

Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: implicação da dimensão estrutural na qualidade da atenção à saúde fonoaudiológica

Speech, language and hearing sciences and the family health strategy: implication of structural dimension in the quality of speech, language and hearing care

Loíse Elena Zanin¹, Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque², Daniel Hardy Melo³

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção da qualidade relacionada ao aspecto estrutural dos residentes de Fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família, na zona urbana de Sobral (CE). **Métodos:** Os atores sociais da pesquisa foram os fonoaudiólogos que atuaram como residentes de Fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Sobral. As informações foram coletadas durante o ano de 2013, a partir de entrevistas. Os dados foram analisados por meio da técnica Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A avaliação da estrutura evidenciou, como pontos negativos, a falta de materiais, o número restrito de fonoaudiólogos em atividade junto às comunidades e a falta de profissionais capacitados para atuar nesse nível da atenção à saúde. Como ponto positivo, destacou-se a capacitação dos profissionais em Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **Conclusão:** Apesar das limitações inerentes a uma avaliação da qualidade, os atores sociais da pesquisa reconheceram mais dificuldades do que potencialidades no trabalho do fonoaudiólogo, indicando deficiência na qualidade da assistência à saúde fonoaudiológica.

Descritores: Fonoaudiologia; Estratégia Saúde da Família; Gestão da qualidade; Estrutura dos serviços; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde

ABSTRACT

Purpose: Assess the perception of quality related to the structural aspect of the of Speech, Language and Hearing Sciences residents in the Family Health Strategy in the urban area of Sobral, Ceará. **Methods:** The social actors in the study were the speech, language and hearing pathologists that worked as residents in the Family Health Strategy in the city of Sobral through the Family Health Training School Visconde Sabóia, who accepted to participate in the study by means of a Informed Consent Term. Information was collected during the year of 2013, from interviews. Data were analyzed by Content Analysis according to Bardin. **Results:** The structure assessment identified negative points such as shortage of materials, a limited number of speech, language and hearing pathologists working together with the communities and a lack of trained professionals to work at this level of health care. As a positive point, the training of professionals through the Multi-professional Residency in Family Health at the Family Health Training School Visconde de Sabóia was highlighted. **Conclusion:** Finally, despite the inherent limitations to an assessment of quality, the social actors in the study recognized more difficulties than potentialities in the work of the speech, language and hearing pathologists indicating deficiency in the quality of speech, language and hearing health care.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Family health strategy; Quality management; Structure of services; Quality assurance, Health care

Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará – UFC – Sobral (CE), Brasil.

(1) Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará – UFC – Sobral (CE), Brasil.

(2) Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Acaraú – UVA – Sobral (CE), Brasil.

(3) Curso de Medicina, Universidade Federal do Ceará – UFC – Sobral (CE), Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: LEZ pesquisador principal, elaboração da pesquisa, elaboração do cronograma, levantamento da literatura, coleta e análise dos dados, redação do artigo, submissão e trâmites do artigo; IMNA orientadora, elaboração da pesquisa, elaboração do cronograma, análise dos dados; DHM coorientador, correção da redação do artigo e aprovação da versão final.

Endereço para correspondência: Loíse Elena Zanin. R. Coronel Diogo Gomes, 1225, Centro, Sobral (CE), Brasil, CEP: 62010-150.

E-mail: lo_zanin@yahoo.com.br

Recebido em: 22/2/2015; **Aceito em:** 2/9/2015

INTRODUÇÃO

Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, e a sua consolidação como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi possível ampliar a universalização do acesso à saúde, gerando a necessidade de mudanças e estabelecendo um novo modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios do SUS⁽¹⁾.

Considerando a importância do tema, o Conselho Regional de Fonoaudiologia, com o apoio do Comitê de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, promoveu, em 2002, um fórum, com o objetivo de elaborar um documento, de forma participativa, que definiu uma “Proposta de Inclusão da Fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família”⁽²⁾.

