



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

LARISSA HELLEN TEIXEIRA VIÉGAS

**OFERTA DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA
E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Salvador

2017

LARISSA HELLEN TEIXEIRA VIÉGAS

**OFERTA DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA
E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fonoaudiologia, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Dra. Silvia Ferrite

Coorientadora: Ms. Tatiane Meira

Salvador

2017

SUMÁRIO

Apresentação.....	3
Folha de Identificação.....	4
Resumo	5
Abstract.....	6
Introdução	7
Métodos.....	10
Resultados	13
Discussão	15
Conclusão.....	23
Referências.....	31
Anexo I - Parecer Consubstanciado do CEP.....	34
Anexo II - Instruções aos autores: Revista Brasileira de Epidemiologia.....	40
Anexo III – Projeto de Pesquisa.....	46

APRESENTAÇÃO

Gratidão é a palavra que caracteriza o percurso da minha graduação. Obtive o privilégio de desde o início da minha trajetória, me relacionar com pessoas que incentivaram o meu crescimento pessoal e profissional; e, influenciaram na modificação do meu posicionamento perante a sociedade.

Literalmente, fui adotada pela professora Silvia Ferrite - docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia e colaboradora do Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador (PISAT) - pessoa que ilustra para mim, a figura materna dentro da instituição acadêmica; e, a fonoaudióloga Tatiane Meira, companheira, mentora, exemplo de profissional que motiva os estudantes.

Desde então, venho desenvolvendo atividades acadêmicas que incluíram desde o envolvimento em projetos de pesquisa de Iniciação Científica, participação e apresentação de trabalhos científicos em congressos e participação do programa Ciências sem Fronteiras, para estudo e aprimoramento técnico-científico no exterior.

O conhecimento adquirido durante todo este trajeto possibilitou o melhor aproveitamento das atividades realizadas, o amadurecimento pessoal-profissional, motivação para confrontar novos desafios e a oportunidade de compartilhar o aprendizado até então obtidos com outros estudantes.

Uma das parcerias realizadas durante este período é o projeto que abaixo apresento, uma parceria entre o departamento de Fonoaudiologia da UFBA e o Instituto de Saúde Coletiva. Este estudo se encontra vinculado a um projeto maior, que tem como objetivo gerar evidências da disponibilidade de fonoaudiólogos no Sistema Único de Saúde, em especial, na atenção básica; fornecendo subsídios e suporte para implementação de políticas e ações que venham fortalecer a Fonoaudiologia no serviço público no país.

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

Oferta da Fonoaudiologia na atenção básica e a Estratégia Saúde da Família no Brasil
Provision of Speech, Language and Hearing professionals in the primary health care and the Family Health Strategy in Brazil

Título resumido: Oferta da Fonoaudiologia na atenção básica no Brasil

Running head: Provision of SLH in primary health care in Brazil

Larissa Hellen Teixeira Viégas^I, Tatiane Costa Meira^{II}, Brenda Sousa Santos^I
Yukari Figueroa Mise^{II}, Stela Maris Aguiar Lemos^{III}, Vladimir Andrei Rodrigues Arce^I
Silvia Ferrite^{I,II}

^IDepartamento de Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia - Salvador (BA), Brasil.

^{II}Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia – Salvador (BA), Brasil.

^{III}Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor Correspondente: Silvia Ferrite. Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Fonoaudiologia/UFBA. Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, CEP: 40.110-902, Salvador (BA), Brasil. E-mail: ferrite@ufba.br

Conflitos de Interesse: nada a declarar

Fonte de Financiamento: Larissa Hellen Teixeira Viégas é bolsista de graduação pelo Pibic/CNPq (nº do processo 122275/2016-0).

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Protocolo nº 027-16; parecer nº 1.659.113).

Contribuição dos autores: *LHTV, TCM e SF* foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo. *LHTV, TCM, BSS, YFM e SF* realizaram a coleta, tratamento e análise dos dados; *LHTV, TCM, BSS, YFM, SMAL, VARA e SF* trabalharam na interpretação dos dados, na redação do artigo, revisaram e aprovaram a versão final a ser publicada. *LHTV* desenvolveu o projeto sob orientação de *SF* e coorientação de *TCM*.

RESUMO

Objetivo: Investigar a evolução da oferta da Fonoaudiologia na Atenção Básica e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, no período de 2005-2015. **Métodos:** Estudo ecológico misto, em que as unidades de observação foram as Unidades da Federação. Foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde e do Sistema de Informação da Atenção Básica. Foi realizada a análise descritiva da evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na AB, por UF e região, para cada ano do período. Foi estimada a razão de fonoaudiólogos na AB por 100.000 habitantes, verificando-se a correlação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família. **Resultados:** Em 2005 havia 1.717 fonoaudiólogos na Atenção Básica, correspondendo à oferta de um profissional por 100.000 habitantes no País. Em 2015, havia 4.124 fonoaudiólogos, elevando a oferta para 2,1/100.000. Foi verificada correlação entre este crescimento e a cobertura da ESF, em 2015. Em todo o período a oferta foi maior no Sudeste e menor no Norte do País. Piauí, Paraíba e Minas Gerais tinham mais de três fonoaudiólogos na Atenção Básica para cada 100.000 habitantes em 2015, enquanto Amazonas, Tocantins e Distrito Federal tinham menos de um. **Conclusão:** Os resultados sugerem um processo de consolidação da inserção do fonoaudiólogo na Atenção Básica, ainda caracterizado por uma oferta insuficiente e desigual no território nacional. Há uma aparente relação entre o crescimento da oferta da Fonoaudiologia na Atenção Básica em Saúde e a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Fonoaudiologia; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To investigate the evolution of the Speech, Language and Hearing professionals offering and its relation with the Family Health Strategy coverage in Brazil, during the period 2005-2015. **Methods:** Mixed ecological study, in which the units of observation were the Federal Units. Data from the National Register of Health Establishments and the Basic Care Information System were used. A descriptive analysis was performed on the evolution of the number of speech therapists working in Primary Health Care, by Federal Units and regions, for each year of the period. The ratio of Speech, Language and Hearing professionals in Primary Health Care per 100,000 inhabitants was estimated, and the correlation was verified with Family Health Strategy coverage. **Results:** In 2005 there were 1,717 Speech, Language and Hearing professionals in Primary Health Care, corresponding to the offer of one professional per 100,000 inhabitants in the country. By 2015, there were 4,244 Speech, Language and Hearing professionals, raising the offer to 2.1 / 100,000. There was a correlation between this growth and the coverage of the Family Health Strategy in 2015. During the whole period, the offer was higher in the Southeast and lower in the North of the Country. Piauí, Paraíba and Minas Gerais had more than three Speech, Language and Hearing professionals in Primary Health Care for every 100,000 inhabitants in 2015, while Amazonas, Tocantins and Distrito Federal had less than one. **Conclusion:** The results suggest a process of consolidation of the insertion of the Speech, Language and Hearing professionals in Primary Health Care, still characterized by an insufficient and unequal supply in the national territory. There is an apparent relationship between the growth of the Speech, Language and Hearing professionals offer in Primary Health Care and the coverage of the Family Health Strategy.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Health Services Accessibility; Unified Health System; Primary Health Care; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, baseado na concepção ampla de saúde e nos princípios que visam assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações em saúde, promoveu movimentos de reflexão e mudanças no processo de trabalho realizado por diversos profissionais^(1,2). A Fonoaudiologia, profissão que historicamente teve suas práticas marcadas pela ideologia assistencialista, vem ampliando suas ações na direção de uma abordagem coletiva, social e preventiva⁽²⁾.

A atuação de fonoaudiólogos nos centros de saúde se iniciou desde a década de 1970, na cidade de São Paulo⁽³⁾. Porém, os primeiros concursos públicos com o objetivo de contratar fonoaudiólogos para atuar na atenção primária em saúde, ocorreram apenas em 1989, após a criação do SUS, na região Sudeste⁽⁴⁾. No entanto, o desconhecimento do novo sistema de saúde e das possibilidades de atuação do profissional além da intervenção clínica, dificultou a sua inserção nas ações da atenção básica (AB), resultando em certo isolamento^(4,5).

Diante destas questões, no início da década de 1990 surgiram discussões que apontavam a necessidade de revisão dos currículos de Fonoaudiologia no País visando adequá-los ao avanço da profissão e às mudanças decorrentes da criação do SUS. No entanto, apenas em fevereiro de 2002, as discussões culminaram na reorientação das práticas da profissão, na reforma curricular dos cursos de graduação e no progressivo fortalecimento da inserção do profissional na AB em saúde⁽⁶⁾.

O objetivo da AB em saúde é oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura do cuidado em saúde para níveis mais complexos, bem como implementar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com este objetivo, têm sido implementadas diversas estratégias que visam à organização da AB e ao repasse de recursos⁽⁷⁾

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das estratégias governamentais que visam à reestruturação da AB no País de acordo com os preceitos do SUS^(7,8). O Ministério da Saúde a considera uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB. Além disso, promove a ampliação da resolutividade e do impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, estabelece o acesso da comunidade à equipe multidisciplinar e propicia boa relação custo-efetividade⁽⁸⁾. Implantada em 1994, a ESF alcançou 53,1% de cobertura em 2012⁽⁹⁾.

O fonoaudiólogo oficialmente foi inserido na ESF após a promulgação da portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que estabelece a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁽¹⁰⁾. De acordo com as diretrizes que fundamentam este programa, o fonoaudiólogo não é profissional obrigatório na composição da equipe mínima, no entanto está entre os profissionais que podem constituí-la. Nesse espaço, o profissional deve priorizar ações que enfoquem o coletivo, visando o resgate da cidadania e a integração da comunidade; não excluindo, no entanto, ações individuais com enfoque terapêutico em alguns casos⁽¹¹⁾.

Dentre as principais atribuições dos profissionais que compõem o NASF, destaca-se a territorialização, o apoio matricial, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças de acordo com as necessidades identificadas na comunidade, divulgação e registro das ações, reabilitação e integralidade da atenção à saúde^(10,12).

Nos últimos anos, na área de Fonoaudiologia, houve uma ressignificação de concepções e a adoção de metodologias de intervenção no campo da promoção da saúde e da prevenção. Todavia, a oferta da assistência fonoaudiológica no SUS ainda é insuficiente frente a uma demanda crescente⁽²⁾. De acordo com Lessa & Miranda o parâmetro da necessidade de fonoaudiólogos na AB seria de um fonoaudiólogo para cada 10.000 habitantes⁽¹³⁾. Entretanto, com base neste e em outro parâmetro, estudos identificaram déficit na quantidade de fonoaudiólogos que atuavam no SUS^(14,15,16).

Conhecer a evolução do número de profissionais que atuam na porta de entrada do sistema de saúde pode contribuir com o conhecimento sobre a oferta da Fonoaudiologia na AB, identificando possíveis diferenças regionais. Além disso, é importante compreender como as mudanças na política de saúde do Brasil, em especial a implantação da Estratégia Saúde da Família, se relacionam com a ampliação da assistência fonoaudiológica no País e se existem localidades onde essa relação pode ter seguido um padrão alternativo.

No âmbito da saúde, a oferta está relacionada à disponibilidade de serviços, recursos humanos e outros produtos nos estabelecimentos públicos. Pode também ser compreendida como um aspecto que intervém na relação entre os indivíduos e os serviços⁽¹⁷⁾.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi investigar a evolução da oferta da Fonoaudiologia na AB no SUS e também sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, no período de 2005 a 2015, verificando possíveis desigualdades regionais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico misto, em que as unidades de observação foram localidades geográficas: todas as Unidades da Federação (UF) e as grandes regiões do Brasil, para as quais foram verificadas a evolução do número de fonoaudiólogos atuando na AB e a evolução da cobertura da ESF, para cada ano calendário do período 2005-2015.

Foram utilizados dados secundários, de domínio público, provenientes de três fontes, para cada UF e ano calendário em análise. Do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram coletados dados sobre os profissionais considerando-se a ocupação de fonoaudiólogo e a lotação na AB. Do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram coletados os dados sobre a população, obtidos via Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB). Neste mesmo portal, foram obtidos os dados de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

A coleta de dados no CNES foi conduzida via TABNET, entre agosto e novembro de 2016. Em “Recursos Humanos/Ocupações”, foi selecionada a opção “ocupação” e então, “fonoaudiólogo”. Para obtenção de dados referentes ao período de 2005 (primeiro ano com dados disponíveis) a 2015, foram selecionados os parâmetros:

Linha	Regiões/unidade
Coluna	Ano/mês competência
Conteúdo	Atende ao SUS
Período (mês/ano)	Ago ¹ /2005; e Julho (2006–2015)
Tipo de Estabelecimento	Academia de Saúde; Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; Centro de Apoio a Saúde da Família; Posto de Saúde; Unidade de Saúde da Família e Unidade de Atenção à Saúde Indígena
Ocupação de nível superior e em geral	Fonoaudiólogo

Figura 1. Parâmetros para pesquisa do número de profissionais no CNES

¹Primeiro mês com dados disponíveis

A seleção dos tipos de estabelecimentos foi definida pela clara vinculação com a AB, não sendo consideradas, portanto, as unidades mistas e os centros de especialidades. As principais variáveis investigadas neste estudo foram o número de fonoaudiólogos na AB e o percentual de cobertura da estratégia de saúde da família, de acordo com as UF, regiões, ano calendário e o tipo da unidade de lotação do fonoaudiólogo. Foram considerados todos os fonoaudiólogos lotados em qualquer dos estabelecimentos de saúde que compõem a rede de AB.

