relatando que seu estudo aponta para mudanças de valores, não em função de um enquadramento teórico-científico, mas das experiências dos médicos como pacientes. Reforçam que essa vivência da condição oposta a que caracteriza seu cotidiano tem sido atualmente valorizada, já que é produtora de um conhecimento que nasce de uma experiência pessoal, contrária ao conhecimento científico, não sendo replicável ou controlável e até mesmo, difícil de ser relatada⁽¹⁾. A concepção proposta pode ser dirigida ao médico, de quem é exigida uma sensibilidade, freqüentemente pouco definida ou explicitada, daquele que já ocupou o lugar de doente.

Além disso, a iniciativa de colocarmos o paciente em uma posição tão ativa quanto a do profissional de saúde⁽¹⁾ credita à queixa do paciente a condução do momento clínico e esta proposta está inserida no contexto da humanização na saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾, conceito bastante difundido na atualidade.

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde está calcada em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário^(11,12). O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar sua maior integralidade, efetividade e acesso⁽¹³⁾.

A identificação com o outro (paciente, família), a reciprocidade de vidas e ações, são o que permite a identidade humana e o reconhecimento da possível imperfeição, mas também a ilimitada possibilidade do fazer de novo⁽¹⁴⁾.

Porém, para que tais medidas sejam implementadas, é imperativo que os pressupostos, que norteiam a formação dos profissionais de saúde estejam prioritariamente calcados na experiência contínua (e próxima) das diversas possibilidades de existência da condição humana, suas demandas e seus preceitos sob diversos pontos de vista e históricos de vida.

Além disso, os professores, tutores e orientadores destes profissionais em formação devem ter contato prévio com tais questões e contar com tempo suficiente para que todos esses conceitos e contextos sejam compreendidos profundamente.

A formação destes professores deve demandar tempo suficiente para que suas próprias fraquezas, dificuldades e preconceitos, em relação à condição humana, diversa de seus valores pessoais, sejam tratados com o mínimo julgamento possível (das ações e condutas; histórico e valores do paciente e sua família) no *setting* terapêutico.

As dúvidas que ocorrem durante o processo de tutoria e o possível despreparo dos tutores, são fatores limitantes ou desagregadores do grupo⁽¹⁴⁾.

Outra questão que merece reflexão e discussão diz respeito à necessidade do tutor para a área ser um profissional da saúde. Prioritariamente o tutor deve saber escutar e compartilhar opiniões, da melhor forma possível⁽¹⁴⁾.

Esta afirmação é amparada pelo pressuposto de que um tutor, que age dessa maneira, tem a chance de exercer plenamente o humanismo, instigar e estimular essa mesma postura, nos profissionais em formação. O conceito de humanismo descrito está ligado ao processo de humanização, de humanizar, conforme apontado anteriormente⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Essa demanda exige a implementação de mudanças e, enquanto as competências estiverem restritas ao modelo biomédico, estaremos impossibilitados de considerar a experiência do sofrimento como integrante da relação profissional^(1,14).

É importante considerar criticamente o desenvolvimento do modelo biomédico como contexto, no qual se configuram formas de relação médico-paciente (leia-se, profissional de saúde - paciente) e, assim, ter uma posição ativa e crítica na busca de uma nova prática^(1,12-14).

A humanização depende, ainda, de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso⁽⁹⁾. A reforma da atenção, no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, são instrumentos poderosos para a mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo e que estas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais devemos compor, é um caminho forte para construirmos um novo modo de convivência^(9,11-13).

Avaliar remete-nos ao ato de fazer estimativas sobre um objeto ou evento em particular, de acordo com algum parâmetro^(5,14). As autoras ainda destacam que essa visão ampla, em alguma medida, se repete no cotidiano dos profissionais da saúde e da educação e que a ação avaliar para diagnosticar é um contínuo que permeia todo o fazer clínico.

Esses pressupostos não são contrários em sua essência, pois há como equilibrar a atuação “efetivamente humanizada”, considerando o sofrimento alheio sem preconceitos (ou com o mínimo destes, pois somos todos falíveis, humanos).

Mesmo que os espaços de trabalho dos profissionais de saúde sejam ambientes que propiciem acesso a condições técnicas e tecnológicas adequadas, ainda assim haverá dificuldades em relação à resolutividade dos serviços, caso a questão da humanização não seja suficientemente considerada.