Junto à equipe multidisciplinar, o fonoaudiólogo passou a realizar o diagnóstico situacional e institucional, acolhimento, visitas domiciliares, atendimentos de núcleo interdisciplinar ou transdisciplinar (individualmente e/ou em grupos), educação em saúde no interior (salas de espera) e/ou no entorno das unidades de saúde (grupos de atividades físicas, de cuidados em saúde e de convivência, de saúde mental, de artes [canto, dança, teatro, artesanato], entre outros), matriciamento e atividades que envolvem a organização dos serviços, participação em campanhas de saúde, coparticipação na educação permanente das equipes e a realização e divulgação de pesquisas. De fato, a Fonoaudiologia pode executar muitas ações no contexto da Atenção Básica⁽³⁾.

Dada a relevância das ações elencadas, faz-se necessário assegurar que estejam sendo efetivamente realizadas e que exista normatização para atuação do fonoaudiólogo na atenção básica, seja por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), ou dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Como integrante do NASF, o fonoaudiólogo se depara com um novo papel, que conduz a uma prática desenvolvida tanto na perspectiva de núcleo, quanto de campo, mas, infelizmente, pesquisas avaliativas demonstraram um trabalho ainda fortemente centrado no núcleo profissional⁽⁴⁾.

A realização de pesquisas avaliativas no contexto da atenção básica pode ser de grande contribuição, pois fornecem informações que auxiliam na identificação de possíveis problemas, a fim de assegurar o desenvolvimento de uma intervenção, conforme preconizado⁽⁵⁾. Além disso, a abordagem teórica e prática dessa temática, por meio da avaliação em saúde, representa a possibilidade de enriquecer a literatura fonoaudiológica, visto que ainda são poucas as publicações que tratam sobre o tema⁽⁶⁾.

No campo da avaliação de saúde, a estrutura é um dos componentes destacados por Donabedian⁽⁷⁾. Sua abordagem se baseia no modelo sistêmico, em que a estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (os recursos ou insumos financeiros, humanos e materiais utilizados). A estrutura é a capacidade de propiciar a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços. Entre eles estão a análise de pessoal, considerando a educação e o treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço e

a análise da instalação e equipamentos, incluindo o prédio e os componentes físicos. O processo se refere ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos e os resultados decorrentes das mudanças verificadas, sejam elas relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos, ou a mudanças de comportamentos, conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços⁽⁸⁾.

A qualidade de um serviço de saúde implica na ocorrência de várias circunstâncias específicas e não pode ser determinada por um único fator. Na medida em que avaliar a qualidade implica em emitir um juízo de valor, há necessidade de analisarmos seus vários componentes.

Na literatura sobre o tema “qualidade em saúde”, os autores a consideram como um valor complexo, que abrange vários fatores e ratificam que uma boa estrutura não determina um padrão de qualidade, porém, boas condições estruturais têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em resultado favorável frente a condições precárias⁽⁹⁾. Para atingir resultados de qualidade, devemos considerar que a melhoria da atenção à saúde ocorre em âmbito do processo ou da estrutura, pois os efeitos são sempre consequência de alguma coisa e, para seu alcance, faz-se necessário identificar as ações corretivas fundamentais para os serviços e as práticas sanitárias⁽⁹⁾.

Pesquisa avaliativa sobre o trabalho da Fonoaudiologia no NASF de uma cidade do Estado de Pernambuco indicou que o fonoaudiólogo tem desempenhado, de forma coerente, seu papel nos NASF, embora sua atuação seja fundamentada no processo de trabalho, alertando para a necessidade de intervir nas questões relacionadas à estrutura, a fim de aprimorar o desenvolvimento das ações realizadas nesse contexto⁽³⁾.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a percepção dos residentes de Fonoaudiologia, quanto à qualidade da dimensão estrutural da assistência ofertada na Estratégia de Saúde da Família, na zona urbana de Sobral (CE).

