



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Atenção à saúde de professoras com alterações vocais: um estudo das
trajetórias do cuidado sob a ótica da Integralidade**

GLADYS FERNANDA COELHO PEREIRA

Recife, 2009

GLADYS FERNANDA COELHO PEREIRA

Atenção à saúde de professoras com alterações vocais: um estudo das trajetórias do cuidado sob a ótica da Integralidade

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas de Saúde.

Orientador:

Prof. Doutor: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Recife

2009

Pereira, Gladys Fernanda Coelho

Atenção à saúde de professoras com alterações vocais: um estudo das trajetórias do cuidado sob a ótica da integralidade / Gladys Fernanda Coelho Pereira. – Recife: O Autor, 2009.

91 folhas: il., tab., fig., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. SUS - Integralidade. 2. Fonoaudiologia - Disfonia. I. Título.

612.85:81'232
612.78

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2009-139



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

GLADYS FERNANDA COELHO PEREIRA

No dia 27 de agosto de 2009, às 14:30 horas, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador) Membro Interno, Cláudia Marina Tavares de Araújo (DO – do Departamento Fonoaudiologia da UFPE) Membro Externo e Ana Paula de Oliveira Marques (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Gladys Fernanda Coelho Pereira, sobre a sua Dissertação intitulada: **"Atenção à Saúde de Professoras com Alterações Vocais: um estudo das trajetórias do cuidado sob a ótica da integralidade"**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profª. Drª. Ana Paula de Oliveira Marques

Aprovada

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Aprovada

Profª. Drª. Cláudia Marina Tavares de Araújo

Aprovada

Ana Paula de O. Marques
Profª. Drª. **Ana Paula de Oliveira Marques**

Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo
Prof. Dr. **Antonio Carlos Gomes do Espírito**

Cláudia Marina Tavares de Araújo
Profª. Drª. **Cláudia Marina Tavares de Araújo**

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses anos muito foi construído com sucessos, alegrias, dificuldades e sofrimentos. Percorrer este caminho só foi possível graças ao apoio e à colaboração de pessoas especiais que, de uma forma ou de outra, acreditaram em mim e me ajudaram a elaborar este produto, que é sempre inacabado.

Assim, agradeço:

À minha mãe e ao meu pai, que me deram a maior prova de amor possível, estando sempre, e quando mais precisei, ao meu lado;

À minha avó Rita (*in memoriam*), que me proporcionou momentos mágicos e inesquecíveis, exemplo de força, dignidade e respeito. Agradeço a oportunidade de participar da sua história, principalmente nos seus últimos anos. Com ela decidi que iria trabalhar cuidando do outro, com respeito, dedicação e amor.

A Swami, pelo carinho nos momentos de angústias e inseguranças e por compartilhar das minhas conquistas e alegrias. Meu muito obrigada por participar ativamente da construção deste trabalho.

Aos demais familiares, pelo amor, proteção, dedicação e paciência com minhas ausências em momentos tão caros. Especialmente ao meu irmão Fernando, pela “paciência” ao atender meus questionamentos e pedidos de ajuda na área tecnológica.

Ao meu orientador e amigo Professor Antônio Carlos, pela paciência, dedicação, competência com que me acompanhou durante esses anos de estudo, especialmente nos momentos cruciais de realização deste trabalho, e pelos preciosos e delicados puxões de orelha.

Aos amigos do Pipasc, em especial a Maria Luiza que, não apenas acreditou, mas impulsionou minhas conquistas;

Por fim, aos meus pacientes, com os quais estou sempre aprendendo, em especial às professoras que participaram desta pesquisa, e tão gentilmente atenderam às minhas solicitações. Sem eles, esse trabalho não seria possível.

RESUMO

Dentre todos os avanços alcançados com o SUS, as mudanças visando a descentralização dos recursos e das ações e a expansão da oferta de serviços de saúde são os mais evidentes. Quanto à integralidade, no entanto, os progressos não têm caminhado no mesmo ritmo, constituindo um dos maiores desafios para o Sistema. As pesquisas sobre integralidade com frequência comparam a utilização, pela população, dos serviços de diferentes naturezas e níveis de complexidade com o padrão normatizado de necessidades e de fluxos de encaminhamento. Os resultados destes estudos permitem uma visão macro da capacidade das redes de atenção de assegurar o atendimento em todos os níveis de complexidade. Compreender os problemas que interferem na estrutura, processo e resultados do sistema de cuidados exige o emprego de metodologias qualitativas por parte dos atores que se encontram na ponta do sistema. Nesta pesquisa, busca-se detectar os aspectos que interferem na prestação do cuidado integral a usuários de uma policlínica, que realizam tratamento em decorrência de alterações vocais. Seu objetivo é identificar a presença da integralidade na prestação de cuidados a professoras municipais com diagnóstico de disfonia, a partir da reconstituição do itinerário terapêutico, enfocando o ponto de vista do usuário. Foi utilizada a técnica de História Oral com professoras da Rede Municipal de Educação. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, sendo gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo. Partindo-se da perspectiva de integralidade como apreensão ampliada das necessidades individuais dos usuários, princípio orientador das práticas dos profissionais de saúde, o estudo constatou que os sintomas de alteração vocal são detectados inicialmente por atores fora dos serviços de saúde: colegas de trabalho, amigos e família, colaborando com o cuidado ou com o não cuidado. Os profissionais de saúde têm papel primordial nessa cadeia de cuidado, sendo o ator que identifica as reais necessidades individuais, favorecendo a atenção integral.

Palavras Chave: Integralidade; histórias orais, disfonia, trajetória do cuidado; fonoaudiologia.

ABSTRACT

Among all the achievements reached by the SUS, the changes aiming at the resource and activity decentralization and expanding the provision of health services are the most evident. Concerning the integrality, however, progress has not proceeded at the same pace, becoming one of the biggest challenges for the system. Research on integrality often compare the use, by the population, of the services of different features and levels of complexity to the standardized pattern of requirements and flow of routing. The outcomes of these studies provide a macro view of the capacity of networks of care to ensure the attendance at all levels of complexity. Understanding the problems that interfere with the structure, process and results of the system of care require the use of qualitative methodologies from the actors who are on the edge of the system. In this research, it is attempted to identify the issues that affect the care provision to users of a polyclinic, which performs treatment due to vocal change. Its goal is to identify the presence of the integrality in the care of municipal teachers diagnosed with dysphonia from the reconstitution of the therapeutic journey, focusing on the view of the user. The Oral History technique was used with the teachers from the Municipal Education Network. The interviews followed a semi-structured, recorded, transcribed and subjected to content analysis. Based on the integrality perspective as the comprehensive understanding of the individual needs of users, guiding principle of practice of health professionals, the study found out that symptoms of voice change are detected initially by actors outside the health services: co-workers, friends and family, working with either the care or carelessness. Health care professionals have a key role in this chain of care, being the actor who identifies the real needs, promoting integral care.

Keywords: Integrality; oral histories, Dysphonia, trajectory of care, speech therapy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissível

Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG – Organização Não Governamental

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMS – Plano Municipal de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos diagnósticos acompanhados no Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica Narciso Lima, Bezerros, PE., 2005 a 2007.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde.

Figura 2: Localização do município de Bezerros na área da IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco – 2007.

Figura 3: Rede Assistencial da IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, 2007.

Figura 4: Fluxo de atendimento ao usuário com alteração vocal no município de Bezerros.

Figura 5: Fluxograma de atendimento na Policlínica Farmacêutico Narciso Lima.

Figura 6: Fluxograma para representar a trajetória percorrida pelas professoras em busca do cuidado com a voz.

Gráfico 1: Mortalidade Proporcional segundo o grupo de causas – CID 10, 2006.

Quadro 1: Caracterização da amostra

APRESENTAÇÃO

Minha primeira experiência pessoal sobre o cuidado com a saúde do outro foi através da convivência com a minha avó. Tive o privilégio de participar dos seus últimos anos de vida, momentos de completa autonomia e momentos de intensa dependência. Esta primeira referência positiva de cuidado com afeto me proporcionou o fundamento de todas as demais relações com o outro, que pude estabelecer até esta etapa da minha vida.

Profissionalmente segui pelo cuidado com a saúde fonoaudiológica. Percebendo a necessidade de ampliar minhas experiências, decidi investir inicialmente na pós graduação em: “Voz, comunicação e sociedade num contexto multiprofissional”, realizado no ano de 2000 na Universidade de São Paulo. O curso proporcionou caminhar pela saúde coletiva e por alguns seguimentos da sociedade, entre eles os profissionais da voz, pessoas que se utilizam da voz como instrumento de trabalho.

A sequência de experiências profissionais passa pela minha participação na equipe de uma ONG, atendendo crianças com necessidades especiais. Essa passagem favoreceu uma prática interdisciplinar e pautada numa abordagem integral do indivíduo, abrangendo desde as práticas vivenciadas no serviço até a visão macro da assistência envolvendo políticas intersetoriais, como é o caso dos programas sociais. Uma outra experiência marcante foi à atividade de docência no curso de graduação em Fonoaudiologia da UFPE, como professora substituta das disciplinas de Fonoaudiologia e Saúde Pública. A etapa mais recente desta trajetória profissional que foi se direcionando para o campo da saúde coletiva e mais especificamente do cuidado, é representada pela minha atual inserção como fonoaudióloga pertencente ao quadro da Secretaria de Saúde do município de Bezerros, na Policlínica Narciso Lima, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde dos usuários deste e de outros municípios vizinhos.

Nessa atuação clínica deparei-me com professoras com problemas vocais. Elas apresentavam diferentes modos de adoecer, bem como complexos arranjos para o cuidado com a voz. Ao encontrar lugar de acolhimento, as professoras trazem suas insatisfações e angústias com a saúde, com o trabalho, com a vida. Seus relatos revelam que além das alterações vocais é necessário uma reflexão sobre a relação profissional/usuário e a forma como as reais necessidades deste último são identificadas e cuidadas pelos profissionais.

Percebendo as carências de conhecimento sobre como o usuário compreende as orientações passadas pelos profissionais de saúde e a motivação para a adesão ou abandono do cuidado, os eventos mais significativos nessa trajetória, resolvi aprofundar a investigação das suas narrativas através da técnica de História Oral. Para realizar esse desejo busquei conhecimentos no departamento de História na UFPE, com o professor Antonio Montenegro. Cursei, além disso, um módulo no doutorado em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com a professora Aparecida Nogueira, do Departamento de Antropologia/UFPE e mergulhei em leituras de autores específicos procurando, enfim, beber desta fonte de modo a ter condições de aplicar com propriedade este instrumental metodológico.

Embora se configure como um investimento acadêmico no campo da saúde coletiva, esta dissertação pretende contribuir para a formulação de políticas e para a tomada de decisões que permitam uma melhor adequação da prestação do cuidado, fruto que é do trabalho de uma pesquisadora que tem inserção na academia e na prestação da assistência.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	15
1.1 Problematizando a integralidade.....	20
1.1.1 Sobre a integralidade.....	21
1.1.2 Integralidade: sentidos e conceitos.....	22
1.2 A fonoaudiologia e o sistema público de saúde: uma caminhada em direção a integralidade.....	26
1.2.1 Atenção fonoaudiológica no contexto do sistema municipal de saúde: compartilhando experiência.....	30
1.2.2 Problemas fonoaudiológicos: uma questão de saúde pública?	31
 2 Procedimentos metodológicos.	
2.1 Desenho do estudo.....	35
2.2 Características gerais da área territorial de abrangência da pesquisa.....	36
2.3 Sujeitos da pesquisa.....	40
2.4 Procedimentos de coleta e análise de dados primários.....	41
2.5 Categorias de análise	43
2.6 Procedimentos de coleta e análise de dados secundários.....	43
2.7 Considerações éticas	44
 3 Resultados e discussão	
3.1 Em cena, os mestres narradores.....	46
3.2 Quando os mestres desafinam.....	49
3.3 Problema vocal: um mal do ofício?.....	52
3.4 O corpo fala, a mente também.....	55
3.5 Cuidados que precedem o consultório.....	57
3.6 Trilhando os caminhos traçados pelos doutores.....	61
3.7 Caminhos,desvios e atalhos	
3.7.1 Considerações sobre a rede de atenção à saúde no município.....	65
3.7.2 O primeiro contato com o cuidado técnico-científico	69
3.7.2.1 O fluxo seguido pelas professoras SUS-dependentes.....	70
3.7.2.2 O fluxo seguido pelas professoras de planos de saúde.....	71
3.8 Final de uma trajetória, começo de outras.....	74
 4 Considerações finais.....	75
 Referências	79

Apêndice A: “Roteiro de entrevista”	87
Apêndice B: “Termo de consentimento livre e esclarecido”	88
Anexo A: “Carta de anuência”	91

1 INTRODUÇÃO

A década de 80 foi marcada, no Brasil, pelo processo de redemocratização política, com frequentes e intensos movimentos de contestação ao Sistema de Saúde, apontado como ineficiente no enfrentamento dos problemas, caracterizado por ações curativas, hospitalocêntricas, privatistas e excludentes, com seu acesso legalmente garantido apenas aos contribuintes do Sistema Previdenciário (BAPTISTA, 2005).

Neste contexto, grupos de diversos segmentos da sociedade organizaram-se para discutir os problemas sociais e sanitários. Como consequência, teve início a formação de um movimento por reforma sanitária cujo ideário chegou ao auge na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a elaboração da proposta de um sistema de saúde único, universalista e democrático (BRASIL, 2007a).

Essa proposta foi aprovada na Constituição Federal de 1988, a qual reconhece a saúde como um direito de cidadania extensivo a todo o povo brasileiro, assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular (BRASIL, 2007a).

Para Mendes (1999), o Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como um processo social em construção, foi criado com o propósito de alterar a situação de desigualdade na atenção à saúde da população, universalizando o acesso ao atendimento, com assistência gratuita a qualquer pessoa, sem nenhuma restrição. Ao setor privado coube organizar-se de forma complementar a esse sistema, mediante contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado.

Além de favorecer a universalização da assistência, a institucionalização do SUS buscou superar a histórica dicotomia existente entre serviços preventivos e curativos, entre a assistência individual e as ações de prevenção das doenças e promoção da saúde. Objetivou-se também a democratização do Sistema, por meio da descentralização e da participação dos usuários e trabalhadores na formulação de políticas e no controle dos serviços de saúde.

Desde a implantação do SUS, observam-se alguns resultados positivos no campo da epidemiologia, como a erradicação da poliomielite, redução da mortalidade infantil, da incidência do sarampo, da prevalência da hanseníase e ações significativas no campo da saúde mental, entre outras (MENDES, 1999). No âmbito das políticas públicas de saúde, verificam-se alguns avanços, como no caso do Programa de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/Aids reconhecido internacionalmente como padrão de excelência; dos mecanismos de controle social, materializados nos conselhos locais, municipais, estaduais, no Conselho Nacional

de Saúde e a descentralização de responsabilidades, serviços, poder e recursos do nível federal para os estados e municípios (SILVA; LIMA, 2005).

Apesar destas conquistas, as críticas continuam frequentes. Os avanços ainda estão longe de expressar a desejada transformação registrada no movimento da reforma sanitária: um sistema universal, igualitário, humanizado e resolutivo no enfrentamento dos problemas de saúde individuais e coletivos. Ainda convivemos com a reemergência de doenças epidêmicas de ocorrência secular e os serviços de saúde encontram-se, em grande medida, em estado de deterioração, com insuficiência de recursos humanos e tecnológicos e inadequada estrutura física (BAPTISTA, 2005).

Como resultado, há uma demanda reprimida, atendimento de qualidade questionável e de baixa resolutividade, associado a longas filas de espera para quem depende desses serviços. Uma grande parte da população depara-se com muitos obstáculos para ter acesso a um atendimento médico-hospitalar digno e de qualidade, como também às estratégias de promoção da saúde (BAPTISTA, 2005).

Um estudo realizado por Campos (2007) aponta como causas do impasse na implantação do SUS, o financiamento insuficiente, o acelerado crescimento da atenção primária em detrimento da sua qualidade, a quase inexistência da regionalização e integração entre municípios e serviços e, ainda, a baixa eficácia e eficiência de serviços assistenciais especializados.

Para Mendes (1999), os problemas agravaram-se devido à redução do financiamento no início da implantação do SUS, sucedido da universalização do Sistema, com o aumento da produção de serviços. Além desses, problemas como a baixa experiência da gestão pública, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços estariam comprometendo a reputação do SUS perante os cidadãos (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

A dificuldade de operacionalizar os princípios e diretrizes também é justificada por alguns obstáculos estruturais, como a desigualdade social, a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista, num cenário político com forte presença do ideário neoliberal, em busca do Estado mínimo e da notória fragilidade do movimento sindical (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Em suma, a estrutura do Sistema de Saúde, antes segmentado em distintas clientela com diferentes privilégios passou, com a Constituição de 1988, a atender a demanda de todos os

cidadãos brasileiros, ainda que em um contexto econômico de restrição dos gastos públicos e consequente degradação progressiva da qualidade dos serviços oferecidos (BRASIL, 2002).