Diversos autores⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ reforçam as premissas abordadas, revelando que nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina a sua eficiência. Reconhecidamente, a empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente (profissional de saúde e paciente) é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico-paciente é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento^(13-14,17-19,20).

O trabalho em saúde humaniza-se, quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários; não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração⁽⁹⁾.

Em um estudo realizado com 50 pacientes adultos, recém egressos de internação em um hospital do Acre, sobre a relação médico-paciente (RMP) e sua associação com o modo de comunicação praticado entre médico e paciente, foram encontrados dados que sugerem que a satisfação com a RMP está associada ao modo de comunicação entre o médico e o paciente⁽²⁰⁾. Os autores verificaram que cinco (10%) dos pacientes estudados não receberam visitas médicas durante a internação. Com relação à comunicação, 35 (70%) pacientes não consideraram suficientes as informações oferecidas pelos médicos e para 32 (64%) pacientes, a RMP interfere diretamente na evolução do caso. Em seus casos particula-

res, 62% avaliaram que houve interferência da RMP na evolução de seu tratamento. Quanto à avaliação geral, 35 (70%) pacientes se consideraram satisfeitos com a RMP praticada. Dentre os 15 pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória, 14 afirmaram que havia algo a desejar nas explicações dadas⁽²⁰⁾.

Os dados mostram que os pacientes esperam que um médico (leia-se profissionais de saúde) deva ser “amigável, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento”, oferecendo a ele o apoio emocional de que carece. Os pacientes expressam o desejo de serem acolhidos de forma cuidadosa e personalizada^(13,18,20).

Por outro lado, outro estudo realizado com estudantes de enfermagem⁽²¹⁾ traz dados acerca dos seus questionamentos sobre como se expressar diante de situações em que se sentem mobilizados e ficam evidentes suas emoções perante usuários ou familiares. Os autores observaram que é comum que estes estudantes declarem haver recebido anteriormente orientações no sentido de ocultá-las, pois não seria adequado um profissional demonstrar seus sentimentos nessas situações⁽²¹⁾. Os autores reafirmam sua crença de que, ao reconhecermos nossas emoções, estaremos identificando também nossos limites emocionais e, usando-os de modo consciente, tornaremos as interações mais verdadeiras, o que acreditamos contribuir para o estabelecimento de vínculos mais confiáveis e terapêuticos.

Quanto aos aspectos mencionados como indispensáveis à formação profissional⁽²⁾, destacaram-se entre os acadêmicos entrevistados, a necessidade de um sólido conhecimento teórico associado à prática, aliado aos atributos de personalidade, especialmente ao esforço, ao empenho, à decisão e à iniciativa. Aspectos éticos e traços humanistas de personalidade (responsabilidade, sensibilidade, honestidade, humanidade) foram também mencionados, até mesmo em maior proporção. Os autores destacaram que, em muitos depoimentos, um dos principais objetivos foi garantir o sucesso profissional, ratificado ao abordarem as expectativas profissionais que giram em torno de serem reconhecidos profissionalmente, tanto em *status*, quanto economicamente.

O estudo destacou⁽²⁾, também, que é necessário haver um equilíbrio entre a capacitação científica e a formação humanística. Essa formação deve privilegiar uma visão abrangente e multifacetada de saúde, bem como a sensibilidade, no processo de lidar com a realidade psicossocial das pessoas que precisarão dos serviços profissionais. Foi percebido que, embora uma alta porcentagem dos estudantes tenha considerado que a relação profissional-paciente deve ser mútua, os depoimentos e justificativas oferecidos por quase um terço deles revelaram uma relação assistencialista, vertical e hierarquizada, baseada nas relações de poder estabelecidas em função da posse de conhecimento.

DISCUSSÃO

Comumente, o profissional fonoaudiólogo lida com sintomas decorrentes de doenças ou agravos à saúde. Os distúrbios da comunicação humana geralmente se originam a par-

tir de doenças ou agravos prévios; por exemplo, após um acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio-encefálico podem ocorrer: disfagia, disartria, afasia, paralisia facial, disfonia (isolados ou concomitantes), entre outros.