Após a coleta de dados, primeiramente, foi realizada a análise descritiva da evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na AB, por UF e região, para cada ano do período 2005-2015. Foi estimada a variação percentual (VP) do número de fonoaudiólogos na AB no Brasil, entre 2005 e 2015, por meio do cálculo: $(n_{\text{fono}_{2015}} - n_{\text{fono}_{2005}}) / n_{\text{fono}_{2005}} \times 100$, onde “nfono” representa o número de fonoaudiólogos na AB no ano de referência. Como medida relativa, foi estimada a razão de fonoaudiólogos na AB por 100.000 habitantes, por meio do cálculo: $(n_{\text{fono}} / \text{pop}) \times 100.000$, onde “pop” representa a população da UF ou região geográfica em 2005, 2010 e 2015. Foi também estimada a variação desta razão no período 2005-2015, por meio do cálculo: $(r_{\text{fono}_{2015}} - r_{\text{fono}_{2005}}) / r_{\text{fono}_{2005}} \times 100$, onde “rfono” representa a razão de fonoaudiólogos na AB em relação à população residente no ano de referência. Foram elaborados rankings desta razão por UF, para os anos de 2005, 2010 e 2015. Adicionalmente foi analisada a distribuição dos profissionais de acordo com os estabelecimentos de saúde da AB.

Para estimar o coeficiente de correlação entre a proporção de cobertura da ESF e a razão de fonoaudiólogos por 100.000 habitantes, foram inicialmente verificadas as distribuições das duas variáveis para cada ano em análise (2005, 2010, 2015), utilizando-se o Teste Shapiro-Wilk. Quando ambas as variáveis atenderam ao pressuposto da distribuição normal, a medida foi estimada por meio do coeficiente de correlação linear

de Pearson. Quando não atendido esse pressuposto, a medida foi estimada por meio do coeficiente de correlação de Spearman.

Foram classificadas a direção da correlação (positiva ou negativa) e a sua magnitude, considerando-se o grau de correlação entre as duas variáveis segundo a classificação: correlação nula = 0; fraca = 0-0,29; moderada = 0,30-0,59; forte = 0,60-0,89; muito forte = 0,90-0,99; perfeita = 1,0⁽¹⁸⁾. O nível de significância foi estabelecido em 0,05. Para análise dos dados, foi utilizado o programa SAS 9.4, e para construção dos mapas foi utilizado o programa TabWin, disponível no DATASUS.

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos, seguindo as recomendações da Resolução CNS nº 466/12. Embora as bases de dados sejam de domínio público, o CNES fornece acesso à identificação dos profissionais registrados. Foram respeitadas a confidencialidade e o anonimato dos profissionais. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Protocolo nº 027-16; parecer nº 1.659.113).

RESULTADOS

No Brasil, havia 1.717 fonoaudiólogos registrados no CNES em estabelecimentos da AB em 2005, com aumento para 4.124, em 2015 (Tabela 1), sendo assim estimada VP de 140,2%. Entre 2005 e 2015, foi constante a observação de um maior número de profissionais na região Sudeste e menor na região Norte, verificando-se o maior aumento absoluto do número de fonoaudiólogos (800%) para a região Nordeste.

Considerando-se as regiões geográficas, em 2005, havia 1.184 fonoaudiólogos registrados na AB na região Sudeste, enquanto na região Norte havia apenas 25. Especificamente para as UF, São Paulo (n=708), Rio de Janeiro (n=233) e Minas Gerais (n=209) tinham o maior número de fonoaudiólogos registrados na AB. Por sua vez, havia apenas um fonoaudiólogo registrado na AB no Amazonas e Maranhão, destacando-se ainda que em Sergipe e no Distrito Federal, não havia registro de fonoaudiólogos na AB em 2005 (Tabela 1).

Em 2015, o panorama para as regiões geográficas se manteve, e para as UF, o maior contingente de profissionais também foi observado em São Paulo (n=1.060), Minas Gerais (n=689) e Rio de Janeiro (n=276). Os menores contingentes, porém, foram observados no Acre e no Distrito Federal (n=10), em Roraima (n=9) e em Tocantins (n=8) (Tabela 1).

Na análise do número de fonoaudiólogos em relação à população, foi estimada a razão de um fonoaudiólogo na AB para cada 100.000 habitantes em 2005, e de 2,1/100.000 em 2015, em nível nacional (Tabela 2), representando uma variação de 119,5% (Figura 2).

A análise por regiões revelou que em 2005 o maior valor foi observado na região Sudeste (1,6/100.000) e o menor nas regiões Norte e Nordeste (0,2/100.000) (Figura 2).

Dentre as UF, São Paulo e Mato Grosso do Sul (1,8/100.000), Rio de Janeiro (1,6/100.000), Santa Catarina (1,5/100.000), Paraná (1,2/100.000) e Rio Grande do Sul (1,0/100.000) registraram os maiores valores, enquanto os demais estados obtiveram razão abaixo de 1,0 (Tabela 2).

Em 2015, o quadro regional se manteve, enquanto para as UF as maiores razões foram identificadas no Piauí e na Paraíba (4,0/100.000), e em Minas Gerais (3,5/100.000) (Figura 3). Por sua vez, os menores valores foram encontrados no Amazonas (0,7/100.000), no Tocantins (0,6/100.000) e no Distrito Federal (0,4/100.000) (Tabela 2).

Na análise dos estabelecimentos da AB de lotação dos fonoaudiólogos em 2005 no Brasil, foi verificado no CNES que 97,2% estavam registrados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), passando para 86,3% em 2015 (Tabela 4). Por sua vez, a lotação nos Centros de Apoio à Saúde da Família (CASF), inexistente em 2005, foi o estabelecimento de lotação de 10,7% em 2015, com especial concentração no Norte e no Nordeste. A lotação do fonoaudiólogo em Academias de Saúde (AS) foi observada em 2015, mas não em 2005 ou 2010.

Na análise da associação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a razão do número de fonoaudiólogos na AB para cada 100.000 habitantes no ano de 2005, verificou-se correlação de Spearman negativa, de grau fraco ($r = 0,211$), sem significância estatística ($p = 0,28$). Para o ano de 2010, estimou-se correlação linear de Pearson positiva, de grau fraco ($r = 0,007$), também sem significância estatística ($p=0,97$). Porém, em 2015, foi verificada correlação linear de Pearson positiva, de grau moderado ($r = 0,378$) e estaticamente significante ($p = 0,05$).

DISCUSSÃO

A oferta da Fonoaudiologia no SUS cresceu mais que o dobro em número de profissionais na rede de AB no Brasil, no período de 2005 a 2015, e o mesmo ocorreu quando analisada a oferta relativamente à população no País. Houve evidência da relação desta evolução com a cobertura da ESF, mas apenas para o final deste período. Foi também verificada que a oferta da Fonoaudiologia no SUS na AB é desigual entre as regiões do País, com maior oferta na região Sudeste e menor na região Norte durante todo o período. Em 2015, enquanto Piauí, Paraíba e Minas Gerais tinham mais de três fonoaudiólogos por 100.000 habitantes na rede de AB, Amazonas, Tocantins e Distrito Federal tinham menos de um.

O crescimento da oferta da fonoaudiologia no SUS também foi verificado por Miranda et. al (2015) que investigaram a evolução da assistência fonoaudiológica no SUS por quinquênios, no período 2000-2010, por meio da análise da quantidade e do valor pago por procedimentos, além do número de profissionais independente do nível de atenção. No período, foi constatado um crescimento de 118,8% no número de fonoaudiólogos no País⁽¹⁵⁾. No presente estudo, foi verificado que o crescimento do número de fonoaudiólogos na AB no período de 2005-2015 foi mais expressivo, 140,2%.

Especificamente em relação à oferta do fonoaudiólogo na AB considerando a população residente, o presente estudo identificou um aumento significativo de fonoaudiólogos no País e ainda mais evidente no Nordeste e Norte, porém ainda se observa intensa concentração desses profissionais na região Sudeste. O mesmo padrão foi verificado em um estudo realizado por Buarque et al. (2009) que caracterizou a oferta de fonoaudiólogos no SUS segundo as regiões brasileiras e constataram um maior déficit de profissionais na região Norte (60,89%) e Nordeste (50,65%) do País segundo os

parâmetros estabelecidos por Lessa & Miranda (2005)^(13,19). E também por Miranda et. al (2015) que identificaram o Sudeste, como a região com maior percentual de profissionais, e a região Norte, com o maior crescimento no período, verificando um déficit expressivo na oferta de profissionais no SUS e uma má distribuição da assistência fonoaudiológica no País⁽¹⁵⁾.

A desigualdade regional para o acesso aos serviços de saúde no País parece ser historicamente explicada pela disparidade no grau de desenvolvimento socioeconômico das regiões, ocasionado principalmente pela má distribuição de recursos financeiros entre as áreas geográficas do País. Apesar do aumento de incrementos de recursos federais alocados para saúde, especialmente para as regiões Norte e Nordeste, o acesso à saúde nessas regiões não alcança o mesmo patamar verificado para as regiões Sul e Sudeste do País^(20,21).

Apesar do aumento do número absoluto de profissionais, quando considerada a quantidade de fonoaudiólogos em relação ao número de habitantes, estimada no presente estudo por meio da razão fono/população, observou-se que este crescimento não é suficiente para garantir o acesso de toda população, tomando como referência o parâmetro de um fonoaudiólogo para cada 10.000 habitantes na AB⁽¹³⁾. Mesmo a maior oferta identificada em 2015, na Paraíba e no Piauí (4,0/100.000), não alcançou metade desta expectativa. Vale destacar, que considerando-se os seis estados com menor IDH em 2010 (Alagoas, Maranhão, Piauí, Pará, Paraíba e Bahia), o estudo verificou que apenas dois destes, encontravam-se entre as menores ofertas. Da mesma forma que verificamos que dentre os seis estados com maior IDH (Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul), apenas um estava entre aqueles que apresentaram melhores ofertas.

A correlação deste crescimento com a cobertura da ESF somente foi evidenciada ao serem analisados os dados de 2015. A ausência de estudos sobre a relação entre a ESF e a oferta da fonoaudiologia no SUS dificulta a comparação com a literatura. No entanto, relação semelhante foi observada em um estudo sobre a oferta da Odontologia, no estado de Santa Catarina, no qual os autores testaram associações entre indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores municipais socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos. Estes autores identificaram que a maior razão do número de profissionais de odontologia cadastrados no SUS em relação à população no âmbito da atenção básica, estava associado ao aumento da cobertura de consultas e procedimentos odontológicos e conseqüentemente, a diminuição dos procedimentos de exodontia ⁽²²⁾.

No presente estudo observa-se que em 2005 não houve alocação de profissionais nos NASF, uma vez que a política ainda não havia sido implementada. A partir de 2008, os resultados demonstram crescimento da oferta, porém não a ponto de atender as necessidades de saúde da população. Apenas em 2015, sete anos após a criação do NASF, o aumento do número de fonoaudiólogos passa a ser estatisticamente significativo, o que pode ser explicado em virtude das questões burocráticas nos municípios para implementação das mudanças, além da falta de estudos nos campos do Planejamento e da Epidemiologia que forneçam evidências sobre as necessidades e problemas de saúde da população.

A partir dos resultados, observa-se nos registros do CNES que o maior contingente de profissionais está alocado nas UBS. Este dado pode ser resultado de uma discreta subestimação do número de profissionais devido à qualidade do registro no sistema de informação; além disso, em virtude do processo de reorganização da atenção básica, muitas UBS funcionam como USF⁽²³⁾ e as equipes NASF podem ser vinculadas aos seguintes tipos de estabelecimentos: Centro de saúde/Unidade Básica, Unidade Mista,

Clínica/Centro De Especialidade, Centro De Apoio a Saúde da Família e Academia de Saúde^(24,25). Contudo, se as unidades mistas e Clínica/Centro De Especialidade fossem consideradas na análise, as estimativas tenderiam à superestimação, pois estas se caracterizam principalmente pelas ações no nível de atenção especializada, apesar de incluírem ações no nível da AB. Desta forma, é importante destacar que os profissionais que integram o NASF podem estar vinculados a diversos estabelecimentos da AB, não necessariamente nos CASF. Assim, a proporção de fonoaudiólogos no CASF não representa o contingente de profissionais da fonoaudiologia nos NASF.

A fraca associação entre as variáveis analisadas nesse estudo, especialmente, em 2005 e 2010, pode estar relacionada com o tamanho reduzido do conjunto das unidades de observação, composta pelas 27 Unidades da Federação, e pelas mudanças processuais inerentes à implantação da ESF. Além disso, ressalta-se que as associações entre os fenômenos da natureza e da sociedade, podem ser regidas pelo acaso ou por múltiplos fatores, na maioria das vezes, não obedecendo a um princípio de causa e efeito⁽²⁶⁾. Sendo assim, dificilmente uma única variável será capaz de explicar a inserção da Fonoaudiologia na atenção básica, pois podem existir outros fatores de natureza política, social, econômica e cultural que também podem contribuir para potencializar a inserção desse profissional na AB.