O princípio da universalidade avançou, se for considerada a extensão da oferta de assistência promovida pelo Sistema, principalmente no que diz respeito à atenção básica. A integralidade, outro princípio doutrinário, parece estar longe de ser alcançada. Tendo em vista a dimensão continental do país e a heterogeneidade das condições sociais e econômicas de suas regiões, os estudos sobre integralidade precisam ater-se aos diferentes recortes territoriais. Por outro lado, tem sido crescente o debate acerca da necessidade de se avaliar objetos desta natureza utilizando abordagens qualitativas como requisito para se ampliar e aprofundar a compreensão sobre as complexas relações de causalidade envolvidas.

Recentes estudos realizados na cidade do Recife acerca da percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde apontam falhas relacionadas basicamente ao acesso, ao tratamento dispensado pelos profissionais, ao acolhimento e à baixa resolutividade (GALINDO, 2001; GATTÁS, 2003).

Assim, apreender, na fala dos usuários, as maneiras pelas quais eles buscam atendimentos para suas necessidades em saúde, como vivenciam a experiência de acolhimento e a capacidade resolutiva do Sistema de Saúde Municipal constitui, assim, importante elemento na avaliação desses serviços.

Neste sentido, busca-se, no presente estudo, analisar a trajetória do cuidado prestado aos indivíduos com problemas vocais pelo Sistema Municipal de Saúde do município de Bezerros, na perspectiva da integralidade. Especificamente, objetiva identificar, nessa trajetória, os agentes do cuidado, a relação estabelecida entre estes agentes e os usuários e os fatores de contexto que interferem no processo de prestação do cuidado e nos seus resultados.

Considerando tais objetivos e visando estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do texto, este trabalho está estruturado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, descreve-se o referencial teórico construído para a pesquisa, o qual possibilita a reflexão sobre o princípio da integralidade, em suas diversas possibilidades de sentidos e significados, com destaque para as abordagens propostas por Cecílio (2006), que desenvolve o conceito de integralidade micro, e por Mattos (2006), que trabalha na perspectiva da integralidade como orientação das práticas, instrumental teórico utilizado como ponto de partida para a análise dos resultados obtidos. O capítulo aborda também a inserção do Serviço de

Fonoaudiologia no sistema público local de saúde, detalhando sua atuação, dirigida aos usuários com problemas vocais.

O segundo capítulo traça os caminhos metodológicos seguidos na realização do estudo, da coleta de dados à sua análise, descrevendo ainda a base territorial, os sujeitos, os aspectos éticos envolvidos e a reflexão crítica sobre a minha participação direta como pesquisadora.

No terceiro capítulo, dedicado aos resultados e à discussão, procura-se estabelecer o diálogo entre os dados coletados e a literatura pesquisada e, por fim, no último capítulo, apresentam-se as considerações finais do trabalho.

Sem nenhuma pretensão de esgotar o tema, este estudo propõe-se contribuir para a reflexão acerca da escuta atenta aos usuários que buscam respostas para suas necessidades de saúde, bem como do processo de trabalho dos profissionais de saúde, de forma a oferecer subsídios que possam ser utilizados na reorganização dos serviços, em busca de atingir a desejada atenção integral.

1.1 PROBLEMATIZANDO A INTEGRALIDADE

1.1.1 Sobre a integralidade

Dentre todos os avanços alcançados pelo SUS, as mudanças do Sistema quanto à descentralização e ao controle social são evidentes, conforme afirma Mattos (2004). As barreiras de acesso não são tão formais como na década de 80, quando apenas os que contribuíam com a previdência tinham o direito à assistência à saúde.

O princípio da universalização proporcionou considerável expansão das redes de serviços e ações de saúde. A diretriz da descentralização político-administrativa, por sua vez, favoreceu a progressiva transferência de responsabilidades e recursos da esfera federal para os gestores estaduais e municipais, inovando a capacidade de gestão e do cuidado à saúde por parte dos gestores e da população (BAPTISTA, 2005).

Mas, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Além das barreiras de acesso, que privam os brasileiros das ações e serviços de que necessitam, o contato entre o usuário e o profissional de saúde precisa ser mais humano, o que irá favorecer a identificação de suas reais necessidades, bem como adequar a oferta, de modo a responder à necessidade identificada (MATTOS, 2004).

Para Kantorski *et al.* (2006), a integralidade, no olhar do gestor municipal, é sinônimo de garantia de acesso a serviços organizados de saúde. No estudo dos autores, o sistema local de saúde mostrou-se extremamente vulnerável para garantir o princípio da integralidade. Na prática, os serviços não se comunicam, têm uma lógica própria e distinta e não conseguem responder, com qualidade, às necessidades dos usuários.

Mattos (2004) refere que as experiências que transformam essa realidade acontecem isoladamente e são pouco visíveis. Por esse motivo, se faz oportuno dedicar maior atenção a essas experiências, contribuindo para que cada vez mais atores se engajem na construção de práticas pautadas pela integralidade.

1.1.2 Integralidade: sentidos e conceitos

A partir de consultas à literatura sobre conceitos de integralidade, Mattos (2006) chama a atenção para os diversos sentidos deste termo. Para o autor, a integralidade não é apenas uma diretriz, é uma “bandeira de luta”, expressão de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar. Assim, a integralidade é apreendida, por este autor, em três dimensões: (1) como princípio orientador das práticas; (2) como princípio orientador da organização do trabalho; (3) como princípio orientador das políticas.

No primeiro caso, o indivíduo é visto de forma integral (não fragmentada). Aqui, a integralidade pressupõe uma prática médica em que a intervenção não se reduz à “queixa” do usuário, mas, ao contrário, amplia-se no sentido do profissional identificar, na “queixa”, as diversas ações e serviços de que o indivíduo necessita. Trata-se de uma abordagem na qual o profissional tanto aproveita a oportunidade do “encontro” com os usuários para aplicar técnicas preventivas, quanto para captar necessidades que vão além da prevenção e do controle de doenças.

No segundo caso, a integralidade se expressa em um modo de organização voltado para a articulação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Neste sentido, os serviços de saúde devem ser organizados de maneira tal que permitam uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários.

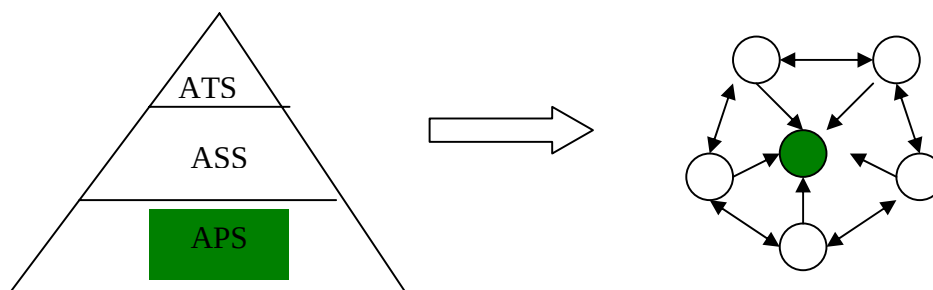
No terceiro caso, a integralidade relaciona-se à: (a) recusa, por parte dos governantes, de reduzir a objetos (descontextualizados) das políticas públicas os sujeitos para os quais a política foi formulada, ampliando o horizonte de problemas sobre os quais a política incide; (b) respostas governamentais que incorporam ações voltadas para a prevenção e a assistência.

Além dos três sentidos apresentados por Mattos (2006), existem também dois tipos de integralidade: a horizontal e a vertical. Esta diz respeito aos três níveis de atenção à saúde, que podem ser chamados de atenção básica, atenção de média e alta complexidade; defendendo a proposta constitucional de que as ações e serviços de saúde devessem ter, como objetivo, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. A integralidade horizontal está ligada aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, tentando fazer prevalecer a visão do ser humano como único e inteiro, não o entendendo como doenças ou agravos (CARVALHO, 2005).

Cecílio (2006) apresenta uma definição de integralidade, a qual chama de ampliada, medida pelas necessidades de saúde dos usuários, envolvendo o espaço “micro” de uma unidade de saúde (“integralidade focalizada”) e o espaço “macro” de uma rede composta por serviços de saúde e de outros setores.

O micro é o espaço singular de cada unidade, no qual a integralidade consiste no esforço conjunto (de toda a equipe) de compreender, de fazer a melhor escuta e de captar, da melhor forma possível, as necessidades de saúde da população que procura o serviço.

No espaço macro, a integralidade consiste na articulação de cada serviço de saúde a outros, constituindo uma rede de serviços muito mais complexa, pois a integralidade nunca se realiza em apenas um lugar. Esta ideia de rede, com múltiplas entradas e fluxos, seria mais adequada à concretização da integralidade do que o modelo piramidal, com serviços racionalmente hierarquizados, como pode ser visto na figura 1, que representa a mudança de um sistema piramidal hierarquizado para um sistema em rede horizontal integrada, na qual a atenção primária é o centro de comunicação. A organização dos serviços em redes possibilita a captação de clientes nas várias portas de entrada (CECÍLIO, 2006).



APS: atenção primária à saúde

ASS: atenção secundária à saúde

ATS: atenção terciária à saúde

Figura 1: Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde.

Fonte: Mendes e Pestana (2004).

Sintetizando, para os autores a integralidade consiste em abolir os reducionismos na atenção e exprime-se na concretização do “direito universal ao atendimento das necessidades de saúde” (CECÍLIO, 2006; MATTOS, 2006). Isto significa o direito do indivíduo ao acesso a todas

as tecnologias que o Sistema oferece para o atendimento de suas necessidades, as quais, apesar de determinadas (ou construídas) histórica e socialmente, apresentam-se de modo diferente para cada pessoa que as vivencia, e é a partir desses diferentes modos que devem ser apreciadas.

No esforço de compreender as necessidades de saúde, Cecílio (2006) busca conceituá-las sob os seguintes conjuntos:

- a) na perspectiva de se ter “boas condições de vida”, ou seja, a busca por algum tipo de resposta para as más condições de vida sob as quais se viveu ou vive;
- b) na perspectiva de se ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida;
- c) na procura de um vínculo afetivo com uma equipe e/ou um profissional de saúde;
- d) na necessidade de se ter maior autonomia no modo de conduzir a vida.

Para o autor, no encontro do usuário com o profissional deve prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por quem procura o serviço, apresentadas muitas vezes por algumas demandas específicas.

Essa ideia é reforçada por Merhy *et al.* (2007), para os quais a integralidade pode ser traduzida por acolhimento, relações humanizadas, que os trabalhadores e o serviço como um todo têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando as relações frias, impessoais e distantes que imperam no trato cotidiano dos serviços de saúde.

Os autores consideram que o fazer saúde necessita do uso de diversas tecnologias, que podem ser classificadas de acordo com as seguintes categorias:

- a) Tecnologia dura: aquela relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais;
- b) Tecnologia leve-dura: a que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde;
- c) Tecnologia leve: as tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização.

Diante desse contexto, Campos (2003) refere que a integralidade, no sentido de sistemas de saúde mais resolutivos e mais próximos do indivíduo e da coletividade, constitui o maior desafio da saúde nos dias de hoje. O autor considera como desafios para a institucionalização da integralidade a reestruturação dos estabelecimentos e organizações do setor saúde, a articulação dos serviços e da prática dos profissionais, cuja herança cultural é a do modelo médico

assistencial. Em suma, garantir o princípio da integralidade implica dotar o Sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e, principalmente, humano.

Esta polissemia de significados favorece a discussão sobre a necessidade de considerar a integralidade um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, atentando-se para não confundir com medidas que favorecem o acesso, um conjunto amplo de ações ofertadas num sistema de saúde. O objetivo desse enfoque é verificar se ocorre o acesso a um sistema com cuidados integrais. Ao mesmo tempo, aponta para a necessidade de aclarar melhor este objeto de estudo, de exercitar metodologias para identificá-lo e de dotá-lo de indicadores capazes de permitir a sua avaliação (CONILL, 2004).

1.2 A Fonoaudiologia e o Sistema Público de Saúde: caminhando para a integralidade

A história das políticas de saúde no Brasil tem registrado os avanços conquistados com a construção do SUS. As ações e os serviços de saúde devem ser planejados e executados de acordo com seus princípios e diretrizes. Na lei 8080/90 o princípio da integralidade é definido como “... um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990).

Esse contexto abriu espaço para o ingresso de novas categorias profissionais no Sistema Público de Saúde, entre elas a Fonoaudiologia, inicialmente de forma tímida e incipiente (FREIRE, 1999). Esse fato pode ser explicado através das análises dos primeiros currículos dos cursos de Fonoaudiologia, construídos para a formação de profissionais voltados para uma atuação clínica reabilitadora e autônoma. Com algumas reformas curriculares a formação passou a direcionar suas ações para a prevenção das alterações fonoaudiológicas e a promoção da saúde comunicativa, não deixando de fora o contexto das políticas públicas de saúde.

O fazer profissional, para alguns fonoaudiólogos, é concebido como uma técnica. Outros entendem a Fonoaudiologia como uma arte, havendo também os que a consideram uma especialidade da área da saúde ou da educação. Como uma nova ciência, a Fonoaudiologia tem procurado construir seu saber, direcionando sua prática não somente no sentido do desenvolvimento tecnológico, mas também para a ampliação de seu conteúdo formal, sem esquecer sua responsabilidade social e política, cuja meta é o conhecimento do homem e a melhoria de suas condições de vida (ANDRADE, 1996).

O fonoaudiólogo atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição. Pode atuar em conjunto com outros profissionais de saúde em clínicas, creches, escolas comuns e especiais e comunidades, incluindo as ações de atenção básica nas unidades de saúde, intervenções em hospitais, emissoras de rádio e televisão, teatro, *home care* (atendimento domiciliar), empresas de próteses auditivas, indústrias, centros de reabilitação, entre outros (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2007).

No universo da comunicação, a Fonoaudiologia aborda os distúrbios da fala, da voz, da audição e da linguagem, tais como: gagueira, dislexia, afasia, disfonia. Intervém nos distúrbios relacionados com mastigação, sucção e deglutição, nas disfagias e em outras dificuldades alimentares. Realiza exames audiológicos, reabilita pacientes neuropatas com tais dificuldades, bem como deficientes auditivos (BERBERIAM, 1996).

De acordo com Andrade (2000), por estudar a comunicação humana e sua expressão intra e interpessoal, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações fonoaudiológicas que visem à promoção da saúde e da qualidade de vida pessoal e populacional. Essas ações podem ser direcionadas à prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da comunicação em todas as idades, desde o período de gestação até a terceira idade.

A autora relata que na fase de prevenção primária há eliminação ou inibição dos fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias da comunicação. No nível de promoção da saúde são adotadas medidas para aumentar a saúde geral e o bem-estar da população, como exemplo, ações de saúde vocal para os profissionais da voz.

No nível de proteção específica, a atuação dirige-se para o combate às alterações fonoaudiológicas, segundo suas características e necessidades específicas. A prevenção secundária objetiva detectar e tratar, o mais precocemente possível, as patologias já instaladas, visando interromper o processo da doença, evitando ou retardando complicações e sequelas.

A prevenção terciária, fase mais conhecida e estudada pela Fonoaudiologia, ocorre no nível da reabilitação, cujo objetivo é reduzir ao máximo as alterações decorrentes da patologia, restabelecendo a funcionalidade mais próxima do normal, procurando evitar o desajuste psicossocial do indivíduo.

O reconhecimento da Fonoaudiologia no quadro das políticas de saúde começa a tomar forma a partir do começo deste século. Segundo Bernardi (2007), a publicação da portaria nº 1.679, em 2002, que estrutura a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, do decreto nº 42.214, de 2002, que regulamenta a lei 12.556/98, a qual institui o Programa de Saúde Auditiva para Crianças recém-nascidas, e da portaria GM/MS nº 2.073/2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, proporcionou a inserção e o crescimento da atuação do fonoaudiólogo no SUS.

Segundo dados do Conselho Federal de Fonoaudiologia (2007), dentre as propostas discutidas e aprovadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde – CNS - em novembro de 2007, 18 se referiam à atuação da Fonoaudiologia, desde a garantia do trabalho em equipes multiprofissionais, nas políticas relacionadas ao recém-nato de alto risco, à criança e ao adolescente, de saúde mental, saúde do trabalhador e do idoso, até a inserção deste profissional nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família - Nasf, no ambiente hospitalar e na saúde ocupacional. O relatório final deste evento é encaminhado ao governo federal e aos conselhos estaduais e municipais de saúde, como referência para a elaboração das ações de saúde. Essa iniciativa orienta os gestores e reforça a necessidade de implantar redes de atenção à saúde fonoaudiológica capazes de atender as necessidades da população.

Como já mencionado anteriormente, o princípio da universalidade está garantido através da considerável expansão da atenção básica, porém torna-se fundamental o conhecimento e a discussão, pelos gestores do SUS, das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando a adequada implementação de suas ações em complementação à atenção básica, garantindo que o Sistema Público de Saúde no Brasil atenda integralmente a população (BRASIL, 2007b). No caso particular da saúde fonoaudiológica, a construção das redes vai encontrar uma estrutura de atenção básica a ser ainda organizada.

Segundo Pereira (1999), nos anos 70 e 80, os fonoaudiólogos foram inseridos no sistema público, pelas Secretarias de Educação e Saúde. Os serviços, geralmente, eram estruturados como um consultório, com o objetivo de reabilitar seus pacientes. A maior parte dos profissionais trabalhava de forma isolada, em hospitais e ambulatorios de saúde mental. Com a estruturação do SUS, foram realizados concursos públicos, pela Secretaria da Saúde (principalmente em São Paulo). Alguns fonoaudiólogos foram lotados em centros de saúde, iniciando a participação da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde.