Assim, o trabalho em equipe é praticamente uma demanda intrínseca da prática fonoaudiológica. A cooperação diagnóstica entre profissionais de diversas especialidades é benéfica e tende a ser enriquecedora no processo diagnóstico^(13,22-23).

Tomemos como exemplo as alterações ou distorções na articulação dos sons da fala, as quais podem gerar comprometimentos importantes na vida do indivíduo. As alterações de fala, correntemente associadas ao funcionamento inadequado do esfíncter velo-faríngeo, variam desde leves alterações da qualidade vocal, até distúrbios articulatorios que comprometem a inteligibilidade da mensagem do interlocutor, conforme descrito anteriormente⁽²²⁾. Nestes casos, o papel do fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar é prover ao paciente as condições necessárias para desenvolver suas habilidades fonoarticulatórias, chegando o mais próximo possível da normalidade.

Didaticamente (e teoricamente), seria possível dividirmos a avaliação clínica em dois tipos: estruturada e não-estruturada. Porém, na prática, tais formas de atuação podem confundir-se, ou mesmo, variar de acordo com as percepções e demandas do profissional (avaliador) e do paciente avaliado.

As **avaliações estruturadas** contam com protocolos específicos e mais “rígidos”, a partir dos quais perguntas e testes são aplicados ao paciente e/ou seu acompanhante, dependendo do caso (e a critério do avaliador). A anamnese e a avaliação clínica são feitas a partir de questões e “provas ou testes”, que contribuem para o diagnóstico clínico e, posteriormente, embasam o planejamento terapêutico.

A **avaliação não-estruturada** parte das questões trazidas pelo paciente e/ou sua família (ou acompanhante), os quais ficam responsáveis por trazer todas as informações e demandas que julguem pertinentes, permanecendo o profissional (avaliador) na posição de expectador.

Do ponto de vista didático, podemos reconhecer a existência de dois tipos de abordagens: aquela que se define por uma listagem de habilidades do indivíduo – centrada no indivíduo, e aquela que se define por uma listagem de dificuldades – centrada na doença⁽¹⁶⁾. Na primeira, o parâmetro é a normalidade; nas outras, o parâmetro é o déficit, a doença.

Também, é importante lembrarmos que a queixa do paciente é sua motivação para procurar e aderir ao tratamento, portando, deve ser o centro do planejamento terapêutico da equipe⁽²³⁾.

O somatório da experiência clínica, nos ambulatórios de avaliação/diagnóstico dos distúrbios da comunicação humana, em suas conexões com as outras áreas de conhecimento e da pesquisa, vem corroborando a importância da anamnese na compreensão do desenvolvimento do indivíduo^(16,23). Além disso, propicia o estabelecimento de vínculos entre o fonoaudiólogo e a família, fundamentais para a atuação clínica.

É importante considerar a comunicação não-verbal ob-

servada nas interações e a possibilidade de ocorrência de contradição em relação à comunicação verbal⁽²¹⁾. A maneira contraditória de emitir mensagens pode acarretar uma interpretação dupla ou distorcida da mensagem enviada ao usuário. A maioria dos enfermeiros pesquisados não está atenta o suficiente para perceber conscientemente o quanto a forma não-verbal de comunicação pode influenciar a assistência e a humanização dos atendimentos⁽²¹⁾.

As variáveis citadas por outros autores^(1-3,13,17-18,20-21), sejam referentes a estudos com usuários/pacientes ou com estudantes/profissionais de saúde, também têm relação direta com a atuação fonoaudiológica, e devem se caracterizar como subsídios para a reflexão do “fazer” do profissional fonoaudiólogo.

COMENTÁRIOS FINAIS

O trabalho do profissional de saúde, além de demandar conhecimentos técnicos inerentes à área de atuação, requer conhecimentos ligados a outras áreas do conhecimento, incluindo habilidades pessoais em lidar e conviver com a diversidade social e cultural que permeia a nossa sociedade.

As possíveis adversidades inerentes às condições de trabalho no contexto atual (e neste caso, especificamente na área da saúde) devem ser consideradas, mas não devem conduzir com exclusividade as relações entre os profissionais de saúde e os usuários (pacientes) dos serviços de saúde, visto que as bases humanizadoras, éticas, morais e técnicas devem anteceder, enquanto determinantes destas relações.