Apesar dos resultados produzidos demonstrarem um crescimento expressivo do número de fonoaudiólogos na AB, este parece ainda ser insuficiente para garantir a cobertura e acesso da população. Ademais, a mera disponibilidade de recursos humanos, serviços e equipamentos não garantem o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, em virtude da existência de barreiras geográficas, financeiras, culturais e informacionais que podem facilitar ou dificultar a capacidade dos usuários utilizarem o serviço⁽²⁷⁾.

Altos valores da variação do crescimento do número de fonoaudiólogos por UF podem estar relacionados a uma mudança no padrão da oferta desses profissionais, em que inicialmente não havia muitos profissionais registrados no CNES atuando na atenção básica em 2005, no entanto, ocorreu aumento dos registros nos anos posteriores, e conseqüentemente, implicou-se na melhora do quadro em 2015. Enquanto que os menores valores da variação do crescimento de profissionais em relação a população podem ser justificados por uma boa condição inicial que ainda se mantém em 2015.

A importância das ações envolvendo profissionais da Fonoaudiologia na atenção básica em saúde tem reconhecimento global. Como exemplo, na Austrália, alguns procedimentos fonoaudiológicos para triagem e cuidado contínuo com crianças nos primeiros anos de vida acontecem na atenção primária à saúde, o que permite tanto a potencialização do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças da comunidade, como a identificação e intervenção precoce de transtornos que podem acometê-los⁽²⁸⁾. Enquanto no Reino Unido, o fonoaudiólogo é um dos profissionais de saúde que pode ser liberado de suas atividades rotineiras dentro da atenção primária à saúde para fornecer intensivo suporte educacional e social para aqueles que mais precisam^(29,30).

Esses relatos demonstram, em parte, o ônus da pouca oferta (por vezes ausência) do fonoaudiólogo na AB. Em especial no Brasil, visto que o SUS tem a Atenção Básica como uma das portas de entrada do serviço público e espaço em que deveriam ocorrer ações que promovessem atenção longitudinal à saúde da população. O fonoaudiólogo inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família compartilha suas práticas e saberes de saúde, que auxiliará no planejamento de ações que enfoquem o individual, e especialmente o coletivo, atuando na perspectiva da clínica ampliada⁽³¹⁾.

A desvantagem estabelecida pela ausência do fonoaudiólogo no NASF esbarra na eficácia de uma das propostas mais promissora de acesso à saúde, a Atenção Integral à Saúde. A atuação da Fonoaudiologia é bastante ampla e utiliza de distintos recursos para prevenir os processos de adoecimento e cuidar da reabilitação dos indivíduos, porém é no espaço do NASF que o fonoaudiólogo encontrará seu maior campo de atuação, com a possibilidade de organizar suas práticas em bases territoriais definidas a partir do conhecimento das necessidades de saúde da população e de perfis epidemiológicos específicos⁽³¹⁾.

Embora a prática em si e o modelo de atenção à saúde não sejam objeto deste estudo, ressalta-se que diversos estudos apontam, ainda, certo privilégio de práticas centradas na doença, no indivíduo e na reabilitação/tratamento no contexto do NASF, apesar de desenvolvidas numa perspectiva mais ampliada, em detrimento de práticas coletivas^(32, 33).

As mudanças nas diretrizes curriculares do curso de graduação em Fonoaudiologia, em 2002, e a implementação de políticas públicas de saúde que abrangem o escopo das ações fonoaudiológicas, a exemplo da Política Nacional de Saúde Auditiva, Programa Saúde na Escola, Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, representaram importante movimento para o processo de inserção destes profissionais na AB. Entretanto, a desigualdade na oferta verificada ainda em 2015 sugere que esse processo vem ocorrendo de forma diferenciada entre as regiões e UF no País.

Além disso, o aumento do número de fonoaudiólogos na AB parece estar vinculado à criação pelo Ministério da Saúde (MS), em 2008, do NASF, política que apresenta

como principal objetivo, o suporte a consolidação da AB no Brasil, colaborando para a ampliação da oferta de profissionais de saúde na rede de serviços, bem como para a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações em saúde⁽¹⁰⁾.

O NASF se configura como o principal meio de inserção do fonoaudiólogo na AB. E, em 2008, em virtude da mobilização da categoria, foram implementadas modificações na tabela de registro de procedimentos realizados por fonoaudiólogos na AB, o que favoreceu a visibilidade das ações fonoaudiológicas na atenção básica. Nas versões anteriores da tabela, só era possível o registro de procedimentos fonoaudiológicos no nível de média e alta complexidade⁽¹⁵⁾.

Estudos constataram que o número de fonoaudiólogos alocados no CASF tem ampliado expressivamente ao decorrer deste a implantação do NASF. Os autores ainda afirmam que o fonoaudiólogo poderia ser alocado em boa parte dos NASF em virtude dos altos índices epidemiológicos que os distúrbios da comunicação possuem e o seu impacto na qualidade de vida da população^(33,34).

O presente estudo apresenta limitações, como potenciais problemas de registro dos dados, que incluem a ausência de informações, bem como o registro incorreto de dados sobre os profissionais. Além disso, foram identificadas dificuldades de acesso a informações importantes, tendo como exemplo, o tipo de vínculo dos profissionais que atendem pelo SUS, que se encontram disponíveis apenas na versão antiga do CNES. Desse modo, sugere-se a inserção dessa variável no TABNET para favorecer futuras análises.

Outra limitação refere-se à incompatibilidade observada entre os diferentes sistemas de registros utilizados, por exemplo, censo demográfico utilizado pelo DAB e o fornecido pelo IBGE; diante dessa diferença encontrada no número de habitantes, este estudo

optou por adotar o dado fornecido pelo DAB, que corresponde ao tamanho populacional utilizado para estimar a cobertura da ESF.

Devido à carência de estudos em relação à oferta e práticas fonoaudiológicas na AB, não há clareza sobre as necessidades de saúde da população, portanto é provável que haja ainda invisibilidade dos problemas de saúde que estejam mais relacionados ao objeto de trabalho do fonoaudiólogo. Para superar esta barreira, pode-se investir na capacitação de profissionais fonoaudiólogos da AB para o desenvolvimento de análises de situação de saúde, com o objetivo de investigar a extensão dos problemas, fatores associados e determinantes no território.

CONCLUSÃO

Percebe-se uma tendência à consolidação da inserção do fonoaudiólogo na atenção básica, em processo, ainda caracterizada por uma oferta insuficiente. Esta oferta é desigual entre áreas geográficas no território nacional. Existe correlação entre a oferta da Fonoaudiologia na atenção básica e a ESF, com evidência observada em 2015, sete anos após o avanço da estratégia pela criação dos NASF.

Este projeto foi o primeiro estudo a investigar a oferta da Fonoaudiologia no SUS sob o ponto de vista da evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no País, através do uso de base de dados de domínio público, ainda pouco utilizados para gerar evidências em Fonoaudiologia. Os resultados apresentados evidenciam que o processo de crescimento do fonoaudiólogo na AB parece estar se consolidando, demonstrando que esse espaço se constitui como campo real de prática do profissional.

Espera-se que o conhecimento produzido forneça subsídios para implementação de políticas públicas, para a reflexão sobre a atuação do profissional na rede, resultando na ampliação da disponibilidade do fonoaudiólogo na Atenção Básica, e assim promovendo a integralidade do cuidado e potencializando o acesso à saúde. Como recomendação de novos estudos, acreditamos que a mesma análise poderá ser conduzida no nível municipal, agregando maior complexidade analítica, e assim promovendo maior compreensão do acesso à saúde em Fonoaudiologia no País e servindo como sustentação para mudanças positivas neste cenário.

Tabela 1. Número de Fonoaudiólogos na atenção básica entre 2005 e 2015.

Localidade	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	1.717	1.664	1.818	2.147	2.574	2.871	3.092	3.337	3.535	4.061	4.124
Norte	25	34	38	52	85	103	109	121	127	163	164
Rondônia	3	4	5	5	4	5	7	10	11	13	12
Acre	4	3	3	3	7	11	7	9	9	10	10
Amazonas	1	3	4	10	14	19	20	21	20	24	24
Roraima	2	2	2	2	2	2	2	2	1	9	9
Para	11	18	17	24	36	43	51	53	59	78	80
Amapá	2	0	3	4	17	18	17	23	21	22	21
Tocantins	2	4	4	4	5	5	5	3	6	7	8
Nordeste	117	143	167	249	355	473	564	675	784	1.004	1.053
Maranhão	1	4	10	28	43	54	70	82	90	106	125
Piauí	3	4	5	15	25	40	45	59	78	127	127
Ceara	33	32	28	59	88	105	112	135	143	162	170
Rio Grande do Norte	12	28	28	19	28	41	50	63	81	109	97
Paraíba	9	16	35	37	45	78	81	85	112	137	151
Pernambuco	44	40	39	52	74	91	125	141	156	179	181
Alagoas	2	5	5	12	11	15	18	24	19	30	33
Sergipe	0	0	0	5	4	3	7	8	18	25	26
Bahia	13	14	17	22	37	46	56	78	87	129	143
Sudeste	1.184	1.102	1.192	1.381	1.599	1.689	1.796	1.889	1.921	2.113	2.101
Minas Gerais	209	217	257	304	381	427	495	539	557	695	689
Espirito Santo	34	36	44	52	73	66	68	68	71	79	76
Rio de Janeiro	233	225	258	270	273	260	277	277	288	276	276
São Paulo	708	624	633	755	872	936	956	1.005	1.005	1.063	1.060
Sul	306	297	330	358	397	442	463	501	541	556	567
Paraná	119	115	119	130	147	155	161	178	199	231	231
Santa Catarina	85	84	99	106	101	100	104	116	125	141	151
Rio Grande do Sul	102	98	112	122	149	187	198	207	217	184	185
Centro Oeste	85	88	91	107	138	164	160	151	162	225	239
Mato Grosso do Sul	39	42	44	43	52	60	56	54	55	70	70
Mato Grosso	10	12	12	6	15	20	20	18	22	25	28
Goiás	36	34	34	57	71	81	79	73	79	121	131
Distrito Federal	0	0	1	1	0	3	5	6	6	9	10

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, 2005-2015.

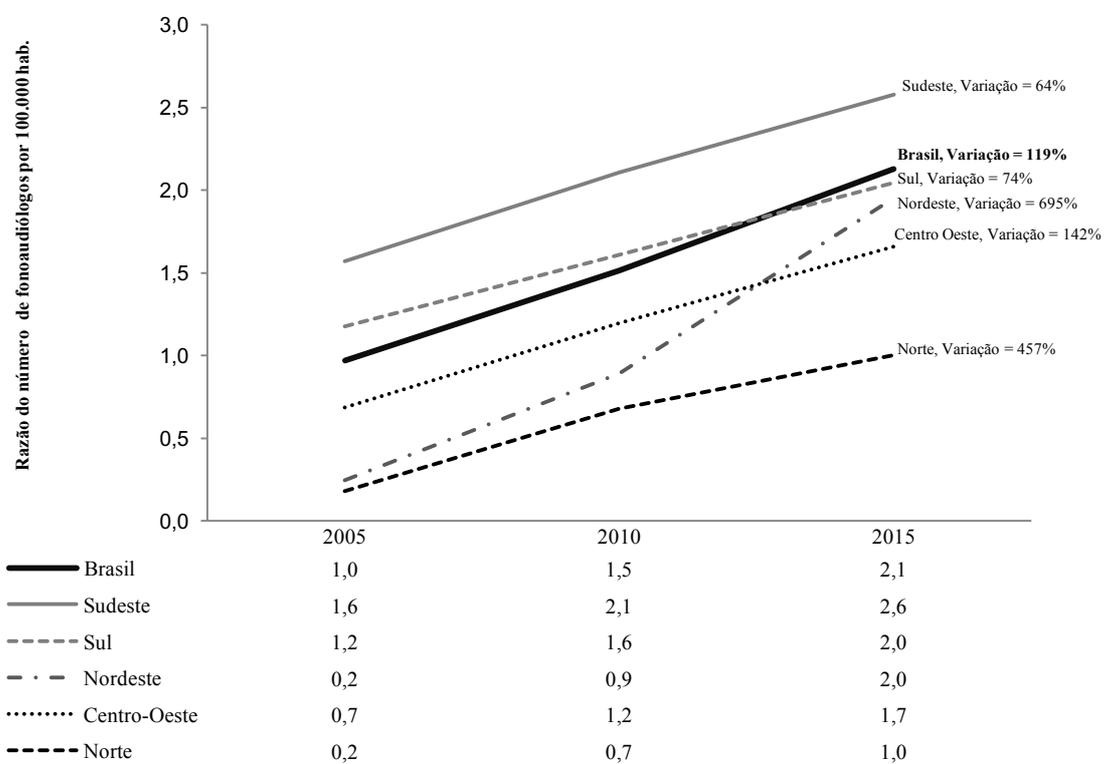


Figura 2. Razão do número de fonoaudiólogos no Brasil por região geográfica e variação, 2005-2015.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2005-2015.

Tabela 2. Razão do número de fonoaudiólogos por região geográfica e Unidade da Federação e a variação, 2005-2015.

