

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CAROLINA FARAH PAES

**SAÚDE VOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
POSSIBILIDADES E DESAFIOS PELA ÓTICA DO  
MATRICIAMENTO EM FONOAUDIOLOGIA**

Rio de Janeiro  
2021

CAROLINA FARAH PAES

**SAÚDE VOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
POSSIBILIDADES E DESAFIOS PELA ÓTICA DO  
MATRICIAMENTO EM FONOAUDIOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadores: Prof. Dr Roberto José Leal  
Profª Drª Lívia Maria Santiago

Rio de Janeiro  
2021

Paes, Carolina Farah.

Saúde vocal na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios pela ótica do matriciamento em fonoaudiologia. / Carolina Farah Paes. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2021.

xv, 81 f.: il.; 30 cm.

Orientadores: Roberto José Leal; Lívia Maria Santiago.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2021.

Referências: f. 67-75.

1.Voz. 2. Fonoaudiologia. 3.Promoção da Saúde. 4. Saúde Pública. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Leal, Roberto José. II. Santiago, Lívia Maria. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 9:00hs do dia 10 de setembro de 2021 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Evidência clínica, modelos de atenção e técnico assistenciais, qualidade em APS**. A dissertação com o título: "**Saúde Vocal na APS: possibilidades e desafios pela ótica do Matriciamento em Fonoaudiologia**", foi apresentada pela(o) candidata(o): **Carolina Farah Paes**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 119007264** (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "artº 1º, ( ) item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; ( **X** ) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Roberto José Leal** (presidente); **Maria Katia Gomes** (1º examinador); **Ana Cristina Nunes Ruas** (2º examinador), em sessão REMOTA, ( ) PARCIAL ( **X** ) TOTAL cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( **X** ) **APROVADO** ( ) **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional: **APROVADA COM LOUVOR**.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a) *Roberto José Leal*  
1º Examinador(a): \_\_\_\_\_  
2º Examinador(a): \_\_\_\_\_  
Aluno(a)/Examinado(a): *Carolina Farah Paes*

## DEDICATÓRIA

**À Rilene Maria Farah Paes**

É impossível dimensionar o meu amor, o meu vínculo e a minha gratidão por você. Só nós duas sabemos. Sinto a sua presença todos os dias e sei que será assim até nos encontrarmos outra vez. A dor que fica é incurável, mas tenha a certeza de que você cumpriu com louvor a sua missão de mãe, deixando o maior legado da vida, o amor.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Vinícius, pelo companheirismo, compreensão e apoio incondicional nas minhas escolhas de vida.

Ao meu pai Luiz Antonio, que tanto admiro, por sempre acreditar e investir nos meus sonhos, desde a graduação, durante as especializações e agora no mestrado.

Ao orientador Prof. Dr. Roberto José Leal por tanto aprendizado, paciência, flexibilidade e apoio durante o período de orientação da dissertação.

À orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Livia Maria Santiago pela parceria, pelo carinho e pelo aprendizado que me proporcionou nas orientações.

Aos professores da banca Dra. Ana Cristina Nunes Ruas e Dra. Maria Kátia Gomes pelas contribuições técnicas e pelo acolhimento. Aos professores suplentes Dra. Márcia Mendonça Lucena e Dr. Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas por fazerem parte deste processo.

Aos meus familiares, destacando Gracielle, Fátima, Vinícius, Danielle, Gabriela, Guilherme, Zeca, Paulo e Carminha que se mostram presentes nos momentos importantes da minha vida. Agradeço em especial à tia Rose, que se dedica de corpo e alma quando se trata de família, oferecendo suporte, amor e amizade.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos, um grande incentivador para que eu realizasse a inscrição no Mestrado. As conversas reflexivas me fizeram resgatar e valorizar a minha trajetória dentro da Atenção Primária à Saúde.

Aos profissionais do Centro de Saúde Escola, que foram participantes voluntários, permitindo a realização da pesquisa em campo e viabilizando esse estudo.

À colega Lidiane Alves por ter me apresentado o Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde.

A todos os colegas de turma do Mestrado, pelos bons momentos de convivência, em especial aos que me apoiaram no primeiro ano, no momento mais difícil da minha vida, onde precisei compartilhar os estudos com a dor de perder uma mãe: Geórgia, Aline, Vanessa, Anna Carolina, Danielle, Taissa, Joaquim, Ludimila, Lucas e Silvia.

Às amigas Fernanda Maia, Vivian Beteli, Anna Alice Almeida, Fabíola Costa e Franciany Salmaso pelo acolhimento durante alguns períodos de preocupações com

a pesquisa, e Elaine Carneiro por ter aceitado trocar as nossas rotinas de trabalho em prol das aulas do mestrado.

Aos Professores do Mestrado pelo aprendizado e por proporcionarem aulas tão motivadoras.

Paes CFP. **Saúde Vocal na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios pela ótica do Matriciamento em Fonoaudiologia [dissertação]**. Rio de Janeiro: Hospital Escola São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021.

## RESUMO

A saúde vocal não faz parte das prioridades de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS). Porém, a observação de um comportamento vocal inadequado e/ou de uma alteração vocal durante o acolhimento ao usuário na APS pode contribuir para o diagnóstico precoce e o desdobramento de ações. Sendo assim, o estudo investigou as percepções dos profissionais de equipes de saúde da família do Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis (CSESFA), no município do Rio de Janeiro, sobre a produção do cuidado com a saúde vocal do usuário em um contexto que não havia a presença do fonoaudiólogo em suas equipes de apoio. Os objetivos foram construir uma abordagem na perspectiva dos profissionais de saúde de um CSE para a promoção da saúde vocal dos usuários do Sistema Único de Saúde; identificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde de um CSE sobre saúde vocal; verificar se esses profissionais reconhecem uma possível alteração vocal do usuário que é acolhido; e descrever as possibilidades e os desafios de matriciamento para os profissionais de um CSE que contribuam na identificação dos agravos à saúde vocal e na realização de ações coletivas no território. A abordagem foi qualitativa, descritiva, com a organização da coleta de dados segundo Triviños e o tratamento dos dados segundo Bardin. Participaram do estudo duas equipes de saúde da família. A primeira etapa foi aplicada em 12 participantes por meio de entrevista semiestruturada e a segunda etapa em 10 participantes com perguntas a serem respondidas por meio da escrita. Os resultados foram distribuídos em categorias temáticas. Na dimensão “conflitos que caracterizam o conhecimento em saúde vocal”, todos os participantes apresentaram suas percepções conceituais sobre saúde vocal, porém metade deles também incluiu neste conceito distúrbios fonoaudiológicos não relacionados à área da voz. Na dimensão “encontros e desencontros na produção do cuidado da saúde vocal na APS”, apesar de os participantes informarem que reconhecem uma possível alteração vocal, pontuando condutas semelhantes às que teriam com outras demandas de saúde na APS, nunca houve desdobramentos de demandas vocais dos

usuários adscritos, apenas avaliações pontuais pela equipe médica, sem encaminhamento para fonoaudiologia e sem discussões em reuniões de equipe. A dimensão “elementos essenciais ao acolhimento da saúde vocal na APS” caracterizou-se em direcionamento das ações em saúde vocal (realização de grupos, discussões em sala de espera, visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde/ACS, atendimentos individuais realizados pela equipe técnica e ações no território pelos ACS) e matriciamento (necessidade de informações sobre as atribuições do fonoaudiólogo e capacitações para os profissionais de saúde). Concluiu-se que os participantes apontaram um manejo da saúde vocal limitado, com conflitos conceituais e uma necessidade de inserção do fonoaudiólogo nos espaços da APS. No entanto, construíram possibilidades de introduzir o tema em suas rotinas. O número reduzido de fonoaudiólogos, o atual esvaziamento das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família da APS, e a formação do fonoaudiólogo para atuar em saúde coletiva podem ser desafios para inserir a saúde vocal na APS.

**Palavras-chave:** voz; atenção primária à saúde; fonoaudiologia; saúde pública.

Paes CFP. **Vocal Health in Primary Health Care: possibilities and challenges from the perspective of Matrixing in Speech-Language Pathology [dissertation]**. Rio de Janeiro: Hospital Escola São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2021.

## ABSTRACT

Vocal health is not part of the care priorities in Primary Health Care (PHC). However, the observation of inappropriate vocal behavior and/or voice disorder during user embracement in PHC can contribute to early diagnosis and the unfolding of actions. Thus, the study investigated the perceptions of professionals from family healthcare teams at the Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis (CSESFA), in the city of Rio de Janeiro, on the production of care for the user's vocal health in a context that there was no presence of the Speech-Language Pathologist in their support teams. The objectives were to build an approach from the perspective of healthcare professionals from a CSE to promote the vocal health of users of the Brazilian National Health System; identify the level of knowledge about vocal health of healthcare professionals in a CSE; verify if these professionals recognize a possible voice disorder of the user who is received; and describe the possibilities and challenges of matrixing for professionals in a CSE that contribute to the identification of vocal health problems and in carrying out collective actions in the territory. The approach was qualitative, descriptive, with the organization of data collection according to Triviños and the treatment of data according to Bardin. Two family healthcare teams participated in the study. The first stage was applied to 12 participants through semi-structured interviews and the second stage to 10 participants with questions to be answered through writing. The results were distributed into thematic categories. In the dimension "conflicts that characterize knowledge in vocal health", all participants presented their conceptual perceptions about vocal health, but half of them also included in this concept speech-language disorders not related to the voice. In the dimension "meetings and mismatches in the production of vocal health care in PHC", although the participants report that they recognize a possible vocal disorder, scoring behaviors similar to those they would have with other health demands in PHC, there were never an unfolding of the vocal demands of the registered users, only punctual assessments by the medical team, no referral to Speech-Language therapy and no discussions in team meetings. The dimension "essential elements for the reception of

vocal health in PHC" was characterized in directing actions in vocal health (groups, discussions in the waiting room, home visits carried out by Community Health Agents/CHA, individual care provided by the technical team and actions in the territory by the CHA) and matrixing (need for information on the attributions of the Speech-Language Pathologist and training for healthcare professionals). It was concluded that the participants pointed out a limited vocal health management, with conceptual conflicts and a need for insertion of the Speech-Language Pathologist in PHC spaces. However, they built possibilities to introduce the theme into their routines. The reduced number of Speech-Language Pathologists, the current emptying of teams from the APS Family Healthcare Expanded Nucleus, and the training of Speech-Language Pathologists to work in public health can be challenges to insert vocal health in PHC.

**Keywords:** voice; primary health care; speech-language pathology; public health.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>QUADRO 1</b>	Caracterização dos participantes	21
<b>QUADRO 2</b>	Roteiro de apoio no teste piloto	24
<b>QUADRO 3</b>	Roteiro de apoio na entrevista semiestruturada individual	25
<b>QUADRO 4</b>	Desdobramento da análise da coleta de dados	31

## LISTA DE SIGLAS

ABLV	Academia Brasileira de Laringologia e Voz
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASHA	American Speech-Language Hearing Association
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
CSESFA	Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis
DVRT	Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho
ESF	Equipe Saúde da Família
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
eNASF-AP	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
IDV	Índice de Desvantagem Vocal
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPAV	Perfil de Participação e Atividades Vocais
QVV	Qualidade de Vida em Voz
SBF <sup>a</sup>	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UBSF            Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1	Aproximação com a temática .....	1
1.2	Delimitação da problemática e do objeto de estudo .....	2
1.3	Objetivos .....	4
1.4	Justificativa e relevância do estudo .....	4
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>6</b>
2.1	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) .....	7
2.2	Apoio Matricial e Saúde Vocal .....	9
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO: O ITINERÁRIO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA .....</b>	<b>18</b>
3.1	Tipo de estudo .....	18
3.2	Cenário de pesquisa .....	19
3.3	Participantes da pesquisa .....	19
3.4	Coleta de dados .....	22
3.5	Primeira etapa do estudo .....	23
3.5.1	Tratamento e análise dos dados da primeira etapa do estudo .....	25
3.6	Segunda etapa do estudo .....	28
3.6.1	Tratamento e análise dos dados da segunda etapa do estudo .....	29
3.7	Breves considerações sobre a experiência de campo .....	29
3.8	Aspectos éticos .....	30
3.9	Quadro com as categorias temáticas produzidas a partir da análise da coleta de dados .....	31
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 4 - REVELANDO OS CONFLITOS QUE CARACTERIZAM O CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE VOCAL .....</b>	<b>32</b>
4.1	Conceito sobre saúde vocal .....	32
4.2	Fonte de conhecimento sobre saúde vocal .....	35
4.3	Impacto de uma alteração vocal na saúde do indivíduo .....	38
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 5 - ENCONTROS E DESENCONTROS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DA SAÚDE VOCAL NA APS .....</b>	<b>45</b>

5.1	Percepção e possível conduta diante de um usuário com alteração vocal .....	45
5.2	Profissionais que usam a voz como instrumento de trabalho .....	48
5.3	Profissionais que cuidam da voz .....	49
5.4	Importância sobre a saúde vocal na APS .....	49
6	<b>CAPÍTULO 6 – ELEMENTOS ESSENCIAIS AO ACOLHIMENTO DA SAÚDE VOCAL NA APS .....</b>	<b>56</b>
6.1	Direcionamento das ações em saúde vocal .....	56
6.2	Matriciamento .....	57
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: O LEGADO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO COM A SAÚDE VOCAL NA APS .....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA .....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ....</b>	<b>79</b>

## **CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aproximação com a temática**

Desde a graduação em Fonoaudiologia, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), finalizada em 2005, houve um interesse por parte da pesquisadora pela área de Voz. Na graduação, a área da saúde coletiva, mais especificamente da Atenção Primária à Saúde (APS), não teve muito aprofundamento.

O primeiro contato da pesquisadora com a APS foi em 2007, com o início do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em São Paulo, com duração de dois anos. A partir da observação da rotina de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no que se refere ao acolhimento do usuário, foi percebido o uso do termo técnico “acolhimento” como um fluxo de atendimento da UBSF que deveria direcionar o usuário no serviço. Muitas vezes não havia uma reflexão por parte dos profissionais sobre o conceito da palavra acolhimento, que pode ser colocado em prática durante a assistência realizada por qualquer profissional da UBSF e, não somente, pela equipe técnica. Tal justificativa motivou a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, com o objetivo de identificar a percepção dos profissionais de uma UBSF sobre acolhimento.

Após a residência, a pesquisadora teve a oportunidade de continuar a experiência como fonoaudióloga na APS, atuando em equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em Unidades Básicas de Saúde da Família da capital paulista, durante cinco anos.

Na trajetória profissional escolhida, tanto no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, quanto nas equipes do NASF, foi possível o entendimento sobre os objetivos e a importância da Fonoaudiologia na Saúde Coletiva, em especial na APS. Tais vivências transformaram a prática da pesquisadora, até então, vinda de uma formação focada na patologia do indivíduo, para um olhar holístico, inserindo a escuta qualificada na sua prática, com os conceitos do acolhimento, permitindo dentro de um trabalho multidisciplinar a construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos, incluindo acionamento de redes de apoio e realização de ações coletivas em prevenção de doenças e promoção da saúde. Dentro dessa perspectiva, pôde-se notar que a saúde vocal do indivíduo não está na

lista das prioridades do SUS e, desta maneira, não está inserida na prática dos profissionais.

Durante o percurso na APS, considerando a Fonoaudiologia na área de Voz, a pesquisadora pôde observar que a saúde vocal foi pouco valorizada pelos profissionais da saúde durante a assistência ao usuário e nas ações territoriais, motivando, desta maneira, a realização de uma pesquisa que mostrasse a importância da saúde vocal da população em geral, inserindo o tema na APS considerando que os distúrbios vocais também podem impactar na qualidade de vida de um indivíduo.

## **1.2 Delimitação da problemática e do objeto de estudo**

No que diz respeito aos agravos à saúde do usuário, pensando na área da Voz dentro do contexto da APS, considerada seu primeiro contato com o sistema de saúde, é interessante apontar sobre a importância de um olhar para a saúde vocal tomando como referência que esse cuidado impacta na qualidade de vida do usuário.

A voz de uma pessoa contém dados inerentes a três dimensões: biológica, psicológica e socioeducacional. O padrão de voz utilizado faz parte da construção da personalidade do falante (BEHLAU, PONTES, MORETI, 2017).

Quando a voz é o instrumento de trabalho, como por exemplo no caso dos professores, uma alteração vocal pode gerar efeitos adversos no seu desempenho profissional, podendo até mesmo causar limitações em seu futuro profissional (BEHLAU et al, 2009a). Os distúrbios vocais nessa categoria são uma das principais causas de adoecimento e afastamento do trabalho. Existem várias pesquisas científicas na literatura sobre a importância dos cuidados com a voz do professor e o impacto das alterações vocais nas suas atividades laborais, sendo um embasamento no processo de reconhecimento do distúrbio de voz como uma doença relacionada ao trabalho (DVRT) em profissionais que fazem uso intenso da voz em suas ocupações (FERREIRA et al, 2016).

A voz de um indivíduo deve ser encarada como um instrumento de trabalho, veículo de expressão e indicador de saúde (Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, SBF<sup>aa</sup>).

Uma alteração vocal pode ser indicativa de um câncer em laringe. Neste caso, o diagnóstico precoce possibilita uma preservação total ou parcial da laringe, podendo

gerar diferentes impactos nas funções de fonação, respiração e deglutição (NEMR, LEHN, SANCHEZ, 2016). Porém, o que se observa é que os pacientes com alterações vocais só procuram o especialista quando a doença está avançada (GUIMARÃES, 2010), bem como a maior parte dos cânceres de cabeça e pescoço é diagnosticada em estágios avançados (FELIPPU et al, 2016).

Sendo assim, tendo os fonoaudiólogos o papel de estabelecer estratégias informativas para promoção da saúde e prevenção com relação aos casos de câncer de laringe (SILVA et al, 2016), considerando a sua contribuição na APS, poderá proporcionar aos profissionais das equipes de saúde da família informações sobre a importância de um diagnóstico precoce e respectivo tratamento da doença, podendo desta maneira, haver o planejamento em conjunto de estratégias educativas, bem como esses profissionais se atentarem diante de um usuário com alterações vocais.

A saúde vocal não está inserida na linha de cuidado da APS. Porém, a observação de um comportamento vocal inadequado e/ou de uma alteração de voz durante o acolhimento ao usuário, poderá contribuir para o diagnóstico precoce e o direcionamento deste usuário para o tratamento.

A Fonoaudiologia ao ser inserida nos serviços de saúde pública, veio transformando a sua prática. Somada à assistência clínica, a atuação conta com ações de prevenções e de promoção da saúde.

A inserção do fonoaudiólogo na APS ocorre principalmente por meio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SOLEMAN, MARTINS, 2015; RECH et al., 2019). No que compete ao manejo da saúde vocal na APS, considerando o fonoaudiólogo como parte integrante da equipe NASF, a sua atuação potencializa as ações na APS pelo apoio matricial, com ações específicas ou compartilhadas, levando-se em conta as características epidemiológicas do território que atua (SOLEMAN, MARTINS, 2015). Assim como também pode atuar em equipamentos sociais, por exemplo intervindo no espaço escolar, usando como princípio o fato de ser um espaço propício para práticas promotoras de saúde, preventivas e de educação em saúde para os professores, onde o fonoaudiólogo assume um papel de facilitador dessas práticas na APS (XAVIER, SANTOS, SILVA, 2013).

Conforme o exposto, espera-se que as práticas fonoaudiológicas na APS favoreçam a disseminação do tema saúde vocal. Nessa pesquisa, a proposta será de verificar como a saúde vocal é preconizada em território onde não há o fonoaudiólogo,

a fim de compreender como o tema é explorado na APS sem a presença do especialista.

As questões norteadoras desse estudo são: Qual o nível de conhecimento que o profissional de saúde da APS possui para o cuidado na área da saúde vocal? e Como os profissionais de saúde da APS podem problematizar e direcionar os agravos à saúde vocal que os usuários possam apresentar?