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo avaliativo, com 12 fonoaudiólogos que atuaram na ESF como residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Saboia (EFSFVS), do município de Sobral – Ceará. Neste município, a categoria não faz parte da equipe multiprofissional do NASF e os cuidados fonoaudiológicos ofertados pela atenção primária são realizados pelos residentes em Fonoaudiologia da RMSF.

A pesquisa fundamentou-se no referencial avaliativo proposto por Avedis Donabedian, que traz uma proposta de avaliação em saúde⁽⁸⁾. Para esta pesquisa foi avaliada apenas a dimensão estrutural.

O convite para participação dos fonoaudiólogos foi feito no próprio Centro de Saúde da Família, durante o expediente de trabalho, ou na EFSFVS. Todos os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A

coleta de dados ocorreu durante o período de junho a dezembro de 2013.

Em função da natureza qualitativa da pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e armazenadas em iPod® e iPhone® e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora principal. As entrevistas investigaram dados sobre estrutura física, recursos humanos, educação e treinamento dos fonoaudiólogos, além do material disponível para o trabalho da categoria na ESF, tendo como perguntas norteadoras: a) Qual a estrutura necessária para atuação do fonoaudiólogo na ESF? b) Quais os fatores facilitadores e os restritivos do trabalho fonoaudiológico com a estrutura ofertada?

Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra F (fonoaudiólogo) e pelo número da entrevista. Para exemplificar: o primeiro fonoaudiólogo entrevistado foi identificado como (F1), o segundo como (F2) e assim sucessivamente.

Para avaliação das falas, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹⁰⁾, optando-se pela análise temática ou categorial, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, em três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Neste estudo, o *corpus* foi constituído por 12 entrevistas, definindo-se a frase como unidade de registro e o parágrafo como unidade de contexto. O parágrafo serve como unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são excelentes para que se possa compreender o significado exato da unidade de registro.

Em seguida foi realizada a enumeração, por meio da quantificação simples (frequência) e depois, a classificação e a agregação (escolha das categorias). Bardin⁽¹⁰⁾ define as categorias como classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico. Então, categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), em razão de características comuns. Nesta pesquisa, na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, foram seguidas duas etapas: *inventário*, no qual foram isolados os elementos comuns, e *classificação*, em que os elementos foram

repartidos, estabelecendo certa organização à mensagem. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados e a interpretação dos dados.

Os resultados foram apresentados em categorias e subcategorias. Além disso, foram descritas as unidades de registro (frases) que expressavam as impressões dos entrevistados.

A constituição do *corpus* do presente estudo está apresentada na Figura 1.

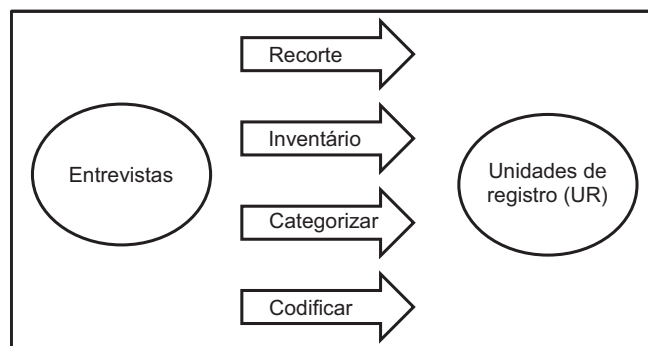


Figura 1. Constituição do *corpus* do estudo

O estudo foi autorizado e aprovado junto à Secretaria da Saúde e Ação Social do Município de Sobral (CE), por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS). Foi aprovado também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com o registro nº 90.938.

RESULTADOS

As interlocuções resultantes das questões abertas das entrevistas semiestruturadas com os fonoaudiólogos disseram respeito ao seu trabalho na ESF e foi apreendida a seguinte classe temática: estrutura gerencial para o trabalho fonoaudiológico na ESF, com duas categorias e cinco subcategorias (Quadro 1).