Em seu trabalho sobre o perfil do fonoaudiólogo da rede pública, Freire (1999) descreve as dificuldades enfrentadas e os avanços conquistados durante a inserção deste profissional no sistema público de saúde, na cidade de São Paulo, registrando a importância de conhecer as características da população que será assistida.

César e Maksud (2007) compartilham da teoria de que o fonoaudiólogo que trabalha no sistema público de saúde deve ter suas ações voltadas para a caracterização da população local. A eficácia de sua atuação vai depender de sua capacidade de percepção das alterações

fonoaudiológicas que acometem a população em geral, como também das peculiaridades e dinamicidade da demanda local e individual da área em que está lotado.

Para os autores, inicialmente o fonoaudiólogo tentou adotar a estrutura de atendimento clínico-privado no sistema público, sendo os resultados não satisfatórios. Desta maneira, começou a buscar novos caminhos que a levassem a um melhor desempenho nos vários níveis de atenção à saúde. A atuação fonoaudiológica no contexto da saúde pública está pautada por uma mudança das práticas meramente assistencialistas e reabilitadoras, para uma abordagem mais integral, que adota as medidas preventivas cabíveis, garantindo dessa forma a intervenção segundo o princípio da integralidade.

1.2.1 A atenção fonoaudiológica no contexto do Sistema Municipal de Saúde: compartilhando experiência

A lei 8080/90, ao definir os papéis das três esferas do governo consolidou a competência do município, estabelecendo para o poder público municipal a função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes. Dessa forma, este arcabouço jurídico garantiu a implantação do processo de municipalização no SUS, configurando-se parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, da descentralização das ações e serviços de saúde (PAIM, 2003; MACHADO *et al.*, 2004).

Com a descentralização os municípios deixam de ser um meros prestadores de serviços, passando a gerenciar seu sistema de saúde. Nessa nova função, o município passou a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde em seu território (MACHADO *et al.*, 2004).

No âmbito da assistência à saúde, o município de Bezerros, localizado no interior do Estado de Pernambuco, além de ampliar sua rede de atenção básica com a Estratégia de Saúde da Família, passou a oferecer, a partir de 2004, alguns serviços de média complexidade, como fisioterapia, nutrição e fonoterapia. O Ambulatório de Fonoaudiologia foi oficialmente instituído no ano de 2005. A partir deste ato, a Secretaria Municipal de Saúde passou a contar, em seu quadro de pessoal, com profissional contratado para a realização dos serviços de promoção, prevenção e reabilitação dos distúrbios fonoaudiológicos.

Para ter acesso ao serviço, a população é encaminhada por diversas vias: escola, agente comunitário de saúde, Conselho Tutelar, Secretaria de Educação, profissionais médicos, entre outros. Com essa multiplicidade de “portas de entrada”, algumas dificuldades são vivenciadas: demanda acumulada ao longo do tempo, filas de espera, encaminhamentos inadequados, insuficiente comunicação escrita entre profissionais de outras áreas, demora nas marcações de consulta e retorno de exames, insatisfação dos usuários, entre outras.

Diante deste contexto, parte-se da hipótese de que algumas questões centrais expressas hoje na forma de organização dos serviços de saúde estão relacionadas, fundamentalmente, ao aspecto organizacional do acesso, dificuldade para o agendamento de consultas, falta de

integralidade nas ações e fragilidade na rede hierarquizada da assistência, configurando um quadro crítico que compromete em muito o acesso dos usuários à atenção por eles demandada (KANTORSKI *et al.*, 2006).

Estas hipóteses, que refletem as preocupações com a melhoria do acesso, estão centradas na necessidade de aumento e disciplinamento da oferta. No entanto, o enfrentamento destes problemas passa pela substituição do modelo assistencialista e da atenção integral. Segundo este modelo, a integralidade, concebida e praticada tanto no sentido horizontal quanto no vertical, deverá produzir uma estimativa e uma utilização mais adequada dos recursos (CARVALHO, 2005).

1.2.2 Problemas fonoaudiológicos: uma questão de saúde pública?

A literatura acerca da atuação fonoaudiológica numa abordagem da saúde coletiva começa a ter destaque no final da década de 90. Befi (1997), em seu estudo sobre a caracterização do atendimento fonoaudiológico em um serviço público de saúde na cidade de São Paulo, realizou o levantamento das alterações fonoaudiológicas, constatando as seguintes prevalências, em ordem decrescente: distúrbios articulatorios, atraso de linguagem, alterações na leitura/escrita, alterações da motricidade oral, alterações da voz, gagueiras e alterações de comunicação decorrentes de outras patologias.

Em Bezerros, município no qual esta pesquisa foi desenvolvida, foram obtidos diagnósticos fonoaudiológicos após as anamneses e avaliações realizadas, nos anos de 2005 a 2007, na Policlínica Narciso Lima, estando os resultados egressos na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos diagnósticos acompanhados no Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica Narciso Lima, em Bezerros, PE., 2005 a 2007

Diagnósticos	N	%
Distúrbios Articulatorios	80	33,61
Atraso de Linguagem	44	18,49
Alteração vocal	40	16,81
Alteração da Motricidade oral (deglutição adaptada e/ou atípica)	33	13,87
Gagueiras	15	6,30
Outros diagnósticos	26	10,92
Total	238	100,00

Fonte: Registros de atendimento da Policlínica Narciso Lima, Bezerros, 2005 a 2007.

Destacam-se nesta tabela, as alterações vocais, também conhecidas como disfonias, representando a terceira causa de atendimento ambulatorial. Essas alterações são comumente encontradas naquelas que utilizam a voz profissionalmente, como os cantores, locutores, professores, entre outros. Os distúrbios articulatórios, também conhecidos como distúrbios fonéticos e/ou fonológicos, e os atrasos de linguagem acometem preferencialmente as crianças.

Jardim (2006), em um inquérito epidemiológico sobre casos de disfonia em professoras, encontrou os seguintes resultados: uma grande parte 40% sofria de processo inflamatório, alérgico ou infeccioso, nas duas últimas semanas. Durante a carreira docente, 30% das professoras foram afastadas da sala de aula, por distúrbios vocais, o que pode ser considerado um problema de saúde pública.

A voz é um componente importante na comunicação humana, pois pode transmitir tanto as intenções comunicativas, como as emocionais. As condições de produção da voz podem favorecer ou prejudicar a emissão da qualidade vocal. As emissões vocais produzidas com ajustes motores inadequados da laringe ou de forma a comprometer o aparelho fonador podem levar ao aparecimento de uma disfonia (FABRON; OMOTE, 2000).

Para os autores, os professores são os profissionais mais acometidos pelas disfonias, tendo como causas a jornada de trabalho, que geralmente é extensiva, bem como a falta de conhecimento sobre cuidados vocais adequados.

Observa-se que, em determinadas áreas, como a Fonoaudiologia, é crescente a preocupação com a saúde do professor, especialmente a vocal. Pesquisas tem sido realizadas com o objetivo de compreender o processo saúde-doença no docente, a partir da integração de dados quantitativos e qualitativos, sob a visão integral do professor. O entendimento amplo de saúde constitui um referencial que leva em conta as condições de trabalho e a qualidade de vida (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

A sobrecarga das atividades de docência e o uso inadequado da voz acabam por interferir no desempenho profissional e na qualidade de vida do professor. Estudo de Vieira *et al* (2007) aponta para a elevada prevalência dos problemas vocais nos profissionais que têm na voz um instrumento de trabalho essencial. A disfonia é um problema frequente em professores e seus sinais e sintomas afetam vários aspectos da vida do docente.

De acordo com Behlau (2001), as disfonias podem ser classificadas em três grupos:

- a) Disfonias funcionais, devido ao uso incorreto da voz, às inaptações vocais ou por alterações psicogênicas;
- b) Disfonias organofuncionais, desencadeadas pela associação de fatores orgânicos e funcionais;
- c) Disfonias orgânicas, decorrentes de fatores orgânicos.

A demanda vocal e o impacto de uma disfonia podem interferir negativamente na carreira profissional do indivíduo que tem como instrumento de trabalho a voz. Logo, para esses indivíduos o conhecimento sobre os cuidados necessários para ter uma voz saudável favorecerá sua saúde, reduzindo também os afastamentos da sala de aula.

No sentido de contribuir para ampliar e aprofundar as abordagens metodológicas que buscam detectar a presença da integralidade nos sistemas locais de saúde, a presente pesquisa se propõe a dar destaque à fala de uma das categorias de atores sociais destes sistemas, que é o usuário, mais especificamente, o professor.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Desenho do Estudo

A pesquisa qualitativa apresenta algumas particularidades em relação aos estudos experimentais. Segundo Pope e Mays (2005), a pesquisa qualitativa pode ser usada para desvelar, de forma realmente independente, processos sociais ou acessar áreas da vida social que não estão abertas ou receptivas à pesquisa quantitativa. Esse tipo de pesquisa tem sido utilizado na avaliação de reformas e mudanças organizacionais para oferta de serviços de saúde sob o ponto de vista do paciente, do profissional de saúde e dos gestores.

Para Tanaka e Melo (2004), a utilização de instrumentos e técnicas qualitativas é quase indispensável, quando se pretende avaliar processos de trabalho configurados em elementos de difícil mensuração. Neste sentido, entendendo que o objeto de pesquisa deste estudo encontra-se no campo das representações sociais, de difícil apreensão a partir de instrumentos de natureza quantitativa, optamos pela abordagem qualitativa e, conseqüentemente, por métodos e técnicas relativos a esta abordagem.

Dentro da abordagem qualitativa foram escolhidas as técnicas de História Oral e de Pesquisa Documental, para a coleta de dados e a Análise de Conteúdo para analisar os resultados.

- História oral: para apreender, a partir do discurso do usuário, a integralidade que se pratica na rede de serviços. Assim, segundo Alberti (1989), os depoimentos de pessoas que testemunharam e ou necessitaram da assistência dos serviços de saúde permitem ampliar o conhecimento sobre acontecimentos e conjunturas do passado, como também recuperam o que não consta em documentos de outra natureza. Para Meihy (2005), o estudo de uma fala, segundo o olhar da história oral, constitui um interessante meio de conhecer a estrutura social à qual o indivíduo pertence. Para esse autor, o conhecimento daí advindo representa os significados e as vozes dos atores envolvidos.

- Pesquisa documental: para identificar a integralidade que a estrutura e o funcionamento da atenção à saúde ensejam, em uma perspectiva normativa (da instituição). Gil (2008) destaca que, nessa técnica, o pesquisador tem acesso a fontes diversificadas e dispersas. O autor classifica os documentos selecionados para a pesquisa em: a) de primeira linha, aqueles que ainda não receberam tratamento analítico (cartas, diários, regulamentos, ofícios); b) de segunda linha, aqueles que, de alguma forma, já foram analisados (relatórios, tabelas). Essa técnica tem

como vantagens: o baixo custo, uma vez que a análise dos documentos, além da capacidade do pesquisador, exige apenas disponibilidade de tempo, e constituir uma rica e estável fonte de informação.

- Análise de Conteúdo: com a intenção de chegar à inferência de conhecimentos sobre o objeto do estudo. Essa técnica de análise busca, através da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, a interpretação desta mesma comunicação (BARDIN, 2004).

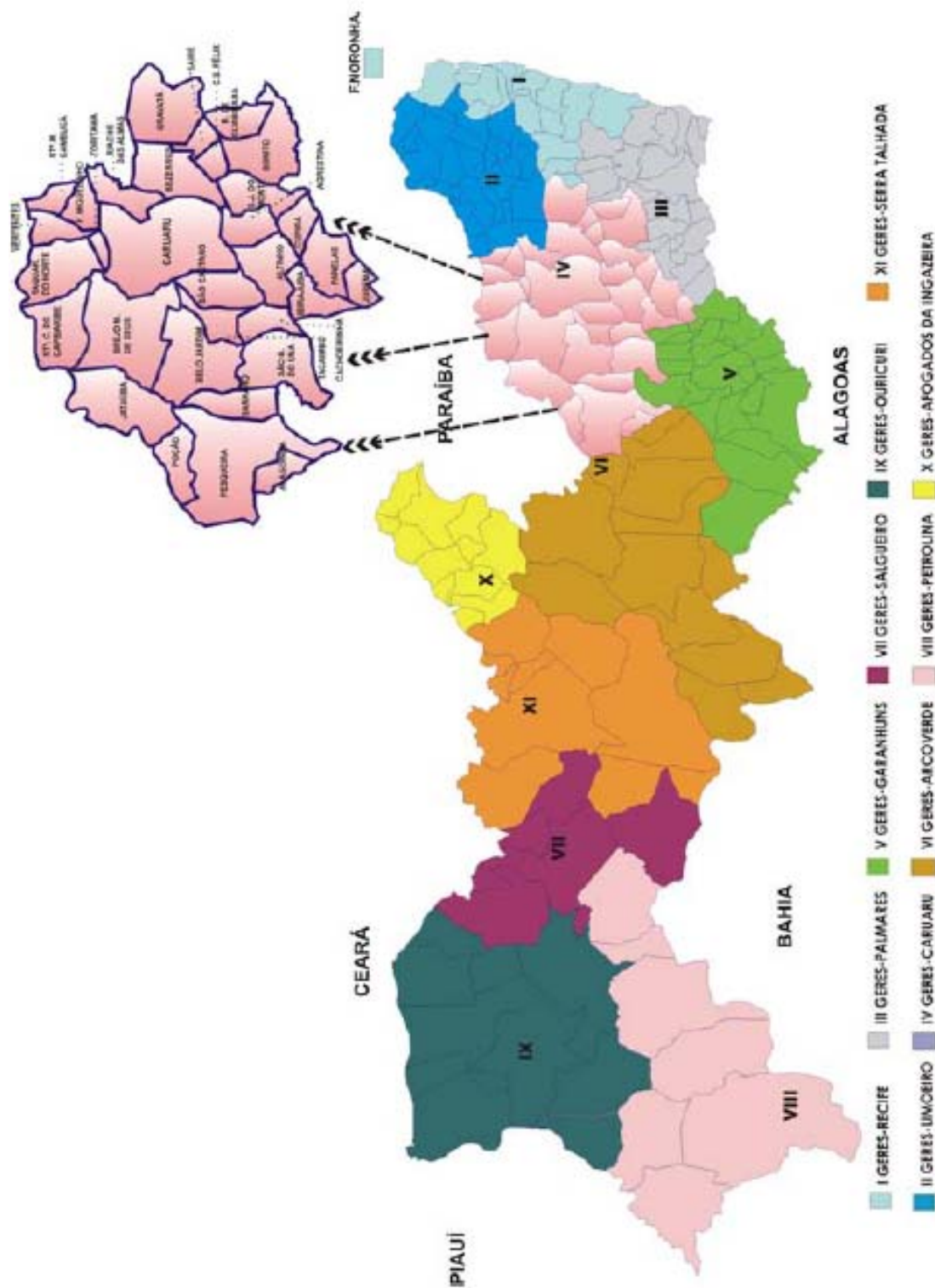
2.2 Características gerais da área territorial de abrangência da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Bezerros, localizado na região agreste do Estado de Pernambuco. O agreste abrange uma área geográfica de 493 km², com uma população estimada, para o ano de 2007, em 61.827 habitantes (DATASUS, 2008). Segundo dados constantes do Plano Municipal de Saúde 2006-2009, aproximadamente 73% desta população reside em área urbana. As principais atividades econômicas são a pecuária e a agricultura. No setor secundário, encontram-se as indústrias de beneficiamento de granito, a avicultura e as indústrias do ramo alimentício, produzindo bolos, bolachas e derivados (BEZERROS, 2006).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, Bezerros foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002. A partir daí, o município é responsável pela atenção integral aos seus munícipes, incluindo todos os níveis de complexidade.