Delineou-se como objeto de Investigação o Manejo da Saúde Vocal na Atenção Primária à Saúde pelos profissionais de saúde de um Centro de Saúde Escola (CSE).

### **1.3 Objetivos**

O objetivo geral é construir uma abordagem na perspectiva dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família para a promoção da saúde vocal dos usuários do SUS.

Os objetivos específicos são:

- 1- Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde de um CSE sobre saúde vocal;
- 2- Verificar se os profissionais de saúde reconhecem uma possível alteração vocal do usuário que é acolhido;
- 3- Descrever as possibilidades e os desafios de matriciamento para profissionais de saúde em um CSE, que contribuam na identificação dos agravos à saúde vocal e na realização de ações coletivas no território.

### **1.4 Justificativa e Relevância do Estudo**

Conforme descrito, a inserção do trabalho do fonoaudiólogo na APS possibilitará que os profissionais das equipes de saúde da família potencializem seus conhecimentos sobre a detecção, os fatores de risco para alterações vocais, as possíveis orientações e/ou encaminhamentos que possam ser realizados, e sobre o impacto de alterações vocais na qualidade de vida do indivíduo. Desta maneira, permitindo inserir em suas rotinas o cuidado com a saúde vocal da comunidade adscrita.

As informações sobre o cuidado com a saúde vocal, considerando a educação em saúde no contexto da atenção primária à saúde, fornecem embasamento para abordagens no coletivo, incluindo ações de prevenção e de promoção da saúde vocal.

A relevância do estudo é a de verificar, a partir das concepções dos participantes, como ocorre a produção do cuidado com a saúde vocal do usuário em um Centro de Saúde Escola que não tenha a presença do fonoaudiólogo em suas equipes de apoio e refletir sobre os desafios para se inserir a saúde vocal na APS.

## **CAPÍTULO 2 - Fundamentação teórica**

A Atenção Primária à Saúde refere-se a um conjunto de práticas que, no Brasil, durante a implementação do Sistema Único de Saúde, passou a ser chamada de Atenção Básica à Saúde. Ela representa o primeiro contato dos indivíduos e das famílias da comunidade com o sistema de saúde. Segundo a abordagem da APS na Declaração de Alma-Ata (1978), o conceito de saúde como ausência de doença é ampliado para um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo um direito fundamental (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008).

A Norma Operacional Básica do SUS 01/96 propõe o redirecionamento da atenção para um modelo centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários, as famílias. O desenvolvimento da Atenção Básica deve apontar o cumprimento dos princípios que norteiam o SUS: universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social (BRASIL, 2003).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e deve permitir relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes de saúde da família e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2009).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes podem ser classificadas como equipe saúde da família, compostas minimamente pelos profissionais médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo complementar com o agente de combate às endemias (ACE) e com profissionais de saúde bucal. O outro tipo de equipe é a equipe da atenção básica, com composição mínima dos profissionais médico, enfermeiro e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, podendo complementar com ACS, ACE e profissionais da saúde bucal (BRASIL, 2017). O ACS mora na comunidade e representa um elo entre a população e a UBS, identificando as necessidades de saúde dos usuários, suas potencialidades e limites, facilitando os trabalhos de vigilância e de promoção da saúde das famílias cadastradas (BRASIL, 2009).

Considerando-se a integralidade do cuidado, pode haver a inserção de outros profissionais às equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades locais, para melhorar a resolutividade (CAVALHEIRO, 2009).

## **2.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP)**

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, propondo que não se configure como porta de entrada ao sistema de saúde, atuando de maneira integrada complementando o trabalho das equipes de saúde da família. As equipes do NASF foram categorizadas em modalidades 1 e 2. O NASF 1 deveria ser composto por no mínimo 5 profissionais dentre as ocupações profissionais: médico, acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, e terapeuta ocupacional. O NASF 2 deveria apresentar em sua composição no mínimo 3 profissionais dentre as categorias profissionais: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

As equipes podem ser constituídas por diversas categorias profissionais, onde a escolha dos especialistas para a composição das equipes é feita pelos gestores municipais, de acordo com as necessidades locais e com a disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2014).

O NASF propõe um processo de trabalho diferente daquele a que os profissionais da saúde estão habituados a desenvolver. Configura-se como componente estratégico no fortalecimento das redes de atenção, projetos e programas do SUS, tendo as suas atividades planejadas a partir de agendas compartilhadas com as das equipes de saúde da família (OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2016).

A atuação das equipes do NASF conta com ferramentas tecnológicas para o desenvolvimento das suas funções, distribuídas de acordo com o apoio à gestão e o apoio à atenção. No que diz respeito à gestão, a pactuação do apoio permite que a equipe do NASF realize tanto uma avaliação do território em conjunto com gestores,

equipes de saúde da família e conselho de saúde, como uma pactuação no desenvolvimento do processo de trabalho e das metas com os gestores e equipes de saúde da família, com participação social. Quanto ao apoio à atenção, pode-se distribuir as ferramentas de trabalho em apoio matricial, clínica ampliada e projetos terapêutico singular e de saúde no território (BRASIL, 2010).

O apoio matricial é um suporte oferecido pelas equipes do NASF pela ação clínica direta com os usuários (dimensão assistencial) e pelo apoio educativo para a equipe de saúde da família (dimensão técnico-pedagógica). A clínica ampliada permite uma contribuição teórica do especialista de acordo com as necessidades dos usuários, trazendo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, uma construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliando o objeto de trabalho. O projeto terapêutico singular conta com a elaboração de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo. O projeto de saúde no território é uma estratégia para o desenvolvimento de ações na produção de cuidado em um território visando investir na qualidade de vida e autonomia da população (BRASIL, 2010).

Conforme a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, houve uma redefinição dos NASF organizados em modalidades 1 e 2, e criação da modalidade 3, de acordo com os parâmetros de vinculação. Considerando o número de equipes de saúde da família (ESF) e/ou de equipes de atenção básica (EAB) vinculadas para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e o somatório do mínimo das cargas horárias dos profissionais do NASF, respectivamente, considerou-se NASF 1: 5 a 9 ESF e/ou EAB e 200 horas semanais, NASF2: 3 a 4 ESF e 120 horas e NASF3: 1 a 2 ESF e 80 horas (BRASIL, 2012).

As políticas relacionadas ao NASF passaram por modificações ao longo dos anos. Na PNAB (2017) há uma revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no SUS, onde o NASF é considerado um núcleo ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com equipes multiprofissional e interdisciplinar, que oferecem suporte clínico, sanitário e pedagógico para as equipes de saúde da família e da atenção básica. Dentre as funções do NASF-AB, destacam-se: a realização de discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações

intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017).

Na portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, referente ao novo modelo de financiamento de custeio da APS, extinguindo o valor de transferência para a implantação dos NASF-AB e o valor de incentivo federal para custeio de cada NASF-AB segundo sua categoria (BRASIL, 2019).

A última atualização consta na portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, que redefine os registros das equipes de atenção primária e saúde mental no cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES), onde o NASF-AB muda para eNASF-AP, nomeada como equipe do núcleo ampliado de saúde da família e atenção primária. Excluiu-se os tipos de equipes NASF1, NASF2 e NASF3 (BRASIL, 2020).

O trabalho do NASF é guiado pelo apoio matricial, sendo organizado pela integração com as equipes de saúde da família a partir do compartilhamento sobre as dificuldades encontradas com as demandas de saúde dos usuários, ampliando, desta maneira, o escopo de ofertas de ações na atenção básica e auxiliando na articulação com outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2014).

## **2.2 Apoio Matricial e Saúde Vocal**

Campos (1999) sugeriu um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, a partir dos conceitos de apoio especializado matricial e de equipe de referência, partindo da ideia de que o vínculo terapêutico entre equipe e usuários fomentaria uma co-produção de saúde.

As equipes de referência na APS são as equipes de saúde da família, que se responsabilizam pelo cuidado da saúde de uma clientela dentro de um território de abrangência. A sua composição é feita por profissionais interdependentes que constroem objetivos comuns com relação à saúde da população adscrita, com possibilidade de acionamento de uma rede assistencial para cada caso, quando necessário. Serviços de saúde ou equipes multiprofissionais compõem a rede, oferecendo o apoio matricial como forma de retaguarda especializada nas equipes de referência (BRASIL, 2010).

O apoio matricial e a equipe de referência são considerados uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, possibilitando a realização da clínica ampliada e a integração dialógica entre diversas especialidades (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

O matriciamento é um instrumento de transformação no processo saúde e doença, permitindo a construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. O projeto terapêutico singular considera o olhar não somente para o indivíduo, mas para todo o seu contexto social. Assim, os projetos podem ser familiares, coletivos ou territoriais. O profissional ocupa um papel de matriciador, e conta com uma participação ativa neste processo. A proposta sugere inverter a organização do sistema de saúde vertical e hierarquizado em um sistema horizontal, com a integração de saberes entre as equipes de referência e de apoio matricial, atenuando os efeitos burocráticos da lógica tradicional de encaminhamentos e de referência/contrarreferência (BRASIL, 2011).

A partir das necessidades e demandas da população, as reuniões de matriciamento proporcionam uma elaboração da produção do cuidado por meio de discussão de casos individuais, familiares ou comunitários, do diagnóstico das necessidades e demandas, da elaboração de propostas e de ações de monitoramento. Sendo assim, o apoio matricial por meio do trabalho compartilhado possui uma potencialidade para promover uma rede de cuidados capaz de aumentar a qualidade e a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2014).

O Fonoaudiólogo é um dos profissionais que compõe a equipe do NASF e, dentro da saúde coletiva, (re) constrói a sua identidade, buscando definir o seu papel junto ao novo paradigma da promoção da saúde de maneira reflexiva, consciente, responsável e atuante (PENTEADO, SERVILHA, 2004). Sendo um apoiador matricial, suas ações são baseadas tanto na dimensão assistencial, com atendimentos específicos, visitas domiciliares e grupos terapêuticos, bem como na dimensão técnico pedagógica, realizando troca de conhecimentos com os profissionais, definição de condutas e construção compartilhada de ações (OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2016).

Matriciar implica na transformação de uma prática profissional já estabelecida, com mudança na lógica da organização do trabalho (BARROS et al, 2015). O NASF é o principal campo de trabalho do fonoaudiólogo na APS, consolidando o seu trabalho e permitindo a experiência de atuar dentro do contexto familiar e social, olhando o indivíduo e suas necessidades, trocando saberes com outros profissionais dentro de

equipes interdisciplinares, com uma postura humanizada. Tal modelo de atenção possibilita ao profissional uma transformação de sua assistência à saúde (SOLEMAN, MARTINS, 2015).

Sendo assim, o matriciamento se mostra uma ferramenta potente de trabalho onde o fonoaudiólogo poderá inserir o tema saúde vocal, problematizando, fortalecendo a sua divulgação e elaborando ações nos espaços da APS.

A voz pode identificar o estado físico da pessoa, assim como a saúde da laringe. É uma ferramenta que transmite e significa as mensagens. Um distúrbio vocal pode ser causado por diversos fatores, como uso inadequado da voz, consumo de drogas, comportamentos vocais traumáticos, doenças neurológicas e doenças orgânicas, a exemplo do câncer (COLTON, CASPER, LEONARD, 2010).

A saúde vocal é um conceito amplo, que envolve vários parâmetros durante a emissão, tendo o indivíduo uma voz limpa, emitida sem esforço, agradável ao ouvinte, com possibilidade de realizar variações de qualidade, frequência, intensidade e modulação, de acordo com o ambiente, situação e contexto de comunicação (BEHLAU, PONTES, MORETI, 2017). Desvios em alguns parâmetros vocais caracterizam um distúrbio de voz quando as demandas vocais requeridas pelo indivíduo não são contempladas (BEHLAU, GAMA, CIELO, 2016).

Segundo as diretrizes da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1993), o distúrbio da fala é um distúrbio da comunicação que compromete a articulação dos sons da fala, fluência e/ou voz. O distúrbio de voz é caracterizado como uma produção alterada e/ou ausência da qualidade vocal, pitch, loudness e ressonância.

A Higiene Vocal engloba normas que contribuem para preservar a saúde vocal e prevenir o surgimento de alterações. Devem ser seguidas por todos, e principalmente para indivíduos que possuam maior tendência a desenvolver alterações vocais (BEHLAU, PONTES, MORETI, 2017). A Higiene Vocal é definida como uma ferramenta de intervenção indireta, em que o clínico fornece estratégias para melhorar a saúde vocal, com a modificação do ambiente físico que a voz é produzida (VAN STAN et al., 2015).

A literatura aponta estudos sobre o impacto que uma alteração vocal pode provocar na qualidade de vida de uma pessoa (BEHLAU et al., 2009b; SPINA et al., 2009; PUTNOKI et al. 2010; COSTA T, OLIVEIRA, BEHLAU, 2013). Segundo a

Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição sobre qualidade de vida está atrelada às percepções que os indivíduos possuem sobre as suas vidas dentro dos contextos cultural, de valores, expectativas, preocupações, que podem sofrer influência do seu estado de saúde física, mental, nível de independência, relações sociais, fatores ambientais e crenças pessoais (WHO, 1996).

Trazendo para o contexto da área da voz, na fonoaudiologia existem instrumentos brasileiros, validados, como exemplos os protocolos Qualidade de Vida em Voz (QVV), Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV) e o Índice de Desvantagem Vocal (IDV), que são considerados ferramentas para avaliar diferentes aspectos da qualidade de vida de pacientes disfônicos (BEHLAU, 2009b). Um estudo realizado usando o protocolo QVV em indivíduos com queixas de voz, de acordo com o gênero, idade e uso vocal profissional, mostrou que o impacto autorrelatado de uma alteração vocal na qualidade de vida é percebido de maneira semelhante por homens e mulheres (PUTNOKI et al., 2010).

A importância que a voz representa na vida de uma pessoa vai determinar o impacto da alteração vocal na sua qualidade de vida, assim, a atenção para a saúde vocal fica maior. Um exemplo é a categoria do professor, que apresenta maior risco de desenvolver distúrbios vocais quando comparados com a população em geral (ROY et al., 2004). Neste caso, impactará no seu desempenho profissional, com possíveis afastamentos para o tratamento. Outro exemplo, é um câncer de laringe com a necessidade da realização de uma laringectomia total, em que o indivíduo perde a voz laríngea, impactando na sua comunicação. A voz representa a identidade de um indivíduo e perdê-la ocasiona limitação na comunicação oral, na interação social e na sua característica individual (CORREIA, VIANNA, GHIRARDI, 2016).

As ações de prevenção e de promoção, construção coletiva sobre o bem-estar vocal são importantes, partindo do entendimento que a rouquidão persistente pode ser indicativa de patologias em região de pregas vocais, bem como um sinal primário de câncer laríngeo. A rouquidão é um sinal reconhecido como um dos sete sinais de aviso de um câncer (COLTON, CASPER, LEONARD, 2010) e observa-se que os pacientes com problemas vocais normalmente buscam o especialista quando a doença está bastante avançada (GUIMARÃES et al., 2010).

A estimativa sobre o número de casos de câncer, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma ferramenta útil para

apoiar implementações de ações de prevenção e controle do câncer. No Brasil, a estimativa para cada ano no biênio 2020-2022 indica que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). Dentre os casos novos, 7.650 serão câncer de laringe, sendo 6.470 em homens e 1.180 em mulheres. Trazendo para a realidade do estado do Rio de Janeiro, a estimativa é de 700 novos casos, sendo 620 em homens e 80 em mulheres. No nível municipal (Rio de Janeiro), 270 novos casos, sendo 230 em homens e 40 em mulheres (INCA, 2019). Os profissionais da saúde também devem atentar aos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer na região da laringe, como o fumo de cigarro, tóxicos, distúrbios metabólicos e outras causas desconhecidas (COLTON, CASPER, LEONARD, 2010).

Segundo as informações de saúde do Ministério da Saúde (TABNET, 2020), o total de internações hospitalares por neoplasias malignas de laringe, no estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro a dezembro de 2020, foi de 570 internações, sendo 350 no município do Rio de Janeiro.

Existem leis sobre a saúde vocal que sugerem ações de cuidados, voltadas tanto para a população em geral quanto para os professores, representando um trabalho integrado da saúde e educação. A primeira lei ordinária foi proposta pelo Município de Diadema (SP), em 1998. Considerando a grande demanda vocal exigida pela profissão, existem muitas pesquisas voltadas para a saúde vocal dos professores. As leis determinam que o fonoaudiólogo seja o profissional responsável pela condução da capacitação do docente quanto ao uso profissional da voz (FERREIRA et al., 2009).

Há Programas de Saúde Vocal com a finalidade de prevenção e tratamento dos distúrbios vocais, a fim de evitar afastamento do trabalho, por exemplo o Programa de Saúde Vocal dos Professores da Prefeitura do Rio de Janeiro, estabelecido na Resolução SMA nº 1104 de 23 de junho de 2003 e o Programa Municipal de Saúde Vocal do Professor da Rede Municipal de Ensino, estabelecido na Lei Nº 13.778 de 11 de fevereiro de 2004 / SP.

As campanhas de saúde são ações voltadas para o incentivo ao autocuidado e prevenção de doenças (DORNELAS, GIANNINI, FERREIRA, 2014). Também podem ser utilizadas como instrumentos transformadores nas condições de saúde (SARACENI, LEAL, HARTZ, 2005). Quanto à promoção da saúde, a educação em

saúde não é apenas uma transmissão de informações, mas também um elemento que contribui para desenvolver a autonomia do sujeito, com participação ativa, desenvolvendo uma consciência crítica e reflexiva, de acordo com as suas necessidades (SANTOS, PENNA, 2009). A comunicação em saúde, na área de voz, deve permitir uma construção coletiva a respeito da voz e do seu cuidado, considerando o contexto em que a população está inserida (DORNELAS, SOUSA, MENDONÇA, 2014a).

A Campanha da Voz, teve início no Brasil, em 1999 durante as comemorações da Semana Nacional da Voz, evento que contou com a parceria entre a antiga Sociedade Brasileira de Laringologia e Voz e a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Inicialmente, a proposta da campanha foi focada na prevenção de doenças relacionadas à voz, principalmente o câncer de laringe (Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, SBF<sup>a</sup> b).

Tal iniciativa brasileira foi seguida por outros países, como Argentina e Portugal, e o Dia Nacional da Voz do Brasil transformou-se no Dia Internacional da Voz. A Academia Americana de Otorrinolaringologia – Cirurgia de Cabeça e Pescoço reconheceu oficialmente esta comemoração em 2002 e, nesse mesmo ano, o evento passou a se chamar de “Dia Mundial da Voz”. O evento oferece uma oportunidade para disseminar conhecimento e aumentar a consciência pública sobre a voz humana (SVEC, BEHLAU, 2007).

A partir de 2002 as Campanhas da Voz passaram a ser organizadas de maneira independente pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBF<sup>a</sup>) e pela Academia Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV). Neste momento, os objetivos da campanha eram diferentes para cada Sociedade. A atuação fonoaudiológica era voltada principalmente para a promoção da saúde e a atuação otorrinolaringológica para prevenção das alterações vocais. Após 2006, com a criação do Departamento de Voz, a atuação fonoaudiológica nas Campanhas tiveram como objetivos além das ações de promoção, ações preventivas, visando a detecção precoce do câncer laríngeo. Em 2008, por meio da esfera feral, foi instituído o Dia Nacional da Voz, com o intuito de conscientizar a população sobre os cuidados com a voz (DORNELAS, GIANNINI, FERREIRA, 2014).

No que tange ao SUS, com relação ao apoio da APS, existe uma proposta relacionada ao cuidado com a saúde vocal adotada pelo Ministério da Saúde (2018),

com a criação de um protocolo de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT). O protocolo foi recentemente elaborado por um grupo de especialistas da área, direcionado também aos profissionais do SUS, incluindo os da APS, com o objetivo de informá-los sobre os distúrbios vocais relacionados ao trabalho, enfocando com dados epidemiológicos a incidência de agravos à saúde vocal em usuários que usam a voz como instrumento de trabalho, bem como o fluxo de encaminhamentos. A partir dessas informações, há sugestão de notificação e cadastro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para que haja a produção de dados epidemiológicos e posterior análise e planejamento de ações (BRASIL, 2018).