Localidades Geográficas	2005			2010			2015			Variação (%)
	NFono	População	Fono na AB/100.000 hab.	NFono	População	Fono na AB/100.000 hab.	NFono	População	Fono na AB/100.000 hab.	
Brasil	1.717	177.243.280	1,0	2.871	189.701.259	1,5	4.124	193.976.530	2,1	119,5
Norte	25	13.880.240	0,2	103	15.195.860	0,7	164	16.347.807	1,0	457,0
Rondônia	3	1.474.453	0,2	5	1.493.566	0,3	12	1.590.011	0,8	270,9
Acre	4	607.839	0,7	11	680.073	1,6	10	758.786	1,3	100,3
Amazonas	1	3.034.159	0,0	19	3.341.096	0,6	24	3.590.985	0,7	1.927,9
Roraima	2	360.529	0,6	2	412.783	0,5	9	469.524	1,9	245,5
Para	11	6.615.158	0,2	43	7.374.669	0,6	80	7.822.205	1,0	515,0
Amapá	2	537.247	0,4	18	613.164	2,9	21	698.602	3,0	707,5
Tocantins	2	1.250.855	0,2	5	1.280.509	0,4	8	1.417.694	0,6	252,9
Nordeste	122	49.651.734	0,2	473	53.115.026	0,9	1.053	53.907.144	2,0	695,0
Maranhão	1	5.926.408	0,0	54	6.305.539	0,9	125	6.714.314	1,9	10.933,2
Piauí	3	2.945.444	0,1	40	3.119.697	1,3	127	3.160.748	4,0	3845,0
Ceara	33	7.764.638	0,4	105	8.451.359	1,2	170	8.606.005	2,0	364,8
Rio Grande do Norte	12	2.904.932	0,4	41	3.106.430	1,3	97	3.228.198	3,0	627,4
Paraíba	9	3.532.620	0,3	78	3.742.606	2,1	151	3.815.171	4,0	1.453,5
Pernambuco	44	8.182.842	0,5	91	8.757.198	1,0	181	8.931.028	2,0	276,9
Alagoas	2	2.923.524	0,1	15	3.127.557	0,5	33	3.165.472	1,0	1.423,9
Sergipe ¹	5	2.012.710	0,2	3	1.999.374	0,2	26	2.110.867	1,2	395,8
Bahia	13	13.458.616	0,1	46	14.505.266	0,3	143	14.175.341	1,0	944,4
Sudeste	1.184	75.410.800	1,6	1.689	80.193.204	2,1	2.101	81.565.983	2,6	64,1
Minas Gerais	209	18.565.096	1,1	427	19.852.798	2,2	689	19.855.332	3,5	208,2
Espirito Santo	34	3.251.862	1,0	66	3.453.648	1,9	76	3.578.067	2,1	103,2
Rio de Janeiro	233	14.880.236	1,6	260	15.873.973	1,6	276	16.231.365	1,7	8,6
São Paulo	708	38.713.606	1,8	936	41.012.785	2,3	1.060	41.901.219	2,5	38,3
Sul	306	26.054.247	1,2	442	27.499.861	1,6	567	27.731.644	2,0	74,1
Paraná	119	9.923.007	1,2	155	10.591.436	1,5	231	10.577.755	2,2	82,1
Santa Catarina	85	5.610.207	1,5	100	6.052.587	1,7	151	6.383.286	2,4	56,1

Rio Grande do Sul	102	10.521.033	1,0	187	10.855.838	1,7	185	10.770.603	1,7	77,2
Centro Oeste	86	12.571.352	0,7	164	13.697.308	1,2	239	14.423.952	1,7	142,2
Mato Grosso do Sul	39	2.184.269	1,8	60	2.336.058	2,6	70	2.505.088	2,8	56,5
Mato Grosso	10	2.682.553	0,4	20	2.957.732	0,7	28	3.115.336	0,9	141,1
Goiás	36	5.319.532	0,7	81	5.845.146	1,4	131	6.154.996	2,1	214,5
Distrito Federal ¹	1	2.384.998	0,0	3	2.558.372	0,1	10	2.648.532	0,4	800,5

¹Cálculo se iniciou em anos distintos, em virtude da ausência de registro para o número de fonoaudiólogos em 2005.

Legenda: NFono – número de fonoaudiólogos; AB - Atenção Básica em saúde; Hab. - habitantes

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2005-2015.

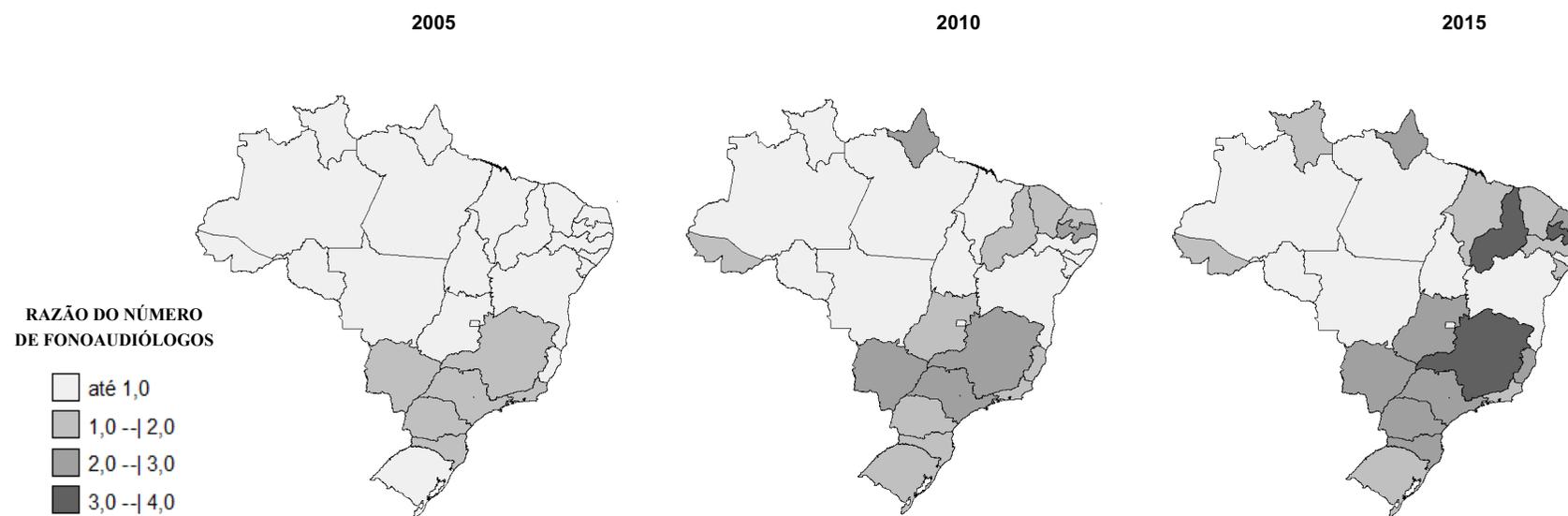


Figura 3. Mapa da razão do número de fonoaudiólogos na Atenção Básica a cada 100.000 habitantes por Unidade da Federação, 2005-2015.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2005-2015.

Tabela 3. Ranking das Unidades da Federação de acordo com a razão do número de fonoaudiólogos a cada 100.000 habitantes, 2005-2015.

2005		2010		2015	
Localidade Geográfica	Fono na AB/100.000 hab.	Localidade Geográfica	Fono na AB/100.000 hab.	Localidade Geográfica	Fono na AB/100.000 hab.
Brasil	1,0	Brasil	1,5	Brasil	2,1
1º São Paulo	1,8	1º Amapá	2,9	1º Piauí	4,0
2º Mato Grosso do Sul	1,8	2º Mato Grosso do Sul	2,6	2º Paraíba	4,0
3º Rio de Janeiro	1,6	3º São Paulo	2,3	3º Minas Gerais	3,5
4º Santa Catarina	1,5	4º Minas Gerais	2,2	4º Amapá	3,0
5º Paraná	1,2	5º Paraíba	2,1	5º Rio Grande do Norte	3,0
6º Minas Gerais	1,1	6º Espírito Santo	1,9	6º Mato Grosso do Sul	2,8
7º Espírito Santo	1,0	7º Rio Grande do Sul	1,7	7º São Paulo	2,5
8º Rio Grande do Sul	1,0	8º Santa Catarina	1,7	8º Santa Catarina	2,4
9º Goiás	0,7	9º Rio de Janeiro	1,6	9º Paraná	2,2
10º Acre	0,7	10º Acre	1,6	10º Goiás	2,1
11º Roraima	0,6	11º Paraná	1,5	11º Espírito Santo	2,1
12º Pernambuco	0,5	12º Goiás	1,4	12º Pernambuco	2,0
13º Ceara	0,4	13º Rio Grande do Norte	1,3	13º Ceara	2,0
14º Rio Grande do Norte	0,4	14º Piauí	1,3	14º Roraima	1,9
15º Mato Grosso	0,4	15º Ceara	1,2	15º Maranhão	1,9
16º Amapá	0,4	16º Pernambuco	1,0	16º Rio Grande do Sul	1,7
17º Paraíba	0,3	17º Maranhão	0,9	17º Rio de Janeiro	1,7
18º Sergipe	0,2	18º Mato Grosso	0,7	18º Acre	1,3
19º Rondônia	0,2	19º Para	0,6	19º Sergipe	1,2
20º Para	0,2	20º Amazonas	0,6	20º Alagoas	1,0
21º Tocantins	0,2	21º Roraima	0,5	21º Para	1,0
22º Piauí	0,1	22º Alagoas	0,5	22º Bahia	1,0
23º Bahia	0,1	23º Tocantins	0,4	23º Mato Grosso	0,9
24º Alagoas	0,1	24º Rondônia	0,3	24º Rondônia	0,8
25º Distrito Federal	0,0	25º Bahia	0,3	25º Amazonas	0,7
26º Amazonas	0,0	26º Sergipe	0,2	26º Tocantins	0,6
27º Maranhão	0,0	27º Distrito Federal	0,1	27º Distrito Federal	0,4

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2005-2015.

Tabela 4. Número de Fonoaudiólogos de acordo com os Centro de Estabelecimento em Saúde

Localidade Geográfica	2005					2010					2015				
	NFono	UBS	CASF	POSTO	AS	NFono	UBS	CASF	POSTO	AS	NFono	UBS	CASF	POSTO	AS
Brasil	1717	97,2	0,0	2,8	0,0	2871	92,5	5,1	2,4	0,0	4124	86,3	10,7	2,5	0,5
Norte	25	100,0	0,0	0,0	0,0	103	87,4	11,7	1,0	0,0	164	79,3	19,5	0,6	0,6
Nordeste	117	94,0	0,0	6,0	0,0	473	75,5	22,2	2,3	0,0	1.053	69,1	29,2	0,9	0,7
Sudeste	1.184	97,6	0,0	2,4	0,0	1689	97,5	0,7	1,8	0,0	2.101	95,1	2,1	2,5	0,2
Sul	306	96,4	0,0	3,6	0,0	442	92,8	1,4	5,9	0,0	567	85,5	6,7	6,0	1,8
Centro-Oeste	85	98,8	0,0	1,2	0,0	164	92,1	7,3	0,6	0,0	239	90,8	7,5	1,7	0,0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, CNES

Legenda: NFono – número de fonoaudiólogos; UBS – Unidade Básica de Saúde; CASF – Centro de Apoio à Saúde da Família; POSTO – Posto de Saúde; AS – Academia de Saúde

REFERÊNCIAS

1. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.
2. Medeiros EA, Maia RM, Cedro MO, Barbosa MLC, Corrêa RBF, et al. A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: Vivências em Sobral – CE. SANARE - Revista de Saúde Pública. 2009;8;(2):7-15.
3. Sampaio MM, Gonçalves A. Fonoaudiologia em Saúde Pública: Apreciações preliminares a propósito de experiência pioneira em SP (Brasil). Revista Saúde Pública. 1980;14:215-223.
4. Befi D. A inserção da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: Befi D. Fonoaudiologia na atenção primária à saúde: São Paulo: Lovise; 1997. p.15-35.
5. Lipay MS, Almeida ECA. Fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. Revista Ciência Médicas. 2007;16;(1):31-41.
6. Lemos M, Bazzo LMF. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. Ciência e Saúde coletiva. 2010;15;(5):2563-2568.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries Saúde no Brasil. 2011:11-31. [Acessado em 18 abril 2016]; Disponível em http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2011a. [Acessado em 29 novembro 2016]; Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
9. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 365
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008. [Acessado em 01 dezembro 2016]; Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf.
11. Bezerra RSS, Carvalho MFS, Silva TPB, Silva FO, Nascimento CMB, Mendonça SS, et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. Divulgação em Saúde para Debate. 2010;(46):51-59.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2009. [Acessado em 14 março 2017]; Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
13. Lessa FJD, Miranda GMD. Fonoaudiologia e Saúde pública. In: Britto ATB. (Org.). Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2005. p.378-384