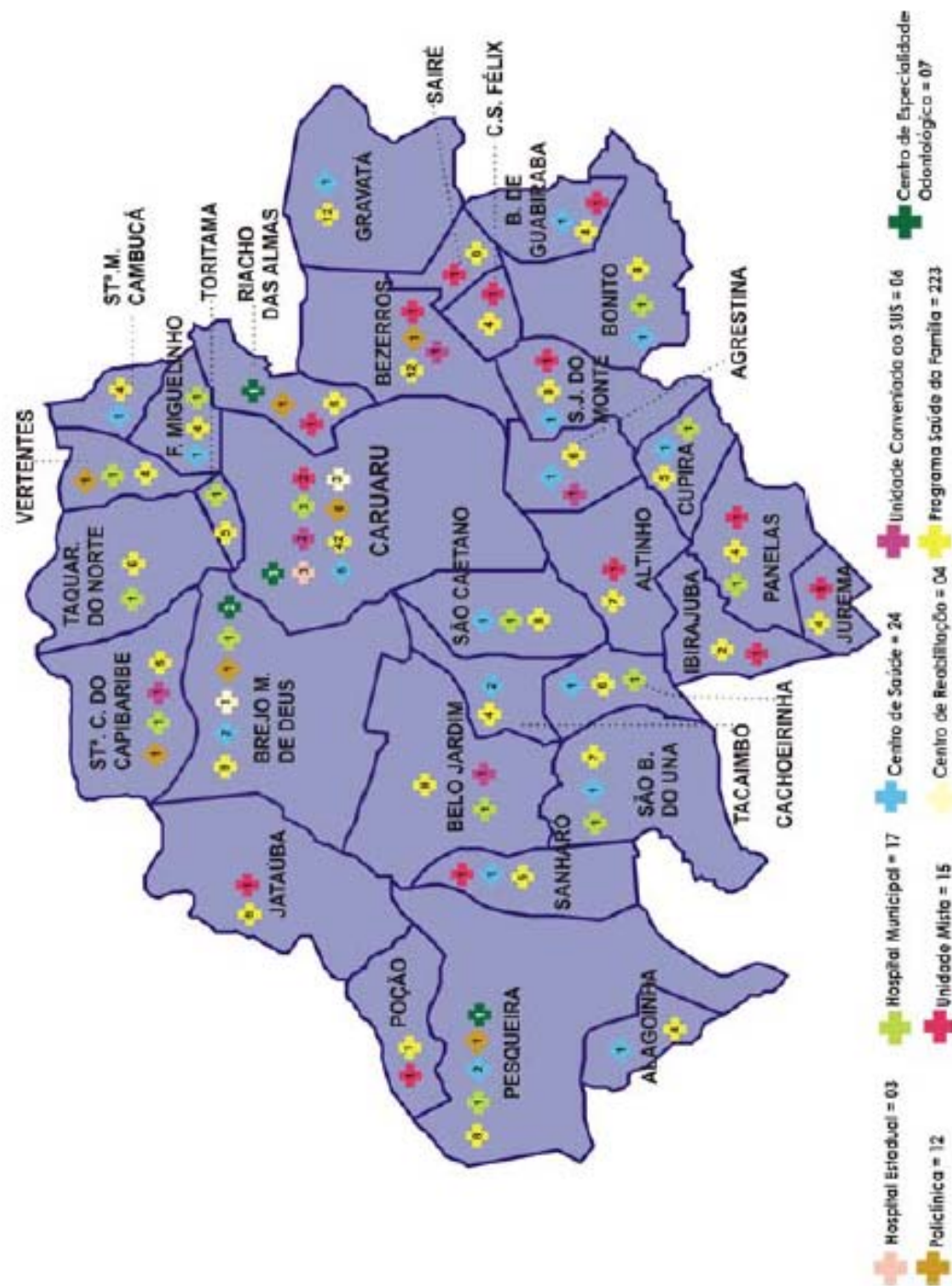
Além dessa habilitação, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Pernambuco, o município está classificado como Sede de Módulo Assistencial e, portanto, deverá garantir, além da assistência na Atenção Básica para seus cidadãos, a atenção especializada de primeiro nível para seus munícipes e para a população dos municípios que compõem o módulo, a saber: Sairé, Camocim de São Félix, São Joaquim do Monte e Barra de Guabiraba. Integra o conjunto de municípios que formam a IV Gerência Regional de Saúde, cuja sede é Caruaru, da qual dista 30 km (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Localização do município de Bezerros na área da IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco – 2007.



Fonte: Cadernos de Informação de Saúde,

Figura 3 – Rede Assistencial da IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, 2007.



Fonte: Cadernos de Informação de Saúde,

Do ponto de vista do perfil epidemiológico, Bezerras apresenta características semelhantes às de outros municípios brasileiros, quais sejam: doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbitos, seguida pelas causas externas e neoplasias, como mostra o gráfico 1 (BEZERROS, 2006).

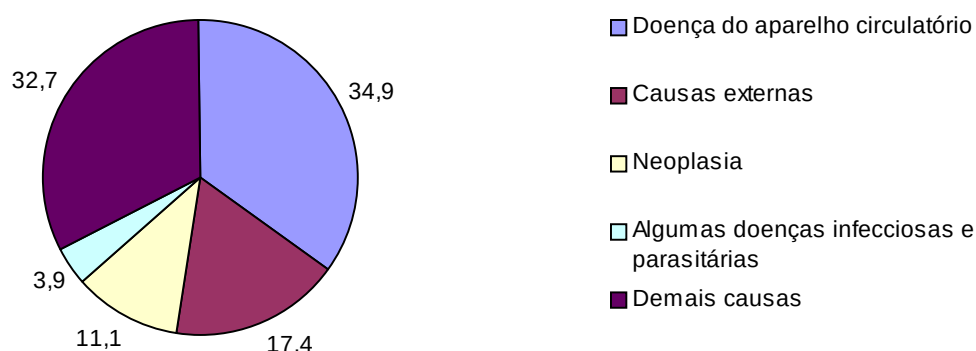


Gráfico 1: Mortalidade proporcional segundo o grupo de causas – CID 10, 2006.

Fonte: SIM, DATASUS, 2006

No documento referido anteriormente, encontram-se relacionados três eixos considerados prioritários para o planejamento de ações e serviços de saúde no município. São eles:

- Linhas de Atenção à Saúde, com a expansão da estratégia de saúde da família, o efetivo investimento na atenção básica, na reorganização da assistência farmacêutica, da atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção e da reestruturação da rede de atenção às urgências;
- Condições de Saúde da População, com o fortalecimento da vigilância em saúde e ações interventoras, buscando reduzir a morbi-mortalidade;
- Gestão em Saúde, cujo olhar está voltado para as condições físicas e humanas da Secretaria de Saúde, para o Conselho Municipal e para a participação social.

Quanto à Rede Assistencial, o município dispunha, na época da realização deste trabalho, de:

- 02 unidades hospitalares (sendo uma conveniada);

- 16 postos de saúde (12 Unidades de Saúde da Família, 3 Unidades Básicas de Saúde e 1 Unidade Básica Ambulatorial)

- 01 Policlínica.

A rede de serviços de média complexidade vem desenvolvendo, conforme sua capacidade instalada, procedimentos ambulatoriais nas mais diversas especialidades e internamentos hospitalares, não só para os cidadãos de Bezerros, mas também para os usuários do SUS dos municípios circunvizinhos que possuem recursos financeiros alocados no teto de média complexidade do município em estudo.

No Plano Municipal da Saúde, uma das diretrizes apresentadas trata da reorganização da atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, tendo como metas criar e estabelecer um sistema de referência e contra-referência eficaz, baseado na Programação Pactuada Integrada (PPI).

2.3 Sujeitos da pesquisa

Segundo Alberti (1989), a escolha dos entrevistados, quando se opta pela técnica da história oral, não deve ser predominantemente orientada por critérios quantitativos, mas a partir da posição do entrevistado no grupo, do significado de sua experiência. Neste sentido, defende algumas características para esta seleção:

- a) os indivíduos que participaram, viveram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema;
- b) ser um “bom entrevistado”, ou seja, ter disponibilidade para revelar sua experiência em diálogo franco e aberto.

Para a autora, o bom entrevistado é:

... aquele que por sua percepção pode oferecer mais do que o simples relato de acontecimentos, estendendo-se sobre impressões de época, comportamento de pessoas ou grupos, funcionamento de instituições e, num sentido mais abstrato, sobre dogmas, conflitos, formas de cooperação e solidariedade grupal, de transação, situações de impacto (ALBERTI, 1989, p. 16).

Partindo desse entendimento, Godoy e Bosi (2004) explicam que a seleção dos informantes deve privilegiar sujeitos sociais detentores de atributos que possibilitem a compreensão profunda e abrangente do objeto sob investigação.

Para Minayo (2006), o critério para a definição da amostra não segue padrões numéricos. Antes, importa enxergar os fenômenos sob vários pontos de vista, perspectivas e de observação. Neste sentido, ela defende algumas características da amostragem qualitativa:

- a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- b) deve ser em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações (saturação do tema), não desconsiderando o potencial explicativo de informações ímpares;
- c) que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informações possa ser diversificado, para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Com base nessas características, foram selecionadas nove professoras, as quais constituem a amostragem desse estudo. Chegou-se a este número após o contato, via telefone. O total planejado seria de onze professoras que haviam realizado anamnese no ambulatório de fonoaudiologia da Policlínica. Deste total, duas professoras foram excluídas, porque não foi possível o contato por telefone e os telegramas enviados não foram respondidos.

Para garantir o anonimato das professoras entrevistadas, seus nomes foram substituídos por nomes fictícios, inspirados em grandes cantoras nacionais e internacionais.

2.4 Procedimentos de coleta e análise de dados primários

No que diz respeito ao roteiro da entrevista, Alberti (1989) comenta que é na sua realização que se estabelece efetivamente o fazer a história oral. Sua produção requer um extensivo conhecimento sobre o tema, bem como a construção de um roteiro geral de entrevistas cuja função é promover a síntese das questões levantadas durante a pesquisa teórica, orientando as atividades subsequentes.

De acordo com a autora, o roteiro da entrevista temática tem, além da função de orientar o pesquisador a acompanhar o depoimento, a de lembrá-lo das questões que devem ser abordadas.

Para a presente pesquisa, as entrevistas foram realizadas individualmente, durando, em média, 60 minutos, seguindo um roteiro semiestruturado (Apêndice A).

Na realização das entrevistas é de extrema importância a relação entre o entrevistado e o entrevistador, a qual deve ser de cumplicidade, na proposta de recuperar, problematizar e interpretar o tema vivenciado.

Sabendo-se que a entrevistadora exerce, com o entrevistado, uma relação de cuidado, anterior à pesquisa, e tomando-se como regra geral que esse conhecimento não prejudica a produção do documento de história oral, apesar de nela interferir, consideraremos que a qualidade das informações obtidas depende estritamente do tipo de relação estabelecida entre as partes (ALBERTI, 1989).

Posto isso, outro ponto relevante à operacionalidade das entrevistas é quanto ao local em que ela se realizou. Esse local foi constituído de uma sala com condições adequadas para a gravação, silenciosa, e onde não existia a possibilidade de interrupções por outras pessoas.

A técnica de análise utilizada para as entrevistas seguiu a proposta por Alberti (1989), utilizada pela história oral, composto das seguintes etapas:

- transcrição das gravações;
- conferência de fidelidade;
- copidesque, cuja ação se limita à correção dos erros de português, ajustes do texto às normas de uniformização estabelecidas pelo programa e adequação da linguagem escrita ao discurso oral.
- leitura final;
- digitação;
- revisão.

Além dessa técnica, esse estudo qualitativo optou por mais um caminho, a fim de investigar as percepções, as compreensões e os sentidos produzidos pelas professoras envolvidas no estudo. Assim sendo, a Análise de Conteúdo foi o caminho escolhido, por ser um conjunto de técnicas de análise de comunicação que se propõem buscar indicadores que facilitem o reconhecimento das mensagens recebidas e produzidas (BARDIN, 2004). Para o autor, a organização da análise segue uma sequência cronológica, que vai da pré-análise, passando pela exploração do material, até o tratamento, a inferência e a interpretação.

2.5 Categorias de Análise

A integralidade, para fins deste estudo, encontra-se enquadrada como uma dimensão da qualidade. Assim sendo, o capítulo dos resultados e discussão, mais adiante, está organizado em algumas categorias, consideradas os eixos norteadores do corpo da pesquisa. São elas:

- Identificação das necessidades;
- Início da trajetória do cuidado;
- O cuidado prestado pelos serviços de saúde;
- Outros cuidados utilizados

2.6 Procedimentos de coleta e análise de dados secundários

Como fonte de dados secundários foram considerados os documentos elaborados pelas esferas estadual e municipal de gestão do SUS, os quais permitiram identificar a estrutura oficial da assistência à saúde, com ênfase para aquela prestada às pessoas com dificuldades fonoaudiológicas. Tais documentos incluíram:

- a) o Plano Municipal da Saúde (PMS), o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada Integrada (PPI) e os relatórios de gestão;
- b) as normas disciplinadoras da organização e funcionamento das unidades, como os protocolos clínicos e os impressos utilizados para a referência e contra-referência;
- c) os impressos distribuídos à população, contendo orientações sobre as condições de atendimento, a exemplo do Informativo da Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

A leitura deste material permitiu a identificação:

- ✓ da estrutura assistencial, com a rede de unidades próprias e conveniadas, sua localização e serviços ofertados;
- ✓ dos mecanismos de articulação desta rede e os fluxos previstos;
- ✓ da capacidade de oferta de serviços frente à demanda;
- ✓ da presença da integralidade nas práticas previstas e implantadas.

2.7 Considerações éticas

Quanto aos aspectos éticos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Através do parecer Nº 278/2008 – CEP/CCS o projeto foi autorizado, permitindo a realização do estudo ora apresentado.

Todas as professoras envolvidas no estudo foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, autorizando o uso do conteúdo das entrevistas por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Foram respeitadas a disponibilidade e a liberdade em participar ou não da pesquisa, assegurando-se a privacidade e garantindo o anonimato das entrevistadas.

A entrevista é uma prática não invasiva e que não representa qualquer risco à integridade da saúde dos entrevistados. No entanto, tal procedimento poderá desencadear discreto desconforto, haja vista que o entrevistado poderá sentir algum tipo de constrangimento por ter que responder a algumas perguntas, como também pelo tempo que investirá para participar do estudo. Porém, as informações dos entrevistados poderão contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde, particularmente no que se refere à integralidade da assistência à saúde municipal.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tome, Dr., esta tesoura, e ... corte
Minha singularíssima pessoa

Augusto dos Anjos
(Budismo Moderno)

3.1 Em cena, os mestres narradores

Durante os quatro anos de atuação profissional, realizando atendimento ambulatorial na área da fonoaudiologia, na cidade dos Bezerros, nenhum profissional do sexo masculino da rede de ensino procurou atendimento fonoterapêutico. Logo, todas as entrevistas foram realizadas com professoras, com idades que variavam entre vinte e três e cinquenta e três anos, como mostra o quadro 1. Isto equivale a dizer que a amostra da pesquisa é formada por pessoas que se encontram na faixa etária dos adultos jovens e adultos, o que, neste caso, inclui professoras que estão iniciando a carreira docente e outras que a estão encerrando.

Nesse contexto, chama a atenção a professora Duran, com o exercício profissional de apenas três anos e já na condição de readaptada – o que implica na retirada definitiva do professor da atividade de sala de aula, por problemas de saúde, e a sua relocação em atividades administrativas ou em outro tipo de função escolar. Nesse caso, os sintomas vocais foram percebidos no início da atividade de docência e, com o diagnóstico de Disfonia Orgânica, sua trajetória de cuidado pode ser considerada breve, mas não menos complexa, como se verá mais adiante.

Casadas e solteiras estavam presentes na amostra quase que na mesma proporção, de acordo com as respostas dadas à pergunta sobre o estado civil, embora deva ser considerado que, nesta última categoria, estão incluídas duas professoras que possuem companheiros, ainda que não sejam oficialmente casadas.

As professoras estão lotadas em escolas localizadas tanto em zona rural quanto urbana, situação que tem influência na etiologia e evolução do problema vocal, como será comentado adiante, como também no acesso ao cuidado técnico-científico. É importante observar que, das três professoras lotadas em escolas rurais, Nara e Ângela trabalham e residem na zona rural, enquanto Elis reside na zona urbana, precisando se deslocar, de ônibus ou mototaxi - principal meio de transporte no município - para a escola onde trabalha.

No que se refere à qualificação profissional, todas, com exceção de Nara, estão em processo de graduação ou já possuem pós-graduação *latu sensu* em Pedagogia ou áreas afins, condição a ser considerada, uma vez que o nível de instrução tem se revelado um fator que

interfere diretamente sobre a procura do cuidado e a exigência de qualidade no atendimento (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Quanto ao exercício das atividades, Duran, Elis e Mercedes foram readaptadas e as outras seis professoras continuam exercendo suas atividades em sala de aula, apesar do problema vocal. Esse fato pode representar as tentativas de adaptação e equilíbrio entre produção vocal e atividades de ensino.

Chama a atenção o fato de que apenas Callas, Piaf e Duran utilizam a rede supletiva de saúde, usuárias que são de Planos Privados de Saúde. As demais professoras têm o SUS como principal sistema de saúde, utilizando-se esporadicamente do sistema de pagamento por reembolso direto, na rede supletiva, o que contribui para complexar as trajetórias do cuidado.

No momento da realização da pesquisa, Duran, Elis, Nara e Ângela tinham recebido alta do tratamento fonoterapêutico e Carmem havia desistido desse cuidado, por motivos que serão explanados mais adiante, e todas elas responderam ao convite para participar como sujeitos desta pesquisa.