Tendo a APS o papel de ordenadora dos serviços de saúde, a orientação estabelecida no Protocolo é a de que os profissionais das equipes de saúde da família também identifiquem o DVRT no usuário acolhido e o encaminhe para um fonoaudiólogo ou um otorrinolaringologista, bem como solicitem apoio matricial do NASF e, na ausência desta equipe, solicitar apoio matricial ao Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) ou à Vigilância em Saúde.

A atenção à saúde vocal do trabalhador, por meio do Protocolo de DVRT, é uma recente conquista em mostrar com dados epidemiológicos o impacto dos distúrbios vocais na vida do trabalhador, com possíveis afastamentos do trabalho. Porém, cabe ao fonoaudiólogo apontar a importância do cuidado à saúde vocal da população em geral e não somente dos usuários que usam a voz como instrumento de trabalho, uma vez que a rouquidão persistente pode ser indicativa de várias patologias, incluindo o câncer de laringe, o que pode gerar transtornos na saúde, na comunicação oral, nas relações interpessoais e na qualidade de vida dos usuários.

Uma vez detectada a alteração vocal de um usuário, o mesmo deve ser encaminhado para os profissionais especialistas, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, para diagnóstico e tratamento do distúrbio vocal. O fonoaudiólogo que compõe a eNASF-AP, além de intervir na qualificação da demanda e no seu direcionamento, contribui para a construção coletiva de educação em saúde vocal dos profissionais de saúde e dos usuários, incluindo ações nos equipamentos sociais da comunidade.

A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família, e consequentemente, o matriciamento em saúde vocal, possuem alguns desafios.

Segundo Soleman e Martins (2015), a formação do fonoaudiólogo é voltada para o atendimento individualizado e especializado, o que acarreta a necessidade de se ter um novo aprendizado na forma de atuar quando esse profissional compõe a equipe de apoio, diante de ações multidisciplinares, intersetoriais e coletivas. Brendim (2009), em sua dissertação de mestrado, concluiu que uma lacuna curricular pode ser um dos fatores que justifica o despreparo dos fonoaudiólogos para as ações de prevenção do câncer de cabeça e pescoço.

No Caderno de Atenção Básica n. 39 (BRASIL, 2014), que orienta o profissional do NASF quanto a sua prática, também aponta que, apesar da potencialidade da equipe do NASF, a inserção desses profissionais na atenção básica conta com limitações. Dentre os desafios citados, incluiu a formação profissional, que não acontece com a lógica do matriciamento, e o desconhecimento por parte da equipe de saúde da família e da própria população sobre a atuação deste profissional como apoiador matricial. Sugere ainda que esse desconhecimento pode ocasionar uma pressão nos profissionais do NASF para uma lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial.

O desconhecimento do papel do fonoaudiólogo por parte dos usuários e da equipe de saúde da família (ZANIN, ALBUQUERQUE, MELO, 2015), pode ser um elemento dificultador no direcionamento do cuidado.

A escolha da categoria profissional que irá compor a equipe do NASF é feita de acordo com as necessidades em saúde do território (PNAB, 2017) e pressupõe uma análise dos gestores, juntamente com as equipes de saúde da família e os conselhos de saúde (BRASIL, 2010). Sendo assim, nem todas as equipes do NASF terão a presença do fonoaudiólogo, dificultando, desta maneira, uma contribuição do olhar deste profissional com relação ao cuidado com a saúde vocal da população adscrita. Além disso, após a atualização da PNAB, em 2019, com a mudança do financiamento da APS, houve um impacto na implantação de novas eNASF-AP, reduzindo possibilidades de ampliação de novas equipes e, conseqüentemente, a inserção do fonoaudiólogo.

Uma pesquisa buscou descrever a presença de fonoaudiólogos na APS em todos os estados brasileiros. Considerando a população brasileira, em 2016, com 202.768.562 pessoas, havia 39.943 equipes de saúde da família e 3.898 eNASF-AP. Dentre as equipes de saúde da família, 17.157 contavam com o apoio das eNASF-

AP. Metade das eNASF-AP (50,8%) possuía o fonoaudiólogo em sua composição. Levando para a realidade do estado do Rio de Janeiro, havia 592 equipes da saúde da família contando com o apoio do fonoaudiólogo, indicando um suporte de 56,5%. Os dados do estudo mostraram a limitação de acesso às práticas fonoaudiológicas na APS (RECH et al., 2019).

Diante das diversas e complexas situações de saúde que os usuários levam como demanda para os profissionais da atenção primária, a escuta qualificada permite compreender melhor qual é a real necessidade de saúde do usuário e a possibilidade de desdobramentos. O acolhimento é uma diretriz da política nacional de humanização do SUS e uma ferramenta que todos os profissionais podem adotar na sua postura profissional, com sensibilidade e construção de vínculo na relação de cuidado com o usuário (BRASIL, 2013). No momento em que o profissional acolhe e estabelece uma comunicação com o usuário, a produção vocal também precisa ser encarada como estado de saúde e de cuidado.

## **CAPÍTULO 3 – Percurso Metodológico: o itinerário do desenvolvimento da pesquisa**

### **3.1 Tipo de estudo**

A investigação proposta é de carácter qualitativo com uma abordagem descritiva:

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, SANCHES, 1993, p. 244).

Optou-se pela pesquisa qualitativa por apresentar um método que permite vivenciar a subjetividade que existe no encontro entre os seres humanos. No trabalho em campo experimenta-se os desafios de se propor uma intervenção confortável para o participante, para que ele se sinta seguro em estabelecer uma relação de troca efetiva de informações, sem julgamentos, onde o relato das suas percepções sobre a saúde vocal na APS possa trazer contribuições para o estudo.

A participação do sujeito como um dos elementos do fazer científico do pesquisador qualitativo apoia-se em técnicas e métodos que possuem características singulares ao pesquisador e ao participante da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987). Assim, cada momento de interação entre o pesquisador e o participante do estudo é único e deve-se aproveitar ao máximo todas as oportunidades de respostas verbais e não verbais, de questionamentos e de sugestões que surgirem ao longo da experiência de campo. A afetabilidade e o discurso interno da pesquisadora serão compreendidos nas breves considerações sobre a experiência em campo.

Segundo Minayo (2010), a matéria prima da pesquisa qualitativa consiste na experiência, vivência, senso comum, ação, significado e intencionalidade, o que permitirá, através da técnica de coleta de dados escolhida, desenvolver aspectos estruturais da pesquisa qualitativa, de forma interativa e descontraída.

### **3.2 Cenário de pesquisa**

O local para o desenvolvimento da pesquisa foi o Centro de Saúde Escola São Francisco de Assis (CSESFA), que é uma clínica da família do município do Rio de Janeiro localizada no espaço físico do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ. O CSESFA possui duas equipes de saúde da família, conta com o apoio de uma equipe do NASF-AB e de profissionais pertencentes aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, além de professores da faculdade de medicina da UFRJ, voltados para formação em saúde e matriciamento. Não há a presença do profissional fonoaudiólogo na composição dessas equipes.

Após a concordância do gerente do CSESFA, foi preenchido o termo de anuência institucional (TAI). Os profissionais das equipes de saúde da família que se voluntariaram a participar da pesquisa receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foi lido juntamente com a pesquisadora a fim de sanar possíveis dúvidas e assinado, para uma autorização prévia.

A aplicação da pesquisa contou com a contribuição da coordenação do CSESFA e da UFRJ, quem organizaram o local, a data e os horários para que todos os profissionais pudessem participar, sem atrapalhar as suas rotinas de trabalho. A primeira etapa do estudo foi realizada dentro do CSESFA, nos consultórios 1 e 6. Já a segunda etapa foi realizada numa sala de aula da UFRJ.

### **3.3 Participantes da pesquisa**

As duas equipes de saúde da família eram constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O fato desses profissionais estarem atrelados diretamente ao cuidado e ao acompanhamento do usuário na APS, motivou o convite para participarem desse estudo.

O quadro 1, que mostra a caracterização dos participantes da pesquisa, foi elaborado sem o apontamento das categorias profissionais, visando preservar o anonimato dos membros das equipes. Conforme ilustrado no quadro, a maioria dos participantes já possuía experiência na APS, sendo que sete profissionais tinham no mínimo dez anos de atuação, e apenas dois profissionais apresentavam um tempo igual e inferior a seis meses.

Considerando os profissionais com quem já trabalharam na APS, somente duas participantes citaram a presença do Fonoaudiólogo, porém com as ressalvas da primeira participante vivenciar essa troca de experiência com fonoaudiólogo de eNASF-AP por apenas um mês e, no caso da segunda participante, o fonoaudiólogo pelo qual atribuiu ter contato pertence ao nível ambulatorial e não à APS. O contato é atribuído à aproximação física do CSEFA com o ambulatório. É interessante destacar que durante a entrevista individual de um dos participantes, que estava há apenas 24 dias na APS, informou que a sua experiência prévia à APS era na área hospitalar, onde teve a oportunidade em trabalhar com fonoaudiólogos. Logo, a sua referência com relação à fonoaudiologia era a área da disfagia.

Participaram do estudo 11 mulheres e 2 homens, com idades variando de 32 a 58 anos, sendo sete agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, duas médicas e dois enfermeiros.

Treze participantes fizeram parte da primeira etapa do estudo, sendo que um deles fez parte do teste piloto, contabilizando, desta maneira, doze entrevistas para análise e tratamento dos dados da primeira etapa. Já na segunda etapa do estudo, as respostas deste profissional foram consideradas para a análise e tratamento dos dados, já que não houve teste piloto.

Na segunda etapa do estudo, três profissionais da saúde não faziam mais parte da equipe do CSESFA (uma médica, um enfermeiro e uma técnica de enfermagem), reduzindo o número total de participantes nesta etapa, contabilizando dez participantes. Os três novos profissionais, substitutos, que foram incorporados às equipes do CSESFA não foram incluídos na segunda etapa do estudo, visto que a pesquisa segue uma sequência de acompanhamento desde a primeira etapa.

Quadro 1. Caracterização dos participantes

Participante	Idade	Tempo na APS	Tempo no CSE	Profissionais com quem já atuou na APS fora da equipe nuclear
1	41	24 dias	24 dias	Nenhum
2	37	10 anos	3 meses	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo, Fisioterapeuta, Psiquiatra, Nutricionista e Educador Físico.
3	43	17 anos	9 anos	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo e Assistente Social e Nutricionista.
4	36	6 meses	6 meses	Nenhum
5	32	2 anos e 6 meses	4 meses	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo (1 mês), Assistente Social e Nutricionista.
6	32	4 anos e 6 meses	2 anos e 6 meses	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social e Nutricionista.
7	39	4 anos	1 ano e 8 meses	<b>Residentes:</b> Dentista; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social.
8	51	11 anos	1 ano	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; <b>eNASF-AP:</b> Fisioterapeuta e Assistente Social.
9	38	3 anos	3 anos	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista, Nutricionista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo e Assistente Social.
10	58	20 anos	9 anos	<b>PACS:</b> Assistente Social; <b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo e Assistente Social; <b>Nível Ambulatorial:</b> Fonoaudiólogo
11	50	15 anos	9 anos	<b>Residentes:</b> Nutricionista, Dentista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo, Psiquiatra, Fisioterapeuta e Assistente Social.
12	57	13 anos	Não lembra	<b>Residentes:</b> Nutricionista, Dentista, Assistente Social e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Psiquiatra;
13	46	16 anos	9 anos	<b>Residentes:</b> Assistente Social, Dentista e Psicólogo; <b>Matriciamento:</b> Dermatologista e Psiquiatra; <b>eNASF-AP:</b> Psicólogo e Assistente Social.

### 3.4 Coleta de dados para a pesquisa

Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (1993), a entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação, que consiste numa conversa a dois ou entre vários interlocutores, iniciada pelo entrevistador, com o objetivo de construir informações sobre um objeto de pesquisa. As entrevistas, que são conversas com finalidades, podem ser classificadas em cinco formas de organização: sondagem de opinião, semiestruturada, aberta ou em profundidade, focalizada ou projetiva.

Objetivando explorar o conhecimento e as experiências da equipe saúde da família acerca do manejo da saúde vocal na APS, a coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, formada por sujeitos de diferentes grupos de profissionais (TRIVIÑOS, 1987), ou seja, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.

A entrevista é uma fonte de informação que pode trazer dados de duas naturezas: quantitativa, por meio de outras fontes, como estatísticas, documentos, registros civis e outros; ou qualitativa, por meio de informações construídas pelo diálogo com o indivíduo entrevistado, considerando a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 1993). Neste sentido, a ideia da coleta quantitativa é a de possibilitar a caracterização do grupo, enquanto a coleta qualitativa disponibiliza as impressões dos profissionais de saúde sobre o tema saúde vocal.

A aplicação da pesquisa ocorreu de acordo com as ideias de Triviños (1987), sugerindo que quando as entrevistas semiestruturadas são realizadas com diferentes sujeitos/categorias, alcança-se melhores resultados se organizadas em diferentes etapas. Sendo assim, inicialmente, foram pensadas propostas de entrevistas semiestruturadas em três momentos: primeiramente individuais, em seguida em grupos específicos, de acordo com a categoria profissional, e no terceiro momento, em grupo, com todas as categorias profissionais.

Desta maneira, a coleta de dados permitiria maiores resultados para a análise, verificando a percepção dos profissionais sobre saúde vocal de acordo com as suas respectivas formações e vivências profissionais e, em seguida, suas percepções e vivências multiprofissionais no grupo, com a presença de todas as categorias.

O número de encontros foi estabelecido de acordo com a ampliação e detalhamento do tema estudado durante as discussões (MUNARI et al, 2008).

### **3.5 Primeira etapa do estudo**

A primeira etapa foi realizada no CSESFA, nos consultórios 1 e 6. Todos os locais de atendimento salas separadas com divisórias, sem um isolamento na parte superior (teto), distribuídas nos dois lados do terreno (direito e esquerdo), com um corredor no centro, onde foram inseridas cadeiras, formando a sala de espera. O fato de não se ter isolamento na parte superior das salas de atendimento, torna o ambiente com interferência de ruídos externos, sendo necessário projetar a voz mais alto do que o habitual para melhor compreensão do diálogo. Porém, não foi um elemento dificultador para a gravação e a transcrição das entrevistas.

As entrevistas semiestruturadas individuais foram aplicadas em três dias, com os horários acordados com a coordenação local. Considerando que a aplicação da pesquisa ocorreu durante a pandemia da COVID-19, os encontros foram realizados seguindo as normas de proteção, com distanciamento, uso de máscara e de álcool 70% para higienização das mãos e dos objetos. Durante a entrevista foi utilizado um gravador de áudio para registro das informações, com a autorização prévia do participante por meio do TCLE.

Utilizou-se um roteiro com 10 perguntas distribuídas de maneira aberta/fechada com a finalidade de guiar a pesquisadora durante a entrevista semiestruturada individual. A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, que permitem aos entrevistados discorrerem sobre o tema sem se prenderem à indagação formulada (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 1993). É baseada em questionamentos apoiados em teorias e hipóteses ligadas à pesquisa e oferecem um campo de interrogativas provenientes de novas hipóteses que surgem das respostas dos informantes. Os informantes, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começam a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Previamente ao início do estudo, realizou-se um teste piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados em um dos participantes, com o objetivo de avaliar o roteiro de apoio e de se vivenciar a metodologia proposta. A participante piloto foi

atenciosa e receptiva, mostrando interesse pelo tema. Após a transcrição da entrevista e a análise do conteúdo do discurso, observou-se a necessidade de rever o quadro de caracterização dos participantes, de rever poucas perguntas do roteiro para evitar dupla interpretação e para aprofundar a percepção dos entrevistados sobre o tema, bem como a necessidade de acrescentar perguntas para se contemplar os questionamentos do estudo.

O teste piloto também contribuiu para a pesquisadora refletir na possibilidade de se explorar mais as falas inconclusivas do entrevistado.

Após as modificações no roteiro de apoio no teste piloto (quadro 2), os questionamentos propostos pela pesquisa foram contemplados e, desta maneira, estabeleceu-se o roteiro de entrevista semiestruturada individual (quadro 3) para dar início à coleta de dados da pesquisa.

**Quadro 2.** Roteiro de apoio no teste piloto

<b>Roteiro de Entrevista / Piloto</b>	
1	O que você sabe sobre saúde vocal?
2	Você percebe quando o usuário apresenta alteração vocal? Qual a sua conduta?
3	Em algum momento houve discussão ou reflexão em reunião de equipe sobre os cuidados com a saúde vocal dos usuários adscritos?
4	Em algum momento houve a necessidade de se reportar a um profissional sobre a saúde vocal de algum usuário?
5	Você já ouviu falar em Dia Mundial da Voz?
6	Você já participou de alguma atividade sobre os cuidados com a saúde vocal dos usuários?
7	Para você, quem são os profissionais da voz?
8	Você possui cadastro de usuários que usam a voz como instrumento de trabalho? Já houve algum Projeto Terapêutico Singular para eles?
9	Você sabia que existe um protocolo de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho onde os profissionais de saúde da APS também são orientados a realizarem notificação desse distúrbio? Se sim, você já realizou alguma notificação?
10	Você considera importante inserir o cuidado com a saúde vocal na APS? Por quê?

**Quadro 3.** Roteiro de apoio na entrevista semiestruturada individual

<b>Roteiro de Entrevista</b>	
1	O que você sabe sobre saúde vocal? Qual é a fonte desse conhecimento?
2	Para você, de que maneira uma alteração vocal pode levar a um agravamento na saúde do indivíduo?
3	Você percebe quando o usuário apresenta uma alteração vocal? Se sim, qual é a sua conduta?
4	Em algum momento houve discussão ou reflexão na equipe sobre os cuidados com a saúde vocal dos usuários adscritos? O que foi especificamente?
5	Em algum momento houve a necessidade de se reportar a um profissional sobre a saúde vocal de algum usuário? Se sim, conte essa experiência.
6	Você já ouviu falar em Dia Mundial da Voz? Se sim, por qual veículo de informação?
7	Você já participou de alguma atividade sobre os cuidados com a saúde vocal dos usuários? Se sim, onde aconteceu e como foi essa atividade?
8	Para você, quem são os profissionais que cuidam da voz?
9	Para você, quem são os profissionais que usam a voz como instrumento de trabalho?
10	Você possui cadastro de usuários que usam a voz como instrumento de trabalho? Quais? Já houve algum Projeto Terapêutico Singular para eles?
11	Você sabia que existe um protocolo de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho onde os profissionais de saúde da APS também são orientados a realizarem notificação desse distúrbio? Se sim, você já realizou alguma notificação?
12	Você considera importante inserir o cuidado com a saúde vocal na APS? Por quê?

### 3.5.1 Tratamento e análise dos dados da primeira etapa

Após a definição do roteiro e a finalização das entrevistas individuais, realizou-se as transcrições dos conteúdos dos discursos dos participantes. O tratamento dos dados obtidos na pesquisa foi feito utilizando-se como base teórica a “análise de conteúdo” segundo Bardin.

A análise de conteúdo é entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p.48).

É uma técnica, portanto, que analisa o conteúdo com o intuito de produzir inferências de um texto focal para o seu contexto social de uma forma objetiva (BAUER, GASKELL, 2002).

No intuito de se estabelecer uma lógica e uma convenção para facilitar a interpretação dos discursos, a pesquisadora aplicou como recurso os seguintes símbolos durante a transcrição dos conteúdos:

1. *“Escrita em itálico”* – Respostas dos participantes transcritas em itálico e entre aspas.
2. *(Escrita em itálico)* – Comportamentos não verbais produzidos pelos participantes escritos em itálico e entre parênteses.
3. **Escrita em negrito** – Falas da pesquisadora.
4. **(Escrita em negrito)** – Interrupções feitas pelo participante durante a pergunta da pesquisadora, escrito em negrito e entre parênteses.
5. ... – Pausa durante a fala dos participantes.
6. [X] – Palavra ininteligível para ser transcrita.

Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, usou-se como identificação a letra “P”, seguida de números, por exemplo participante um (P1), participante dois (P2), seguindo uma progressão até o último participante.

Bardin (2016) organiza a análise do conteúdo seguindo três etapas, que estão organizadas em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A etapa de pré-análise compreende a leitura geral do material que será analisado, com as entrevistas já transcritas e, em seguida, a sistematização dos dados, com a releitura e a organização dos discursos.

A etapa de exploração do material consiste na organização dos dados. Os elementos significativos são destacados e recortados em unidades de registro (palavras, parágrafos ou frases) e elencados em categorias relevantes para o estudo, a fim de compreender o sentido da fala dos participantes.

A etapa de tratamento dos resultados (inferência e interpretação), diz respeito à captação dos conteúdos, sejam eles manifestos e/ou latentes, contidos em todo o

material coletado (entrevistas, documentos e observação). Os resultados são tratados para serem significativos e válidos.

No presente estudo, o procedimento de análise organizou-se no processo de categorização semântica (temática) e léxico, ou seja, classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos (BARDIN, 2016). Sendo assim, a partir das categorias temáticas que mais se repetiram, foram construídas reflexões que deram origem aos títulos e subtítulos dos capítulos seguintes, referentes à primeira etapa do estudo. Partindo da discussão sobre a questão conceitual dos participantes sobre a Saúde Vocal, nomeou-se o Capítulo 4 como *“Revelando os conflitos que caracterizam o conhecimento sobre Saúde Vocal”*. Dentro deste capítulo, os subtítulos foram organizados em *“Conceito sobre Saúde Vocal”*, *“Fonte do Conhecimento sobre Saúde Vocal”* e *“Impacto de uma alteração vocal na saúde do indivíduo”*. Na sequência, a partir dos conteúdos categorizados e analisados sobre a saúde vocal na APS, pensando na inserção do tema na rotina dos profissionais de saúde do CSESFA, construiu-se o Capítulo 5, com o título *“Encontros e desencontros na produção do cuidado da saúde vocal na APS”*. Os subtítulos foram distribuídos neste capítulo em: *“Percepção e conduta diante de um usuário com alteração vocal”*, *“Profissionais que usam a Voz como instrumento de trabalho”*, *“Profissionais que cuidam da Voz”* e *“Importância sobre a Saúde Vocal na APS”*.

O conteúdo foi interpretado destacando trechos das falas e relacionado ao referencial teórico deste estudo, com relação à saúde vocal dos usuários da APS. A análise dos dados foi realizada no intuito de verificar se há o manejo da saúde vocal na APS, com a identificação de usuários com distúrbio vocal e o seu devido direcionamento para possíveis diagnóstico e tratamento.

Seguindo a metodologia descrita e proposta por Triviños, após finalizar a análise e interpretação dos dados da primeira etapa, realizada com entrevistas semiestruturadas individuais, o próximo passo seria iniciar a segunda etapa com uma entrevista coletiva por categorias profissionais. Entretanto, os achados da primeira etapa mostraram que seria indiferente essa proposta com relação à contribuição para o estudo, visto que o conteúdo das respostas de todas as categorias profissionais foi semelhante com relação à identificação e à descrição do tema proposto. Observou-se que a categoria médica, devido a sua formação, possui maior profundidade técnica

sobre alterações vocais, porém considerando a abordagem de todo o roteiro a respeito da saúde vocal, suas respostas apresentaram possibilidades de categorização semelhantes às respostas dos demais profissionais da saúde.

### **3.6 Segunda etapa do estudo**

Seguindo a sequência metodológica proposta e justificada acima, a próxima etapa seria uma entrevista coletiva com todas as categorias profissionais reunidas, com discussão do tema proposto, porém não foi possível ser realizada devido ao período de pandemia da COVID-19.

Nesse período de pandemia, os pesquisadores precisaram fazer uso de novos recursos para dar sequência aos seus estudos. Pode-se citar como exemplo o ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que orienta e oferece aos pesquisadores a possibilidade de as etapas de coletas de dados serem realizadas em ambientes virtuais.

No presente estudo, optou-se por manter a aplicação da segunda etapa de forma presencial, porém de maneira adaptada. A proposta para a segunda etapa foi a de aplicar perguntas coletivas para serem respondidas por meio da escrita e não de maneira verbal, com a mesma finalidade prática inicial, de verificar como a saúde vocal poderia ser implementada na rotina dos profissionais do CSESFA.

A execução da proposta contou com a ajuda da coordenação do CSESFA, quem organizou os horários e distribuição dos participantes para que pudessem concluir esta etapa do estudo sem atrapalhar as suas rotinas profissionais. A divisão dos participantes foi realizada em três horários, contando com três profissionais nos dois primeiros horários e com quatro no terceiro horário.

A segunda etapa foi realizada numa sala de aula da UFRJ, com a porta e as janelas abertas para melhor ventilação do ambiente, onde todos os participantes e pesquisadora fizeram uso de máscara de proteção e foi disponibilizado o uso de álcool 70% para higienizar as mãos e os objetos.

Criou-se um instrumento nomeado de “*Construção de um roteiro para nortear o Cuidado com a Saúde Vocal na APS*”, que foi constituído de duas partes escritas. A primeira parte foi um diálogo com o participante, informando-o sobre as principais reflexões que a análise das respostas da primeira etapa do estudo apontou como

necessidade. Na segunda parte, o participante teve acesso às três seguintes perguntas norteadoras para responder na forma escrita: pensando na construção de um guia, de uma referência de trabalho para as equipes de saúde da família,

1. na sua percepção, como as orientações sobre Saúde Vocal podem ser realizadas na APS?
2. quais são as suas sugestões de cuidados para serem incluídos em um roteiro de atendimento às demandas em Saúde Vocal?
3. qual o legado que se pode deixar a partir dessa experiência em refletir sobre a Saúde Vocal do usuário?

A pesquisadora leu o instrumento em voz alta para os participantes a fim de orientar esta etapa do estudo.

### **3.6.1 Tratamento e análise dos dados da segunda etapa**

Após a exploração dos dados dos materiais escritos, realizou-se uma tempestade de ideias a respeito da contribuição que os participantes apresentaram sobre a inserção da saúde vocal na APS, a partir das suas percepções e vivências profissionais. A análise destas ideias seguiu a proposta metodológica do estudo, categorizando-as em temas, e assim, permitindo a construção do título do Capítulo 6 em *“Elementos essenciais ao acolhimento da Saúde Vocal na APS”*, e dos subtítulos em *“Direcionamento das ações em saúde vocal”* e *“Matriciamento”*. Neste capítulo, será abordada a contribuição dos participantes na pesquisa, ou seja, de que maneira eles conseguiram perceber a inserção da saúde vocal na APS.

### **3.7 Breves considerações sobre a experiência de campo**

Quando o pesquisador inicia suas atividades em um local até então desconhecido, é comum e esperado um estranhamento por parte dos voluntários participantes da pesquisa pela exposição de suas ideias. Durante o trabalho de campo, foi observado que esse estranhamento na verdade ocorreu apenas com os participantes que não possuíam experiência na APS, notando-se insegurança e preocupação nos encontros durante a realização das atividades propostas.

No trabalho que envolve o uso do gravador, há uma atenção especial em deixar o participante numa situação de interação mais confortável possível, o que é desafiador para o pesquisador. De maneira geral, os participantes conseguiram se expressar satisfatoriamente, não sendo um elemento dificultador para este estudo.

É interessante destacar que muitos dos participantes tiveram a necessidade de conversar sobre as suas particularidades com relação à saúde vocal. A ausência do especialista fonoaudiólogo na composição da equipe que atua no CSESFA fez com que uma grande parte dos participantes, reconhecendo a pesquisadora como fonoaudióloga, solicitassem explicações sobre as suas demandas de alterações fonoaudiológicas, bem como as demandas de pacientes e/ou parentes. Tal fato motivou reflexões e revisões sobre as atuações como pesquisadora em campo.

Ao término da última etapa da pesquisa, a maioria dos participantes foi muito acolhedora, com o discurso de que gostou de participar da pesquisa. Alguns deles relataram que após as entrevistas individuais houve uma discussão sobre o tema saúde vocal entre eles. Citaram que em suas rotinas profissionais não possuem o hábito de voltar o olhar para a saúde vocal do usuário e que conseguem perceber importância do tema do estudo para a APS. Tal comportamento gerou surpresa por parte da pesquisadora, uma vez que a participação destes profissionais durante todo o processo da pesquisa não foi algo que exigisse sacrifício, pelo contrário, verbalizaram sobre a importância do estudo e do interesse em participar e contribuir em todas as etapas. É uma informação de extrema importância para a validação dos resultados apresentados.

### **3.8 Aspectos éticos**

Obedecendo aos preceitos das Resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012, que institui as diretrizes para a pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), tendo o parecer aprovado sob o n. 4.046.955, em 25 de maio de 2020.

Ressalta-se a necessidade de utilização do TCLE, com vistas a resguardar o sigilo do pesquisador e do entrevistado no processo de realização dos encontros.

A elaboração do TAI e do TCLE foi realizada de acordo com as Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

### 3.9 Quadro com as categorias temáticas produzidas a partir da análise da coleta de dados

O quadro abaixo está distribuído de acordo com a ordem de apresentação dos capítulos que serão apresentados na sequência desse estudo.

**Quadro 4.** Desdobramento da análise da coleta de dados

<b>DIMENSÃO</b>	<b>TEMA</b>
<b>Capítulo 4</b> - Revelando os conflitos que caracterizam o conhecimento sobre Saúde Vocal	Conceito sobre Saúde Vocal
	Fonte de Conhecimento sobre Saúde Vocal
	Impacto de uma alteração vocal na saúde do indivíduo
<b>Capítulo 5</b> - Encontros e desencontros na produção do cuidado da Saúde Vocal na APS	Percepção e conduta diante de um usuário com alteração vocal
	Profissionais que usam a Voz como instrumento de trabalho
	Profissionais que cuidam da Voz
	Importância sobre a Saúde Vocal na APS
<b>Capítulo 6</b> – Elementos essenciais ao acolhimento da Saúde Vocal na APS	Direcionamento das ações em saúde vocal
	Matriciamento

## **CAPÍTULO 4 - Revelando os conflitos que caracterizam o conhecimento sobre Saúde Vocal**

Esse capítulo abordará, respectivamente, as percepções que os participantes tiveram sobre o conceito de saúde vocal, a fonte desse conhecimento e o impacto de uma alteração vocal na vida de um indivíduo.

É oportuno destacar que antes de se propor uma discussão, uma reflexão ou possibilidades de intervenções sobre um determinado tema, é imprescindível que haja minimamente a compreensão do conceito deste tema em questão pelo interlocutor. Quando o conceito não está bem estruturado, o olhar para determinado tema fica limitado, podendo desta maneira, haver direcionamento equivocado durante o planejamento do cuidado ao usuário.

Durante a fase de tratamento de dados verificou-se que os participantes conceituaram saúde vocal e que apenas um deles relatou não perceber quando há uma alteração vocal no usuário. Por outro lado, metade dos participantes apresentou um conceito que não está bem estruturado, o que pode comprometer a abordagem do tema na APS, considerando que não há o profissional fonoaudiólogo nas equipes que atuam neste CSESFA.

### **4.1 Conceito sobre Saúde Vocal**

Os participantes desta pesquisa usaram as suas vivências como referência para conceituar saúde vocal, se apoiando também nas experiências com os usuários da APS que tiveram demandas para fonoaudiologia.

Utilizando-se a técnica de Bardin, observou-se dois pontos distintos em relação ao nível de conhecimento, identificando-se duas categorias: a saúde vocal como produção sonora e a saúde vocal como produção sonora, porém sem dissociação de outras demandas fonoaudiológicas. Na primeira categoria, metade dos participantes associou o conceito de saúde vocal com a definição de voz sendo produção sonora, citando a participação das pregas vocais na emissão:

*"Saúde vocal é assim, é ... ter uma voz boa, não ter nada na garganta ... inclusive eu tenho uma amiga que ela tem uma voz ótima ... ela disse que as cordas vocais, por ela ser professora, força muito a voz, né? E ela ficou, não*

*sei se foi com nódulo, porque tem, quando você força muito a sua voz dizem que dá nódulo" (P10).*

*"Sinceramente, só patologias das cordas vocais... palavras soltas: as patologias ... rouquidão, perda da voz ..." (P5).*

*"Quando você fala em voz, você fala o quê? Sobre também cordas vocais, né?" (P12).*

Na segunda categoria, a outra metade dos participantes entendeu o conceito de saúde vocal como conceito de voz (produção sonora), porém também atrelaram a este conceito outras áreas da fonoaudiologia, trazendo exemplos de distúrbios fonoaudiológicos fora da área da voz, citando alterações na fala, na fluência e na deglutição:

*"Dificuldade na produção da fala ... saúde vocal no meu ver, acho que ela é fundamental, né? Importante, né? É através da fala e da linguagem da pessoa que manifesta o caráter ... e pode se manifestar em várias dificuldades também, né? Às vezes na minha experiência hospitalar, paciente com dificuldade de deglutir... não sei se aqui na atenção básica a gente oferece isso: líquidos espessados, entendeu? Para poder engrossar para não ter aquela, aquela disfagia. É, no hospital a gente mantém também esse cuidado ... a gente instala o kit de broncoaspiração porque o paciente pode apresentar um quadro de disfagia a qualquer momento, né? ... criança a gente pode estar orientando a mãe sempre que, para poder tá vendo como que tá a dicção dessa criança. A fala: se ela tem língua presa ... e se tiver, procurar a fono" (P1).*

*"É o estudo da voz, né? É um evento da fala, se a fala está sendo correta, se está sendo pronunciada corretamente, se não está trocando letras, entendeu? ... muitas crianças, já desde pequena, gaguejando, trocando letra, e crescem muitas delas assim ..." (P7).*

*"Ah, eu acho que é uma boa dicção, né? Falar claramente de maneira que o outro entenda bem, né? Eu acredito que seja isso. Lógico, né? Tem assim, a saúde vocal também dos cantores, né? Dos intérpretes, mas são exercícios. Mas acho que é mais a pessoa saber se expressar de maneira que a outra entenda claramente" (P11).*

Além do conceito baseado em definição de voz, sendo a saúde vocal ausência de possíveis alterações, com o foco na doença, a análise do conteúdo das entrevistas mostrou que houve preocupação dos participantes relatarem outros pontos que também devem ser considerados quando se refere à saúde vocal. Os seus principais trechos de fala produzidos foram distribuídos em: elementos prejudiciais à saúde vocal, cuidados com a voz, demanda vocal e fatores que podem influenciar a voz:

- **Elementos prejudiciais à saúde vocal:**

*“Eu acho que envolve comunicação, né? ... aí eu vou tender, eu vou pensar: fatores de risco para algumas coisas, se ele é tabagista, se tem algum sintoma associado além da alteração da voz” (P6).*

*“Na saúde é ... não ser fumante, né? Não usar o fumo, que eu acho que atrapalha muito” (P7).*

*“Às vezes tomamos muito gelado, né? E pegamos muita friagem e tomamos banho quente. Todas essas coisas são prejudiciais. Nós precisamos muitas vezes de orientação para nós sabermos como cuidarmos disso e como também até como postarmos a nossa voz é importante, né? Porque às vezes quando você começa a falar muito alto, quando você começa a se desequilibrar de alguma forma, você traz danos a sua saúde” (P12).*

- **Cuidados com a Voz:**

*“... uma coisa que aprendi muito com ela que você beber muita água, comer maçã é muito bom pra voz e a gente acaba aprendendo um monte de coisa, né” (P10).*

*“É, a ingestão de líquidos, né? Que ajuda ao corpo inteiro e não só na voz” (P7).*

- **Demanda vocal:**

*“Tem assim, a saúde vocal também dos cantores, né? Dos intérpretes, mas são exercícios” (P11).*

*“E a voz é importante também para quem trabalha, trabalha com ela, cantor, o próprio professor, a gente mesmo, tá aqui falando, a gente fala direto com os profissionais aqui, com os pacientes” (P10).*

*“Pensar muito na parte do trabalhador, né? Com o quê que trabalha, isso é importante. Qual a implicação daquela alteração da voz pra ele, se ele é professor” (P6).*

- **Fatores que podem influenciar a Voz:**

*“A situação da voz, de repente, aqui das glândulas, tudo que pega essa parte da garganta, que pode até agravar, né? De repente, uma situação até mais grave, câncer na garganta, na língua” (P8).*

*“A sua voz muda, sabia? A pessoa tá calma, tá serena, né? A voz dela já fica mais mansa e quando a pessoa tá agitada, ainda que ela não perceba, há uma alteração de voz” (P12).*

## 4.2 Fonte de Conhecimento sobre Saúde Vocal

Após a análise do relato dos profissionais sobre as suas percepções a respeito do conceito de saúde vocal, será descrita a seguir a análise do conteúdo das entrevistas sobre as percepções dos participantes quanto às referências que utilizaram como base para construir os seus conceitos sobre o tema.

Sendo assim, as respostas dos participantes foram distribuídas nas seguintes categorias: experiências profissionais com usuários que apresentaram alterações vocais; experiência profissional com atividades realizadas na UBS; experiência pessoal, com familiares ou amigos; cotidiano; contato com o especialista fonoaudiólogo e formação. Tais categorias serão demonstradas a seguir por meio dos trechos das suas falas:

- **Experiências profissionais com usuários que apresentaram alterações vocais:**

*"Por eu pegar pacientes, né? Porque com problemas, né? nas cordas vocais e a maioria deles que eu conhecia, eram tabagistas, assim, com fluxo muito grande de maços de cigarros por dia, e com isso ia, foi atrapalhando a voz, né? Aí eu entendo por isso" (P7).*

*"No dia a dia, acho que do meu profissionalismo mesmo..." (P1).*

*"E quando eu fui ao encontro dela, quando eu comecei a trabalhar dentro da minha área, e eu a conheci, ela brigava com todo mundo, sabe? ... As pessoas que estão acostumadas a falarem alto é muito complicado, é muito difícil e é melhor que você nem aborde a não ser que você, ela esteja te contando alguma dificuldade e você tenha uma entrada, um espaço para falar" (P12).*

- **Experiência profissional com atividades realizadas na UBS**

Apesar do relato do participante não informar uma atividade específica sobre saúde vocal, a atividade desenvolvida se tratava dos riscos causados pelo fumo, citando o câncer de laringe. Considerando que o câncer de laringe é uma das patologias que pode levar uma alteração vocal, a citação do participante foi relevante para ser destacada:

*"Fiz parte do grupo de tabagismo da outra Unidade onde a médica falava muito disso, câncer de garganta, câncer de boca ..." (P2).*

- **Experiência pessoal, com familiares ou amigos**

Os trechos a seguir mostram que a fonte do conhecimento que esses participantes usaram para contribuir com a definição de saúde vocal foi a vivência pessoal e/ou de pessoas próximas com alterações vocais.

*"A voz, canto, rouquidão, fenda nas cordas vocais porque cantava na noite e não cantava corretamente e comecei a ficar rouco, e comecei a desafinar...E aí comecei bem jovem a me atentar um pouco mais para essa questão de uso da voz e desgaste da voz ... o meu irmão é fumante, não teve problema nenhum sério, mas ele tinha uma rouquidão, o que a fono, quando ele foi fazer a fono, foi fazer a avaliação ela disse que poderia ser por conta do cigarro e tal e aquilo vai me despertando ..."* (P2).

*"... eu tenho uma amiga que ela tem uma voz ótima ... e ela ficou, não sei se foi com nódulo, porque tem, quando você força muito a sua voz dizem que dá nódulo ... uma coisa que aprendi muito com ela que você beber muita água, comer maçã é muito bom pra voz e a gente acaba aprendendo um monte de coisa, né? Porque através dos problemas, da doença, a gente começa aprender um monte de coisa"* (P10).