As unidades de registro (frases) que expressavam as percepções dos entrevistados, em relação às categorias e subcategorias estão descritas no Quadro 2.

DISCUSSÃO

Com a subcategoria “Indisponibilidade de recursos físicos”

Quadro 1. Distribuição das classes temáticas, categorias temáticas e subcategorias e respectivas frequências nas unidades de registro

Classes temáticas	Categorias (codificação)	UR	Subcategorias (codificação)	UR
Estrutura gerencial para o trabalho fonoaudiológico na ESF (80 UR)	1. Condições estruturais desfavoráveis	71 (24,4%)	1.1 Indisponibilidade de recursos físicos	34 (11,6%)
			1.2. Falta de materiais	21 (7,21%)
			1.3. Falta de profissionais com formação para atuação na ESF	9 (3,09%)
			1. 4. Falta de recursos humanos	7 (2,4%)
	2. Condições estruturais favoráveis	9 (3,1%)	2.1 Disponibilidade de capacitação – residência multiprofissional em saúde da família	9 (3,1%)

Legenda: UR = unidade de registro; ESF = Estratégia de Saúde da Família

Quadro 2. Distribuição das unidades de registro (frases) que expressaram as percepções dos entrevistados em relação às categorias e subcategorias

1. Categoria - condições estruturais desfavoráveis	
1.1. Subcategoria Indisponibilidade de recursos físicos	<p>“Geralmente os postos são muito pequenos, não comportam a quantidade de profissionais”. (F10)</p> <p>“Quantas vezes eu fiz atendimento debaixo de uma árvore, na varanda da casa da frente do posto de saúde, porque faltava realmente sala...”; (F11) “...então o que a gente tem hoje nos postos, vários profissionais, mas uma estrutura muito pequena...a gente precisaria do básico para um atendimento com respeito e dignidade...” (F8)</p> <p>“A estrutura ideal não existe, falta tudo.” (F5)</p> <p>“Porque como Sobral cresceu na questão do próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Residências, acabou que não tem espaço físico.” (F10)</p> <p>“Mas a estrutura que eu acho que seria necessária, seria uma estrutura onde a gente tivesse espaços maiores pra realizar nossos grupos...” (F11)</p>
1.2. Subcategoria Falta de materiais	<p>“O material do grupo de puericultura e pré-natal eu levo” (F6)</p> <p>“A gente termina custeando o material.” (F1)</p> <p>“... eu creio que precise de equipamentos que a atenção básica não disponibiliza.” (F7)</p> <p>“... a falta de materiais prejudica os casos que poderiam ser trabalhados pra ser evitado as referências para outro nível de atenção” (F12)</p> <p>“Você não tem um papel, um cartaz, nada.” (F2)</p> <p>“Eu não tenho material, aí reclamam dizendo que há uma série de encaminhamentos. Sim, mas eu tenho que encaminhar já que eu não tenho uma estrutura para avaliar.” (F1)</p> <p>“Talvez tem coisa que fosse até favorável e de bom prognóstico a gente resolver dentro do posto, mas eu não tenho esse material.” (F8)</p> <p>“... as vezes você tem que custear do seu bolso para trazer um brinquedo.” (F1)</p>
1.3. Subcategoria Falta de profissionais com formação para atuação na ESF	<p>“A formação que a gente teve, uma formação acadêmica que geralmente era na perspectiva clínica. Na atenção básica a gente não vai trabalhar nessa perspectiva.” (F6)</p> <p>“...dificuldade de conseguir inserir os fonoaudiólogos dentro dos programas que já tem dentro do Programa de Saúde da Família.” (F1)</p> <p>“... pelo tempo que eu me formei, a gente não tinha nenhuma disciplina do Saúde da Família, não tinha na grade curricular essa disciplina.” (F4)</p> <p>“Eu acredito que na universidade a visão ainda é muito clínica daquela do fonoaudiólogo na Atenção básica.” (F6)</p> <p>“Existe uma grande dificuldade da atuação na participação popular por a gente não ter na nossa faculdade e não ser preparada pra ter esse olhar...” (F9)</p> <p>“... porque o que eu sabia de saúde coletiva era muito teórico menos pratico.” (F6)</p> <p>“A gente não via isso na faculdade.” (F10)</p>
1.4. Subcategoria Falta de recursos humanos	<p>“... então tinha que dar conta de três, quatro postos de saúde...” (F12)</p> <p>“... quem fica em duas Unidades Básicas de Saúde, acaba não dando conta de nenhuma” (F7)</p> <p>“precisa de mais fonoaudiólogo nas Unidades Básicas de Saúde” (F1)</p> <p>“A gente não consegue é dar continuidade do trabalho, pela falta de profissional dessa categoria” (F11)</p> <p>“... então tinha que dar conta de quatro postos de saúde, e às vezes, ia só uma vez na semana ou duas pra um posto... isso dificultava o entrosamento com a equipe multidisciplinar.” (F12)</p>
2. Categoria - condições estruturais favoráveis	
2.1. Subcategoria Disponibilidade de capacitação – residência multiprofissional em saúde da família	<p>“... vim fazer a residência. Sinto-me como uma profissional da Estratégia de Saúde da Família... isso sim que é o SUS.” (F8)</p> <p>“Eu percebo que as residências em saúde da família evoluíram muito... Acho que hoje o residente tem mais condições de trabalho, ele é bem mais assistido” (F10) “...com esse olhar bem mais ampliado, em 6 meses de residência, eu deixei de fazer atendimento clínico porque eu vi que o caminho não era esse, né” (F9)</p> <p>“Quando eu cheguei na residência, foi o que eu tentei fazer, aquela coisa bem restrita do fonoaudiólogo de forma isolada. Com o passar do tempo, eu vi que o papel não era esse, é o papel de promotor da saúde” (F9)</p> <p>“... eu vim de uma realidade que eu estava habituado a atenção secundária e terciária. Então, quando eu vim para primária, foi um diferencial” (F1)</p> <p>“Você de uma certa forma abre o horizonte com a residência.” (F1)</p> <p>“A residência promove outro olhar, outros conhecimentos, outras práticas.” (F9)</p>