QUADRO 1: Caracterização da amostra

NOME	DIAGNÓSTICO	IDADE EM ANOS	ESTADO CIVIL	VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA PREFEITURA	ATIVIDADES	ÁREA DE TRABALHO	QUALIFICAÇÃO PÓS-MAGISTÉRIO	USUÁRIA EXCLUSIVO SUS	ACOMPANHAMENTO FONOTERAPEUTICO
Maisa	Fenda	23	Solteira	Contrato (7 anos)	Em sala de aula	Zona Urbana	Graduação Letras (em andamento)	Sim	Em acompanhamento
Callas	Cisto	38	Casada	Efetiva (18 anos)	Em sala de aula	Zona Urbana	Especialização - Língua Portuguesa (Concluído)	Não	Em acompanhamento
Piaf	Fenda Paralela	44	Solteira	Efetiva (21 Anos)	Em sala de aula	Zona Urbana	Especialização em Gestão Educacional (concluído)	Não	Em acompanhamento
Duran	Cisto	29	Solteira	Efetiva (3 Anos)	Readaptada**	Zona Urbana	Especialização em Gestão Escolar (Concluído)	Não	Alta
Elis	Fenda Fusiforme	46	Casada	Efetiva (22 Anos)	Readaptada**	Zona Rural	Especialização em Psicopedagogia (Concluído)	Sim	Alta
Carmem	Lesão de ppvv	37	Casada	Efetiva (10 anos)	Em sala de aula	Zona Urbana	Graduação Pedagogia (em andamento)	Sim	Desistiu
Mercedes	Disfonia Funcional	53	Solteira	Efetiva (22 Anos)	Readaptada**	Zona Urbana	Graduação Pedagogia (em andamento)	Sim	Em acompanhamento
Nara	Nódulos	53	Casada	Efetiva aposentada + Contrato há 15 Anos	Em sala de aula	Zona Rural	-	Sim	Alta
Ângela	Disfonia Funcional	34	Solteira	Efetiva (17 Anos)	Em sala de aula	Zona Rural	Especialização em Psicopedagogia (Concluído)	Sim	Alta

* Todos os diagnósticos referem-se a alterações relacionadas com as pregas vocais, conhecidas como cordas vocais, estruturas anatômicas localizadas na laringe e que são fundamentais para a produção da voz.

** A readaptação implica na retirada definitiva do professor da atividade de sala de aula por problemas de saúde e a sua relocação em atividades administrativas ou em outro tipo de função escolar.

3.2 Quando os mestres desafinam

Quando se trabalha com trajetórias de cuidado, uma primeira preocupação é a de identificar o seu marco inicial, buscando compreender as condições em que este marco é estabelecido, quem o implanta e o evento que o define.

As professoras que integraram a amostra perceberam o início dos sintomas vocais - aqui entendidos como um desconforto que o indivíduo sente, relacionado à fonação - como dor de pescoço ou de garganta após conversações prolongadas, garganta arranhada, rouquidão, entre outras queixas, o que coincide com o quadro descrito por autores que tratam da semiótica fonoaudiológica, a exemplo de Colton e Casper (2005). A prevalência destes sintomas, numa abordagem da clínica, pode sempre levar à suspeita de uma alteração vocal, entendida como dano anatômico e ou funcional, conforme assinalam Ferreira, Santos e Lima (2009). Neste sentido, assim se expressa Carmem:

(...) Meu problema de voz começou no finalzinho de 2006, aparentemente eu nunca sentia nada, nunca percebi nada e aí comecei a ficar rouca; aí por semanas fui ficando rouca, praticamente sem voz, sem conseguir dar aula (...)
Carmem

Nem sempre, porém, este início é percebido pela própria pessoa nem datado com tanta precisão. Por vezes, trata-se do repasse de uma lembrança que lhe foi transmitida pelo grupo familiar, que constitui a primeira comunidade de cuidados normalmente identificada nos relatos. Este é o caso de Maísa, que remete o começo do problema vocal aos seus primeiros dias de vida.

(...) Quando eu nasci, os médicos mandaram na hora pra casa. Aí devido a esse frio, ao inverno, minha família acha que pode ter sido um dos fatores. Aí eu fiquei muito doente e comecei a chorar, chorar e perdi a voz totalmente (...)
Faz tempo, não é de hoje que venho lidando com isso não. Desde criança já passei por vários otorrinos, por vários médicos, não foi um, nem dois (...)
Maísa

Uma trajetória que, a exemplo desta, tem seu marco inicial na infância, constitui-se num emaranhado denso e complexo de cuidados, boa parte dos quais se perde na reconstituição oral feita pelo entrevistado. Para Bosi (2006), no entanto, ao relatar sua trajetória de cuidado, o

narrador preserva a lembrança dos eventos mais significativos. É o que se identifica na continuidade do trecho de fala reproduzido anteriormente:

(...) Já fui pra Recife, pra Caruaru, pra Gravatá, pra muitos lugares. Eles passam medicação, passam exame, héé (...) Um tempo até um médico queria fazer uma cirurgia, quando eu tava com quatorze anos. Ele queria fazer uma cirurgia, disse que era pra retirar uma membrana que unia as cordas vocais e eu não quis fazer (...) Maísa

Não há dúvidas de que o anúncio do diagnóstico de disfonia constitui um evento significativo, por afetar diretamente a qualidade de vida das professoras, podendo causar, inicialmente, sentimentos de limitação, insegurança.

(...) no início é difícil pra você aceitar que você tem limitação, porque esse problema deixa você limitado. Pra você aceitar que você não pode fechar carga horária, porque quando fecha carga horária você perde a voz, eu já fiz isso (...) Isso é bem delicado, bem difícil aceitar (...) Callas

Mesmo quando a dificuldade vocal é autopercebida, as professoras apresentam dificuldades para compreender a associação entre o surgimento dos sintomas vocais e o desencadeamento do processo saúde-doença, o que retarda a busca pelo cuidado, seja ele de natureza técnico-científico, aquele que utiliza procedimentos e recursos reconhecidos pela ciência, ou empírico-místico, quando se baseia em conhecimentos derivados do senso comum ou de crenças sobrenaturais (SEIXAS, 1983).

Em outros casos, o aparecimento desses sintomas é percebido durante a atividade laboral, quando condições insalubres de trabalho na escola, a exemplo do ruído excessivo, são relatadas como sendo responsáveis pelo sobre-esforço dos professores na realização de suas tarefas. Os sintomas vocais podem surgir no início da carreira docente ou após alguns anos de atividades, conforme atestam Piaf, Nara e Duran:

(...) Eu acho que há uns cinco, seis meses eu notei uma diferença quando eu chegava em casa à noite. Eu ia falar, eu tava totalmente sem voz. Aí fiquei e fui notando que era uma coisa continuada, né? Principalmente quando eu me sobrecarregava mais da quantidade de aulas, isso era visto assim com muita frequência. Aí chegou um determinado tempo que tava muito ruim (...) Piaf

(...) Se eu fizer assim um trabalho mais profundo de voz eu sinto cansaço, eu sinto que volta (...) Elis

(...) Ao final do ano de 2006, em sala de aula, eu só estava com uma sala de aula de crianças de seis anos. Forçava muito a voz com crianças, precisava falar muito; então comecei a ficar rouca e com dificuldades pra falar o tom necessário. A partir dessa dificuldade eu procurei logo um fono (...) Duran

A diversidade de possíveis causas para o início dos sintomas vocais e a instalação de uma alteração podem ser justificadas segundo as diferentes etiologias das disfonias, definidas como dificuldades na emissão da voz com suas características naturais (PINHO; TSUJI, 1996).

Sabe-se que o estabelecimento da disфония pode ocorrer de maneira abrupta ou insidiosa, crônica ou progressiva. Por exemplo, os casos abruptos ocorrem nas paralisias de prega vocal, traumatismo e em algumas manifestações psicogênicas. Nas alterações em que os sintomas ora aparecem, ora desaparecem, a disфония é denominada funcional, decorrente do mau uso e abuso vocal, podendo evoluir para as disfonias organofuncionais, como os nódulos vocais, pólipos e edemas de pregas vocais. As disfonias orgânicas, por sua vez, estão associadas a outras doenças ou são decorrentes de alterações anatômicas importantes na laringe (BEHLAU, 2001).

(...) Quando começou foi assim: há muito tempo que eu ensino, né? Já ensino há mais de trinta anos. Já faz trinta anos e eu já sou aposentada e começou com muito pigarro, fui ficando muito rouca. De manhã, tudo bem, eu acordava, falava bem, mas chegou uma época, assim, à tarde que eu não tava conseguindo nem falar, muito rouca mesmo (...) Nara

(...) Faz tempo, não é de hoje que venho lidando com isso não (...) Um pediatra disse que com o tempo a rouquidão ia diminuindo, realmente diminuiu só que o ano passado, em 2007, essa rouquidão agravou um pouco. Começou a incomodar bastante (...) Maísa

(...) Eu comecei assim, eu ia trabalhar e (...) eu ficava rouca, muitas vezes eu chegava em casa sem poder falar direito; foi acontecendo isso aí. Eu fui ficando preocupada (...) Ângela

Sabe-se que o sintoma mencionado em primeiro lugar ou enfatizado como o principal está relacionado mais diretamente à eventual etiologia do distúrbio vocal. Em outros casos, a diversidade quanto ao surgimento dos sintomas pode estar atrelado ao desenvolvimento da atividade profissional (FERREIRA; SANTOS; LIMA, 2009).

3.3 Problema vocal: um mal do ofício?

A relação das condições de trabalho dos professores com o surgimento e/ou agravamento dos sintomas vocais aparece como fato recorrente, ao longo das entrevistas. O que é compreensível, uma vez que a escola constitui o ambiente central de configuração de vida profissional dos mestres, bem como dos aspectos relacionados às condições e organização do seu trabalho, repercutindo necessariamente sobre os processos do adoecimento. O cuidado relacionado com as alterações vocais, notadamente em sua vertente de promoção da saúde, não pode desconsiderar este *locus* institucional.

(...) Eu nunca tinha tido problema não. É assim, também eu não usava muito a voz antes (...) Veja bem (pigarro), eu não trabalhava realmente, diretamente com sala de aula (...) Piaf

Em um estudo intitulado “Qualidade de vida e saúde vocal de professores”, Penteado e Pereira (2007) identificam o ambiente de trabalho de professores da rede pública como sendo pouco saudável. Questões como difícil acesso, ambiente com poeira, ventilação inadequada e ruído excessivo, entre outras, são comuns, predispondo ao aparecimento de doenças, entre elas a disfonia.

A literatura que aborda as relações entre o processo de trabalho e o possível adoecimento físico e mental dos professores considera que o conhecimento das reais condições sob as quais se desenvolve a sua atividade constitui uma necessidade para a compreensão do processo saúde-doença do trabalhador docente (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

*(...) trabalho em dois espaços rural, uma escola, um setor longe do outro, mas aí eu disse, é como se diz “você trabalha pelo que você gosta, mas também pelo financeiro”, precisando, peguei (...) A escolinha lá do pé da serra, que o professor trabalha sozinho que precisa muito de ajuda (...) são essas escolas pequenas lá com aqueles professores sozinhos que precisavam de um apoio (...)
Elis*

Embora o trabalho na zona rural não signifique por si só risco de doença ocupacional, a exposição à poeira, durante o deslocamento, e a escassez de tecnologia educacional podem constituir fatores desencadeantes de alterações vocais.

A precariedade das condições de trabalho passa ainda, segundo Penteado e Pereira (2007), pela remuneração insuficiente, reduzindo as possibilidades de investimento pessoal, social e profissional. Os relatos de múltiplos vínculos de trabalho e, portanto, do aumento da demanda vocal, estão frequentemente associados à necessidade de complementação da renda.

(...) O problema da minha voz começou já depois de um certo tempo de sala de aula, né? Até porque por necessidade financeira eu tive que pegar mais de um horário e isso contribuiu muito pra começar a surgir os problemas. Então eu ensinava de manhã numa escola, à tarde noutra e à noite em outra, quer dizer, você fala o dia inteiro e você ainda vai um pedaço da noite. Aí tudo isso acarretou o problema que foi detectado mais futuramente em mim. Eu fiquei o que? Uns cinco, seis anos nessa luta de dois, três horários, por necessidade como eu já disse e depois veio um problema de saúde em mim (...) Elis

Os relatos revelam que as questões salariais desempenham um papel importante ao longo de toda a trajetória do cuidado, podendo inclusive interrompê-la, como pode ser visto no relato abaixo:

(...) Eu (é) que abandonei o tratamento por conta que eu peguei duas cadeiras e consequentemente não queria faltar o trabalho ou mandar atestado e tudo mais, principalmente a cadeira oposta, que não era a minha, era substituição. Então nesse meio tempo eu fui me acomodando, me acomodando. Veio 2008 e eu fiquei acanhada de procurá-la novamente (risos) (...) Carmem

Carmem prossegue, revelando que a interferência dessa questão no cuidado pode ocorrer devido não apenas à necessidade de aumento da renda, mas de evitar a sua redução.

(...) As minhas colegas, tem algumas que são readaptadas; é um sufoco pra elas porque elas não recebem o que a gente recebe. Isso porque estão fora de sala, não porque querem, porque precisam. Aí o sindicato da gente, que é o Simpro, sempre ta batendo nessa tecla, que as readaptadas tenham o mesmo direito de pó de giz, de retroativo, quando raramente, mas acontece, vir a gente a receber. Elas por estarem fora de sala de aula, por conta de saúde, não recebem. Aí pronto, eu tenho um pouco de culpa de não ter sido (readaptada). Não sei também se eu preciso ser readaptada ou se com os exercícios vocais realmente minha fala vai ficar normal. Só passando por uma junta médica, ter um parecer pra que realmente aquele funcionário possa vir ser ou não readaptado. É assim que eu acho que o sistema no município funciona (...) Quando talvez, talvez, você com doutor _____, fosse indicar que eu fosse para essa junta. Talvez nesse período foi o fato, foi naquele período que eu abandonei (...) Carmem

A literatura faz também referências às condições adversas representadas pela estrutura física, associada aos problemas na organização do trabalho e às relações sociais estressantes, permeadas por sentimentos negativos, como agressividade, indisciplina, desrespeito e violência (LORENZ; FUESS, 2003; VIEIRA *et al.*, 2007). Estes últimos aspectos, no entanto, não foram citados nas falas das professoras.

Outro aspecto importante diz respeito ao tipo de vínculo trabalhista, se ingresso por contrato ou por concurso, podendo facilitar ou dificultar a procura do cuidado, como observado no trecho seguinte.

(...) Com os colegas da escola que eu trabalho eles se preocupavam, incentivavam que eu fosse procurar um médico, que isso não era normal, que primeiro a saúde depois o trabalho até porque eu não sou contratada, sou efetiva. Mesmo assim, 2006 já tava no final e eu fui sempre adiando, deixando pra lá (...) Carmem

Numa pesquisa sobre os professores, Pontes (2006) destaca que o trabalho docente vem, na atualidade, apresentando sinais evidentes de precarização em termos de valorização, prestígio, poder aquisitivo, condições de vida, respeito e satisfação no exercício profissional. Em seu estudo, verificou que a maioria dos professores pesquisados (66,67%) foram admitidos na Rede Estadual através da contratação temporária, sendo conhecidos como professores de mini-contrato.

Os trâmites burocráticos necessários para obter afastamento da sala de aula e possível readaptação devido ao problema vocal, podem ser influenciados pela opção política da professora, como pode ser verificado na fala de Callas, militante de partido oposicionista:

(...) Olhe, no início foi bem delicado porque como a cidade é muito pequena aí você respira política. Como eu sou oposição, aí pra questão da redução da carga horária, no início foi bem delicada a situação, mas você precisa ter calma. Já que sou (eu) também que estou precisando, eu que estou indo atrás, eu que necessito. Então eu tive calma, paciência e foi tudo resolvido, porque quando eu levei o laudo, quando eu levei a declaração eu encontrei mais flexibilidade, maior aceitação. Aí hoje eu não tenho mais problema, ela só pede que eu leve todo ano pra renovar (...) Callas

3.4 O corpo fala, a mente também

Nos relatos, aparecem situações em que o cuidado provoca tensões e as recomendações do agente cuidador não encontram boa acolhida, por implicar em restrições de certas atividades consideradas gratificantes.

(...) Teve momentos de muitos conflitos quando eu soube, quando doutora _____ disse assim: “Você não pode ensinar”. Era uma atividade que eu gostava de fazer, que amava, mesmo com as dificuldades do dia a dia, mas eu tive que tomar consciência que era necessário mudar e essa mudança foi muito boa. Mesmo estando na escola faço um trabalho pedagógico com os alunos (...)
Duran

(...) quando disseram que eu tinha que sair de sala de aula pra mim um pedaço da minha vida foi embora, naquele momento, né? Aí foi muito triste, foi uma das coisas mais tristes da minha vida (...) Muito, muito, muito, muito, muito e ainda hoje eu choro (emocionada) não tem jeito (choro contido) eu tenho muita saudade a voltar a fazer o que eu faço (...) Elis

Situações desse tipo ilustram a complexidade do processo de cuidado e a importância do papel desempenhado pelo seu agente na adesão ao tratamento. Essa complexidade e a necessidade de preparo desses agentes para enfrentá-la aumentam diante de casos cuja etiologia adentra o campo das emoções, como nos diagnósticos de disfonias psicogênicas.

Em tais casos, o início do problema pode ocorrer inesperadamente, sendo a alteração vocal apenas um sintoma de um sofrimento muito mais extenso e profundo, constituindo apenas um indício de outras necessidades, de natureza psicológica (PINHEIRO; CUNHA, 2004).

O trecho de fala apresentado a seguir foi extraído do relato de Mercedes, uma professora que apresentava um quadro sugestivo deste tipo de disfonia. Nele, é possível detectar medos infundados, descritos como obstáculos para acessar o cuidado, bem como a ausência de nexo físico entre sintomas vocais e os eventos por ela apontados como causas responsáveis pelo aparecimento dos mesmos.