14. Santos JAP, Arce VAR, Magno LD, Ferrite S. Oferta da Fonoaudiologia na rede municipal de saúde nas capitais do Nordeste do Brasil. *Audiology Communication Research*. No Prelo.
15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Rodrigues M. Assistência Fonoaudiológica no SUS: A ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Revista CEFAC*. 2015;17;(1):171-179.
16. Santos NJ, Maciel FJ, Martins VO, Rodrigues ALV, Gonzaga AF, et al. Inserção dos fonoaudiólogos no SUS/MG e sua distribuição no território do estado de Minas Gerais. *Revista CEFAC*. 2012;14;(2):196-205.
17. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:190-198. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
18. Callegari-Jacques SM. Correlação linear simples. In: Callegari-Jacques SM, Bioestatística e princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 90.
19. Buarque APFC, et al. Caracterização da oferta de fonoaudiólogos segundo macrorregiões do Brasil. In: Anais do 17º Congresso da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2009 out, Salvador (Br). São Paulo: SBFa; 2009. Disponível em <<http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/resumos/R1550-1.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.
20. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde coletiva*. 2006; 11;(4):975-98 [Acessado em 12 março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en.
21. Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003;8(2):449-460. [Acessado em 12 março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200010&lng=en
22. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39;(6):930-936. [Acessado em 11 março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600010&lng=en.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – 4º edição. Brasília, 2007. [Acessado em 16 março 2017]; Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/publicações/pactos/pactos_vol4.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 256, de 11 de março de 2013. Brasília, 2013. [Acessado em 14 março 2017]; Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 24, de 14 de Janeiro de 2014. Brasília, 2014. [Acessado em 14 março 2017]; Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024_14_01_2014.html

26. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.
27. Travassos SC, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-209.
28. Edmond KM; Mcauley K. Quality of social and emotional wellbeing services for young Indigenous children attending primary care centres; a cross sectional analysis. *Per Community*, Austrália, 2016.
29. Shribman S, Billingham K. *Healthy Child Programme: Pregnancy and the first five years*. In: Department of Health (ed.). *Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004)*, London, 2009.
30. Blair M, Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of Disease in Childhood*, 2006;91;730- 735.
31. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2010;15(3):465-474. [Acessado em 11 março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151680342010000300024&lng=en.
32. Arce VAR. Núcleos de apoio à saúde da família: uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade profissional no contexto de Salvador, BA [tese doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2016.
33. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC.* 2013;15(1):153-159. [Acessado em 16 março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462013000100018&lng=en
34. Lima MLLT, Teixeira CF, Macedo CA, Nascimento CMB. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: aspectos normativos e panorama no Brasil. In: Silva VL, Lima MLLT, Lima TFP. *A prática fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde*. São José dos Campos: Pulso; 2013. p. 43-54

ANEXO I

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OFERTA DA FONOAUDIOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: Sílvia Ferrite Guimarães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57720216.1.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.659.113

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto em linha de pesquisa que tem como meta a construção de evidências sobre a oferta da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde (SUS), motivada pela necessidade de suporte científico que subsidie a luta pelo aumento da disponibilidade de profissionais na rede pública de saúde no Brasil. Já foi realizado um estudo inicial em que foi descrita e comparada a oferta do fonoaudiólogo na rede municipal das capitais do Nordeste do País no qual foi encontrada a média de 1,5 fonoaudiólogos para cada 100.000 habitantes em 2014, considerando os serviços de administração direta municipal. As maiores ofertas, ainda que insuficientes, foram observadas em João Pessoa e Aracaju, e as menores em Natal e Salvador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Investigar a relação entre a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no Sistema Único de Saúde e a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil no período de 2005 a 2015.

Objetivos específicos

Descrever a evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na atenção básica

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.659.113

em saúde no País de acordo com os municípios, as Unidades da Federação (UF) e as grandes regiões no período de 2005 a 2015.

Verificar a relação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no SUS no País.

Investigar se existem diferenças regionais e entre as UF na relação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no SUS.

Descrever a oferta da Fonoaudiologia na atenção básica no SUS de acordo com as características dos municípios – cobertura da ESF, porte, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e proximidade da capital – no ano de 2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o projeto será submetido a um Comitê de Ética e Pesquisa.

Serão respeitadas a confidencialidade e o anonimato dos profissionais registrados no CNES, não havendo divulgação da sua identificação nos resultados. Vale ressaltar que essa identificação não será coletada no desenvolvimento deste projeto.

Como benefícios desta pesquisa, poderão resultar evidências sobre a oferta insuficiente e potencialmente desigual da Fonoaudiologia na atenção básica no SUS, e que poderão ser tomadas como referência para implementação de políticas e outras estratégias que potencializem a inserção do profissional nesses espaços.

Os autores assumem o compromisso de tornar públicos os resultados desta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo ecológico misto, em que as unidades de observação serão localidades geográficas: todos os municípios, Unidades da Federação (UF) e as grandes regiões do Brasil, para as quais será verificada a evolução do número de fonoaudiólogos atuando na atenção básica e a proporção da cobertura da ESF, para cada ano/calendário do período.

Serão utilizados dados secundários, de domínio público, provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo como período de referência, 2005 a 2015. Os dados relativos ao profissional fonoaudiólogo serão extraídos do CNES considerando a ocupação de fonoaudiólogo e a lotação na atenção básica, enquanto aqueles relacionados à

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.659.113

cobertura da ESF serão obtidos na base disponível no Portal do Departamento de Atenção Básica. No IBGE, serão obtidos dados sobre o tamanho da população. As principais variáveis investigadas neste estudo serão o número de fonoaudiólogos e o percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com os municípios, Unidades da Federação, regiões e ano/calendário. Para os municípios, será considerado o agrupamento de unidades pelo porte, pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e por pertencer ou não à região metropolitana da capital da UF. Também será investigado o tipo de vínculo do fonoaudiólogo na rede de saúde. Serão considerados todos os fonoaudiólogos lotados em qualquer dos estabelecimentos de saúde que compõem a rede de atenção básica: Academia de Saúde; Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; Centro de Apoio à Saúde da Família; Posto de Saúde; Unidade de Saúde da Família e Unidade de Atenção à Saúde Indígena.

Após a coleta de dados, primeiramente será realizada a análise descritiva da evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na atenção básica, estimando-se a variação percentual (VP) no período, de acordo com os municípios e suas categorias, UF e regiões. Medida semelhante será estimada considerando-se a relação entre a quantidade de fonoaudiólogos e o tamanho da população. A situação atual será apresentada tomando-se como referência o último ano da análise. Posteriormente, a evolução será apresentada graficamente em conjunto com a evolução da cobertura da ESF, estimando-se uma medida de correlação entre as duas curvas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta Cronograma, links para os Currículos Lattes, declaração de uso de recursos próprios para o desenvolvimento do projeto e autorização para uso do banco de dados.

Recomendações:

Favorável à aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 26 de julho de 2016, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.659.113

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_730609.pdf	11/07/2016 15:07:50		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada_Oferta_Fono no SUS.pdf	11/07/2016 15:06:06	TATIANE COSTA MEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Oferta_da_Fonoaudiologia_no_SUS_CEP_FINAL.pdf	04/07/2016 17:34:31	TATIANE COSTA MEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Fono_SUS_ assinado.pdf	04/07/2016 17:32:13	TATIANE COSTA MEIRA	Aceito
Orçamento	Orçamento_declaracao_Fono_SUS_ assinado.pdf	04/07/2016 17:27:41	TATIANE COSTA MEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Execucao_Fono_SUS_ assinado.pdf	04/07/2016 17:26:45	TATIANE COSTA MEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.659.113

SALVADOR, 02 de Agosto de 2016

MOB

Assinado por:
Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Protocolo 027/16

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

ANEXO II

Escopo e política

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar **Artigos Originais** e inéditos (máximo de 21.600 caracteres), inclusive os de **revisão** crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises; não serão aceitas Revisões Integrativas.

Publica, também, artigos para as seguintes seções:

- **Artigos originais com resultados de pesquisas**
- **Metodológicos:** Artigos que se dedicam a analisar as diferentes técnicas utilizadas em estudos epidemiológicos;
- **Debate:** destina-se a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema, que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas semelhantes;
- **Notas e Informações:** notas prévias de trabalhos de investigação, bem como breves relatos de novos aspectos da epidemiologia, além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 6.450 caracteres);
- **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 3.260 até 4.570 caracteres).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Após o envio do parecer, os autores devem assinar uma declaração, de acordo com modelo fornecido pela RBE (Declaração de Exclusividade, Declaração de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesses). Os conceitos emitidos em qualquer das seções da Revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedada a reprodução – mesmo que parcial – em outros periódicos, assim como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando aprovados para publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura dos autores, conforme modelo fornecido posteriormente pela Revista.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Na primeira etapa da submissão, a secretaria verifica se todos os critérios estabelecidos foram atendidos, e entra em contato com o autor. O manuscrito é encaminhado para a apreciação dos editores somente se atender a todas as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Medida exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos. Tal exigência pode ser dispensada em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de

dados e tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância é melhor que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

Em particular, devem ser contempladas as seguintes Resoluções:

- 196/96, reformulada pela 446/11, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- 251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos;
- 292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que Envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior.

A Revista Brasileira de Epidemiologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas

devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

- Margens com configuração "Normal" em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);
- Espaçamento duplo em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;
- Não utilizar quebras de linha;
- Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres), título resumido (máximo de 60 caracteres), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres no máximo, e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas *Keywords*, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como "Normal"). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

- Fornecer as fotos em alta resolução;

- Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

- Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;
- Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;
- Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses "no prelo". As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentoseletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics.
[computerprogram]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems;
1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver) publicadas no New England Journal of Medicine, 1997; 336: 309, e na Revista Panamericana de Salud Publica, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submission/11821>).

ANEXO III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

LARISSA HELLEN TEIXEIRA VIÉGAS

**OFERTA DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA
E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Salvador
2016**

LARISSA HELLEN TEIXEIRA VIÉGAS

**OFERTA DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA
E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina ICSB51 - Projeto de Pesquisa II, ministrada pela professora Daiane Celestino Melo, como requisito parcial do Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Fonoaudiologia, Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Dra. Silvia Ferrite
Coorientadora: Ms. Tatiane Meira

Salvador

2016

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	7
2.1 Objetivo geral	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. Revisão de literatura	8
3.1 Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde	8
3.2 Oferta de serviços de atenção fonoaudiológica no SUS	11
4. Quadro teórico.....	15
4.1 Acesso à Saúde.....	15
4.2 Sistema Único de Saúde (SUS).....	16
4.3 Atenção Básica em Saúde no SUS	19
4.4 Estratégia Saúde da Família.....	21
5. Metodologia	26
6. Vantagens e limitações	28
7. Aspectos éticos	29
8. Cronograma	30
9. Orçamento.....	31
Referências	32
Apêndice 1. Resumo do projeto	38

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, baseado na concepção ampla de saúde e nos princípios que visam assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações em saúde, promoveu movimentos de reflexões e mudanças no processo de trabalho realizado por diversos profissionais (TEIXEIRA, 2011; GOYA, 2007). A Fonoaudiologia, profissão que historicamente teve suas práticas marcadas pela ideologia assistencialista, vem ampliando suas ações numa perspectiva social, coletiva e preventiva (GOYA, 2007).

A atuação de fonoaudiólogos nos centros de saúde se iniciou desde a década de 1970, na cidade de São Paulo (SAMPAIO & GONÇALVEZ, 1980). Porém, apenas em 1989 após a criação do SUS, ocorreram os primeiros concursos públicos, na região Sudeste do País, com o objetivo de contratar fonoaudiólogos para atuar na atenção primária em saúde (BEFI, 1997). No entanto, o desconhecimento do novo sistema de saúde e das possibilidades de atuação do profissional, além da intervenção clínica, resultou em seu isolamento e dificultou o processo de sua inserção na atenção básica (LIPAY & ALMEIDA, 2007; BEFI, 1997).

Diante destas questões, no início da década de 1990 surgiram inúmeras discussões que apontavam a necessidade de revisão dos currículos da Fonoaudiologia no País adequando-os em relação ao avanço dessa profissão e as mudanças sociais que ocorriam na época. No entanto, apenas em fevereiro de 2002, as discussões culminaram na reorientação das práticas da profissão, na reforma curricular dos cursos de graduação e no progressivo fortalecimento da inserção do profissional na atenção básica em saúde (LEMOS & BAZZO, 2010; GOYA, 2007).

De acordo com Paim *et al.* (2011) o objetivo da atenção básica em saúde é oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura do cuidado em saúde para níveis mais complexos, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de

doenças. Com este objetivo, tem sido implementada diversas estratégias que visam a organização da atenção básica e o repasse de recursos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das estratégias governamentais que visam à reestruturação da atenção básica no País de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2011a). O Ministério da Saúde a considera uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, estabelecer o acesso da comunidade à equipe multidisciplinar e propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

O fonoaudiólogo está inserido no PSF através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). De acordo com as diretrizes que fundamentam este programa, o fonoaudiólogo deve priorizar ações que enfoquem o coletivo, visando o resgate da cidadania e integração da comunidade; no entanto, não excluindo, em alguns casos, ações individuais com enfoque terapêutico (BEZERRA *et al.*, 2010).

Dentre as principais atribuições dos profissionais que compoem o NASF destaca-se a territorialização, o apoio matricial, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, ações de promoção e prevenção da saúde de acordo com as necessidades identificadas na comunidade, divulgação e registro das ações, reabilitação e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2009; CRFa, 2002).