Legenda: ESF = Estratégia de Saúde da Família

foi possível observar que a maioria das unidades de saúde não estavam preparadas, fisicamente, para receber novas categorias

profissionais, acarretando uma falha na organização dos serviços. Os desafios estruturais enfrentados pelos fonoaudiólogos

na Atenção Básica, os impelem a agir muito mais em função do aspecto curativo, realçado pela oferta de atendimento individualizado, favorecendo a hegemonia do modelo biomédico, restringindo o cuidado a práticas isoladas de atenção à saúde⁽⁴⁾. Por outro lado, a falta de salas nas Unidades Básicas de Saúde, (UBS) para atividades em grupo ou reuniões, pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais⁽¹⁰⁾. A frequente utilização de imóveis com características domiciliares para a instalação de UBS, sem a adequada adaptação, é um fator que reforça a pouca valorização dos aspectos estruturais nas unidades da Atenção Básica⁽¹¹⁾.

Além do espaço físico restrito, destacou-se a falta de materiais adequados para o desenvolvimento do trabalho, o que pode implicar em baixa resolubilidade da subcategoria neste nível de atenção, pois o fonoaudiólogo acaba referenciando pacientes para a atenção secundária. Esse aumento no número de encaminhamentos gera demanda excessiva para os outros níveis de atenção, prejudicando o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do município. A falta de equipamentos adequados influencia a qualidade da atenção aos usuários, porque pode dificultar a realização de atividades de promoção à saúde e a prevenção de agravos, comprometendo a continuidade do cuidado⁽⁹⁾. Outros estudos também apontaram a insatisfação dos fonoaudiólogos que atuam nos NASFs, em relação à infraestrutura, nos quais destacaram a insuficiência de materiais e a falta de um lugar para as reuniões da equipe, prejudicando o trabalho e mostrando a falta de preparo em relação a esse parâmetro, ao implementar os NASFs⁽¹²⁾.