- **Cotidiano**

Alguns participantes informaram que o seu conhecimento sobre saúde vocal se devia ao dia a dia, de ouvir informações em suas rotinas, sem especificá-las, bem como por meio de leituras, também sem especificá-las.

*"Ah não sei. Acho que da gente mesmo, né? Da vivência. Vocal vem de voz, então da vivência, sei lá, das nossas experiências mesmo como pessoa"* (P11).

*"Eu ouço. A gente ouve muitas coisas, né? Nem tudo a gente consegue absorver, mas o pouco que a gente absorve a gente tenta colocar em prática"* (P12).

*"Conversando com alguém, ouvindo, os usuários também conversando, trocando informações, nada além disso"* (P8).

*"Leituras ..."* (P9).

*"Então, a gente lê um pouco de cada coisa. Por isso a gente tem as informações"* (P4).

- **Contato com o especialista fonoaudiólogo**

Apesar de dois relatos sobre o conhecimento em saúde vocal terem a influência do contato que tiveram com um fonoaudiólogo, tanto na vida pessoal como na vida profissional, não há relato sobre matriciamento ou experiência de atendimentos compartilhados na área de voz.

*“Em boa parte veio da minha cunhada, que é fono” (P2).*

*“Mais da época que eu trabalhava com home care. Eu tinha muito acompanhamento em conjunto com fono, principalmente para pacientes mais demenciados, né?” (P5).*

- **Formação**

A atuação na APS permite ao profissional da saúde o uso de ferramentas que contribuem na identificação do sofrimento trazido pelo usuário e permite um atendimento mais personalizado e humanizado. Porém, para tanto, é necessário tempo de experiência na área e qualificação profissional para que ele saiba fazer uso dessas ferramentas.

Durante as entrevistas individuais, houve relato, principalmente das ACS com maior tempo de atuação na APS, de que já realizaram diversas capacitações ao longo das suas experiências profissionais na APS, porém nenhuma ligada à área de voz.

Apenas um dos participantes citou como recurso para ajudá-lo no seu conhecimento sobre saúde vocal, a sua formação em Residência em Medicina de Família e Comunidade. Nesse contexto, além de sua formação acadêmica (medicina) permitir que haja um nível de conhecimento a respeito sobre voz, centrado na doença, houve relato de que a Residência permitiu uma ampliação do olhar para além da patologia.

*“Aí eu vou tender, eu vou pensar: fatores de risco para algumas coisas, se ele é tabagista, se tem algum sintoma associado além da alteração da voz ... qual a implicação daquela alteração da voz pra ele, se ele é professor ... do dia a dia ... a gente vai aprendendo ... o que questionar, o que perguntar ... assim, a residência em medicina de família dá um olhar um pouquinho mais assim, extrapolar mais a questão da doença e investigar, né? Para ser sincera, nunca parei para ler, por exemplo, sobre saúde vocal, nunca!” (P6).*

### 4.3 Impacto de uma alteração vocal na saúde do indivíduo

Na abordagem sobre o impacto que uma alteração vocal poderia exercer na saúde de uma pessoa, após a análise das respostas dos participantes, os conteúdos das falas foram distribuídos em: emocional, social, profissional e saúde.

- **Emocional:**

Os conteúdos comuns relacionados ao impacto que uma alteração vocal pode afetar na saúde mental de um usuário tiveram relação com situações que provocaram sensações de violência, vergonha, constrangimento e preocupações:

*“Até na própria escola as coisas começam de dentro da sala de aula, né? As pessoas praticar o tal do bullying, né?” (P1).*

*“A pessoa vir a chegar a ter até uma depressão por conta de não conseguir falar, né?” (P7).*

*“Ela vai ficar bem constrangida, né?” (P8).*

*“Olha, eu por exemplo, quando eu fico com a garganta irritada, minha voz quase some. E aí é preocupante, né?” (P9).*

*“Chama atenção de todo mundo, por mais que as pessoas estejam distraídas, quando elas postam as suas vozes, elas conseguem chamar a atenção de todo mundo e na verdade quando você consegue chamar atenção de todo mundo e quando você está com a sua voz alta, você acaba passando até vergonha, né?” (P12).*

*“E até alguns têm muitos estigmas, assim né? Tipo: paciente não consegue entender, ah, por que que eu estou perdendo a voz? Por que estou ficando com essa voz rouca? Sei lá, pensar: eu tô com câncer?” (P6).*

- **Social:**

De maneira geral, quando o impacto é na vida social do usuário, foi considerado que a função mais prejudicada é a comunicação, mostrando também um incômodo por parte do interlocutor:

*“... você querer falar, se comunicar e não poder, né?” (P3).*

*“A pessoa está tentando falar e os outros não entendem, né? Eu acho que deve ser muito ruim para a pessoa, que não consegue se expressar bem” (P11).*

*“... no caso rouca ... chega a dar uma agonia, né? ... a pessoa se esforça, você chega a ver aqui na garganta aqui da pessoa, tá tipo se esgoelando e a voz não está saindo. É meio desconfortável até você conversar com uma pessoa assim” (P7).*

- **Profissional:**

Segundo algumas respostas dos participantes, a vida profissional de uma pessoa poderá sofrer prejuízo em função de uma alteração vocal, impactando, por consequência, na sua vida financeira:

*“Eu acho que principalmente para pessoa que trabalha com a voz, professor, eu acho que o impacto é maior ... o que a gente pega muito aqui por incrível que pareça são vendedores ambulantes, que precisam vender os seus produtos e falam alto, tem que gritar, sobressair em relação aos outros ou em lugar aberto, tipo praia. Nesse trabalho específico, desse profissional, acho que teria grande efeito negativo dele não conseguir vender o seu produto” (P2).*

*“Acho que dependendo até do que ela faz para sobreviver, no próprio trabalho, né?” (P10).*

- **Saúde:**

Houve um relato de que pode haver um impacto de maneira geral na saúde do usuário, e considerou a alteração vocal como uma doença:

*“É ... e isso pode impactar tanto na saúde, impacto diretamente assim, não tem como não ter, tanto é que é considerado uma doença, né?” (P5).*

A Fonoaudiologia é uma especialidade relativamente nova, tendo o início do seu estudo no Brasil na década de 60, porém só foi regulamentada pela Lei nº 6965 em 9 de dezembro de 1981, e desde então tem avançado do ponto de vista científico. As alterações fonoaudiológicas foram distribuídas de acordo com as especialidades fonoaudiológicas. O título de especialista é uma certificação de qualificação profissional concedida ao fonoaudiólogo em áreas do conhecimento reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Hoje, a Fonoaudiologia conta com quatorze especialidades. A saúde vocal, por exemplo, está inserida na especialidade Voz.

Considerando as percepções que os participantes tiveram a respeito do conceito sobre a saúde vocal, houve foco tanto na patologia, quando se referiram às alterações fonoaudiológicas, e a um câncer de laringe, por exemplo, como também na qualidade de vida do usuário, quando apontaram sua função nas relações sociais, fatores prejudiciais à voz, medidas de cuidados com a voz no cotidiano, interferência da demanda vocal de acordo com a profissão e fatores que interferem na voz como o estado emocional.

Conforme demonstrado nos trechos das falas, alguns dos elementos citados pelos participantes fazem parte de orientações realizadas por fonoaudiólogos sobre os cuidados com a voz, que inclusive fazem parte do conteúdo de guias de divulgação sobre o bem-estar vocal direcionados para a população em geral. A hidratação é citada como importante para uma boa produção vocal. Já o fumo e os hábitos vocais inadequados, como o hábito de falar em voz alta, fazem parte de uma lista de fatores de risco para a voz (BEHLAU, PONTES, MORETI, 2017; BEHLAU, MADAZIO, 2015).

A qualidade de vida relacionada à voz reflete na subjetividade e no estado emocional do indivíduo (DORNELAS, SOUSA e MENDONÇA, 2014b). Segundo as concepções dos participantes desse estudo, o impacto de uma alteração vocal na qualidade de vida do usuário pode ocorrer na sua saúde mental, relações sociais e funções profissionais.

Nesse contexto, a área da voz traz uma concepção de cuidado considerando a qualidade de vida do indivíduo. Tal olhar vai de encontro à proposta de cuidado na APS, onde o profissional é guiado não apenas com foco nos sinais, sintomas, exames e diagnósticos de possíveis doenças, mas principalmente na maneira como esse paciente/usuário se percebe, se relaciona socialmente e enfrenta os seus problemas diários.

Apesar dos participantes do presente estudo apresentarem uma percepção sobre o conceito de saúde vocal pouco estruturada, considerando que metade dos participantes não realizou uma dissociação da área de voz com as demais áreas de atuação do fonoaudiólogo, quando estimulados a pensar sobre voz, emergiram conteúdos interessantes, mostrando a potencialidade que um profissional fonoaudiólogo teria na atuação compartilhada com os profissionais desse Centro de Saúde para explorar o tema.

O fato de a metade dos participantes ter apresentado uma confusão conceitual com relação às áreas da fonoaudiologia, pode ser atribuído a uma série de desafios encontrados na prática dos profissionais fonoaudiólogos na APS. O tempo de existência da profissão e as diversas áreas de abrangência que ela possui, trazendo a possibilidade de compreensões equivocadas sobre cada área de atuação. A falta do profissional fonoaudiólogo compondo muitas das equipes que atuam na APS também impede a divulgação das suas práticas e do seu papel na APS e, conseqüentemente, impede que as equipes de saúde da família tenham um olhar qualificado para as demandas de fonoaudiologia e, por sua vez, menos possibilidades de ações relacionadas à área da voz dentro do contexto da APS.

Segundo um estudo realizado em Florianópolis, verificou-se a percepção de 35 ACS com relação aos agravos fonoaudiológicos, por meio de aplicação de um questionário com tópicos voltados para a promoção da saúde materno-infantil, promoção da saúde da criança e promoção da saúde do idoso. Concluiu-se que o conhecimento destes profissionais sobre o trabalho da fonoaudiologia é limitado. Os resultados mostraram que 57% dos ACS conheciam o trabalho do fonoaudiólogo e que 96,8% deles nunca haviam tido capacitação por um fonoaudiólogo (KNOCHENHAUER, VIANNA, 2016).

No estudo qualitativo, realizado em municípios paraibanos, por meio de relatos de fonoaudiólogos sobre as suas práticas em equipes do NASF, observou-se uma falta de compreensão, principalmente por parte da gestão municipal, a respeito das atribuições do fonoaudiólogo no NASF. Concluíram que o trabalho do fonoaudiólogo no NASF se revelou numa perspectiva nuclear, ou seja, a prática sendo direcionada para o saber específico da disciplina (COSTA LS et al., 2013).

O desconhecimento das atribuições da fonoaudiologia na APS pode remeter a um maior predomínio da prática de encaminhamentos para atendimentos específicos, semelhantes às atuações ambulatoriais.

Os resultados da presente pesquisa mostraram que as equipes possuem maior familiaridade de encaminhamentos de demandas fonoaudiológicas para a área infantil (fala/ linguagem). Tal dado corrobora um estudo qualitativo, realizado na região sul do país, que analisou a percepção de 39 profissionais de equipes NASF (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia e medicina) sobre a atuação fonoaudiológica na atenção básica. A partir da aplicação de um questionário

semiestruturado, os autores apontaram que os profissionais possuíam uma visão limitada sobre a atuação do fonoaudiólogo na atenção básica. Os resultados mostraram que 41% desses participantes haviam realizado encaminhamento para fonoaudiologia, principalmente em assuntos relacionados à fala e linguagem infantil (GUCKERT, SOUZA, ARAKAWA-BELAUNDE, 2020).

Outro estudo que buscou compreender o trabalho do fonoaudiólogo no NASF, por meio de questionário on-line aplicado em 47 fonoaudiólogos de equipes NASF do município de São Paulo, também apresentou como um dos resultados da pesquisa que a principal demanda para a Fonoaudiologia é referente às crianças com dificuldades no desenvolvimento da linguagem oral e escrita (SOLEMAN, MARTINS, 2015).

Após a reflexão a respeito do conceito sobre saúde vocal, os participantes desta pesquisa relataram sobre as suas fontes de conhecimento sobre o tema.

Todos os profissionais relataram que nunca haviam participado de atividades na APS sobre saúde vocal. Apesar de existirem políticas públicas que fortaleçam o incentivo de se divulgar a importância da saúde vocal na vida de uma pessoa, como já descrito anteriormente, por exemplo as Campanhas do Dia Mundial da Voz, nenhum profissional relatou ter conhecimento sobre esse evento.

O mesmo fato foi verificado com relação ao Protocolo de Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (Brasil, 2018), em que todos os participantes relataram não ter conhecimento a respeito desse protocolo, porém indicaram que concordam sobre a notificação ser feita também pelos profissionais da APS, já que é considerada porta de entrada do usuário e por suas equipes oferecerem o acompanhamento longitudinal do usuário.

*“A importância de se falar sobre. Eu, por exemplo, quase não vejo queixas sobre esse assunto, principalmente algum ou qualquer panfleto falando da importância de ter atenção sobre esse assunto” (P9).*

Considerando que na saúde coletiva a APS é o serviço que possui maior proximidade, vínculo e continuidade do direcionamento do cuidado com o usuário, torna-se um campo fértil para se mobilizar ações em saúde sobre diversos temas. A atuação na APS requer a preocupação com a prevenção de doenças e com a promoção da saúde da população adscrita na região da UBS, podendo fazer uso dos

equipamentos sociais para ampliar a divulgação de conhecimentos em saúde favorecendo maior autonomia às pessoas com relação a sua saúde.

Seguindo nessa linha, as políticas públicas, como as campanhas de saúde, possuem um lugar importante nesses espaços. Dentre as políticas públicas que incentivam a divulgação dos cuidados com a saúde relacionadas à área da voz, existem por exemplo diversos guias de orientação sobre saúde vocal para a população em geral e para públicos específicos como a saúde vocal do professor.

O maior evento que a Fonoaudiologia investe em divulgação na área da voz, é a Campanha da Voz, uma ação em saúde instituída em 1999 devido à alta incidência de câncer no Brasil (DORNELAS, GIANNINI, FERREIRA, 2014), que apresentou mudanças em seus formatos de divulgação ao longo dos anos, contemplando a qualidade vocal e educação em saúde em suas ações (DORNELAS, SOUSA e MENDONÇA, 2014a).

Apesar da existência de todos esses recursos de divulgação sobre a saúde vocal, não houve alcance no CSESFA (local de realização desse estudo), segundo os relatos dos participantes desta pesquisa. Tal fato reflete em não se aproveitar uma oportunidade da população tomar conhecimento sobre a Fonoaudiologia, sobre noções de cuidados com a sua saúde vocal em detrimento da qualidade de vida, bem como a identificação de uma possível alteração vocal e seus direcionamentos.

A educação em saúde vocal para a população deve ser um processo contínuo e não esperar por um dia do ano, durante uma campanha de conscientização. Porém para isso, é preciso que os serviços públicos insiram em suas rotinas a educação em saúde nos cuidados da voz (DORNELAS, GIANNINI, FERREIRA, 2014).

Sendo assim, mais uma vez o apontamento vai em direção à inserção do fonoaudiólogo nesses espaços públicos, principalmente no que tange às equipes do NASF-AP, considerando que o modelo dialógico de educação em saúde contribui para construção de estratégias em saúde de acordo com as necessidades da população (DORNELAS, FERREIRA, 2017).

Além dessas contribuições realizadas pelas eNASF-AP, é interessante destacar que o CEREST é um equipamento importante da rede de apoio à UBS, onde o fonoaudiólogo da equipe do NASF-AP pode buscar apoio na divulgação do protocolo DVRT para que haja identificação e consequente notificação do distúrbio vocal relacionado ao trabalho pelos profissionais da APS.

A voz é uma importante ferramenta para comunicação. A qualidade vocal emitida é influenciada por vários fatores, como características anatômicas e funcionais, personalidade e questões culturais relacionadas com a comunicação. As variações vocais podem ocorrer de acordo com a situação, interlocutor, estado físico e emocional (BELHAU, PONTES, MORETI, 2017).

Portanto, para se realizar orientações vocais e possíveis direcionamentos na Atenção Primária, é de grande importância a escuta qualificada do usuário para compreender quais são as suas demandas vocais, o ambiente que trabalha, sua cultura, seu estado de saúde físico e mental.

Durante o processo da pesquisa em campo e do tratamento dos dados colhidos, observou-se que os profissionais que possuíam mais tempo de experiência na APS foram os que mais fizeram conexões sobre a inserção do cuidado com a saúde vocal do usuário na APS considerando as mesmas condutas que adotariam para direcionar outros assuntos de saúde.

Os resultados mostraram que embora os profissionais de saúde não possuam um conceito sobre saúde vocal mais aprofundado, os que conseguiram perceber a saúde vocal de uma maneira mais ampliada do que o conceito focado na produção vocal e nas suas alterações, também utilizaram como base a experiência que possuem na APS, permitindo uma reflexão considerando o usuário e o contexto que ele está inserido. Por outro lado, a falta de embasamento sobre o tema, pode comprometer a identificação e o direcionamento das demandas referentes à área da voz na APS, indicando a necessidade da inserção do especialista fonoaudiólogo nessas equipes para qualificar as ações referentes à saúde vocal.

## **CAPÍTULO 5 - Encontros e desencontros na produção do cuidado da saúde vocal na APS**

A produção do cuidado em saúde vocal ocorre de acordo com a sensibilização que o profissional tenha para o tema e, para isso, ele necessita estar munido de informações e de conceitos para direcioná-lo durante a abordagem com o usuário.

Os resultados das análises de conteúdo dos participantes foram distribuídos da seguinte maneira: percepção e conduta diante de um usuário com alteração vocal, profissionais que usam a voz como instrumento de trabalho, profissionais que cuidam da voz e a importância sobre a saúde vocal na APS.

### **5.1 Percepção e conduta diante de um usuário com alteração vocal**

Quando abordado com os participantes o tema percepção de usuários com alteração vocal e qual a conduta que teriam diante dessa percepção, foi observado que apenas um participante, que estava há apenas 6 meses na APS, informou que não percebia alterações vocais de usuários. Outro participante informou que só conseguia notar uma alteração vocal nos casos mais graves.

Os participantes que relataram perceber quando um usuário apresentava alteração vocal, tiveram as condutas distribuídas da seguinte maneira: direcionamento do usuário para o atendimento técnico; avaliação, investigação e encaminhamento do usuário para rede de apoio; ausência de desdobramentos; atendimento compartilhado; e reunião de equipe.

- **Direcionamento do usuário para o atendimento técnico**

Dentre a metade dos participantes que relataram direcionar o usuário para atendimento médico, apenas um também citou além do médico, o enfermeiro. Alguns trechos de discursos deixam claro que apesar de estarem inseridos em um programa que existe uma atuação em equipe, tendo como grande ferramenta a reunião de equipe, onde todos os profissionais envolvidos possuem uma co-participação no cuidado e acompanhamento do usuário, ainda pode-se notar uma hierarquia onde o

médico é considerado o profissional de maior responsabilidade pelo cuidado e direcionamento do paciente.

*“Na verdade, assim, a gente aqui direciona tudo pro clínico e ele que vê essa necessidade, né? ... a gente não pode chegar pro médico e dizer: ele precisa disso” (P11).*

*“A conduta é: o paciente chega aqui, é, passa e é avaliado, faz a triagem, aí geralmente a médica bota para atendimento. Aí a demanda a primeira consulta com a médica, para assim ser avaliado e, se for o caso, né, inserido no SISREG ... aí, nesse caso aí, a reunião de equipe viria a médica já trazendo o caso dele, para a gente poder estar acompanhando, ver se ele está fazendo os procedimentos que foram pedidos, né? Os que podem ser abertos para gente, entendeu? Para a gente poder estar acompanhando” (P7).*

*“Por exemplo assim, quando eu tô na área, encaminha para unidade para passar pelo médico. Quando eu tô na casa do paciente, a gente procura encaminhar o paciente para vir na unidade para passar numa avaliação médica, né? Para saber o motivo. Pode ser uma irritação na garganta ou de repente pode ser alguma coisa até mais grave”. (P8)*

*“Pergunto: a senhora está com seus exames em dia? Sua voz está meio assim, aconteceu alguma coisa, fumou? Tá passando mal? A senhora é fumante? Toma muito gelado? Essas coisas todas. Aí geralmente eu marco uma consulta, né? Pra que o médico avalie, né?” (P10).*

*“Sim, sim. A não ser ... que seja algo muito grave, a gente já passa pro profissional, pro médico ou pro enfermeiro” (P12).*

- **Avaliação, investigação e encaminhamento do usuário para rede de apoio**

Os trechos a seguir mostram posicionamentos técnicos de médicos, que relataram que a conduta tomada seria uma avaliação e investigação clínica, com encaminhamentos, quando necessário. Porém quando perguntado se já houve algum direcionamento para fonoaudiologia, a resposta foi negativa, indicando apenas o especialista otorrinolaringologista.