Nos últimos anos, na área de Fonoaudiologia, houve uma ressignificação de concepções e a adoção de metodologias de intervenção no campo da promoção e prevenção da saúde. Todavia, a oferta da assistência fonoaudiológica no SUS ainda é insuficiente frente a uma demanda crescente (MEDEIROS *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2016; ANDRADE, 2000). De acordo com Lessa & Miranda (2005) o parâmetro de necessidade da quantidade de fonoaudiólogos na atenção básica seria de 01 fonoaudiólogo para cada 10.000 habitantes. Entretanto, estudos identificaram defasagem no número de

fonoaudiólogos que atuavam no SUS quando avaliados com base neste parâmetro (MIRANDA *et al*, 2015; SANTOS *et al.*, 2012).

Portanto, analisar a evolução do número de profissionais que atuam na porta de entrada do sistema é uma forma de produzir conhecimento sobre a oferta da Fonoaudiologia na atenção básica, identificando também as diferenças regionais. Além disso, é importante compreender como as mudanças na política de saúde do Brasil, em especial a implantação do Estratégia Saúde da Família, se relacionam com a ampliação da assistência fonoaudiológica no País e se existem localidades onde essa relação pode ter seguido um padrão alternativo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a relação entre a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no Sistema Único de Saúde e a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil no período de 2005 a 2015.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na atenção básica em saúde no País de acordo com as Unidades da Federação (UF) e regiões no período de 2005 a 2015.

Descrever a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no País de acordo com as Unidades da Federação (UF) e regiões no período de 2005 a 2015.

Verificar a relação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no SUS no País.

Investigar se existem diferenças regionais, e entre as UF, na relação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no SUS.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde

A necessidade de formação e disponibilização de recursos humanos para a atenção básica integra o Relatório Mundial de Saúde, “Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais que Nunca” (WHO, 2008). Destaca-se no documento a ressalva de que as escolhas feitas pelos países terão seus efeitos a longo prazo, quando se refere à formação de seus recursos humanos em alinhamento com as metas da atenção primária em saúde. Além disso, também ressaltam que a falta de investimento em profissionais de saúde para atuar na atenção primária é um fator que influencia no direcionamento desses profissionais para especialização e subsequente inserção em instituições terciárias (WHO, 2008). Nesse sentido, vale resgatar o histórico da inserção da Fonoaudiologia na atenção básica em saúde, para que o quadro atual possa ser compreendido no seu contexto.

O início da inserção do fonoaudiólogo na saúde pública ocorreu na década de 1970 e 1980 através das Secretarias de Saúde e Educação. Nessa época nem todos tinham acesso à saúde, apenas indivíduos de classes sociais elevadas e trabalhadores (GARBIN, 1995). Além disso, o número de profissionais era pequeno e os trabalhos isolados, sendo os procedimentos voltados para estrutura de consultório, em virtude da formação reabilitadora (BEFI, 1997).

Apenas no início da década de 1980 a profissão do Fonoaudiólogo foi regulamentada, através da Lei nº 6.965 de 1981. Segundo esta lei, o fonoaudiólogo é o profissional, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz (BRASIL, 1981).

Com a estruturação do SUS surgem, principalmente em São Paulo, os concursos públicos para as Secretarias de Saúde destinados à contratação de fonoaudiólogos. Desta forma, muitos destes profissionais foram lotados nos centros de saúde – porta de entrada do sistema – iniciando assim, a inserção da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde (BEFI, 1997).

No entanto essa inserção no sistema público de saúde ocorreu de forma incompatível com os princípios e diretrizes que norteavam o funcionamento do novo sistema de saúde, em virtude de um processo de formação baseado no modelo de atenção assistencialista e da existência de demanda reprimida para o atendimento fonoaudiológico na rede pública (BEFI, 1997). Sendo assim, os fonoaudiólogos optaram pela intervenção clínica na rede básica de atendimento à saúde através de uma atuação isolada, focada somente no indivíduo, sem integração entre outros profissionais de saúde. Esse formato resultou, posteriormente, em ineficiência do seu trabalho, que não pode ser percebido pelos órgãos competentes e nem pela população atendida (LIPAY & ALMEIDA, 2007).

No propósito de solucionar estas questões, no início da década de 1990 surgiram inúmeras discussões que apontavam a necessidade de revisão dos currículos da Fonoaudiologia adequando-os em relação ao avanço dessa profissão e as mudanças sociais que ocorriam na época (LEMOS & BAZZO, 2010). Porém, apenas em fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior aprovaram as novas diretrizes curriculares do curso de graduação em Fonoaudiologia, o que representou um importante movimento para a inserção de mudanças no processo de formação destes profissionais (GARCIA & SEBASTIÃO, 2009).

As novas diretrizes curriculares exigiram conhecimento para o exercício das habilidades e competência do profissional, tais como: atenção à saúde em que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, deviam estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; uma formação científica, generalista, que permita dominar e integrar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em Fonoaudiologia; reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; desenvolver, participar e/ou

analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares; entre outros (BRASIL, 2002).

Neste mesmo ano, o Conselho Regional de Fonoaudiologia, com o apoio do Comitê de Saúde Pública da SBFa, também promoveu um fórum com o objetivo de elaborar um documento, de forma participativa, que definiu uma "Proposta de Inclusão da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família". O documento definiu objetivo, diretrizes e atribuições desse profissional no programa (CRFa, 2002).

Diante desse novo contexto, as universidades começaram a se adequar para formar profissionais generalistas, aptos para desenvolverem ações voltadas para a assistência humanizada e coletiva. No entanto, esse processo de mudança nos currículos de graduação ainda está acontecendo lentamente, e não acompanha a transformação nos demais cursos da saúde e as necessidades das redes de serviços (GARCIA & SEBASTIÃO, 2009).

A criação do SUS e, especialmente, dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, parecem estar relacionados a uma expansão do número de fonoaudiólogos atuando no sistema público brasileiro. Porém, ainda se encontram fragilidades no processo de formação profissional para atuar no SUS, principalmente, no nível da atenção básica em saúde, em que as ações são orientadas para especificidades do coletivo (MOREIRA & MOTA, 2009).

Moura & Arce (2015) analisaram as concepções dos docentes dos Cursos de Fonoaudiologia da Bahia sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e investigaram suas práticas pedagógicas nesse nível da atenção. Os autores constataram que a Saúde Coletiva não ocupa lugar central no espaço científico de formação e de publicação acadêmica dos docentes, visto que muitos também têm como prática especialidades clínicas da Fonoaudiologia, com enfoque ao cuidado de patologias. Além disso, a compreensão acerca dos atributos da APS não está totalmente consolidada, uma vez que as práticas docentes algumas vezes contrariam as questões de saúde de maior relevância da comunidade e ainda, reforçam ações de prevenção e intervenções clínicas fragmentadas dentro do território.

O aspecto estrutural dos estabelecimentos da atenção básica também não favorece o desenvolvimento do trabalho fonoaudiológico, pois ocorre escassez de materiais, espaço físico e número restrito de fonoaudiólogos atuando junto às comunidades (MOREIRA & MOTA, 2009; ZANIN, ALBUQUERQUE & MELO, 2015).

Como exemplo, Almeida & Furtado (2006) refletiram sobre o fonoaudiólogo ser um dos profissionais com formação suficientemente adequada para exercer o acolhimento dos usuários na porta de entrada do sistema de saúde, entretanto, ele não tem sido apontado pelo SUS dentre os profissionais responsabilizados por esse tipo de função, mais uma vez em função do processo de inserção deste profissional no serviço público de saúde.

As marcas históricas da inserção da Fonoaudiologia na saúde pública ainda hoje são obstáculos que influenciam a atuação desse profissional no sistema público de saúde brasileiro. Esses obstáculos vão desde o reconhecimento e valorização da sua atuação profissional, fragilidades que caracterizam o seu processo de formação e a evidências de demandas que necessitam dessa assistência (MOREIRA & MOTA, 2009; ZANIN, ALBUQUERQUE & MELO, 2015).

3.2 Oferta de serviços de atenção fonoaudiológica no SUS

Pesquisas que abordam especificamente a oferta da assistência fonoaudiológica na atenção básica em saúde ainda são escassas, e uma das razões é a inserção, relativamente recente, deste profissional nesse espaço (ZANIN, ALBUQUERQUE & MELO, 2015). Buarque *et al.* (2009) caracterizam a oferta de fonoaudiólogos no SUS segundo as macrorregiões brasileiras e constataram um maior déficit de profissionais na região Norte (60,89%) e Nordeste (50,65%) do País segundo os parâmetros estabelecidos por Lessa & Miranda (2005). Sendo evidenciado uma má distribuição do número de fonoaudiólogos e ausência de equidade na oferta da assistência fonoaudiológica no SUS.

Miranda *et al.* (2015) investigaram a evolução da assistência fonoaudiológica no SUS em todo Brasil através da análise da quantidade e do valor pago por procedimentos e através do número de profissionais nos anos de 2005, 2010 e 2015. Foi constatado que a evolução da assistência fonoaudiológica no SUS apresentou um crescimento significativo, mas ainda se observa um déficit de 82,4%, em 2000 e de 56,8%, em 2010. Além disso, ainda existe uma má distribuição da assistência e de fonoaudiólogos no País, evidenciando a necessidade contínua de discussões sobre a universalização do acesso e a busca pela equidade na assistência fonoaudiológica.

Em Minas Gerais, identificou-se que dos 853 municípios mineiros, 505 (59%) não possuíam o profissional fonoaudiólogo no sistema público em 2009. E, dentre os municípios com serviço de Fonoaudiologia, a média de profissionais foi de 4,9 por município. Concluindo-se que a inclusão de fonoaudiólogos na assistência à saúde no estado de Minas Gerais era deficitária, sendo também observada grande desigualdade na distribuição destes pelas cidades do estado (SANTOS *et al.*, 2012).

Ainda em Minas Gerais, foi analisada a evolução do número de profissionais de Fonoaudiologia inseridos na atenção à saúde no estado com base na consulta aos Cadernos de Informações de Saúde do Sistema de Informações em Saúde Brasileiro, o DATASUS. Os achados revelaram que o percentual de municípios que contavam com este profissional em seus serviços de saúde, aumentou de 32,8% em 2005 para 54,5% em 2010. A média de fonoaudiólogos por 10.000 habitantes passou de 0,61 em 2005 para 1,30 em 2010, indicando maior disponibilidade deste profissional para a população mineira (FERREIRA *et al.*, 2013).

Em uma análise da oferta de serviços fonoaudiológicos em Salvador (BAZZO & NORONHA, 2009), no ano de 2005, foi constatado que a distribuição da oferta do atendimento fonoaudiológico nos distritos sanitários é insuficiente e desigual. Em toda a rede, incluindo prestadores de serviços ao SUS, foram identificados apenas 52 fonoaudiólogos realizando procedimentos pelo SUS verificando-se a extrema necessidade de contratação de profissionais.

Nos anos de 2009 e 2010, a proporção de usuários com queixas fonoaudiológicas na atenção primária foi estimada em 10% em uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo, e apenas metade desta demanda havia recebido qualquer assistência fonoaudiológica neste nível de atenção (SAMELLI *et al.*, 2014).

A importância das ações envolvendo profissionais da Fonoaudiologia na atenção básica em saúde tem reconhecimento global. Como exemplo, na Austrália, alguns procedimentos fonoaudiológicos para triagem e cuidado contínuo com crianças nos primeiros anos de vida acontecem na atenção primária à saúde, o que permite tanto a potencialização do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças da comunidade, como a identificação e intervenção precoce de transtornos que podem acometê-los (EDMOND MCAULEY, 2016).

No Reino Unido, o fonoaudiólogo, é um dos profissionais de saúde que pode ser liberado de suas atividades rotineiras dentro da atenção primária à saúde para fornecer intensivo suporte educacional e social para aqueles que mais precisam. Como exemplo, nos anos iniciais do desenvolvimento infantil, ele é o profissional responsável pelo cuidado contínuo de crianças e familiares exercendo o papel de aconselhar os pais, discutir preocupações, necessidades do desenvolvimento neuropsicomotor e problemas de linguagem, fala e comportamento até o primeiro ano de vida (SHRIBMAN & BILLINGHAM, 2009; BLAIR & HALL, 2006).

No Canadá, Jenstad & Donnelly (2015) relataram sobre a experiência do trabalho interdisciplinar dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde, em relação às ações de promoção, prevenção e cuidado com a audição de pessoas idosas. Foi constatado que, normalmente, a conscientização dos cuidados com a audição não era prioridade dentro do contexto de outras necessidades de saúde, para os profissionais de saúde da APS. Sendo o audiólogo, um dos únicos profissionais, a entender a importância da audição para que o idoso fosse capaz de expressar as questões de saúde dentro daquele espaço.

Portanto, diante do exposto, podemos evidenciar e entender como a ausência do fonoaudiólogo na atenção básica em saúde pode impactar na integralidade do cuidado da saúde do indivíduo, reforçando assim, a importância da lotação desse profissional nesse nível de atenção à saúde.

4. QUADRO TEÓRICO

4.1 Acesso à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde para todos os cidadãos em território nacional. Entretanto, ainda convivemos com uma realidade onde o acesso é desigual e excludente (ASSIS & DE JESUS, 2012).

O termo acesso possui um significado multidimensional e divergente a depender do conceito tomado como referência. Geralmente, o termo é analisado do ponto de vista de diferentes aspectos: político, econômico-social, organizacional, técnico, simbólico e geográfico (ASSIS & DE JESUS, 2012).