A literatura tem demonstrado que essa falta de material não ocorre exclusivamente com a categoria de Fonoaudiologia. Uma pesquisa sobre o trabalho na ESF constatou que os trabalhadores convivem com a insuficiência de materiais considerados básicos para o desempenho das suas atividades, como insumos, instrumentos, equipamentos e espaço físico, o que pode gerar desgastes e aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população, em relação aos serviços prestados⁽¹³⁾.

Outra falha observada no aspecto estrutural foi a falta de profissionais com formação para atuação na ESF, já que as grades curriculares dos cursos de graduação abordam ligeiramente este assunto, e não formam adequadamente o aluno para desenvolver um perfil condizente com a atuação na atenção básica.

O Conselho Nacional da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais na área de Fonoaudiologia, caracteriza o fonoaudiólogo como um profissional generalista, com sólida formação humanista, ético-filosófica e política, com capacidade para intervir no seu campo, tendo visão e postura crítico-reflexiva e capacidade para atender ao sistema de saúde vigente no país. No entanto, observamos que o grande desafio das escolas de formação em Fonoaudiologia é de saber articular a formação técnica com a formação ético-política vigente no Brasil⁽¹⁴⁾.

As universidades têm buscado se adequar a esse campo de

atuação, reorganizando seus currículos, para que os profissionais possam atuar na promoção da saúde, tendo em vista que, até há pouco tempo, o trabalho do fonoaudiólogo se restringia às atuações na média e alta complexidades⁽⁴⁾. O processo de mudança dos currículos de graduação em Fonoaudiologia vem acontecendo de forma lenta, não acompanhando a rápida transformação nos demais cursos de saúde e as necessidades das redes de serviço⁽¹⁵⁾. Assim, a atuação do fonoaudiólogo na Atenção Básica fica marcada pela falta de formação profissional para atuar neste nível da promoção da saúde⁽¹⁶⁾.

A ESF necessita de fonoaudiólogos preparados para lidar com esse nível de atenção⁽¹⁷⁾. Ela requer desses profissionais, ações de cunho generalista, desenvolvidas segundo uma rede de cuidados progressivos, relacionando outros saberes e na perspectiva da integralidade em saúde. Além disso, a formação do fonoaudiólogo deve desenvolver competências para a prática exercida, desde a Atenção Básica até a gestão⁽¹⁸⁾. Para isto, a sua formação deve contemplar cenários e práticas pertencentes ao mundo real, voltados à realidade local, com ênfase na humanização do cuidado⁽¹⁹⁾.

Essa fragilidade leva a uma visão estereotipada da Fonoaudiologia, com atuação restrita à reabilitação⁽²⁰⁾ e sendo vista, equivocadamente, como uma profissão somente de atenção especializada, o que diminui as possibilidades de atuação dentro da ESF⁽²¹⁾. Esse distanciamento gera um conhecimento insipiente dos gestores a respeito da importância da Fonoaudiologia na Atenção Básica, acarretando pouca oferta de emprego neste cenário⁽⁴⁾, ocasionado em falta de recursos humanos.

A quantidade de profissionais para a grande demanda em Sobral (CE) é inadequada, ocasionando deficiência na qualidade do atendimento⁽²²⁾. Um grande desafio dos fonoaudiólogos, nesse nível de atenção à saúde, é a organização dos recursos e infraestrutura, que envolvem, principalmente, a oferta insuficiente do serviço de fonoaudiologia e recursos humanos insuficientes e com necessidades de qualificação⁽²³⁾. Pesquisa realizada em Recife identificou que o número de fonoaudiólogos nos NASFs é inferior ao das demais profissões de saúde⁽¹⁵⁾.