*“A princípio o que a gente faz é mais a avaliação da orofaringe do paciente, entender um pouco melhor quando começou ... mas a maioria das vezes já encaminha para o otorrino ... e quando eu penso em alguma neoplasia ou alguma coisa assim, eu já tento por outros meios, é ... encaminhar pro Inca, pra algum lugar de referência” (P5).*

*“Acho que quando é mais gritante, sim. E principalmente são pacientes que eu acompanho, né? Porque você consegue ter um parâmetro anterior. Aí você já vê que tem alguma coisa alterada. Mas de maneira geral eles já*

*chegam para mim com a coisa mais destacada. Aí sim, geralmente ele que traz essa demanda. Ah, eu estou com alteração da minha voz, não sei o que está acontecendo ... a princípio eu tento descartar aquelas coisas que são mais fáceis de resolver, né?” (P6).*

- **Ausência de desdobramentos**

Três participantes relataram que não possuíam uma conduta diante de um usuário com alteração vocal, por motivos de falta de sensibilização para o devido direcionamento desses casos, sendo que um dos participantes informou que só acolhe o usuário no sentido de escutá-lo, porém sem direcionamento.

*“É, então, é engraçado você fazer essa pergunta porque por mais que a gente perceba, é algo que a gente não se aprofunda, né? Por exemplo, se eu vou na casa de uma paciente pra levar um SISREG de oftalmo, mas lá num diálogo eu percebo que ela está com uma voz embargada ou tá com uma voz falha, ou uma voz rouca, vai passar despercebido porque esse assunto realmente não é muito falado. A não ser quando o paciente vem com essa queixa, com a queixa: olha, estou com problema na minha garganta, na minha voz, minha voz está trêmula, tá embargada, tá falhando, tá baixa, aí a gente tem que tomar providências. Mas, não da minha parte, tá? Que eu digo. Eu realmente não demonstro uma preocupação grande com isso” (P9).*

*“Nos casos mais discrepantes. Assim, de modo geral acho difícil, acho bem difícil. Aquele caso que você vê, que você conhece a pessoa tá vendo que a pessoa tá rouca ou que é muito evidente ... nunca abordei esse tipo” (P2).*

*“Ah, eu tento relaxar o máximo possível, tento acalmar, né? Para a pessoa se explicar da melhor maneira possível, pra gente até poder entender e trabalhar junto, né? Porque senão, fica difícil” (P3).*

- **Atendimento compartilhado**

Apenas uma participante informou que teria a conduta de realizar um atendimento compartilhado com o médico.

*“A gente sempre faz uma interconsulta com a médica. Peço para ela avaliar em conjunto comigo para ver se tem alguma alteração” (P1).*

- **Reunião de equipe**

A reunião de equipe foi citada apenas por um participante, porém após a pesquisadora citar tal recurso em forma de pergunta. A resposta direciona a conduta para a responsabilidade médica.

*“Bem, aí você tem que passar pro profissional, né? Pro médico, né? Porque o médico que vai direcioná-lo”.*

**Mas agendando consulta ou em reunião de equipe ... como funciona?**

*“A gente leva em reunião de equipe. Aí a médica vê o que é necessário, marca a consulta, marca, né? E começa a fazer o que é necessário para o usuário” (P12).*

## 5.2 Profissionais que usam a Voz como instrumento de trabalho

Os participantes identificaram profissionais que usam a voz como instrumento de trabalho e dentre as profissões listadas, os artistas foram os mais citados, seguidos dos profissionais da saúde, comerciantes, professores e palestrantes, jornalistas e apresentadores, locutores e radialistas.

Um dado interessante foi que alguns participantes consideraram que as pessoas de maneira geral, independentemente de estarem trabalhando, possuem a mesma importância quanto ao cuidado, visto que qualquer comunicador faz uso da sua voz e precisa dela para expressar a sua mensagem.

*“Cantor, ator e todas as pessoas de maneira geral” (P11).*

Outro dado interessante foi que somente dois participantes não se reconheceram como profissionais que usam a voz como instrumento de trabalho, ou seja, a maioria se reconhece como profissional com muita demanda vocal.

*“Somos nós, né? Os artistas, cantores. A gente usa a voz o tempo todo para fazer as interconsultas com paciente, entrevistas ...” (P1).*

*“Praticamente todos, né? Todas as pessoas que precisam se comunicar, né? Especificamente, né? Cantor, o vendedor, o professor, palestrante, nós aqui” (P2).*

*“Professor, acho que todos, na verdade todos, eu também uso a minha voz como instrumento de trabalho, né? Todo mundo que lida com a outra pessoa*

*acaba usando a voz, não tem jeito, mas professor exige mais, talvez um cantor exija mais” (P6).*

### **5.3 Profissionais que cuidam da Voz**

Apenas um entrevistado não citou o fonoaudiólogo como um profissional que cuida da voz. Segundo o seu discurso, o profissional responsável é o médico da equipe, seguindo o fluxo das demais demandas da APS. Reconhecia o fonoaudiólogo para outras alterações fonoaudiológicas, em crianças:

*“Olha, já passou por mim crianças, que a mãe até falava: olha, ele está com um probleminha na fala. Mas acho que era mais a parte de fono, tanto que passou pela doutora e encaminhou pra fono. Mas a parte dessa daí, não”.  
**Dessa daí o quê?** “Dessa parte vocal ... os profissionais que cuidam da voz. Não sei te dizer. Não seria só pelo clínico ser avaliado, agora para onde mandaria?” (P8).*

Além do fonoaudiólogo, outros profissionais foram citados como responsáveis pelo cuidado com a voz, como otorrinolaringologista, médico de família e comunidade, psicólogo e fisioterapeuta.

Apenas um participante citou que todos os profissionais que compõem a equipe são responsáveis pelo cuidado da saúde vocal:

*“Idealmente, todos, né? Mais especificamente assim: a fono, a fisio, otorrino, médicos, né? em geral” (P5).*

### **5.4 Importância sobre a Saúde Vocal na APS**

A discussão sobre a importância de inserir a saúde vocal na APS foi feita na finalização das entrevistas individuais e todos os profissionais reconheceram a necessidade de se ter essa abordagem na rotina da UBS. As percepções dos participantes sobre a importância de se inserir a saúde vocal na APS foram categorizadas em: comunicação, demanda para fonoaudiologia, saúde, capacitação de profissionais da APS sobre saúde vocal, longitudinalidade e coordenação do cuidado e prevenção.

- **Comunicação**

Alguns participantes consideraram que é importante inserir a saúde vocal na APS pela função comunicativa que a voz possui.

*“Se a pessoa não souber se comunicar, tem que ficar escrevendo, entendeu? E a voz são as manifestações do nosso corpo, né? É o nosso modo de pensar, de agir. Daí que a gente descobre a personalidade de cada pessoa, você falando” (P1).*

*“... porque realmente é uma coisa que todo mundo usa, todo mundo precisa usar. É isso. É o principal meio de comunicação que a gente tem, e que é muito negligenciado” (P5).*

- **Demandas para Fonoaudiologia**

A inserção da saúde vocal na APS é importante porque há demandas locais. É interessante observar que alguns dos exemplos citados não tinham relação somente com a área da voz (P3 e P7).

*“Porque eu acho que é muito falha a nossa saúde... é ... eu acho que se a gente tivesse com cada especialidade ajudando a acompanhar não só junto com o médico generalista, eu acho que a gente faria, né? Uma saúde melhor, entendeu? Muitas crianças, já desde pequena, gaguejando, trocando letra, e crescem muitas delas assim ... aí os de mais idade, tabagista, que começa a ter problema com a voz e até mesmo o profissional usando a voz em excesso e não cuidando dela, que falha também, entendeu?” (P7).*

*“Então assim, tem que ter esse acompanhamento desde pequenininho, então por isso que eu acho muito importante, porque às vezes passa despercebido. Ah, quando crescer melhora. Não, às vezes a criança tem língua presa, tem algum problema e aí passa despercebido e quando chega na fase adulta já não tem mais como corrigir. Por isso que eu acho a importância desse serviço já introduzindo desde já e a gente acompanhando as famílias” (P3).*

*“Porque eu vejo que existem muitas pessoas necessitando disso a começar de nós, tá? Nós profissionais” (P12).*

- **Saúde**

Os trechos destacados abaixo são relatos de participantes que consideraram a saúde vocal como uma demanda de saúde e, portanto, faz sentido ser inserida na APS.

*“Porque assim estaria também oferecendo uma qualidade de vida, né? Em todas as coisas que a gente tenta, na voz também do paciente, incluindo ele também em outro programa para estar ajudando eles nessa parte” (P4).*

*“Olha, o nome já diz, né? Atenção Primária. Acho que se o problema da falta de voz, ou o embargamento da voz é um problema e logo um problema de saúde, por que não entrar num plano de cuidado, né? Acho que sim. Deve sim” (P9).*

- **Capacitação de profissionais da APS sobre saúde vocal**

Alguns participantes mostraram que é importante inserir a saúde vocal na APS, mas para isso precisariam estar munidos de maiores informações sobre o tema.

*“Acho que todo cuidado é importante, né? Qualquer ... e é isso, a gente precisa ser sensibilizado a isso. São tantas demandas, né? Que a gente tem que observar, obviamente alguma coisa passa e se a gente não tiver esse estímulo, de fato a gente não faz não” (P6).*

*“Acho, acho muito importante, como te falei, sou leiga nisso e eu quero aprender para ter essa visão justamente para quando eu for na área, já pegar as coisas assim. Acho que a maioria também tá bem desinformada, não tem esse conhecimento, como eu também ...” (P8).*

- **Longitudinalidade e coordenação do cuidado**

O trecho abaixo traz o conceito de ferramentas usadas na APS como uma maneira de se aproximar do tema saúde vocal:

*“Porque mesmo que ele tenha uma rouquidão, você encaminha ele para um otorrino, ele provavelmente vai voltar pra cá depois, independentemente de ele ter feito ou não um tratamento, se ele só examinou ou se ele tratou. Ele vai voltar pra cá pra qualquer outro tipo de caminho. Fono, que seja, ele vai sempre voltar pra cá. Se não existir esse olhar do profissional da Atenção Primária, ele vai ficar no limbo, ou ele vai ser mal encaminhado ou ele vai ser mal diagnosticado, porque nem chegar lá ele vai” (P2).*

- **Prevenção**

A inserção da saúde vocal na APS foi sugerida por meio de ações de prevenção:

*“Então de repente eles até têm algum problema relacionado a isso e nem sabem. Procura e acha tudo normal e às vezes tem alguma coisa por trás, que com essa visão a gente pode ajudar com a prevenção” (P8).*

A grande questão abordada neste capítulo se refere aos encontros e desencontros da produção do cuidado da saúde vocal na APS. Esse CSESFA não possuía o fonoaudiólogo na composição de suas equipes de apoio para que houvesse um direcionamento do assunto na rotina da unidade de saúde.

No tratamento dos dados, segundo a concepção dos participantes, pôde-se notar que há pouca produção de cuidado da saúde vocal no CSESFA, ou seja, relato de não ter realização de ações em seu território ou em seus equipamentos sociais, que abordassem o tema em questão. Também não houve ações de educação em saúde ou de matriciamento relacionados ao assunto, nem discussão em reunião de equipe, a respeito da saúde vocal da população adscrita.

Apenas uma participante relatou ter discutido uma questão de saúde do usuário em reunião de equipe, porém não se tratava de uma questão de saúde vocal, mas de uma alteração fonoaudiológica fora da área de voz e, no relato, não houve o direcionamento do usuário em questão para o profissional fonoaudiólogo, somente o psicólogo foi citado no Projeto Terapêutico Singular.

Segundo os participantes da categoria médica, houve a lembrança de poucos casos de usuários com alteração vocal em seus atendimentos, citadas como situações pontuais trazidas pelos pacientes. Como conduta, apontaram a avaliação clínica, encaminhamento para realização de exames ou para o especialista otorrinolaringologista, embora indicassem a ideia de que se houvesse uma sensibilização para o cuidado com a saúde vocal, poderia ter sido criado maior oportunidade de produção de cuidado em saúde vocal. Também informaram que, além de não terem tido discussão com as suas equipes a respeito desses casos, não houve direcionamento para o serviço de fonoaudiologia.

*“Eu acho que se a gente treinasse mais o olhar a gente talvez veria mais, claro. Talvez tivesse demanda e a gente não enxergou, né?” (P6).*

Quando a reflexão caminhou para as possíveis condutas frente a um caso de saúde vocal, observou-se que as falas da maioria dos participantes foram apoiadas nas que seriam realizadas em qualquer outra demanda de saúde, citando ferramentas da própria APS.

Na APS, os profissionais de saúde aprendem a lidar com a produção do cuidado considerando-a como o principal objeto no campo da saúde:

“No campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar” (MERHY, 2014, p.117).

Assim, é natural que os profissionais se apoiem em suas rotinas na APS para informar as condutas diante de qualquer questão de saúde. Independente da especialidade que o profissional possua, no campo da saúde a produção do cuidado deve estar em suas ações, acolhendo esse usuário diante das suas necessidades.

O conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde (MERHY, 2014, p.123).

Dentre as condutas que os participantes citaram mediante uma demanda de saúde vocal, a que mais citada foi o encaminhamento do usuário para o atendimento médico e apenas um participante considerou a reunião de equipe como um recurso. Muitas das falas mostraram uma hierarquia na distribuição do serviço, concentrando na figura médica a maior responsabilidade pela saúde do usuário. Isso demonstra uma fragilidade na coparticipação na produção do cuidado pelos demais profissionais da equipe de saúde da família, desconhecendo a sua potencialidade enquanto profissional que cuida e deixando de explorar o momento da reunião de equipe para compartilhar conhecimentos e corresponsabilizações.

O compartilhamento dos casos discutidos em reunião de equipe mostra-se rico justamente por ser o momento de cada profissional informar as suas percepções e diferentes pontos de vista a respeito da demanda e/ou necessidade de saúde do usuário, permitindo um planejamento de ações.

Embora haja muitos desafios para se implementar a produção do cuidado, centrada nas necessidades do usuário, é interessante que essa lógica não seja perdida nas rotinas, considerando que o usuário é gestor da própria vida e das suas escolhas (FEUERERKER, 2016).

Numa pesquisa qualitativa com o objetivo de identificar os nós críticos do processo de trabalho na APS, aplicada em 44 profissionais/gestores da APS, no que se refere à categoria identidade, os resultados mostraram que muitas demandas

foram abordadas e conduzidas seguindo uma cultura biomédica, o que diverge do modelo de atenção da APS. Também foi abordada a dificuldade de reconhecer e de definir os papéis de cada profissional como um desafio no processo de trabalho (AMARAL et al., 2021).

Scholze et al. (2009) sugere que o profissional desenvolva o acolhimento no seu trabalho a partir da alteridade, evitando o foco na perspectiva biomédica, responsabilizando-se por seus esforços em conjunto com o outro, sem haver sofrimento por possíveis insucessos decorrentes do que não se domina, sendo encarado como momentos de aprendizagem.

A maior parte dos participantes deste estudo, exceto dois profissionais que estavam há pouco tempo no CSEFA, mostraram ter conhecimento a respeito dos seus usuários, citando posturas de acolhimento na escuta das necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Sendo assim, não foi difícil para esses participantes identificarem quem são os usuários de suas áreas de abrangência que usam a voz como instrumento de trabalho, porém nunca houve direcionamento de ações para estes usuários com relação à saúde vocal.

Ao refletir sobre uma possível demanda na área da saúde vocal, a fim de se saber quais profissionais seriam elencados num possível direcionamento de ações para o usuário, apenas um participante não citou o fonoaudiólogo. Tal dado é interessante para apontar o reconhecimento pela atuação do fonoaudiólogo na área de voz. Os outros profissionais que também cuidam da voz, na concepção dos participantes, eram o otorrinolaringologista, médico da equipe, psicólogo e fisioterapeuta. É interessante destacar que o psicólogo e o fisioterapeuta são categorias profissionais que ocupam equipes de apoio deste CSESFA.

Na APS, os profissionais de saúde possuem muitas responsabilidades na produção do cuidado, precisando estarem atentos a diversas demandas de saúde, com metas, objetivos de acordo com o perfil epidemiológico de sua área de abrangência, bem como notificações de ocorrências de saúde. Sendo assim, considerando a percepção dos participantes sobre a importância de se inserir a saúde vocal na APS, sendo mais um olhar ampliado para a saúde do usuário, todos os participantes relataram que faz muito sentido inserir o tema na APS.

Apesar dos participantes apresentarem uma questão conceitual, considerando dentro da área da voz as outras áreas de atuação da fonoaudiologia, dentre os motivos

pelos quais eles acreditam ser importante inserir a saúde vocal na APS, é interessante destacar que houve a preocupação de se ter o profissional fonoaudiólogo para contribuir com a imersão da saúde vocal na APS. Atrelado a isso, em suas concepções, também foi destacado o princípio de que a estratégia saúde da família permite um acompanhamento do usuário no itinerário terapêutico que irá percorrer, sem perdê-lo de vista, permitindo uma continuidade de ações e de cuidado. Além da associação da figura do fonoaudiólogo fazendo parte do processo de sensibilização sobre o tema na APS, a inserção da saúde vocal na APS seria importante para suprir as demandas locais.

Os resultados de um estudo de caso sobre as relações técnicas e sociais entre as equipes do NASF-AP e as equipes de saúde da família mostraram que o trabalho em equipe estava voltado para um contexto de racionalidade médica, com ênfase em aspectos biológicos. As práticas possuíam mais características de modelos hegemônicos do que da clínica ampliada e de vigilância da saúde. Além disso, houve indicação de que, para as equipes de saúde da família, desde a implantação do NASF-AP existia uma expectativa de suporte à demanda reprimida de atendimentos das equipes (SOUZA, MEDINA, 2018).

Os participantes deste estudo indicaram a importância da inserção da saúde vocal, associando o serviço de fonoaudiologia na rotina das unidades de saúde, porém não houve a sugestão de como seria tal inserção, como por exemplo, um fonoaudiólogo compondo as equipes de NASF-AP ou de residência que atuam neste CSESFA.

Conforme descrito, a produção do cuidado da saúde vocal na APS é limitada neste CSESFA, com poucos relatos na identificação de possíveis demandas e no direcionamento de ações voltadas para esse tema, sem nenhum relato sobre ações territoriais ou de promoção da saúde vocal. Por outro lado, considerando-se que os participantes conseguiram refletir minimamente sobre a área de voz, associando ferramentas usadas na APS como maneira de pensar sobre o cuidado, mostra que tais participantes possuem recursos internos que podem ser potencializados por um profissional fonoaudiólogo para inserir o tema na APS.

## **CAPÍTULO 6 – Elementos essenciais ao Acolhimento da Saúde Vocal na APS**

Considerando que os participantes já haviam introduzido possibilidades de condutas, o capítulo 6 abordará a segunda etapa do estudo, que contou com perguntas abertas, a serem respondidas por meio da escrita, sobre como se daria na prática a inserção da saúde vocal na APS, segundo suas percepções.