Como exemplo, de acordo com Unglert (1990), o acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento, como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual. Por outro lado, para Giovanella & Fleury (1996) o modelo de acesso economicista refere-se à distinção entre os grupos populacionais em relação ao consumo de bens e serviços e à organização da oferta e demanda de acordo com esse padrão. Assim, o Estado é responsável por organizar a oferta de serviços conforme as relações dos modos de produção e consumo, configurando-se como fornecedor, aquele que possui a capacidade de oferta; e o usuário como um consumidor, que demanda pelos serviços; constituindo-se assim a relação entre oferta e demanda que influencia o acesso ao serviço.

Diante das diversas abordagens sobre acesso, o que se consolida na literatura é que o acesso representa o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; sendo representado por três dimensões: a disponibilidade, a acessibilidade e a aceitabilidade (THIEDE & MCINTYRE, 2008).

Neste projeto adotamos o conceito definido por Giovanella & Fleury (1995) que entende o acesso como uma análise das inter-relações entre usuários e serviços de saúde abordando a dimensão específica da disponibilidade, que

relaciona o volume e o tipo de serviços existentes, o número de usuários e o tipo de necessidades, ou seja, a relação entre a oferta e a demanda.

Travassos e De Castro (2012) explicam como ocorre a relação entre a oferta e a demanda. Segundo os autores, primeiramente o usuário percebe a necessidade de saúde, então surge o desejo de obter o cuidado, o que poderá implicar ou não na decisão de procurar serviços ambulatoriais ou hospitalares para obtenção de atendimento. Logo, a procura configura uma demanda por serviços de saúde, cuja sua realização irá depender da existência de recursos e profissionais para produzir os serviços adequados ao atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, configurando a oferta.

No entanto, é importante salientar que a mera disponibilidade de recursos humanos, serviços e equipamentos não garantem o acesso da população aos serviços de saúde, pois existem barreiras geográficas, financeiras, culturais, informacionais entre outras que facilitam ou dificultam a capacidade dos usuários utilizarem o serviço (TRAVASSOS & DE CASTRO, 2012).

4.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

A promulgação da Constituição de 1988 configurou-se como um marco histórico da proteção constitucional do direito à saúde. Segundo ela, a saúde é um direito fundamental de todos, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Mesmo com o reconhecimento da saúde como direito social fundamental na Constituição, foi necessária a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde que incorporasse políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. No entanto, esta estrutura apenas pode ser concretizada a partir da elaboração de Leis específicas da saúde (BARCELLOS, 2002; MOURA, 2013).

Nesse propósito, em 1990 foi sancionada a Lei de nº 8080, que instituiu o Sistema Único de Saúde, SUS e o definiu como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. Além disso, a Lei possibilita a participação da iniciativa privada no SUS, porém em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Este sistema de saúde é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes que partem de uma concepção ampla do direito à saúde, do papel do Estado na garantia desse direito e do conceito de saúde adotado pela Constituição de 1988. Esta considera que para se ter saúde, antes é preciso ter acesso a um conjunto de fatores sociais que a determinam, como: alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, relações sociais, entre outros (BRASIL, 1988).

Entre os princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS temos a universalidade em todos os níveis de assistência; igualdade, equidade, integralidade na assistência; participação da comunidade; descentralização, regionalização e hierarquização (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2012).

A universalidade se caracteriza pelo acesso universal à saúde, em que todos os cidadãos têm o mesmo direito de obter ações e os serviços de que necessitam, independente da complexidade, custo e natureza. Já o conceito de igualdade reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, independente de renda, cor, gênero ou religião; no entanto, existe a necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se reconhecer a desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais, sendo estas, muitas vezes, injustas e devendo ser superadas, o que seria o princípio da equidade (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2012). A integralidade na assistência é entendida perante a lei como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, no âmbito individual e coletivo. Enquanto que a participação popular garante que a população participe das decisões políticas, formulação de diretrizes, avaliação e fiscalização dos serviços e ações por intermédio das suas entidades representativas (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2012). A descentralização redefine as responsabilidades político-administrativas de cada esfera do governo, enquanto que a regionalização é o princípio responsável por diferenciar as necessidades de saúde de territórios específicos através da distribuição e planejamento dos serviços por níveis de

atenção, hierarquização, esta última que, organiza os serviços de acordo com grau de complexidade tecnológica, articulando as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e informações (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2012).

O SUS também é regulamentado pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na sua gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras. Além disso, a Lei também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, que são estratégias implementadas para garantir e legitimar a participação popular (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constatou que em 2015, 71,1% da população foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do SUS (BRASIL, 2015).

Após 28 anos da criação e implementação do SUS, o Brasil ainda enfrenta dificuldades para romper com o modelo de atenção assistencial à saúde pelo qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou. Porém é importante ressaltar que muitos avanços já foram conquistados ao longo desses anos, tais como ampliação do acesso da população as ações, serviços e recursos oferecidos pelo SUS; implantação de programas de reorientação da formação profissional em saúde em vários cursos de graduação; preservação da capacidade nacional de produção em algumas áreas (ex. medicamentos e vacinas); aumento do financiamento estadual e municipal à saúde, entre outros (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2014).

4.3 Atenção Básica em Saúde

Na conferência de Alma-Ata, que ocorreu em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que engloba prevenção, promoção, cura, reabilitação e coopera com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde. Essa compreensão da APS foi denominada de APS abrangente/ampliada, correspondendo uma concepção de modelo assistencial e de reorientação, organização e desenvolvimento de um sistema de saúde centrado na APS como garantia de atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

No entanto em virtude dos diferentes contextos sócio-político-econômico em que os países em desenvolvimento se encontravam, a Atenção Primária à Saúde foi, em geral, implementada, nesses países, em sua forma seletiva por iniciativa e financiamento de agências internacionais, passando a se designar com um pacote de intervenção de baixo custo e qualidade para o controle de determinados agravos (CUETO, 2004). Logo, na década 1980 a configuração seletiva da APS passou a predominar e ainda que se obtivesse efetividade de algumas de suas intervenções, os tipos de serviços e práticas disponibilizados não eram o suficiente para garantir o direito universal à saúde da população (GIOVANELLA, 2008).

Diante desse contexto internacional, contraditório a ideologia preconizada pelo Sistema Único de Saúde que se encontrava em processo de implementação na época e tentando diferenciar-se da concepção de APS seletiva, o Brasil decidiu adotar a nomenclatura de atenção básica em saúde em detrimento à atenção primária à saúde (GIOVANELLA et al., 2009). A atenção básica em saúde é constituída pelos serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Ela incorpora práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas através da cobertura de afecções e condições mais comuns que afetam à saúde dos indivíduos. (GIOVANELLA & DE MENDONÇA, 2012). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006)

A atenção básica em saúde é compreendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas de saúde mais frequentes (BRASIL, 2006).

No País, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no sistema de saúde e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Para que a atenção básica se desenvolva de acordo com seus preceitos têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos, por exemplo, o Piso da Atenção Básica (PAB), e estratégias organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas foram implementados como parte de uma estratégia do governo para reorientar o sistema de saúde e o modelo de atenção do SUS (PAIM, 2011).

Em virtude da expansão destes programas, principalmente do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, em 28 de março de 2006 a Portaria nº 648/GM aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006; PAIM, 2011).

Os princípios fundamentais da atenção básica em saúde estabelecidos pela PNAB são:

possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

A atenção básica se articula com a rede de atenção à saúde através de encaminhamentos a serviços da atenção especializada e da coordenação do cuidado: elaborando, acompanhando e gerenciando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Ela também atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2006).

Mesmo diante de obstáculos que ainda impedem a expansão e melhoria na qualidade dos serviços da atenção básica, o maior acesso dos usuários a este nível de atenção, está associado a avanços em alguns resultados em saúde, como por exemplo: a redução na taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, por doenças diarreica e infecções do aparelho respiratório; melhorias na notificação de estatísticas vitais e reduções em internações hospitalares (ALMEIDA *et al.*, 2010; RASELLA, 2010; GUANAIS, 2009).

4.4 Estratégia Saúde da Família

No início da década de 1990 o Ministério da Saúde começou a adotar estratégias que buscassem reestruturar os serviços de saúde e fornecer atenção integral e ações básicas de saúde ao indivíduo. Assim, foram realizados investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, visando especialmente a promoção da saúde (BRASIL, 1993).

Em 1991, a Fundação Nacional de Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Inicialmente, o programa apenas foi estabelecido nas regiões Norte e Nordeste, em áreas onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica e que manifestavam maiores índices de risco e vulnerabilidade social para o controle da epidemia da cólera, das demais formas de diarreia e orientação a vacinação (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

No entanto, a expansão do programa para outras partes do País e a necessidade de articulação entre o PACS e os serviços de saúde, para evitar o esgotamento e o desgaste dos agentes comunitários culminaram no surgimento de uma nova proposta, o Programa Saúde da Família (PSF) (HEIMANN & MENDONÇA, 2005). O PSF foi instituído através da Portaria nº 692 de dezembro de 1993 com o objetivo de fortalecer as ações individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1993).

Em 1994, ano de implantação do PSF, somente doze unidades da federação aderiram à iniciativa do programa (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina), e doze municípios, considerados pioneiros: Bragança (PA), Campina Grande (PB), Neópolis (SE), Quixadá (CE), Goiânia e Planaltina de Goiás (GO), Juiz de Fora e Além Paraíba (MG), Niterói (RJ), Curitiba (PR), Joinville e Criciúma (SC). Segundo os autores, a decisão política, determinação técnica e autonomia desses municípios fizeram com que, ao final deste ano, o PSF estivesse presente em 55 cidades brasileiras com 328 equipes atuando (SOUZA & HAMANN, 2009).

Neste período inicial, o programa apresentou uma expansão lenta e discreta, sendo sua cobertura em 1996, de apenas 5.599,350 milhões de pessoas, o que representava 3,5% da população brasileira, distribuída em municípios de pequeno porte – entre 10 e 20 mil habitantes – e médio porte – abaixo de 50 mil habitantes, evidenciando uma baixa adesão dos municípios de grande porte (SOUZA & HAMANN, 2009). Em virtude deste cenário, em 1996, o PSF foi incentivado pela norma operacional básica do SUS (NOB SUS 96). Esta definiu

financiamento específico para construção do novo modelo de atenção, disciplinando o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extras setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

A NOB SUS 96 estabeleceu a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde e constituiu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios, o Piso de Atenção Básica (PAB). A partir desse ponto o PSF teve grande crescimento de sua cobertura quantitativa e geográfica, especialmente, a partir de 1998, quando o programa teve uma progressiva adesão de gestores municipais e estaduais em virtude da sua nova forma de financiamento; e o estímulo ao programa e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico na consolidação do SUS (MEDINA *et al.*, 2002; SOUZA & HAMANN, 2009; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

A Saúde da Família foi explicitada como estratégia pelo Ministério da Saúde (MS) em 1997. A partir desse ponto, a Programa Saúde da Família passa a ser entendida não como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território definido (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Além disso, a ESF tem o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar (BRASIL, 1997). Portanto, a ESF passou a preconizar a equipe em caráter multiprofissional que trabalha com a definição do território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área e promovem ações intersetoriais e parcerias com organizações presentes na comunidade para enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Após este período de mudanças, a ESF começou a se expandir, em 2001 já foi constatado que 3.902 municípios já tinham implantado a ESF, correspondendo a 70,2% dos municípios brasileiros. No entanto, este percentual variou de acordo com as regiões do País: na região Sul 59,6% dos municípios tinham implantado a ESF, enquanto na região Centro-Oeste esse percentual foi de 83,6% (MEDINA *et al.*, 2002). Outros estudos também confirmam a disparidade da cobertura do ESF em cenário nacional ao redor deste período, sendo a implantação do programa mais consolidada nos grandes centros urbanos do Nordeste do que no Sul do País entre 2002 e 2005 (VIANNA, 2002; FACHINNI, 2006).

Em 2006, já se observou a expansão progressiva de equipes do ESF em todo País, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) naquele ano 84,2 milhões de pessoas estavam cobertas pela ESF, em 5.100 municípios, representando 45% do total da população brasileira. Apesar desta expansão, ainda era observado desigualdades em relação a sua implementação e cobertura entre as regiões brasileiras, grandes centros urbanos e metrópoles, sobretudo nos municípios de Manaus, Salvador, Fortaleza, Belém, Curitiba, Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Brasília/Distrito Federal (SOUSA & HAMANN, 2009).

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) comprovou aumento da cobertura da ESF evidenciando a cobertura de 50,9% da população brasileira, evoluindo positivamente em 2011 para 52% (IBGE, 2010; BRASIL, 2012b).

Esse aumento pode estar vinculado à criação pelo MS, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para

populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado e no território destas equipes (BRASIL, 2008).

Atualmente o NASF se configura como o principal meio de inserção do fonoaudiólogo na atenção básica. Em 2008, em virtude da mobilização da categoria e contribuindo para a visibilidade das ações do fonoaudiólogo na atenção básica, a tabela de procedimentos do SUS incorporou modificações que favorecem o registro de procedimentos realizados por fonoaudiólogos. Nas versões anteriores da tabela, só era possível o registro de procedimentos de média e alta complexidade, que não evidenciavam nossas ações na atenção básica (CAVALHEIRO, 2009).