(...) eu levei a queda e criou o pólipó. Aí eu fiz a cirurgia. O médico falou que só ia retirar o pólipó, então ele não tirou o pólipó, ele fez uma histerectomia sem eu saber. O pólipó foi no colo uterino, não tem nada com a garganta, então não vale né? (...) Então ele me operou e em três meses ele me mandou

voltar para a sala de aula. Eu voltei normal, não tava rouca (...) Quando foi depois de seis meses da cirurgia, eu fiquei rouca aí eu acho que não foi problema da cirurgia. (Pausa) Pronto eu fiquei rouca (...) ele me encaminhou para as clínicas (Hospital das Clínicas). Chegou lá eu fui bem atendida. De imediato fizeram um novo exame e depois, passaram também remédio pra mim, um medicamento pra fazer na manipulação. Eu fiz, comecei a tomar, mas quanto mais eu tomava mais ficava pior (tosse). Botaram pra eu fazer um outro exame (...) Ela achou que eu estava simulando a voz, mas eu não estava (...) Pra médica do Recife não voltei mais por causa da ponte que eu fico tonta, a pressão muito alta, aí eu fiquei com medo de subir na ponte porque uma vez, eu só vou só porque não tem com quem ir, (tosse) aí eu com medo da ponte não fui mais (...) Mercedes

Em casos como este, o papel do agente responsável pelo cuidado é primordial. De acordo com as explanações de Merhy (2003), o encontro entre o trabalhador de saúde e usuário constitui-se em processos tecnológicos que visam a produção de relações de escuta e responsabilizações, tendo como objetivo atuar sobre necessidades em busca de algo que possa controlar o sofrimento e/ou produzir a saúde. Nesses encontros interindividuais são reveladas questões sobre o processo de produção em saúde, nos quais o acolhimento, detalhado mais adiante, adquire uma expressão significativa.

3.5 Cuidados que precedem o consultório

Quando as professoras percebem a alteração na voz, diante dos primeiros sintomas de cansaço vocal, rouquidão, dor de garganta e pigarro, a procura pelo cuidado é iniciada, com frequência, pelo uso de produtos e práticas provenientes do conhecimento popular.

(...) Eu ficava rouca, mas o povo me ensinava mel de urucu, remédio caseiro, uma coisa e outra, eu melhorava um pouco (...) Mercedes

(...) Fiz bastante gargarejo de vinagre; um pouquinho de água e vinagre e gargarejava bastante e outro mato que o pessoal mandava muito. Chamam Transagem (Plantago sp), que é bom pra garganta (...) Ângela

Segundo relatos das professoras, quando a trajetória do cuidado é iniciada no ambiente familiar é possível observar que a figura da mãe assume a função e a autoridade de agente de cuidado. Esse papel é reconhecido, talvez pela função materna social e culturalmente instituída.

Eu sempre fiz (uso de terapia caseira) a princípio, a pedido e a indicação da minha mãe, porque toda mãe tem essa preocupação em ver o filho melhor, né? Então era chá disso, chá daquilo... Um dia até ela passou pra mim, disseram que era bom, fazer gargarejo com sanativo, só que eu nunca consegui fazer gargarejo. Então eu engasguei, me sufoquei, passei mal, sufoquei muito mesmo. Aí ela ficou com medo, não me colocou mais pra fazer o gargarejo (...) Maísa

O cuidado empírico no contexto da família não se restringe à figura materna. Outros integrantes deste grupo dele participam, como pode ser visto no trecho seguinte.

(...) Era minha mãe, minha avó. O pessoal mais antigo, né? Que eles acreditam muito em plantas medicinais (...) Ângela

É um cuidado que aparece associado, muitas vezes, a “coisas dos antigos”, ao conhecimento dos antepassados sobre as propriedades dos produtos e o modo de usá-los, transmitido de geração a geração.

Os diferentes tratamentos e cuidados que as pessoas realizam estão voltados para amenizar suas aflições. As questões de saúde não acontecem de maneira separada dos demais

aspectos da vida de uma pessoa e de uma sociedade, fazem parte do contexto sócio cultural. Segundo Silva *et al.* (2006), as ações relacionadas à saúde permeiam três subsistemas inter-relacionados: familiar, popular e profissional, como mencionado anteriormente.

Assim sendo, o cuidado familiar é fortalecido por integrantes de um círculo social mais ampliado, formado pelos vizinhos e amigos, como pode ser percebido na fala de Maísa. Nela se detecta que o interesse pela pessoa, sujeito do cuidado, é compartilhado pela comunidade que a cerca.

(...) Aí passado algum tempo, héé... uma vizinha me ensinou a fazer um remédio que era com mel e cebola, colocava à noite e tirava no outro dia pra comer em jejum essa cebola melada com mel. Eu nunca vi coisa mais ruim na minha vida. E aí eu não quis terminar. Era durante nove sextas-feiras. Aí eu já tinha uns quatorze anos, já sabia mais ou menos o que queria, cismeí e não teve quem me fizesse terminar de tomar esse remédio. Aí depois veio aquela história da casca de romã, de fazer gargarejo com a casca do romã, lá vai eu fazer gargarejo com a casca de romã, lá vou eu me engasgar de novo. Aí pronto. Aí as sessões de remédios caseiros pararam por aí, porque ela viu que não adiantava. Os que ela achava que adiantava, eu não queria fazer porque eram ruins e os outros eu não conseguia fazer, aí ela desistiu (...) Aí, eu é que comecei a me preocupar de cuidar. Aí as pessoas diziam: olha, é bom tomar, héé, comer muita maçã. Eu detesto maçã, mas comia porque diziam que era bom. Olhe... mel, eu passei a comer mel, olhe... gargarejo com água e sal, aí eu ia fazer, me engasgava, não tanto como das outras vezes, mas continuava me engasgando e esse tipo de remédio, eu sempre fazia (...) Maísa

As orientações passadas representam prescrições que podem ser acatadas ou não, a depender da autonomia do sujeito e do crédito que ele atribui ao tratamento.

O componente medo em relação a um tratamento empírico e a desconfiança sobre sua eficácia estão presentes em alguns discursos, levando à interrupção do uso e à procura de outros agentes.

(...) Fazia um chazinho e um gargarejo, mas eu fazia e não via nenhum resultado. Aí eu parei de fazer porque também fiquei com medo. Não sabia nem pra que servia realmente (...) Ângela

A contribuição de outros grupos e instituições da comunidade pode se dar pelas manifestações de acolhimento e aceitação e pelo sentimento de pertença, aspectos presentes na fala de Maísa.

(...) Hoje eu chego na igreja já pego o microfone falo, faço leitura que eu evitava fazer leitura porque eu tinha vergonha (...) O pessoal vai, vem, porque o pessoal da igreja sempre gosta sempre me procura pra ler, aí eu não, não

gosto não, não gosto não, não quero, mas na verdade não era nem que eu não gostava, nem que eu não queria, era vergonha por conta da voz (...) Maísa

O componente religioso pode se expressar na trajetória do cuidado, de forma a extrapolar os laços e a convivência com a comunidade da igreja constituindo-se na crença em um componente destacado nessa trajetória, conforme declara Duran.

(...) eu lutei bastante para a minha recuperação, mas aí graças a Deus. Pedi muita força a Deus, rezando e muito preocupada também porque fiz um curso de graduação em pedagogia, formada em professora, queria atuar nessa área (...) Duran

Na trajetória são também identificados como agentes de cuidado os colegas de trabalho. Eles ajudam na identificação do problema, na medida em que percebem e comentam acerca das alterações vocais.

(...) Uma vez um colega meu disse assim: “cuidado, cuidado viu? Cuidado porque a voz é importante pra gente; tem que fazer a coisa como é pra ser, porque senão você vai ter problema no futuro”, tipo um alerta (...) Piaf

Uma outra contribuição positiva dos colegas se dá mediante a colaboração para o repouso vocal, importante elemento no tratamento. É o que se identifica na fala de Elis, afastada da sala de aula.

(...) Mesmo eu sendo teimosa e indo nas salas, é um trabalho menor. É um apoio, só que até as minhas colegas me criticam: “tu é doida, não era pra tu ir nem na sala” (...) A diretora diz assim: “vai, vai embora descansar um pouco”. (É) porque eu penso neles (nos alunos) (...) Elis

A interferência dos colegas se dá também mediante o compartilhamento de experiências terapêuticas, como pode ser visto no depoimento de Carmem.

(...) A princípio uma colega minha que já tinha feito um tratamento com um otorrino, um tal de _____, falou de bicarbonato de sódio e toda noite eu fazia gargarejo, quando eu tinha um tempinho. Aí aliviava, dava uma aliviada, era um paliativo. E também, casca de romã (Punica granatum), água de sal com vinagre morno, a água mesmo. Na hora da escovação, fazia gargarejos, isso que me falavam: “faz isso, isso”, remédios caseiros. Dava uma aliviada, parece que dava aquela sensação de frescor, (...) e posteriormente o problema voltava porque não ia curar, era um paliativo para que eu pudesse dar aula nos dias subseqüentes (...) Carmem

Aqui o conhecido expediente de utilizar-se de prescrições médicas feitas para outrem fica evidente, além de que o produto recomendado passa a ser combinado com recursos consagrados pelo conhecimento empírico. O trabalho aparece mais uma vez como um elemento que interfere na busca do cuidado, fazendo com que a professora utilize terapias que considera apenas paliativas, dado a dificuldade de ausentar-se da sala de aula para procurar cuidados mais resolutivos.

Colegas de trabalho, sejam os que estão no exercício da função docente ou em cargos de direção, podem também atuar de forma negativa diante da necessidade de cuidados.

(...) Muitas vezes as pessoas do trabalho não querem entender. Aí fica aquele clima chato: “Ai! Tem que ir pra médica de novo?! Vai pra fono de novo?! Ah, vive doente!”. Ficam essas ironias (...) Maísa

Por vezes, dentro de um mesmo contexto, a entrevistada revela a presença simultânea de colegas de trabalho que atuam desta forma e outros que desempenham um papel positivo na trajetória do cuidado.

(...) Em relação com as pessoas com quem trabalhava, que desacreditavam do laudo que o médico mandava, que era necessário fazer a readaptação, então achavam que era uma mentira. Eu escutei muitas piadinhas. Só que teria que resolver o problema. (...) achando que eu apenas não queria estar em sala de aula e não era isso. Até de colegas de trabalho também: “Ah! Quem tá precisando sou eu de ser readaptada”. Então assim, foi muito chato esse período. Até mesmo quando eu voltei para a escola tive uma discriminação muito grande por parte da diretora da escola daqui de Bezerros. Ela parece que não achava um lugar pra eu ficar na escola (...) O tempo foi passando, eu fui mostrando minhas habilidades, hoje eu trabalho na secretaria da escola. Tive ajuda da secretária, que me orienta sobre os trabalhos; um auxiliar administrativo também muito sensível à situação, me ensinou e eu muito disposta a aprender. Então eu senti assim até um pouco reprimida, massacrada, sei lá (...) Duran

(...) Me mandaram ir para a secretaria, eu fui (tosse). Na secretaria (da escola) foi bom; só tem uma lá, que ela trabalha na secretaria também. Cheguei lá muda, sem voz de tudo. Depois de quinze dias comecei falar. Aí ela sempre falava coisas desagradáveis. Dizia que eu tinha que comprar uma caixa de som e um microfone e voltar para a sala de aula; que eu não tinha nada não. Ela dizia como que ela fosse médica (pausa), mas a diretora é muito boa; a diretora da secretaria sabe? Muito boa, muito compreensiva. As professoras de lá, muito compreensivas também, só essa que é da secretaria, que trabalha na secretaria (...) Mercedes

3.6 Trilhando os caminhos traçados pelos doutores

Em alguns depoimentos, não foi referido o caminhar pelo cuidado caseiro e, entre as motivações para esta atitude, inclui-se o desconhecimento do diagnóstico.

(...) Não, não fazia nada. Não, porque eu não sabia, eu pensava que aquilo ali era uma gripe forte sem ser (...) Nara

Em outros, não fica evidenciado o motivo para iniciar a procura pelo cuidado recorrendo de imediato ao profissional de saúde, mesmo diante das orientações para a utilização do cuidado caseiro.

(...) Não procurei assim fazer muitas ações em casa. As pessoas orientavam, mas eu procurei logo um especialista pra fazer o tratamento da melhor forma possível. Eu acho que isso me ajudou mais na recuperação (...) Duran

(...) Não, não cheguei a fazer não, porque quando eu percebi imediatamente eu fui à procura de um especialista. Eu tive assim uma preocupação (...) Piaf

Estes achados não corroboram com um estudo realizado com “mulheres trabalhadoras dos segmentos populares do país” e dependentes do sistema público de saúde. Segundo Mandú e Silva (2000), os conhecimentos e vivências em saúde desses grupos expressam elementos de reprodução, reelaboração, como também de recusa e oposição ao saber/fazer médico.

A procura por cuidado junto aos profissionais de saúde, no entanto, pode ser mais demorada ocorrendo quando as tentativas por medidas caseiras não surtem efeito e o problema se agrava constituindo uma limitação profissional ou um desconforto físico acentuado.

(...) comigo não tava resolvendo, porque não era uma questão de (...) eu acho que não era só uma questão de ferimento; não era essas questões, assim. Era um problema na voz mesmo, que precisava de exercícios, não só de gargarejo sem saber nem fazer, que além de fazer com uma coisa que não deveria, fazia de maneira errada (pausa) (...) Ângela

(...) Olhe tudo começou quando eu comecei a ter crises de falta de ar, porque até então eu ficava rouca durante muito tempo, mas não tinha eh a preocupação de procurar um especialista. Passava alguns dias rouca, depois a voz voltava, aí tudo bem. Aí eu comecei tendo depois eu comecei tendo crise de falta de ar, aí perdi a voz e passava muito tempo pra voltar e quando voltava a voz já ficava rouca, uma semana, mais de uma semana, aí eu procurei um médico e comecei a fazer o tratamento (...) Callas

É possível perceber que nem sempre existe uma linha divisória muito nítida entre os cuidados de natureza empírico-mística e aqueles que utilizam o conhecimento técnico-científico, principalmente no que diz respeito às tecnologias leves adotadas por estas diferentes modalidades (MERHY, 2003). Neste sentido, os relatos dão conta da existência de profissionais de saúde que combinam características próprias do cuidado empírico-místico – a proximidade cultural com o usuário, a prescrição de produtos mais acessíveis financeiramente, uma abordagem holística – com aquelas incluídas na rotina de atendimento, embasada nos paradigmas técnico-científicos. Este é o caso do profissional mencionado na fala de Ângela.

(...) até porque há alguns anos atrás, lá na comunidade, a gente teve o privilégio de trabalhar com um médico que só trabalhava com plantas medicinais. (...) Mas muitas pessoas (ainda hoje) fazem elixir sanativo em casa, outros remédios; quando tem algum problema, liga pra ele. Eu mesma já liguei pra ele várias vezes por causa do problema do meu pai. Quando ele (o médico) vai lá na vila, procura as pessoas, vai lá, orienta (...) Ângela

Quando o usuário busca atendimento para suas necessidades, a relação que este terá com o profissional pode determinar o cuidado com a saúde. O sucesso na aplicação da terapêutica, muitas vezes, depende da responsabilização do profissional de saúde ao receber o usuário e identificar suas reais necessidades. Neste sentido, Silva, Alvim e Figueiredo (2008) afirmam que as tecnologias leves ganham dimensão de cuidado em si, sendo fundamentais na construção de vínculo entre os serviços de saúde e o usuário. Defendem que, para um atendimento de qualidade, é necessário considerar, nas ações, aspectos essenciais da relação humano-humano, como a conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de ideias, a preocupação e a expressão de afeto. Esses comportamentos favorecerão a identificação e o atendimento das reais necessidades dos usuários.

Gomes e Pinheiro (2005), por sua vez, buscam conceituar essa relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários por acolhimento. Quando os serviços e os profissionais desenvolvem suas ações

com acolhimento, os usuários aderem ao tratamento prescrito, como observado nas falas de Callas e Maísa.