Na análise, observou-se que os participantes citaram alguns elementos que se tornaram possibilidades de acolhimento da saúde vocal em sua rotina, ou seja, segundo as suas percepções, o que seria possível realizar em termos práticos, quando houvesse uma demanda para a área da saúde vocal.

### **6.1 Direcionamento das ações em saúde vocal**

Trazendo novamente a questão da indisponibilidade do profissional fonoaudiólogo nas composições das equipes de apoio do Centro de Saúde Escola estudado, as respostas dos participantes quanto à possibilidade de inserção da saúde vocal na APS foram influenciadas pelas suas rotinas e suas referências de condutas na APS diante de outras demandas de saúde.

As respostas sugeriram a inserção do tema em atividades que já são desenvolvidas no CSESFA: na realização de grupos, nas discussões em sala de espera enquanto os usuários aguardam pelos atendimentos, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, nos atendimentos individuais realizados pela equipe técnica e ações no território pelos ACS. É interessante destacar que foi sugerido que estas atividades seriam realizadas pelos profissionais da APS, sem citar o especialista fonoaudiólogo, ou seja, consideraram o tema dentro da grande área da saúde, equiparando-o aos demais temas abordados na APS.

*“Divulgando em nossas visitas domiciliares, na hora do atendimento, em sala de espera” (P8).*

*“Através de sala de espera com os pacientes. É quando aproveitamos o tempo que os pacientes esperam pela consulta, o corpo técnico se reúne para realizar pequenas palestras sobre assunto pertinentes do momento. É um momento onde se pode informar e tirar dúvidas que permeiam os pacientes e nem sempre há acesso a informação” (P9).*

*“As orientações podem ser dadas/ transmitidas tanto pela equipe técnica dentro da unidade (atendimento individual ou em grupos), como também no território pelos ACS por meio atividades de educação em saúde (P6)”.*

Quando refletido como seria essa abordagem do tema durante as atividades, as repostas dos participantes foram variadas e as mais destacadas foram: algumas noções básicas de cuidados com a voz, encaminhamentos e identificação de possíveis alterações vocais.

Em momento que se exigia mais aprofundamento sobre o tema, o profissional fonoaudiólogo foi citado como uma possibilidade de encaminhamento. Além disso, mais uma vez houve a citação de que o profissional da saúde também possui uma necessidade de ser cuidado.

*“Escuta e identificação de alguma questão vocal durante as visitas domiciliares” (P8).*

*“Cuidados incluem boa higiene oral, hidratação, alimentação saudável, cessação de tabagismo e uso equilibrado de bebidas alcólicas” (P6).*

*“Acompanhamento com psicologia, acompanhamento com o fono” (P12).*

*“Geralmente, na APS a maioria dos atendimentos são para criança, deveria expandir também para os adultos, porque a maioria das crianças geralmente são encaminhadas pelas escolas, nessa pandemia deve ter muitas crianças precisando. Deveriam fazer promoção e prevenção da voz, que é muito importante para nós, montar grupos de saúde e falar como é importante a voz” (P10).*

## **6.2 Matriciamento**

É interessante observar que a falta de sensibilização para o tema saúde vocal foi pontuado em diversos momentos da primeira etapa do estudo, sendo colocado em questão também na segunda etapa. O fato de não haver o profissional fonoaudiólogo na equipe do NASF-AP e na equipe de residentes que atuam na unidade de saúde onde a pesquisa foi aplicada, torna mais desafiadora a reflexão sobre o tema.

Dentre as repostas dos participantes sobre sugestões de inserção de orientações em saúde vocal na APS, foram citadas: a necessidade de informações sobre as atribuições do fonoaudiólogo e capacitações para os profissionais de saúde.

*“Como foi tido 1ª etapa, na minha opinião deveria falar mais sobre as etapas que a fonoaudiologia tem porque muita gente não sabe que a fono atua em várias áreas” (P10).*

*“Capacitando e orientando os profissionais de saúde sobre possíveis distúrbios da comunicação humana” (P1).*

De acordo com a significação dos dados deste estudo, os resultados foram elencados em elementos essenciais para o acolhimento da saúde vocal na APS, segundo a percepção dos participantes deste CSESFA: direcionamento das ações em saúde vocal (na realização de grupos, no bate papo em sala de espera enquanto os usuários aguardam pelos atendimentos, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, nos atendimentos individuais realizados pela equipe técnica e nas ações no território pelos ACS) e matriciamento. A partir desta significação pôde-se discutir as possibilidades e os desafios de se realizar o manejo da saúde vocal na APS.

No elemento essencial “direcionamento das ações em saúde vocal”, tais ações podem ter contribuições e direcionamentos por meio das ferramentas tecnológicas previstas para o desenvolvimento do trabalho da eNASF-AP na APS: projeto de saúde no território, apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e pactuação do apoio (BRASIL, 2010).

A eNASF-AP está inserida nas redes de serviços dentro da APS, oferecendo uma retaguarda para as equipes de referência. Partindo do pressuposto de que a proposta da eNASF-AP precisa de uma compreensão do que seja o conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável com a equipe de saúde da família, o apoio matricial é considerado como principal ferramenta por apresentar duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. O apoio assistencial produz ação clínica direta com os usuários e o técnico-pedagógico gera apoio educativo com e para a equipe de saúde da família (BRASIL, 2010).

Dentre as ferramentas utilizadas pelos profissionais da eNASF-AP, o matriciamento foi elencado como um dos elementos essenciais, considerando a necessidade trazida pelas respostas de alguns participantes sobre a importância da sensibilização de seus olhares para a saúde vocal, no sentido de ser uma ferramenta que pode ser usada para auxiliar tanto na estruturação do conceito, como no direcionamento das ações em saúde vocal.

A rotina na APS requer um olhar ampliado para a saúde do indivíduo. Há uma grande responsabilidade por parte dos profissionais das equipes de saúde da família sobre a abordagem de diversos temas já previstos durante o cuidado com os usuários. Sendo assim, a inserção de um novo tema nas suas rotinas conta com a necessidade

de um profissional habilitado que possa cumprir esse papel de sensibilizar o olhar dos demais profissionais, para incorporá-lo nas suas atividades diárias.

Os dados trazidos pelos participantes mostraram a importância e a necessidade da inserção do profissional fonoaudiólogo na APS para alimentar as discussões sobre saúde vocal, tornando possível a circulação ampla do tema no território. O espaço da APS se constitui como campo real da prática fonoaudiológica (VIEGAS et al., 2018). Fundamental ratificar que a presença do fonoaudiólogo na APS é importante na divulgação das políticas públicas voltadas para a saúde vocal, sendo uma ponte para que o conhecimento chegue para os profissionais de saúde e para a população.

Numa pesquisa-intervenção com equipes de saúde da família, objetivando analisar o potencial do dispositivo apoio matricial na qualificação da atenção primária à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, observou-se que o apoio matricial ampliava a cogestão dos processos de cuidado, proporcionando às equipes a realização de ações de planejamento e cuidado mais horizontalizados e interdisciplinares, incluindo os usuários (MEDEIROS et al., 2020).

Durante as reuniões de equipe em que o apoio matricial esteja presente, o matriciamento não pode ser encarado como uma “passagem de caso”, e sim como locus de criação de sentidos a partir das experiências dos profissionais (COHEN, CASTANHO, 2021). O apoio matricial busca a construção de um espaço de comunicação ativa e de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais de referência e os apoiadores (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

É interessante destacar que em muitos discursos dos participantes houve a preocupação em relatar sobre a importância da saúde vocal dos profissionais de saúde, os colocando também na posição de sujeito a ser cuidado, já que são profissionais que precisam fazer uso da comunicação oral nas suas rotinas profissionais.

Os profissionais da saúde, que estão na posição de cuidarem dos outros, antes de tudo, necessitam demonstrar que conseguem dirigir a si próprios, conhecendo os limites do seu fazer e tendo respeito pelo outro. Encontrar caminhos que indiquem práticas de cuidado pessoal, de transformação deles mesmos, dos outros e da sociedade (LUNARDI et al., 2004).

Segundo Cohen e Castanho (2021), trazendo uma contribuição da área da saúde mental, as reuniões de matriciamento são espaços potentes de cuidados não somente para os usuários, mas também para os profissionais de saúde, proporcionando algo clínico voltado para os profissionais que participam dele. Considerando esse olhar sobre o matriciamento no âmbito da saúde mental e fazendo um comparativo para a intervenção da fonoaudiologia, na área da saúde vocal, a lógica do cuidado é a mesma. Sendo assim, baseado na percepção e na necessidade destacadas pelos participantes desta pesquisa, as orientações de cuidado sobre saúde vocal poderiam ser estendidas aos profissionais da saúde nas reuniões de matriciamento.

O matriciamento realizado pelo fonoaudiólogo na APS pode contribuir no direcionamento das questões relacionadas à saúde vocal do indivíduo, na divulgação das práticas fonoaudiológicas na APS relacionadas ao tema, na identificação e qualificação da demanda local, de acordo com o perfil e a necessidade da população adscrita. Também pode impulsionar a realização de atendimentos compartilhados com os profissionais das equipes de saúde da família e ações nos equipamentos sociais do território.

O fonoaudiólogo pode facilitar a aproximação da UBS com possíveis redes de apoio específicas da área de voz que a região possa oferecer dentro do itinerário terapêutico de cada usuário. Pode-se citar como exemplos de redes de apoio para demandas de saúde vocal os Centros de Reabilitação para realização de fonoterapia e o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), que pode apoiar nos casos de distúrbios vocais relacionados ao trabalho.

Apontadas as possibilidades de inserção da saúde vocal na APS, segundo a concepção dos participantes deste CSESFA do município do Rio de Janeiro, e ampliando tais considerações para a realidade da inserção do fonoaudiólogo na APS, de maneira geral, é preciso pontuar os desafios impostos para colocar em prática o acolhimento em saúde vocal.

Pode-se começar a desenhar os desafios pelo número de profissionais fonoaudiólogos existentes na APS. Um estudo com o objetivo de investigar a evolução e estimar o déficit da oferta da Fonoaudiologia na Atenção Básica no período de 2005 a 2015 mostrou que neste período houve uma tendência à inserção do profissional na atenção básica, porém o número de profissionais ainda era insuficiente e desigual no

território nacional, sendo a maior concentração na região sudeste. Considerando o número de fonoaudiólogos por 100.000 habitantes na atenção básica, dentre os demais estados do Brasil, no estado do Rio de Janeiro havia 233 fonoaudiólogos, chegando a 276 em 2015. Calculando-se o déficit de fonoaudiólogos na atenção básica em 2015, foi verificado que havia necessidade de 552 fonoaudiólogos no estado do Rio de Janeiro e existiam 276, apontando para um déficit absoluto de 276 profissionais. O estudo concluiu que o déficit da oferta equivalia à ausência de cobertura das práticas fonoaudiológicas na atenção básica para mais da metade da população brasileira (VIEGAS et al., 2018). A distribuição desigual do número de fonoaudiólogos entre as várias regiões do país impacta no acesso universal a esse profissional e nas suas ações de promoção e de prevenção de saúde (GUCKERT, SOUZA, ARAKAWA-BELAUNDE, 2020).

A consequência da ausência do fonoaudiólogo nas eNASF-AP pode gerar conceitos desestruturados a respeito das demandas relacionadas à saúde vocal, conforme mostra os dados do presente estudo.

Segundo uma pesquisa que descreveu as atividades do fonoaudiólogo no NASF-AP na perspectiva do apoio matricial, um dos desafios apontados pelos profissionais fonoaudiólogos para a sua atuação na APS foi o desconhecimento por parte de muitos profissionais de outros núcleos de saberes sobre a atuação da fonoaudiologia, reduzindo o número de encaminhamentos para este profissional (MEDEIROS et al., 2021).

Nesse contexto, também é interessante apontar que a mudança da estratégia de financiamento da APS, realizada em novembro de 2019, por meio da portaria 2979 (Programa Previne Brasil), que revogou as normas de incentivo financeiro federal para a implementação das eNASF-AP, também contribuiu para reduzir a ampliação da integralidade do cuidado na APS pelas equipes multidisciplinares, visto que impacta no credenciamento de novas equipes NASF-AP.

Desta maneira, pode-se observar como as questões políticas de saúde são fundamentais e interferem no alcance das informações pelos profissionais de saúde e pela população. Tal modificação na estruturação da eNASF-AP torna desafiadora a ampliação do quantitativo de profissionais fonoaudiólogos e, por consequência, compromete também a ampliação da produção do cuidado em saúde vocal na APS.

Outra questão que pode representar um desafio quanto à inserção do fonoaudiólogo na APS, diz respeito à própria formação do profissional, visto que a formação não contempla muitas das ferramentas usadas na rotina dos profissionais da APS, necessárias para a organização do trabalho nesse serviço, bem como atuação em ações para articulação intersetorial, para os coletivos, com as famílias e com equipe multidisciplinar (SOLEMAN, MARTINS, 2015).

Buscando compreender o trabalho do fonoaudiólogo na equipe do NASF, identificando tecnologias incorporadas ao processo de trabalho tradicional, realizado por meio de questionário on-line em sujeitos fonoaudiólogos de equipes NASF, uma pesquisa apontou que apesar de o matriciamento ter sido a principal ferramenta referida pelos participantes como organizador do processo de trabalho, algumas respostas mostraram a não familiaridade por essa ferramenta. Mostra que o fato de o fonoaudiólogo não conhecer tal ferramenta, sinaliza um despreparo e uma dificuldade no processo de trabalho das equipes (SOLEMAN, MARTINS, 2015).

Em contrapartida, um estudo recente que descreveu as atividades de quatro fonoaudiólogas e de três fonoaudiólogos residentes que desenvolviam as suas práticas nas eNASF-AP, na perspectiva do apoio matricial, em um município de Pernambuco, concluiu-se que as participantes do estudo apresentaram uma boa compreensão sobre a ferramenta apoio matricial, conseguindo colocá-la em prática conforme preconizado. O estudo mostrou que dentre as atividades desenvolvidas pelas participantes, a maior parte é destinada aos atendimentos individuais (27,92%) e 5,85% às reuniões de matriciamento. O estudo também apresentou em seus resultados que os principais desafios apontados pelos participantes da pesquisa foram a necessidade de fortalecer a formação dos profissionais para atuar na APS e o pouco conhecimento das equipes e da população sobre a prática fonoaudiológica (MEDEIROS et al., 2021).

A maneira de atuação do clínico no ambiente hospitalar ou no consultório requer avaliação e intervenção específicas da fonoaudiologia. Quando o profissional se depara com a APS, é preciso fazer uso de recursos da clínica ampliada, do conceito sobre acolhimento dos usuários e de suas famílias, considerar o ambiente, as condições biopsicossociais e compreender a dinâmica e diretrizes estabelecidas para as eNASF-AP.

A não compreensão do fonoaudiólogo de sua função dentro de uma eNASF-AP pode impactar na sua atuação e possibilitar mudanças de práticas para uma visão ambulatorial na APS, comprometendo a ampliação das informações sobre a saúde vocal no território e sobre o entendimento pelas equipes de saúde da família a respeito dos direcionamentos com relação à produção do cuidado com a saúde vocal na APS.

É interessante destacar que apesar de quase todos os participantes desta pesquisa informarem que percebiam uma alteração vocal no usuário, traçando quais seriam as suas condutas nesses casos e indicando os elementos essenciais para a produção do cuidado, nunca se reportaram para algum profissional sobre a saúde vocal dos usuários e nunca houve discussão em reunião de equipe sobre o tema.

Santos et al. (2012) também encontraram achados semelhantes. Avaliaram a percepção de 85 ACS sobre os aspectos à saúde fonoaudiológica da população adscrita no município de Itabira, por meio de um questionário com 20 questões fechadas sobre situações hipotéticas relacionadas à fonoaudiologia. Nem todas as equipes de saúde da família possuíam apoio do NASF. Seguindo critérios da educação sobre os tipos de conteúdo de aprendizagem que uma pessoa pode apresentar (conceitual, procedimental e atitudinal), os autores definiram a necessidade dos ACS conhecerem as principais alterações fonoaudiológicas e suas implicações na vida do indivíduo como tipo conceitual; saber examinar o domicílio e o ambiente para reconhecer os riscos à saúde que a comunidade está exposta e registrá-los como tipo procedimental; e levar as informações para reunião de equipe para elaboração de ações como tipo atitudinal. Apenas metade do número de ACS compreendeu que uma alteração vocal deveria ser comunicada à equipe, comprometendo as habilidades procedimental e atitudinal. Na conclusão, os autores indicaram que os ACS participantes do estudo apresentavam percepção de situações de risco à saúde fonoaudiológica dos usuários, e uma das principais áreas foi a saúde vocal, porém tal percepção foi limitada apenas à identificação do problema, não gerando ações.

A presente pesquisa usou como amostragem um centro de saúde que não teve influência da presença do fonoaudiólogo, mostrando desta maneira, que a produção do cuidado com a saúde vocal fica comprometida e limitada em espaços que não se pode contar com o apoio do especialista para problematização e direcionamento de ações relacionadas à saúde vocal.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: O LEGADO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO COM A SAÚDE VOCAL NA APS

A construção da abordagem para promover a saúde vocal dos usuários do SUS a partir das percepções dos participantes pôde ser realizada por meio da entrevista semiestruturada, que foi um disparador para que houvesse a reflexão e a associação com a prática diária dos profissionais de saúde sobre o tema.

No que diz respeito ao legado que a pesquisa proporcionou aos participantes desse estudo durante tais reflexões nas entrevistas, os profissionais da saúde demonstraram interesse em se apropriarem do tema para colocar a saúde vocal em suas práticas e trouxeram a importância da educação em saúde para que isso se tornasse possível.

*“A experiência nos proporciona um momento de reflexão sobre um tema que muitas vezes é negligenciado ou mesmo de pouca compreensão, nos permite extrapolar o conceito de saúde vocal para além do cuidado específico e direcionado apenas à voz, mas o que ela pode representar para o indivíduo e quais os impactos que algumas alterações podem implicar, por exemplo, no seu trabalho, no modo de lidar com o outro ou na própria maneira de se enxergar” (P6).*

*“Ajudando a identificar podemos discutir em nossas reuniões e assim a parte clínica poderá encaminhar aos órgãos responsáveis” (P8).*

O estudo apontou sobre a importância de o conceito estar minimamente estruturado para que haja um melhor direcionamento do tema em questão. Metade dos participantes apresentou conflitos quanto ao conhecimento em saúde vocal, uma vez que além de citarem conceitos relacionados à área da voz, incluíram outros relacionados às demandas fonoaudiológicas não pertencentes à saúde vocal.

Uma vez munidos de conhecimentos a respeito da saúde vocal do usuário, os profissionais da saúde a partir de uma escuta atenta poderão reconhecer uma demanda e discutir os seus desdobramentos. Houve relatos sobre a necessidade de uma sensibilização para o tema não ser esquecido diante de tantas demandas que a APS já exige do profissional de saúde.

A produção do cuidado com a saúde vocal no território do CSESFA estudado mostrou-se limitada, onde apenas a equipe médica relatou direcionar as poucas demandas que surgiram, sem envolver discussões com as suas equipes e sem direcionamento para o profissional fonoaudiólogo. Apesar de quase todos os participantes terem relatado que nunca abordaram e direcionaram demandas de saúde vocal, informaram que sabiam reconhecer uma demanda relacionada à área

de voz e citaram condutas que tomariam, com base nas suas condutas frente a outras demandas de saúde.

O manejo da saúde vocal na APS segundo a concepção dos participantes desta pesquisa seria realizado a partir dos seguintes elementos essenciais: direcionamento das ações e matriciamento. O direcionamento das ações seria a partir das ações já desenvolvidas no CSESFA como realização de grupos, discussões em sala de espera, enquanto os usuários aguardam pelos atendimentos, em visitas domiciliares realizadas pelos ACS, nos atendimentos individuais realizados pela equipe técnica e nas ações no território pelas ACS. O matriciamento seria realizado pelo fonoaudiólogo, que é o profissional especializado e capacitado para introduzir o tema saúde vocal, proporcionando uma qualificação do direcionamento das ações.