Assim, esse breve resgate histórico sugere que apesar da evolução positiva da cobertura populacional e geográfica do ESF nos últimos anos em âmbito nacional, ainda se evidenciam barreiras frente o desempenho da cobertura do PSF nos grandes centros urbanos, que enfrentam a fragilidade de implementação dessa estratégia em virtude das particularidades que os caracterizam.

5. METODOLOGIA

O presente projeto trata-se de um estudo ecológico misto, em que as unidades de observação serão localidades geográficas: todas as Unidades da Federação (UF) e as grandes regiões do Brasil, para as quais será verificada a evolução do número de fonoaudiólogos atuando na atenção básica e a evolução da cobertura da ESF, para cada ano/calendário do período.

Serão utilizados dados secundários, de domínio público, provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo como período de referência, 2005 a 2015. Os dados relativos ao profissional fonoaudiólogo serão extraídos do CNES considerando a ocupação de fonoaudiólogo, lotação na atenção básica e a Unidade da Federação (UF) para cada um dos anos em análise. Enquanto os dados relacionados à cobertura da Estratégia Saúde da Família, serão obtidos na base de dados fornecida pelo Portal do Departamento de Atenção Básica, considerando as UF para cada um dos anos em análise.

As principais variáveis investigadas neste estudo serão o número de fonoaudiólogos e o percentual de cobertura da estratégia de saúde da família, de acordo com as unidades da federação, regiões, ano/calendário e o tipo da unidade de lotação. Também será investigado o tipo de vínculo do fonoaudiólogo na rede de saúde. Serão considerados todos os fonoaudiólogos lotados em qualquer dos estabelecimentos de saúde que compõem a rede de atenção básica: Academia de Saúde; Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde; Centro de Apoio a Saúde da Família; Posto de Saúde; Unidade de Saúde da Família e Unidade de Atenção à Saúde Indígena.

Após a coleta de dados, primeiramente, será realizada a análise descritiva da evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na atenção básica, estimando-se a variação percentual (VP) no período, de acordo com as UF e regiões. Medida semelhante será estimada considerando-se a relação entre a quantidade de fonoaudiólogos e o tamanho da população. Posteriormente, serão representadas graficamente a evolução de fonoaudiólogos na atenção

básica e a evolução da cobertura da ESF, estimando-se uma medida de correlação entre as duas curvas.

6. VANTAGENS E LIMITAÇÕES

Este será o primeiro estudo a investigar a oferta da Fonoaudiologia no SUS sob o ponto de vista da evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família no País. E o uso de banco de dados de domínio público favorece a agilidade na coleta de dados e, assim, o tempo de realização da pesquisa.

Todavia, temos que considerar como limitação os possíveis problemas de registro dos dados e de atualização das bases.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atenderá aos preceitos éticos, seguindo as recomendações da Resolução CNS nº 466/12. Embora as bases de dados sejam de domínio público, o CNES fornece acesso à identificação dos profissionais registrados. Assim, o projeto deste estudo será submetido a um Comitê de Ética e Pesquisa. No entanto, serão respeitadas a confidencialidade e o anonimato dos profissionais registrados no CNES não havendo divulgação da identificação dos profissionais nos resultados.

9. ORÇAMENTO

Este projeto será desenvolvido pela estudante de graduação Larissa Hellen Teixeira Viégas. O plano de trabalho relativo ao TCC integra um projeto de pesquisa intitulado “Oferta da Fonoaudiologia no SUS”, submetido ao Edital 01/2016 – PROPCI – PIBIC pela professora orientadora, para obtenção de bolsas de iniciação científica. Assim, é esperado que a graduanda possa contar com uma bolsa do PIBIC para o desenvolvimento das suas atividades de pesquisa.

Os materiais necessários, no decorrer do desenvolvimento do subprojeto, serão custeados pelos próprios pesquisadores.

Itens	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Pen drive	1	R\$ 29,90	R\$ 29,90
Bloco folha A4	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Cartucho de tinta para impressora	1	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Custos para apresentação em Congresso:			
Inscrição no Congresso	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Impressão em Pôster	1	R\$ 50,00	R\$ 50,00
Acomodação	3	R\$ 189,00	R\$ 567,00
Transporte	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Total			R\$ 1.501,90

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. C; FURTADO, L. M. Acolhimento em Saúde Pública: A contribuição do fonoaudiólogo. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 249-256, maio/jun. 2006.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ANDRADE, C. C. Fonoaudiologia no Serviço Público de Saúde: caracterização do atendimento realizado na região metropolitana de Curitiba. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2000.
- ANDRADE, M. V et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, jun. 2015
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Científica Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- BARCELLOS, A. P. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. 3º edição. São Paulo: Editora Renovar, 2002.
- BAZZO, L. M. F; NORONHA, C. V. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 14, n. Sup. 1, p. 1553-1564, out. 2009.
- BEFI, D. A inserção da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. Editora Lovise: São Paulo, 1997, 28p.
- BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, maio 2010.
- BLAIR, M.; HALL, D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. **Archives of Disease in Childhood**, v. 91, p. 730-735, 2006.
- BRASIL. Presidência da República Casa Civil. **Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981**. Brasília, 1981.
- _____. Presidência da República Casa Civil. **Constituição da Republica Federativa**

do Brasil. Brasília, 1988.

_____. **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Educação. **Resolução de CNE/CES 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

735, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**, Brasília, 2015.

BUARQUE, A. P. F. C. et al. Caracterização da oferta de fonoaudiólogos segundo macrorregiões do Brasil. In: **17º CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. 2009**, Salvador. Anais... São Paulo: SBFa, 2009. , out. 2009. Disponível em <<http://www.sbf.org.br/portal/anais2009/resumos/R1550-1.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

CARDOSO, M. O. **Avaliação da cobertura da Atenção Básica à Saúde em Salvador, Bahia**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CAVALHEIRO, M. T. P. Editorial II: fonoaudiologia e saúde da família. Revista CEFAC, São Paulo, v. 11, n. 2, Junho, 2009 .

CRFa, Conselho Regional de Fonoaudiologia 2º Região. Documento aborda inserção da Fonoaudiologia no Programa de Saúde da Família. Revista Fonoaudiologia. São Paulo, 2002.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, nov. 2004.

EDMOND, K.M.; MCAULEY, K. Quality of social and emotional wellbeing services for young Indigenous children attending primary care centres; a cross sectional analysis. *Per Community*, Austrália, 2016.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, set. 2006.

FERREIRA, C. L. et al. Distribuição dos Fonoaudiólogos na Atenção à Saúde no Estado de Minas Gerais entre 2005 e 2010. **Revista CEFAC**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 672-680, jun. 2013.

GARBIN, W. O sistema de saúde no Brasil. In: VIEIRA, R. M. **Fonoaudiologia e saúde pública**. Editora Pró-Fono: Carapicuíba, 1995, p. 24-34.

GARCIA, V. L.; SEBASTIÃO, L. T. Formação e educação na saúde. In: FERNANDES, F. D. M.; MENDES, B. C. A.; NAVAS, A. L. P. G. P. (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. 2. ed. Editora Roca: São Paulo, 2009.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciências da saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, Jun. 2009.

GIOVANELLA, L.; DE MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2012, p. 493-547.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENS-CHUTZ, C. **Política de Saúde: o público e o privado**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 1996.

GOYA, S. et al. Educação em saúde no serviço público. In: BASTOS, J. R. M; PERES, S. H. C. S; CALDANA, M. L. **Educação em saúde com enfoque em odontologia e fonoaudiologia**. 1. ed. Editora Santos: Santos, 2007.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: Evidence from Brazil. **The Journal of Ambulatory Care Management**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 114-121, jun. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008**: um panorama da saúde no Brasil – acesso e utilização de serviços condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2010.

JENSTAD, L.M.; DONELLY, M. Hearing Care for elders: a personal reflection on participatory action learning with primary care providers. **American Journal of Audiology**, Vancouver, v. 24, p. 23-30, março 2015.

LEMOS, M.; BAZZO, L. M. F. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 15, n.5, p. 2563-2568, ago. 2010.

LESSA, F. J. D; MIRANDA, G. M. D. Fonoaudiologia e Saúde pública. In: BRITTO, A. T. B. (Org.). **Livro de Fonoaudiologia**. São José dos Campos, 2005.

LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. A Fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Revista Ciência Médicas**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 31-41, jan/fev., 2007.

MEDEIROS, E. A. et al. A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: Vivências em Sobral – CE. **SANARE - Revista de Saúde Pública**, Sobral, v. 8, n. 2, p. 07-15, jul/dez. 2009.

MEDINA, M. G et al. O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. **Relatório Final – Ministério da Saúde**. Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, Salvador, 2002.

MIRANDA, G. M. D. et al. Assistência Fonoaudiológica no SUS: A ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. **Revista CEFAC**, Recife, v. 17, n. 1, p. 171-179, fev. 2015.

MOREIRA, M. D; MOTA, H. B. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista CEFAC**, Rosário do Sul, v. 11, n. 3, p. 516-521, set. 2009.

MOURA, D.; ARCE, V. A. R. Atenção primária à saúde: concepções e práticas de docentes fonoaudiólogos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 130-141, mar. 2016.

MOURA, E. S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Jus Navegando**, Natal, 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/1>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2012, p. 365-395.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Publicação Online – Séries Saúde no Brasil**, Salvador, maio 2011.

RASELLA, D.; AQUINO, R; BARRETO, M.L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, Salvador, v. 126, n. 3, p. 534-540, ago. 2010.

SAMELLI, A. G. et al. Referred speech-language and hearing complaints in the western region of São Paulo, Brazil. **Clinics**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 413-419, jun. 2014.

SAMPAIO, M. M.; GONÇALVES, A. Fonoaudiologia em Saúde Pública: Apreciações preliminares a propósito de experiência pioneira em SP (Brasil). *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 14, p. 215-223, 1980.

SANTOS, N. J. et al. Inserção dos fonoaudiólogos no SUS/MG e sua distribuição no território do estado de Minas Gerais. **Revista CEFAC**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 196-205, março/abril 2012.

SHRIBMAN, S.; BILLINGHAM, K. Healthy Child Programme: Pregnancy and the first five years. In: Department of Health (ed.). **Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004)**, London, 2009.

SOUSA, M. F; FERNANDES, A. S; ARAUJO, C. L; FERNANDES, M. C. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, abr. 2000.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, out. 2009.

SOUZA, R. P. F; ANDRADE E DA CUNHA, D.; SILVA, H. J. Fonoaudiologia: a inserção da área de linguagem no sistema único de saúde (SUS). **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 426-432, out/dez. 2005.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, 2011.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, maio 2008.

TRAVASSOS, C.; DE CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e**

Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2012, p. 183-209.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, dez. 1990.

VIANNA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 139-51, 2002.

WHO, World Health Organization. **The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever), 2008.** Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ZANIN, L. E.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; MELO, D. H. Fonoaudiologia e Estratégia de Saúde da Família: o estado da arte. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 1674-1688, out. 2015.

Apêndice I: Resumo do projeto

Oferta da Fonoaudiologia na Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

Introdução: A Fonoaudiologia, profissão que historicamente teve suas práticas marcadas pela ideologia assistencialista, vem ampliando suas ações numa perspectiva social, coletiva e preventiva, principalmente, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Poucos estudos investigaram a oferta da Fonoaudiologia no SUS, e encontraram resultados que indicam a existência de diferenças interregionais e número insuficiente de fonoaudiólogos para atender às necessidades da população, principalmente nas regiões consideradas de menor nível socioeconômico. A luta pela expansão da oferta da Fonoaudiologia no SUS, por meio do aumento da disponibilidade de profissionais na rede pública de saúde, em especial na atenção básica, tem encontrado dificuldades devido à carência de dados e evidências. **Objetivo:** Investigar a relação entre a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica no SUS e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil no período de 2005-2015, identificando possíveis diferenças que se relacionem à desigualdade da oferta da Fonoaudiologia no SUS. **Metodologia:** Será realizado um estudo ecológico misto, em que as unidades de observação serão localidades geográficas: Unidades da Federação (UF) e grandes regiões do Brasil, para as quais será verificada a evolução do número de fonoaudiólogos atuando na atenção básica e a evolução da cobertura da ESF, para cada ano/calendário do período (2005–2015). Serão utilizados dados secundários, de domínio público, provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As principais variáveis investigadas neste estudo serão o número de fonoaudiólogos, tipo de vínculo na rede de saúde e o percentual de cobertura da ESF, de acordo com as UF, regiões e ano/calendário. Serão considerados todos os fonoaudiólogos lotados em qualquer dos estabelecimentos de saúde que compõem a rede de atenção básica. Após a coleta de dados, primeiramente, será realizada a análise

descritiva da evolução do número de fonoaudiólogos que atuam na atenção básica, estimando-se a variação percentual (VP) no período, de acordo com os municípios, UF e regiões. Posteriormente, serão representadas graficamente a evolução de fonoaudiólogos na atenção básica e a evolução da cobertura da ESF, estimando-se uma medida de correlação entre as duas curvas.

Resultados esperados: Espera-se obter dados que possibilitem compreender a relação entre a evolução do número de fonoaudiólogos na atenção básica e o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família no período estudado. Ademais, o mapeamento das evoluções, permitirá identificar padrões que identifiquem desigualdades da oferta da Fonoaudiologia no SUS servindo de referência para implementação de políticas e outras estratégias que potencializem a inserção do profissional nesses espaços.

Descritores: Fonoaudiologia, Acesso aos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.