(...) O fato de você encontrar alguém em quem você se confia, você se sente segura; que você tenha confiança e acredita no trabalho daquela pessoa e a questão do acompanhamento da pessoa, da responsabilidade com o paciente, que isso atrapalha. Se você vai pra uma pessoa que você não se sente seguro ou que aquela pessoa não acompanha você direitinho, você se afasta. Mas eu não tenho nenhuma dificuldade de fazer o tratamento não, apesar de que não é um exercício assim gostoso de fazer, né?(...) Callas

(...) Até hoje, os clínicos que eu passei nunca nem olharam pra mim quanto mais pra examinar ou pra perguntar alguma coisa; mal deixam eu terminar de falar. Ontem mesmo eu fui pra um médico, ele não esperou terminar de falar o que era que eu estava sentindo. Eu lá morrendo de dor, ele só fez passar uma injeção e pronto, só isso. Então eu acho que (falta) é só mais atenção e disponibilidade dos médicos. É interesse em tratar o paciente com humanidade (...) Maísa

As dificuldades de relacionamento entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde têm sido objeto de muitos estudos, compondo hoje uma vasta literatura. Nesta pesquisa, o interesse despertado pelo assunto resulta da sua influência sobre o cuidado, gerando por vezes situações de tamanha tensão que levam ao descrédito da prescrição terapêutica e até mesmo ao abandono do tratamento (ESPÍRITO SANTO; MENDONÇA; CAVALCANTI, 1996 a), eventos que interferem decisivamente na trajetória do cuidado como pode ser visto no trecho a seguir:

(...) A maioria do pessoal lá não quer ir pra esse médico. Tinha outro médico lá ele era muito bom; mas esse médico agora ninguém tá querendo ir. Eu mesmo tô com um monte de exame em casa e não vou mostrar pra ele, porque uma menina foi mostrar os exames e ele falou: “eu não pedi esses exames, também não vou olhar”. Então ela disse: “não vá”, eu não vou (...) Pra o paciente se sentir bem, chegar assim pro paciente, o médico vai lhe atender, não lhe dar atenção; às vezes você vê, até tá com raiva de você, eu, já aconteceu isso comigo; chegar no médico e ele tá com a cara feia, eu digo: “olhe, por favor, olhe pra mim”. Eu já levei um filho meu e fiz isso: “por favor, olhe pra minha criança, ele tá doente”. Ele disse: “o médico sou eu”. Eu disse: “não, você não tá olhando pra nada; você tá olhando pra o papel”. Ele não olhou pra essa criança, nunca mais eu voltei pra ele, porque eu acho que tem que ter aquele cuidado, tanto do médico como do paciente, aquele entrosamento; se não for assim, aquele paciente não quer voltar mais pra aquele médico. Eu acho que tem que ter isso, né? Um contato deles dois, aquele apego pra saber (...) Nara

Espírito Santo *et al.* (1996 b), em estudo com usuários do SUS constataram um nível de satisfação considerado bom. Porém chama atenção, neste estudo, a conscientização das professoras sobre a forma de atendimento realizado por alguns agentes do cuidado. Durante a busca de assistência para suas necessidades vocais, as professoras referem a falta de atenção, o rápido atendimento, o não ouvir, o não olhar como ainda uma rotina nos serviços. Esse comportamento interfere diretamente no cuidado, pois a professora interrompe o trajeto e, conseqüentemente, o cuidado.

3.7 Caminhos, desvios e atalhos

3.7.1 Considerações sobre a Rede de Atenção à Saúde no Município

No território do município estudado, a rede assistencial, na época da coleta dos dados, estava oficialmente estruturada para responder à atenção básica e à assistência de média complexidade, sendo esta prestada pela Unidade Mista São José, Policlínica Farmacêutico Narciso Lima e Hospital Jesus Pequenino, instituição privada conveniada ao SUS (Figura 4).

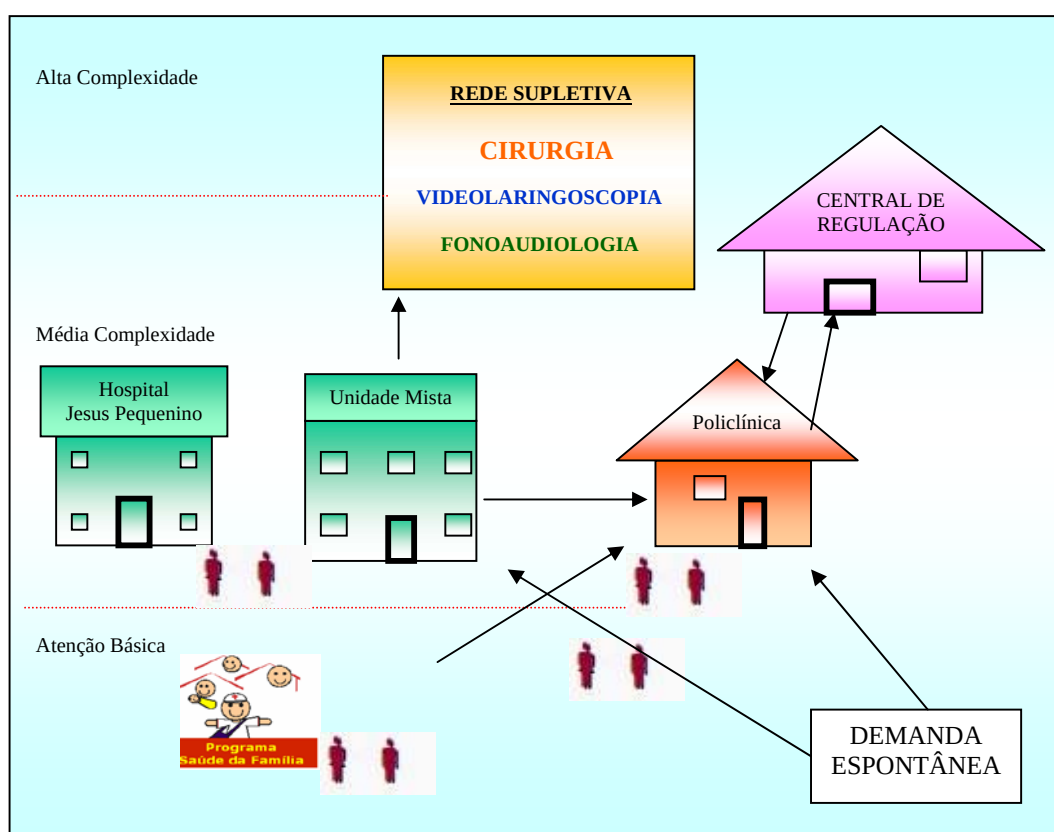


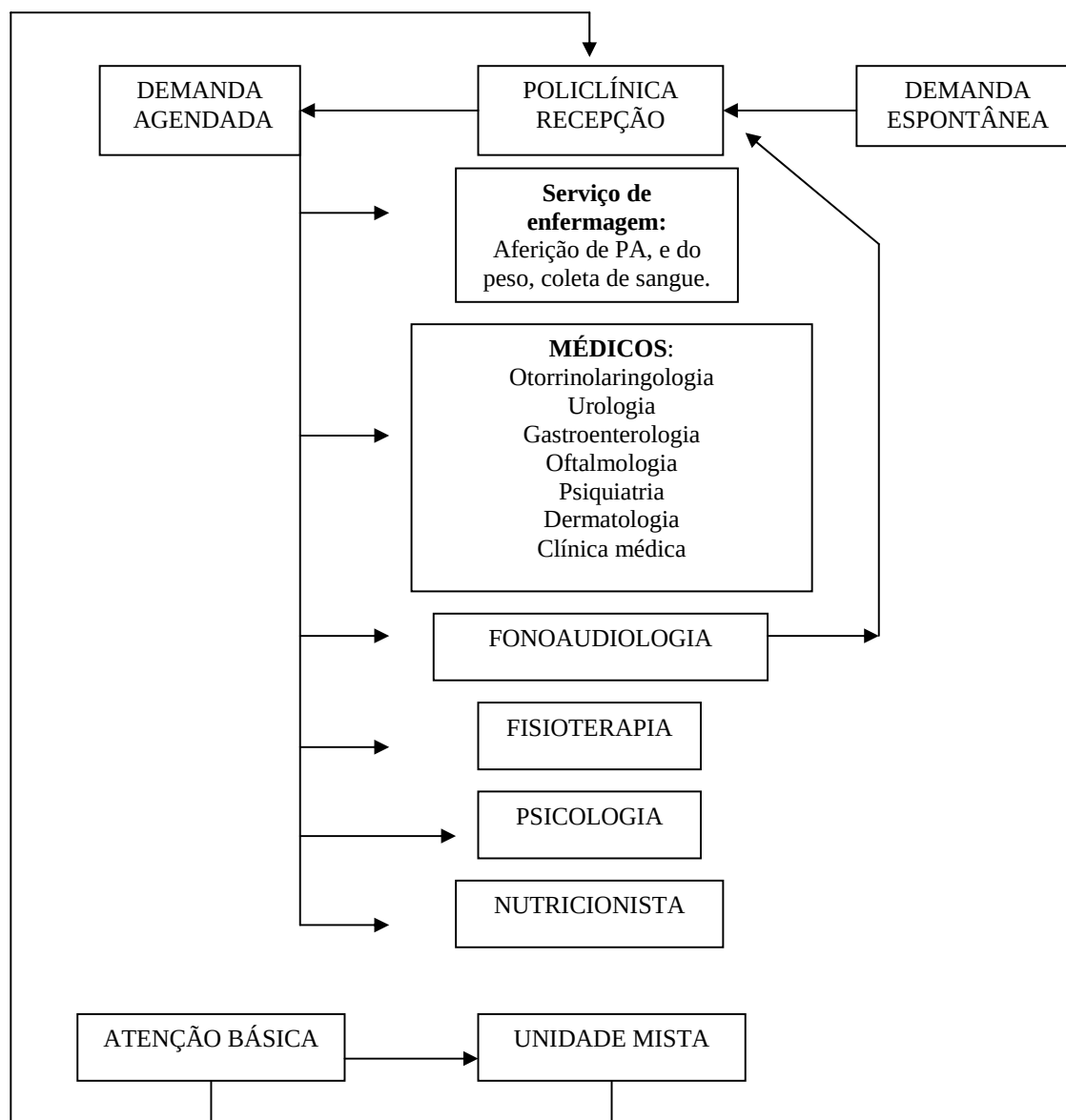
Figura 4: Fluxo de atendimento ao usuário com alteração vocal no município de Bezerros

A Unidade Mista São José é identificada pela população como “a maternidade”. Além dos partos realizados, esta unidade disponibilizava atendimento de urgência, cirurgias de médio porte e ambulatorios de mastologia, ginecologia, obstetrícia e pediatria.

O Hospital Jesus Pequeno, instituição filantrópica, atende os usuários do SUS através da contratualização – atendimento por metas – tanto para internações em clínica médica, pediatria, cirurgia geral e casos crônicos (cardiovascular), como exames ambulatoriais – raio x, raio x com contraste, endoscopia, densitometria óssea e emergenciais. Dos 130 leitos existentes, disponibiliza 111 para os usuários do SUS.

Por contratualização entende-se o processo em que o gestor municipal ou estadual do SUS e o representante legal do hospital estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visam o aprimoramento do processo de atenção à saúde e da gestão hospitalar (BRASIL, 2005).

A Policlínica Farmacêutico Narciso Lima busca responder às necessidades da população através da demanda organizada para ambulatórios de clínica médica, dermatologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, nutrição, oftalmologia, otorrinolaringologia, psicologia, psiquiatria e urologia, como também coleta de sangue (Figura 5).



PA: Pressão arterial

Figura 5: Fluxograma de atendimento na Policlínica Farmacêutico Narciso Lima.

O ambulatório de fonoaudiologia da policlínica atende uma demanda organizada procedente das mais diversas origens de encaminhamentos: agentes comunitários de saúde, diretores de escolas, médicos de diversas especialidades e outros profissionais de saúde. A demanda espontânea é quase sempre motivada por orientações dadas aos usuários pelos agentes informais do cuidado, o que inclui familiares, vizinhos e colegas de trabalho. Os encaminhamentos oficiais podem provir tanto da rede pública como privada. Quando o

diagnóstico ainda não está esclarecido, o usuário é orientado e encaminhado a procurar o otorrinolaringologista.

No atendimento fonoaudiológico, iniciado pela anamnese, seguida da avaliação clínica e tratamento, o usuário recebe orientações sobre o procedimento a que poderá ser submetido. A fonoterapia é desenvolvida em sessões de orientação sobre saúde vocal e exercícios vocais, agendadas e realizadas no próprio ambulatório, sob a supervisão da fonoaudióloga, além daqueles prescritos para serem realizados no domicílio.

Em alguns casos, é verificada a necessidade de outras formas de cuidado, sendo o usuário encaminhado para especialidades como psicologia, gastroenterologia e neurologia.

A relação da fonoaudióloga com os médicos é feita mediante encaminhamento por escrito, sendo a contra-referência realizada mediante anotações no prontuário e relatos dos próprios pacientes sobre a consulta.

Na Policlínica, não está instituída a prática de reuniões entre os profissionais de saúde e destes com a coordenação. Esse fato tem sido justificado pela elevada demanda de atendimentos e pela incompatibilidade de horários, uma vez que a limitada estrutura física da policlínica não favorece o trabalho simultâneo de todos os profissionais.

Mesmo assim, foram mantidos contatos informais, ainda que esporádicos, entre a fonoaudióloga e a psicóloga, em dependências comuns da policlínica, ocasiões em que foi discutida a necessidade de reuniões clínicas, as quais não foram concretizadas.

Diferentemente do que ocorre no atendimento a crianças, idosos e adultos com problemas neurológicos e psiquiátricos, situações em que se estabelece uma comunicação estreita e permanente entre o profissional de saúde e os cuidadores, os professores são tidos como exclusivos responsáveis pelo seu tratamento, uma vez que estão enquadrados na categoria de adultos com autonomia.

Quanto à atenção de alta complexidade, o município dispõe do sistema de regulação, a qual é prestada mediante encaminhamentos para serviços de saúde localizados principalmente em Caruaru e no Recife, tanto aqueles pertencentes à rede pública, como é o caso do Hospital Regional do Agreste e os hospitais de referência situados na capital; quanto à rede complementar, com a qual o município mantém convênios e contratos.

3.7.2 O primeiro contato com o cuidado técnico-científico

Durante a coleta dos dados, verificou-se que esta população, com uma demanda específica de atendimento de problema vocal não tem na atenção básica a porta de entrada para o sistema de saúde. A atenção básica, ao que parece, está reservada ao atendimento de problemas mais simples de saúde, aqueles em que “dá para esperar” até a data marcada para o atendimento.

(...) Eu primeiro vou ao PS de lá, né? No posto de saúde de lá. Então eu procuro a médica, a enfermeira chefe de lá e converso com elas. Vejo se o problema pode ser resolvido ali. Se não puder ser resolvido lá, elas me dão encaminhamento. Quando é um problema mais simples eu aguardo. Dá pra esperar eu espero. Quando o problema complica, aí eu vou ter que procurar outra solução. Um médico em algum lugar pra poder resolver. (...) Ângela

(...) Olhe, eu procuro o SUS (...) se eu tiver algum problema que não possa ir a Caruaru ou vir aqui a Bezerros aí eu vou pra lá (PSF). Uma enxaqueca, uma dor. Uma coisa assim que eu não possa esperar muito tempo, aí eu passo lá no postinho, que geralmente não tem médico. Lá a questão de saúde é assim, eles colocam médico aí ele passa, alguns passam dois meses, três meses. Aí não dá certo. Aí vem outro e você não tem um acompanhamento com aquela pessoa. Você não tem confiança. Hoje é um, amanhã é outro. Se você precisa voltar aí já é outro, completamente diferente. Fica difícil pra você se cuidar com alguém que você não conhece e não acompanha (pausa). Não tem nenhum médico na cidade (pausa), é muito complicado essa questão (...) Callas

Nesta fala observa-se também que a Estratégia de Saúde da Família em algumas cidades do interior de Pernambuco ainda não alcançou o objetivo de desenvolver suas ações centradas na integralidade da atenção e do cuidado. Isso possibilita afirmar que não basta aumentar o número de serviços ou equipes de saúde sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para os autores, o vínculo entre o profissional/serviço e o usuário amplia a eficácia das ações de saúde, favorece sua participação durante a prestação do serviço e estimula a construção da sua autonomia, ao escolher o tratamento em que mais acredita.

3.7.2.1 O fluxo seguido pelas professoras SUS-dependentes

Para responder positivamente às necessidades dos usuários com problemas vocais, o Sistema Municipal de Saúde dispõe, em nível local, de atendimento clínico fonoterapêutico e otorrinolaringológico, realizados na Policlínica.

Quando não é possível aguardar o aprazamento do atendimento na policlínica, os usuários podem procurar a Unidade Mista Municipal, onde é realizado atendimento de urgência. O tempo de espera pode ser considerado como um elemento de definição do fluxo a ser seguido e da unidade a ser inicialmente procurada.

(...) Aí chegou um determinado tempo que tava muito ruim aí eu fui na maternidade, pra um médico clínico e ele disse que o problema não era com ele não, mas eu pedi que fosse passado pelo menos uma coisa que, um paliativo que resolvesse aquele problema naquele momento, aí passou uns comprimidos e encaminhou para uma doutora (...) Piaf

A trajetória do cuidado inclui por vezes passos totalmente em desacordo com o fluxo previsto, devido ao desconhecimento do usuário sobre como fazer para ser atendido, o que implica em retardo.

(...) Eu procurei saber na secretaria de saúde, se tinha, procurei _____ primeiro, né? Porque _____ é fonoaudióloga, né? Aí ela indicou fonoaudiólogo, aí ela disse: “você passa pela fono, ela vai lhe avaliar, vai lhe mandar para o otorrino”, aí pronto, vim para sua pessoa, aí você avaliou, pediu o vídeo (...) Elis

O medo de que o diagnóstico possa indicar um problema de extrema gravidade, como é o caso de uma neoplasia maligna, faz com que algumas professoras não queiram aguardar o tempo de marcação para o médico otorrinolaringologista da Policlínica, o que pode durar cerca de dois meses, e busquem um atendimento mais imediato, procurando o Sistema de Saúde Suplementar.