Ampliando o legado da contribuição deste estudo para a APS, de maneira geral, pode-se dizer que corroborou com a literatura visto que a produção do cuidado com a saúde vocal se mostrou incipiente com a ausência do especialista. Assim, reforça sobre a importância da inserção do fonoaudiólogo nos espaços da APS, em especial nas eNASF-AP, para que haja um estímulo e direcionamento da produção do cuidado com a saúde vocal, permitindo que o tema seja inserido no acolhimento ao usuário na rotina das Unidades de Saúde. Dentre as ferramentas previstas para a atuação dessas equipes, destaca-se o matriciamento, que dentro do tema saúde vocal irá proporcionar uma estruturação do conceito trazido pelas equipes, qualificação das ações, encaminhamentos relacionados às necessidades da população, promoção da saúde vocal no território e nos equipamentos sociais da APS.

A discussão proposta pela pesquisa mostrou que a abordagem da saúde vocal na APS conta com alguns desafios, como exemplos o número reduzido de fonoaudiólogos nas eNASF-AP, o atual esvaziamento das eNASF-AP da APS e a própria formação do fonoaudiólogo para atuar em saúde coletiva.

Em suma, o manejo da produção do cuidado em saúde vocal pelos profissionais de saúde do CSESFA estudado é limitado. A falta de uma sensibilização para direcionar o olhar para a saúde vocal do usuário na rotina dos profissionais de saúde está relacionada com a ausência do fonoaudiólogo nas equipes que dão suporte a esta unidade de saúde.

Os resultados da pesquisa contemplaram os objetivos propostos e espera-se que proporcione um convite à reflexão sobre a ampliação da cobertura do cuidado

com a saúde vocal da população, potencializando as ações das equipes de saúde da família. Sugere-se uma intensificação nas políticas públicas voltadas para a divulgação da fonoaudiologia e de suas práticas relacionadas à saúde vocal, para que a presença do fonoaudiólogo seja revisada e priorizada nos espaços de cuidado da APS.

## REFERÊNCIAS

AMARAL VS, OLIVEIRA DM, AZEVEDO CVM, MAFRA RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n.1, e310106, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>. Acesso em: 01 ago. 2021.

American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. Disponível em: <https://www.asha.org/policy/rp1993-00208>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução de RETO LA, PINHEIRO A. 3. reimp. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS JO, GONÇALVES RMA, KALTNER RP, LANCMAN S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2847-56, 2015.

BAUER, MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER MW, GASKELL G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Tradução de Guareschi PA. ed. 2. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p.191.

BEHLAU M, ZAMBOM F, GUERRIERI AC, ROY N. Panorama Epidemiológico sobre a voz do professor no Brasil. In: 17°. Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. I Congresso Ibero-Americano de Fonoaudiologia. *Anais Rev Soc Bras Fonoaudiol. Anais eletrônicos*. Salvador, 2009a, p. 1511. Disponível em: [http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/anais\\_select.php?op=PR&cid=1511&tid=1](http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/anais_select.php?op=PR&cid=1511&tid=1). Acesso em: 01 ago. 2021.

BEHLAU M, OLIVEIRA G, SANTOS LMA, RICARTE A. Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia. *Pró-Fono R Atual Cient.*, v. 21, n. 4, p. 326-32, 2009b.

BEHLAU M, MADAZIO G. *Voz: tudo o que você queria saber sobre fala e canto*. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2015.

BEHLAU M, GAMA ACC, CIELO CA. Técnicas vocais. In: MARCHESAN IQ, SILVA HJ, TOMÉ MC. *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. 1. ed.[Reimp.]. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 17.

BEHLAU M, PONTES P, MORETI F. Higiene vocal: cuidando da voz. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.

BRASIL. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*, 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – DVRT. Brasília: 2018. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica n. 39. Brasília: 2014, 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, v. 11, n. 28, 1 ed. Brasília: 2013. 56 p.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília: 2012. Seção 1, p.223.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: 2011. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília, 2010, 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRENDIM MP. A contribuição do recurso audiovisual na educação em prevenção e colaboração para a detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço para acadêmicos de Fonoaudiologia. Rev. bras. educ. med., v. 33, n. 4, p. 676, 2009.

CAVALHEIRO MTP. Editorial II: Fonoaudiologia e Saúde da Família. Rev CEFAC, v.11, n.2, p. 179-368, 2009.

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

COHEN MC e CASTANHO P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, e200462. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200462> . Acesso em: 01 ago. 2021.

COLTON RH, CASPER JK, LEONARD R. Compreendendo os problemas da voz: uma perspectiva fisiológica no diagnóstico e tratamento das disfonias. Tradução de LOBO F e VAIANO T. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

CORREIA ME, VIANNA KMP, GHIRARDI ACAM. Voz e qualidade de vida de laringectomizados totais: um estudo comparativo. Rev. CEFAC., v. 18, n. 4, p. 923-31, 2016.

COSTA T, OLIVEIRA G, BEHLAU M. Validação do Índice de Desvantagem Vocal: 10 (IDV-10) para o português brasileiro. CoDAS, v. 25, n. 5, p.482-5, 2013.

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, v. 25, n. 4, p. 381-7, 2013.

DORNELAS R, FERREIRA LP. Ações saudáveis na Campanha de Voz: considerações para a prática. Distúrb Comum, v.29, n. 1, p. 172-77, 2017.

DORNELAS R, GIANNINI SPP, FERREIRA LP. Campanha da Voz: uma iniciativa para cuidados em saúde. Distúrb Comum, v. 26, n. 3, p. 606-11, 2014.

DORNELAS R, SOUSA MF, MENDONÇA AVM. Informação, educação e comunicação em saúde: análise das concepções dos coordenadores das campanhas de voz no Distrito Federal. Rev CEFAC, v. 16, n. 1, p. 274-82, 2014a.

DORNELAS R, SOUSA MF, MENDONÇA AVM. As concepções de voz saudável e de qualidade de vida e voz dos participantes de uma campanha da voz. Distúrb Comum, v. 26, n.3, p. 463-71, 2014b.

FELIPPU AWD, FREIRE EC, SILVA RA, GUIMARÃES AV, DEDIVITIS RA. Impacto da demora no diagnóstico e tratamento no câncer de cabeça e pescoço. Braz J Otorhinolaryngol, v. 82, n. 2, p. 140-3, 2016.

FERREIRA LP, DRAGONE MLOS, GIANNINI SPP, ZAMBON FC. Atuação Fonoaudiológica com Professores – Da Voz Ocupacional à Voz como Recurso do Trabalho Docente. In: MARCHESAN IQ, SILVA HJ, TOMÉ MC. Tratado das especialidades em fonoaudiologia. 1. ed. [Reimp.]. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 250.

FERREIRA LP, SERVILHA EAM, MASSON MLV, REINALDI MBFM. Políticas públicas e voz do professor: caracterização das leis brasileiras. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol., v. 14, n. 1, p. 1-7, 2009.

FEUERERKER LCM. Cuidar em Saúde. In: FEUERWERKER LCM, BERTUSSI e MERHY EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 35-45.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GUCKERT SB, SOUZA CR, ARAKAWA-BELAUNDE AM. Atuação fonoaudiológica na atenção básica na perspectiva de profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família. CoDAS, v. 32, n. 5, 2020.

GUIMARÃES VC, VIANA MADESR, BARBOSA MA, PAIVA MLF, TAVARES JAG, CAMARGO LA. Cuidados vocais: questão de prevenção e saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2799-803, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

KNOCHENHAUER CCLS, VIANNA KMP. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos agravos fonoaudiológicos. CoDAS, v. 28, n. 6, p. 697-703, 2016.

LUNARDI VL, FILHO WDL, SILVEIRA RS, SOARES NV, LIPINSKI JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem, v. 12, n.6, p.933-9, 2004.

MEDEIROS CRG et. al. O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. Saúde debate, v. 44, n. 125, 2020.

MEDEIROS YPO, SOUSA FOS, LIMA MLLT, NASCIMENTO CMB. Atividades do fonoaudiólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) na perspectiva do apoio matricial. Rev. CEFAC, v. 23, n. 2, 2021.

MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, v. 6, n. 3, p. 251-61, 2010.

MINAYO MCS, SANCHES O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ*, v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993.

MINAYO MCS, DESLANDES SF, GOMES R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 1993. p.64-5.

MUNARI DB, ESPERIDIÃO E, MEDEIROS M, GARCÍA CM. Considerações teóricas e técnicas da utilização do grupo na investigação científica. *R Enferm UERJ*, v. 16, n.1, p. 113-8, 2008.

NEMR K, LEHN CN, SANCHEZ RF. Voz em Câncer de Cabeça e Pescoço. In: MARCHESAN IQ, SILVA HJ, TOMÉ MC. *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. 1. ed.[Reimp.]. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 178.

OLIVEIRA FR, NASCIMENTO CMB. NASF – Bases Legais e Práticas Fonoaudiológicas. In: MARCHESAN IQ, SILVA HJ, TOMÉ MC. *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. 1. ed. [Reimp.]. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016. p. 799-805.

PENTEADO RZ, SERVILHA EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/ coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrb da Comum*, v.16, n.1, p. 107-16, 2004.

PUTNOKI DS, HARA F, OLIVEIRA G, BEHLAU M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*, v.15, n. 4, p. 485-90, 2010.

RECH RS, HUGO FN, SCHMIDT JG, GOULART BNG, HILGERT JB. Speech-language therapy offer and primary health care in Brazil: an analysis based on socioeconomic development. *CoDAS*, v. 31, n.1, 2019.

RIO DE JANEIRO (RJ). RESOLUÇÃO SMA nº 1104 de 23 de junho de 2003. Programa de Saúde Vocal dos Professores da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em <http://leismunicipa.is/otqju>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ROY N, MERRILL RM, THIBEAULT S, GRAY SD, SMITH EM. Voice disorders in teachers and the general population: effects on work performance, attendance, and future career choices. *J Speech Lang Hear Res*, v. 47, n. 3, p. 542-51, 2004.

SANTOS JN, RODRIGUES ALV, SILVA AFG, MATOS EF, JERÔNIMO NS, TEIXEIRA LC. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. *Rev Soc Bras Fonoaudio*, v. 17, n. 3, p. 333-39, 2012.

SANTOS RV, PENNA CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*, v. 18, N. 4, p. 652-60, 2009.

SÃO PAULO (SP). Lei Nº 13.778 de 11 de fevereiro de 2004. Programa Municipal de Saúde Vocal do Professor da Rede Municipal de Ensino. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13778-de-11-de-fevereiro-de-2004>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SARACENI V, LEAL MC, HARTZ ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev.Bras. Saúde Mater. Infant*, v. 5, n. 3, p. 263-73, 2005.

SBF<sup>a</sup> – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Manual de sugestões e condutas para realização da Campanha da Voz 2014 [homepage da Internet]. Brasília: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/campanhadavoz/#:~:text=Anualmente%2C%20em%2016%20de%20abril,Estados%20Unidos%2C%20Europa%20e%20%C3%81sia>. Acesso em: 22 jul. 2021.

SBF<sup>ab</sup> – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Histórico da campanha. [homepage da Internet]. Brasília: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/campanhadavoz/#:~:text=Anualmente%2C%20em%2016%20de%20abril,Estados%20Unidos%2C%20Europa%20e%20%C3%81sia>. Acesso em: 22 jul. 2021.

SCHOLZE AS, DUARTE JUNIOR CF, FLORES E SILVA Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity?. *Interface - Comunic., Saude, Educ*, v.13, n.31, p.303-14, 2009.

SILVA EGF, DORNELAS R, FREITAS MCR, FERREIRA LP. Pacientes com câncer de laringe no Nordeste: intervenção cirúrgica e reabilitação fonoaudiológica. Rev. CEFAC, v. 18, n. 1, p. 151-7, 2016.

SOLEMAN C, MARTINS CL. O trabalho do fonoaudiólogo no núcleo de apoio à saúde da família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. Rev. CEFAC, v. 17, n. 4, p. 1241-53, 2015.

SOUZA TS, MEDINA MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. Saúde debate, v. 42, n. 2, p. 145-58, 2018.

SPINA AL, MAUNSELL R, SANDALO K, GUSMÃO R, CRESPO A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. Rev Bras Otorrinolaringol, v. 75, n. 2, p. 275-9, 2009.

SVEC JG, BEHLAU M. Editorial: April 16th: The World Voice Day. Folia Phoniatr Logop., v.53, n.2, p.53–4, 2007.

TABNET. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nirj.def>. Acesso em: 21 jul. 2021.

TRIVIÑOS ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAN STAN JH, ROY N, AWAN S, STEMPLER J, HILLMAN RE. A taxonomy of voice therapy. Am J Speech Lang Pathol, v.24, N. 2, p. 101-25, 2015.

VIEGAS LHT, MEIRA TC, SANTOS BS, MISE YF, ARCE VAR, FERRITE S. Fonoaudiologia na Atenção Básica no Brasil: análise da oferta e estimativa do déficit, 2005-2015. Rev. CEFAC, v. 20, n. 3, p. 353-62, 2018.

XAVIER IALN, SANTOS ACO, SILVA DM. Saúde vocal do professor: intervenção fonoaudiológica na atenção primária à saúde. Rev. CEFAC, v. 15, n. 4, p. 976-85, 2013.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? / The WHOQOL Group. World Health Forum, v.17, n. 4, p. 354-356, 1996.

ZANIN LE, ALBUQUERQUE IMN, MELO DH. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte. Rev. CEFAC, v. 17, n. 5, p. 1674-88, 2015.

**APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilmo Sr. Prof. Dr.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *Saúde Vocal na APS: possibilidades e desafios pela ótica do Matriciamento em Fonoaudiologia* a ser realizada no *Centro Saúde Escola São Francisco de Assis*, pela aluna do mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde *Carolina Farah Paes*, sob orientação do *Prof. Dr Roberto José Leal*, com o objetivo de *construir uma abordagem na perspectiva dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família para a promoção da saúde vocal dos usuários do SUS*, necessitando portanto, ter acesso aos profissionais de saúde da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Direção, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Carolina Farah Paes**  
**Pesquisadora Responsável pelo Projeto**

Concordamos com a solicitação       Não concordamos com a solicitação

---

**Diretor HESFA/UFRJ**

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: Saúde Vocal na APS: possibilidades e desafios pela ótica do Matriciamento em Fonoaudiologia, que tem como objetivo construir uma abordagem na perspectiva dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família para a promoção da saúde vocal dos usuários do SUS.

A pesquisa terá duração de 1 ano, com o término previsto para dezembro de 2020.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em entrevista semiestruturada individual e em grupo para discussão do tema em questão. Será utilizado um gravador de áudio para registro das informações.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicará o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliará, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

O risco relacionado a sua participação nesta pesquisa diz respeito à possibilidade de desconforto ou receio de julgamento de valor de suas ideias e práticas nas entrevistas.

Os benefícios relacionados a sua participação nesta pesquisa dizem respeito às informações que o(a) Sr(a) fornecerá, pois serão úteis para problematizar o manejo da saúde vocal na Atenção Primária à Saúde, refletir suas práticas sobre a detecção e os fatores de risco para alterações vocais e inserir em suas rotinas o cuidado com a saúde vocal de um indivíduo e as possíveis orientações e/ou encaminhamentos que podem ser realizados para a população adscrita.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de

forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

---

Carolina Farah Paes

Pesquisador responsável

E-mail: cfarahpaes@gmail.com Cel: (21) 96415- 1804

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-3938-0962

E-mail: [cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com)/[cepeeanhesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeanhesfa@eean.ufrj.br)

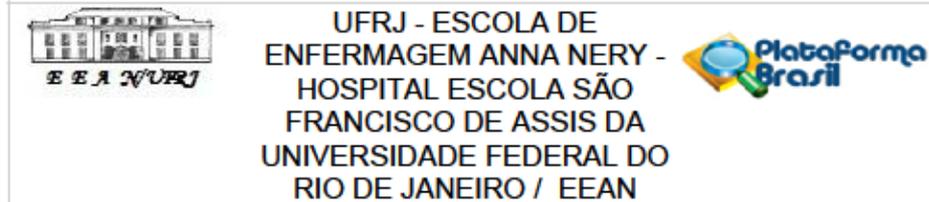
Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura do(a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Saúde Vocal na APS: possibilidades e desafios pela ótica do Matriciamento em Fonoaudiologia

**Pesquisador:** CAROLINA FARAH PAES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30784820.2.0000.5238

**Instituição Proponente:** Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.046.955

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de fonoaudiologia, que versa sobre a percepção dos profissionais de saúde atuantes na APS sobre saúde vocal em atendimento às pendências deste CEP.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos descritos no projeto:

"Objetivo geral: construir uma abordagem na perspectiva dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família para a promoção da saúde vocal dos usuários do SUS.

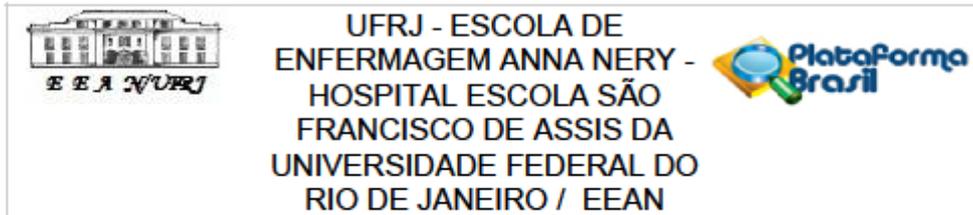
objetivos específicos:

- 1- Identificar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família sobre saúde vocal;
- 2- Verificar se os profissionais de saúde identificam uma possível alteração vocal do usuário que é acolhido;

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta riscos e benefícios nos documentos, conforme solicitado no parecer.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhista@eean.uff.br



Continuação do Parecer: 4.046.955

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa atende às normativas éticas brasileiras.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram adequados de acordo com as pendências do parecer,

**Recomendações:**

Propiciar ambiente acolhedor na coleta de dados, de modo a preservar o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Verificação de pendência:

1) Descrever riscos e benefícios no projeto de pesquisa e no TCLE - atendido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 468/12 do CNS/MS APROVOU O PROTOCOLO DE PESQUISA APÓS ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIA ad referendum em 25 de maio de 2020. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1520299.pdf	15/05/2020 17:56:29		Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasCarolinaFarah.doc	15/05/2020 17:18:24	CAROLINA FARAH PAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCarolinaFarahPaesmodificado.doc	15/05/2020 17:14:15	CAROLINA FARAH PAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECarolinaFarahPaesModificado.doc	15/05/2020 17:12:46	CAROLINA FARAH PAES	Aceito
Orçamento	OrcamentoCarolinaFarahPaes2.doc	15/04/2020 20:19:34	CAROLINA FARAH PAES	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

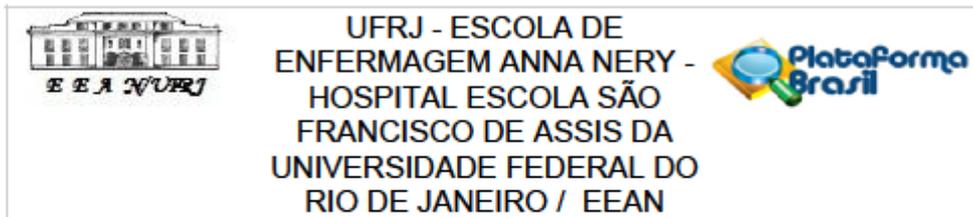
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesa@eean.utfj.br



Continuação do Parecer: 4.046.955

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaDeAnuenciaCarolinaFarah2.doc	15/04/2020 20:18:01	CAROLINA FARAH PAES	Aceito
Cronograma	CronogramaCarolinaFarahPaes2.doc	15/04/2020 20:17:30	CAROLINA FARAH PAES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoCarolinaFarahPaes2.doc	15/04/2020 20:16:45	CAROLINA FARAH PAES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Maio de 2020

---

**Assinado por:**  
**Maria Angélica Peres**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepeeanhesta@eean.ufrj.br