Há necessidade de discussão e participação organizada dos profissionais na definição de estratégias de sensibilização dos gestores e profissionais da saúde sobre a importância da inserção do fonoaudiólogo na Atenção Básica, por meio da sistematização e análise dos agravos à saúde, das necessidades de sujeitos e grupos sociais, bem como de propostas e ações que possam contribuir com a melhoria dos indicadores de saúde⁽²⁴⁾.

Um exemplo disso, foi a pesquisa realizada na cidade de Sobral (CE), mostrando que a presença do fonoaudiólogo na Atenção Básica promoveu o acompanhamento e monitoramento do diagnóstico precoce das alterações auditivas, garantindo a melhoria na qualidade de vida das crianças do município⁽²⁵⁾.

Devemos enfatizar que, embora os participantes desta pesquisa sejam fonoaudiólogos, todos passaram ou ainda estão em

processo de formação na RMSF ofertada pela EFSFVS. Esta capacitação foi o único aspecto estrutural favorável encontrado neste estudo, como auxílio no desenvolvimento de competências necessárias para atuação da Fonoaudiologia na ESF.

A inexperiência e o despreparo da Fonoaudiologia na saúde pública, em especial na ESF, podem prejudicar o planejamento e a organização do serviço⁽²⁶⁾. Como a formação, na área profissional, pouco tem contribuído para a atuação na ESF, os programas de RMSF têm sido uma oportunidade de construção de saberes e práticas do trabalho em equipe, requerido nesse âmbito de atuação⁽¹⁾.

A RMSF surgiu no Brasil como uma maneira de compensar o hiato na formação do profissional da saúde. Esses programas de residência se propõem à formação para o trabalho em equipe multiprofissional, a fim de preencher a lacuna oriunda dos cursos de graduação na área da saúde, utilizando, como referencial teórico, os conceitos de campo e núcleo, na organização do processo de trabalho coletivo⁽²⁷⁾. Promovem, ainda, a atuação interdisciplinar com as demais categorias inseridas no programa, juntamente com a equipe básica dos Centros de Saúde da Família (CSF) e propiciam um trabalho intersetorial e a articulação com os serviços de Fonoaudiologia da Atenção Secundária, gerando ferramentas importantes para potencializar as ações da Fonoaudiologia na Atenção Básica⁽²⁸⁾.

Devido às poucas experiências dos fonoaudiólogos na ESF, observamos que a RMSF contribuiu significativamente para a condução da atuação dessa categoria profissional, assim como seu fortalecimento nesse local de atuação, destacando-se como um importante indicador estrutural de qualidade. O resultado dessa formação pode ser visto nas mudanças na práxis do fonoaudiólogo, quanto às ações desenvolvidas, com a valorização das ações coletivas, porém, sem detrimento das ações individuais, que se fazem necessárias e que são pertinentes à atuação do profissional da Atenção Básica⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

A avaliação da estrutura evidenciou falta de espaço físico e de materiais para atuação fonoaudiológica, número restrito de fonoaudiólogos atuando junto às comunidades e falta de profissionais capacitados para atuar na Atenção Básica à Saúde. Essas fragilidades no aspecto estrutural precisam ser corrigidas, visando melhorar a qualidade da atenção prestada pela Fonoaudiologia.

Aspectos estruturais podem influenciar diretamente na qualidade da atenção, o que demonstra a necessidade de comprometimento, por parte dos gestores, em investir na estrutura e em recursos humanos, para atuar na Atenção Básica à Saúde.