ABSTRACT

Clinical evaluation is an important instrument for the speech-language pathologist (SLP) successful approach. The aims of this article are: to present some issues concerning the SLP's assessment and approach; contribute to the discussions about SLP's clinical practice; provide some input to the considerations about the individual approach that is possible to each SLP, for better interpersonal contact with the patients and their families in accordance with their peculiarities and demands. With SLP assessment it is possible to achieve a functional communication diagnosis and design an intervention plan. Several studies published in other health related sciences show evidence on the need to review the way the relations between health professionals, patients and their families have been established. Clinical assessment has enormous importance in the SLP approach and constitutes one of the first contacts of the patient and their family with the SLP. Therefore, it is important that these questions are considered in this initial stage of the SLP clinical performance. So, it is crucial that the evaluation management and its correlates receive more attention by SLP undergraduate students, professors and tutors. Also, evaluations of the speech-language and audiology treatment progress must be considered at all times.

Keywords: Health services; Quality of health care; Humanization of assistance; Comprehensive health care

REFERÊNCIAS

1. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 1999;15(3):647-54.
2. Traverso-Yépez M, Morais NA. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estud Psicol (Natal)*. 2004;9(2):325-33.
3. Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico-paciente? *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 1993;9(1):21-7.
4. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
5. Goulart BNG, Chiari BM. Construção e aplicação de indicadores de saúde na perspectiva fonoaudiológica: contribuições para reflexão. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2006;11(3):194-204.
6. La Rocca S, Martínez G, Rascio A, Bajardi M. La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. *Acta Bioeth*. 2005;11(2):169-81.
7. Berner ES, Singh Sandhu A, Goodman KW. Consumidor de salud informática: ética, evaluación y estándares. *Acta Bioeth*. 2005;11(2):133-44.
8. Comitê Gestor da Internet no Brasil. Núcleo de Informação e Coordenação.br (NIC.br). Pesquisa sobre o uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação - TIC Domicílios - *Ago/Set de 2005*. [citado 2006 Mar 27]. Disponível em: <http://www.nic.br/indicadores/usuarios/rel-int-04.htm>.
9. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):398-400.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. [citado 2006 Fev 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390; 2004.
11. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(1):105-11.
12. Goulart BNG. Histórico do Sistema Único de Saúde. In: Ribas L, organizadora. *Anuário de Fonoaudiologia Feevale*. Novo Hamburgo: Feevale; 2003. p.147-55.
13. Lenz AJ, Gernhardt A, Goulart BNG, Zimmer F, Rocha JG, Vilanova JR, et al. Acolhimento, Humanização e Fonoaudiologia – relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). *Bol Saúde*. 2006;20(2):59-69.
14. Marcolino JAM, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LAST. Tutoria com médicos residentes em anesthesiologia: o programa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Rev Bras Anesthesiol*. 2004;54(3):438-47.
15. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):401-3.
16. Perissinoto J, Chiari BM. A avaliação como ação precursora do diagnóstico. In: Andrade CRF, Marcondes E, coordenadores. *Fonoaudiologia em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 2003. p.135-40.

17. Teixeira H, Dantas F. O bom médico. *Rev Bras Educ Méd.* 1997;21(1):39-46.
18. Morinaga CV, Konno SN, Aisawa RK, Vieira JE, Martins MA. Frases que resumem os atributos da relação médico-paciente. *Rev Bras Educ Méd.* 2002;26(1):21-7.
19. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética.* 1996;4(1):7-16.
20. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2005;51(3):153-7.
21. Castro RBR, Silva MJP. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. *Rev Latinoam Enferm.* 2001;9(1):80-7.
22. Goulart BNG, Dorfman ME, Collares MVM. Inadequação da parede posterior da faringe e fonoterapia - relato de caso. In: Ribas I, organizadora. *Anuário de Fonoaudiologia Feevale.* Novo Hamburgo: Feevale; 2003a. p.134-8.
23. Goulart BNG. A fonoaudiologia no tratamento das fissuras labiopalatinas: da infância a idade adulta. In: Marchesan I, Zorzi J, organizadores. *Tópicos em fonoaudiologia 2002/2003.* Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.309-13.