Reconhecemos as limitações inerentes a esta avaliação da qualidade. Por isso, sugerimos a realização de outros trabalhos que discutam as questões levantadas, mas não aprofundadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Costa HO, Chagas M.IO, Correia BFC, Dias MAS, Souza FL, Queiroz AHA B. Conhecimentos e práticas dos agentes comunitários de saúde frente aos problemas de saúde Fonoaudiológica da população na atenção básica. *SANARE*. 2012;11(2):32-43.
2. Cavalheiro MTP. Fonoaudiologia e saúde da família [editorial II]. *Rev CEFAC*. 2009;11(2):179-368. doi:10.1590/S1516-18462009000200002
3. Andrade AF, Lima MM, Monteiro NP, Silva VL. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. *Audiol Commun Res*. 2014;19(1):52-60. doi:10.1590/S2317-64312014000100010
4. Costa LS, Alcântara LM, Alves RS, Lopes AMC, Silva AO, Sá LD. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*. 2013;25(4):381-7. doi:10.1590/S2317-17822013000400014
5. Bezerra LCA, Frias G, Vidal SA, Macedo VC, Vanderlei LC. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(5):1209-317. doi:10.1590/S1413-81232007000500029
6. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-6.
7. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
8. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration; 1980.
9. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária: estrutura das unidades como componente da atenção. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(Suppl 1):69-81. doi:10.1590/S1519-38292010000500007
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. 225 p.
11. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1439-52. doi:10.1590/S1413-81232009000800017
12. Molini-Avejonas DR, Aboboreira MS, Couto MIV, Samelli AG. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *CoDAS*. 2014;26(2):148-54. doi:10.1590/2317-1782/2014011IN
13. Shimizu FE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2405-14. doi:10.1590/S1413-81232012000900021
14. Conselho Regional de Fonoaudiologia - 2ª região. Documento aborda inserção da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família. *Rev Fonoaudiol*. 2002;(47).
15. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do Nasf em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev CEFAC*. 2013;15(1):153-9. doi:10.1590/S1516-18462012005000043
16. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no

- Sistema Único de Saúde - SUS. Rev CEFAC. 2009;11(3):516-21. doi:10.1590/S1516-18462009000300021
17. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(3):465-74. doi:10.1590/S1516-80342010000300024
 18. Maldonado IR. Enfrentar a realidade metodologicamente: o Zopp e a organização do trabalho fonoaudiológico por estagiários em UBS. Pro Fono. 2009;21(2):175-7. doi:10.1590/S0104-56872009000200016
 19. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. Boletim Saúde. 2004;18(1):87-98.
 20. Silva LSG, Santos FS, Santos JB. Intervenção junto aos idosos: relato de vivência em uma Unidade Básica de Saúde. In: Anais do 19o Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 8o Congresso Internacional de Fonoaudiologia Comunicação como um Direito de Todos, 30 out-2 nov 2011; São Paulo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2011. p. 115
 21. Porto FVA, Santana M CCP, Prado PAS. A inserção da Fonoaudiologia dentro da Estratégia de Saúde da Família. In: Anais do 20º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia Ciência e Profissão; 2012; Brasília, DF. São Paulo, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 31 out-3 nov 2012. p. 89.
 22. Albuquerque IMN. Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010.
 23. Lima TFP, Acioli RML. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária do Sistema Único de Saúde. In: Silva VL, Lima MLLT, Lima TFP, Advíncula KPA. Prática fonoaudiológica na atenção primária à saúde. São José dos Campos: Pulso; 2013. p. 25-42.
 24. Mendes VLF. Fonoaudiologia, atenção básica e saúde da família. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas AL. Tratado de fonoaudiologia. 2a ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 612-8.
 25. Maia RM, Silva MAM, Tavares PMB. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. Rev CEFAC. 2012;14(2):206-14. doi:10.1590/S1516-18462011005000114
 26. Fernandes EL, Cintra LGA. A inserção da fonoaudiologia na estratégia da saúde da família: relato de caso. Rev APS. 2010;13(3):380-5.
 27. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulg Saúde Debate. 2011;(23):30-56
 28. Medeiros EA, Maia RM, Cedro MO, Barbosa, MC, Correia RBF, Tavares PMB et al. A inserção da fonoaudiologia na estratégia saúde da família: vivências em Sobral – CE. SANARE. 2009;8(2):7-15.