(...) Eu acho muito difícil aqui a saúde. Aqui você vai, se é pra pegar uma ficha é a maior dificuldade, por causa que os médicos são poucos. É muita dificuldade mesmo, eu acho assim; tem hora que a gente tem que procurar o médico particular (...) Nara

(...) Eu fiz o seguinte, eu tinha um problema assim, tava sem poder falar direito e no início eu fiquei muito apavorada porque eu já pensava que estava com

C.A.. Aí procurei um (médico em Caruaru) (...) Eu fui direto para Caruaru (...) Até porque como eu estava muito ansiosa pra saber realmente o que era que eu tinha, tinha ainda que passar no PS lá, pegar um encaminhamento pra vim aqui marcar pra depois ser atendida e assim, ninguém podia me garantir que eu ia ser atendida na mesma semana ou se ia passar um mês, se ia passar dois, dependia da quantidade de pessoas que já tinham sido marcadas. Tinha que aguardar a vez (...) Ângela

O atendimento na Policlínica obedece em geral a uma seqüência, que tem início pela consulta com o otorrinolaringologista. Para fechar o diagnóstico, este solicita um exame de imagem - a videolaringoscopia – disponibilizado pelo SUS, mas normalmente realizado na rede supletiva. De posse deste exame, o usuário é encaminhado para tratamento fonoterapêutico no ambulatório de fonoaudiologia da Policlínica.

(...) A cidade não dispõe desse exame, então eu tive que ir pra cidade vizinha e pagar pra fazer esse exame (...) Maísa

(...) O tal exame que foi feito, ele mesmo fez no consultório dele em Caruaru, pra que ele pudesse agendar no prontuário (...) Carmem

O duplo vínculo do otorrinolaringologista (público/privado) faz com que este profissional encaminhe os usuários para a realização da videolaringoscopia na clínica particular onde trabalha sendo o exame, neste caso, custeado pelo próprio usuário, como observado na fala de Piaf.

(...) Eu fui atendida aqui na policlínica com ela (otorrinolaringologista). Ela atendeu aí disse que queria ver um exame (videolaringoscopia); aí foi quando ela disse que não poderia fazer isso aqui, mas que faria no consultório onde ela mesmo trabalhava em Caruaru. Eu fui lá no consultório dela, marquei e fiz esse exame (...) em seguida ela me encaminhou pra um fonoaudiólogo (...) Piaf

3.7.2.2 O fluxo seguido pelas professoras de planos de saúde

Quando o cuidado se dá pelo Sistema Supletivo de Saúde, as professoras iniciam essa trajetória consultando o especialista, que pode ser o médico otorrinolaringologista ou o fonoaudiólogo.

(...) eu procurei uma otorrino em Caruaru, pelo plano (...) Callas

(...) então a partir dessa dificuldade eu procurei logo um fono, mas ela me orientou primeiro procuraria um otorrino (...) Duran

A mesma sequência de cuidados referida pelos usuários SUS-dependentes é seguida neste caso, com a realização da videolaringoscopia e posterior encaminhamento para o tratamento fonoterapêutico. Algumas professoras iniciam o tratamento com o profissional da rede privada. A limitação financeira para dar continuidade a um tratamento que normalmente não é coberto pelos planos de saúde, leva à procura pelo profissional do sistema público, ou seja, a fonoterapia, oferecida na policlínica municipal.

(...) A questão financeira não permitia que eu continuasse porque eu tinha que pagar todas as sessões. Aí eu parei um tempo de fazer e depois consegui aqui em Bezerras (...) Callas

(...) O (tratamento) fono teria que pagar as taxas que o plano (privado) não cobria; então a fono foi no município de Caruaru (particular), depois aqui (...) Duran

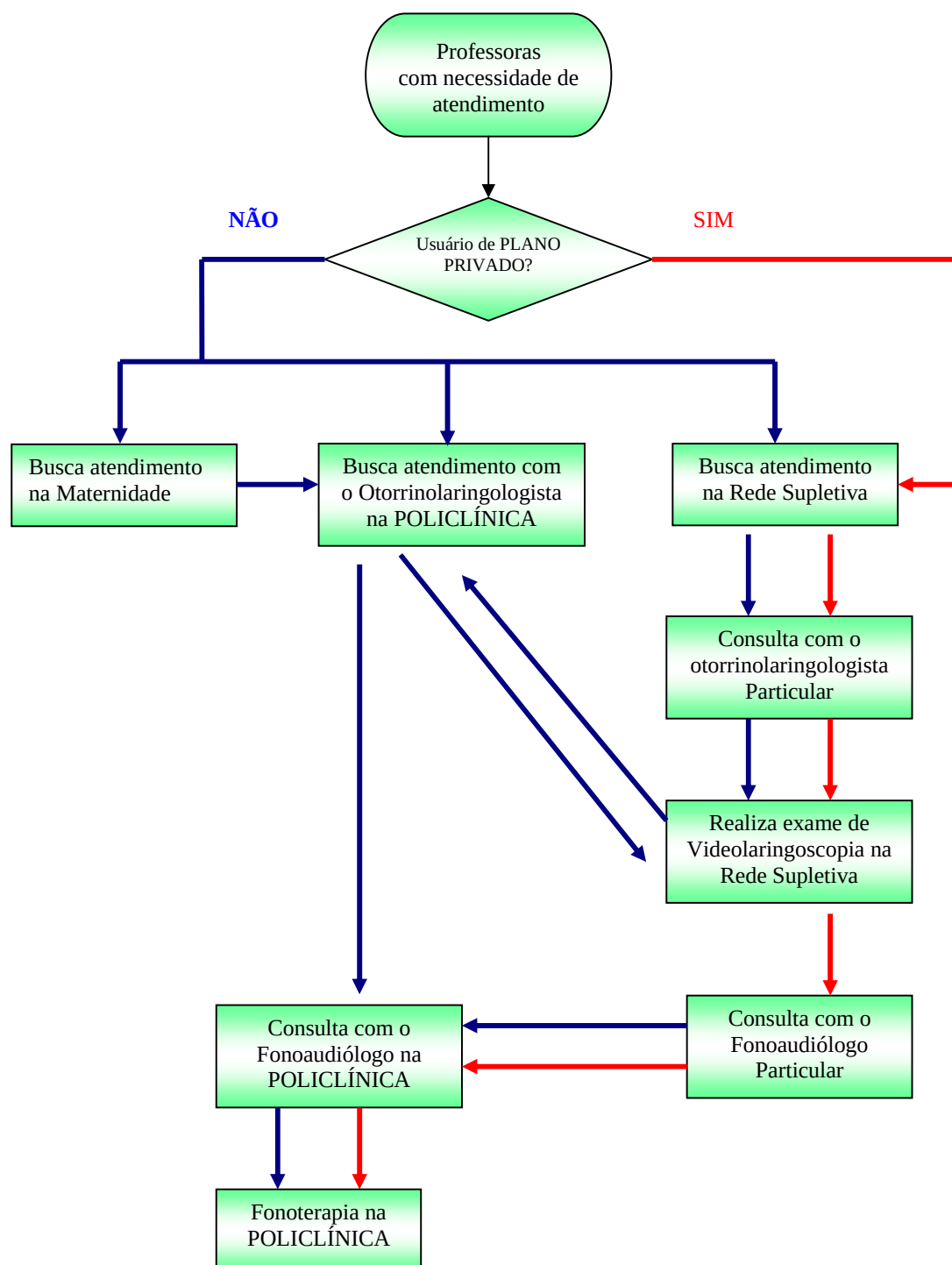


Figura 6: Fluxograma para representar a trajetória percorrida pelas professoras em busca do cuidado com a voz.

3.8 Final de uma trajetória, começo de outras

A constatação de melhora na evolução do quadro clínico, com remissão dos sintomas e ganhos notáveis na capacidade de trabalho e na qualidade de vida como um todo, constitui um sinal evidente de resolutividade do cuidado prestado e poderia, portanto, ser tomada como marco final da trajetória. No entanto, essas professoras estarão conduzindo pela vida afora um aparelho vocal merecedor de cuidados especiais, uma vez que constitui o seu instrumento de trabalho. Essa premissa é reforçada pelos depoimentos de Nara e Callas.

(...) Graças a Deus hoje eu não tenho mais esses nódulos, foi muito bom, tanto o atendimento como, assim tô dizendo isso porque eu fiz tudo direitinho e hoje eu não tenho mais esses nódulos, posso falar, posso contar, posso gritar se for preciso, que nada disso eu podia fazer, nem falar alto eu conseguia, eu sentia muitas coisas assim na garganta, eu sentia como se tivesse tapando e hoje eu não tenho mais isso (...) Nara

(...) Tenho tido uma qualidade de voz boa, dá pra você conciliar, trabalhar, sendo com a carga reduzida, porque quando força a voz aí o problema volta novamente e no meu entendimento é assim, eu não acho que não é, que você encontra, pelo menos com esse problema meu uma cura definitiva, mas você convive, aprende a conviver de acordo com as suas condições. A questão dos exercícios que ajudem a questão da educação de você não falar alto, de você não poder, de você não gritar, de você quando tá num ambiente barulhento não adianta você falar porque as pessoas não vão lhe entender e você vai ter que aumentar a sua voz e depois você vai, eh novamente o problema aumenta, então é uma orientação, um acompanhamento que ajuda você a viver como as outras pessoas dentro dos seus limites (...) hoje você consegue equilibrar. Eu posso dizer que eu encontrei o equilíbrio, eu não deixei de ensinar, mas também não ensino como ensinava antes, com a quantidade de aulas que eu dava. Aí houve um equilíbrio, eu acredito que eu encontrei um equilíbrio (...) Callas

Esses depoimentos podem evidenciar que a qualidade de vida das pessoas que usam a voz profissionalmente, em especial o professor, está relacionada, em certa medida, à percepção das suas capacidades e dos seus limites vocais, bem como à busca do equilíbrio ao seu modo de vida. Neste contexto, faz-se necessário oferecer a esses sujeitos os meios para que compreendam sua condição e o momento que estão vivendo, indo além dos cuidados oferecidos pelos serviços de saúde e passando para o campo das condições individuais e de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da trajetória do cuidado prestado aos indivíduos com problemas vocais pelo Sistema Municipal de Saúde do município de Bezerros, na perspectiva da integralidade, permite deduzir que se trata de um processo complexo, tanto pela multiplicidade dos agentes envolvidos, como pelas relações entre estes e os usuários. Por sua vez, os usuários pertencem a categorias diversas quanto ao custeio dos procedimentos realizados – usuários SUS exclusivos, usuários de planos de saúde e usuários de desembolso direto – o que define diferentes combinações de utilização dos recursos de saúde públicos e privados.

Os diferentes contextos pelos quais transitam os usuários (família, comunidade, trabalho, faculdade, igreja) têm uma participação importante na determinação/agravamento/atenuação do problema e na definição dos passos a serem dados na trajetória do cuidado.

A integralidade, entendida como garantia de realização da cadeia de procedimentos necessários ao tratamento, e que se inscreve em diferentes níveis de complexidade, esbarra em diversos obstáculos.

No âmbito do Sistema Público de Saúde podem ser mencionados alguns desses obstáculos: a ausência de resposta da atenção básica a essa demanda, a desarticulação entre os profissionais que trabalham com esta clientela na Policlínica, a demora no aprazamento para a consulta especializada e a lacuna na regulação para os procedimentos de média e alta complexidade (videolaringoscopia, cirurgia). Todos eles representam sérios empecilhos para a estruturação do cuidado integral.

Nestas condições, as trajetórias menos interrompidas em termos de sequência dos procedimentos são aquelas nas quais os próprios usuários procuram suprir as deficiências do Sistema mediante iniciativas como o desembolso do pagamento de exames e consultas.

A demanda dos usuários que dispõem de Planos de Saúde termina sendo atendida, em parte, pelo Sistema Público, na medida em que o atendimento para fonoterapia, após o diagnóstico, é feito na Policlínica, pelo fato de não ser este tratamento custeado pelo Seguro Privado de Saúde e exigir o pagamento de valores acima das possibilidades de custeio por parte das famílias, caso recorram ao atendimento particular.

Desse modo, o que se verifica são arranjos de cuidados que caracterizam uma “integralidade fragmentada”, ou seja, obtida à custa de uma busca de procedimentos nos diversos subsistemas de saúde ainda existentes no país.

Na perspectiva do sentido horizontal, aquela que acontece quando o profissional identifica, no encontro com o usuário, suas reais necessidades de saúde, além daquelas verbalizadas, esbarra no atendimento rápido, de qualidade questionada, direcionado apenas para a solução das queixas apresentadas pelas professoras. São poucos os profissionais que aproveitam o encontro para estabelecer um vínculo, promover o acolhimento e identificar outras necessidades de saúde. Como exemplo, observa-se a passagem de um médico que utiliza, em seus procedimentos, conhecimentos de fitoterapia, favorecendo o vínculo com a comunidade, apesar da sua breve passagem por uma das unidades de saúde da família.

Com relação aos agentes que participam da trajetória do cuidado há uma verdadeira multiplicidade, dentro e fora dos serviços de saúde: médicos, fonoaudióloga, agentes de saúde, familiares, vizinhos, colegas de trabalho e colegas de igreja. Esses agentes, localizados fora dos serviços de saúde, proporcionam o cuidado, na medida em que identificam, orientam e estimulam a busca por um tratamento, seja científico ou com base no conhecimento popular. Porém, a relação entre os agentes ainda inexistente e com frequência suas formas de atuação podem se chocar, a exemplo da resistência de colegas de trabalho ao afastamento da professora da sala de aula, prescrito pelo médico. Essa falta de comunicação independe da distância física e social entre os agentes, uma vez que os profissionais que trabalham na Policlínica dificilmente trocam informações a respeito dos seus clientes. É possível que esta dificuldade esteja relacionada com a cultura organizacional presente no serviço público de saúde ou represente uma característica da prática social do cuidado de saúde prestado ao indivíduo adulto.

Quanto à influência dos fatores de contexto na trajetória do cuidado, é muito evidente o papel desempenhado pelo trabalho, seja pelas situações desencadeadas durante o exercício profissional, seja pelas relações construídas neste ambiente. A escola, no que se refere às condições ambientais, organizacionais e de relações humanas, constitui um elemento importante na configuração da realidade de vida do professor e não deve ser desconsiderada pelos profissionais de saúde durante o cuidado.

Esses fatores sinalizam demandas a serem consideradas durante a trajetória do cuidado com a saúde e, em especial, a saúde vocal.

Na perspectiva de se vislumbrar a integralidade no espaço das unidades de saúde, sugere-se uma nova forma de organização no processo de trabalho. Os profissionais responsáveis pelo cuidado oficial prestado pelos serviços de saúde devem considerar as ações dos demais agentes e,

dessa forma, adequar seu conhecimento técnico à realidade sociocultural na qual os sujeitos do cuidado estão inseridos. Outro ponto fundamental é a interação entre os profissionais envolvidos no cuidado oficial, em que a troca de informações pode dinamizar o fluxo de atendimento aos usuários.

A integralidade como princípio orientador das práticas, como valor a ser considerado no atendimento ao sujeito que necessita do cuidado, depende da atitude do profissional durante o encontro com o usuário, favorecendo momentos de conversa e escuta, a fim de identificar as reais necessidades desses usuários no que diz respeito à sua saúde.

Neste sentido, as ações que objetivam prestar assistência, prevenção e/ou promoção da saúde, durante as quais acontece uma relação profissional/usuário, devem ser pautadas na atenção e acolhimento, elemento importante para a adesão ao tratamento proposto.

Na perspectiva macro, que consiste na articulação entre os serviços de saúde e demais setores, a estruturação de uma rede de serviços voltados para os problemas vocais deveria seguir os moldes da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, na qual a rede de serviços regionalizada e hierarquizada está voltada para os cuidados globais e integrados no atendimento das principais causas, com o intuito de reduzir o dano na população, constituindo, dessa forma, um importante instrumento de gestão.

Este estudo buscou explicitar a relevância dos diversos agentes que participam do cuidado ao usuário com problemas vocais e a influência dos fatores do contexto para a integralidade da atenção à sua saúde. O propósito foi contribuir para equacionar a gestão de forma objetiva e racional, na medida em que amplia a discussão sobre os processos de trabalho para o fazer saúde, utilizando eficazmente os recursos disponíveis. O trabalho busca dar destaque à voz do usuário enquanto sujeito de sua própria história, detentor de direitos e deveres, com ênfase na melhoria de suas opções de vida.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do Cpdoc**/Verena Alberti. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989.

ANDRADE, C. R. F de. **Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico**. Editora Lovise, 1996.

_____. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia – ações coletivas e individuais. In: VIEIRA, R. M. et al. (Orgs.). **Fonoaudiologia e Saúde Pública**. Carapicuíba: Pró-fono, 2000. p. 81 – 104.

BAPTISTA, T. W. de F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENANCIO. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BEFI, D. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: BEFI, D. (Org.). **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997. (Série Atualidades em Fonoaudiologia, v.3). p. 15 – 35.

BEHLAU, M. S. **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. v. 1, 348p.

BERBERIAM, A. P. Fonoaudiologia e história. Revista Mundo Saúde, v. 20, n. 10, p. 325-328, nov.-dez. 1996.

_____. Fonoaudiologia na saúde coletiva: uma área em crescimento. **Revista Cefac**, v. 9, n. 2, abr-jun, 2007.

BEZERROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2006-2009**. Bezerros, 2006.

BEZERROS. Secretaria Municipal de Saúde. **Informativos de Saúde**. Bezerros, 2007.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 13º ed. São Paulo: Caminho das Letras, 2006.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1721 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Programa de Estruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Disponível em:
http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/eventos/jornada_2005/Apres_04_Gilson.pdf Acesso em: 17/07/09

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, MATTOS, (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

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

COLTON, R. H.; CASPER, J. K. **Compreendendo os problemas da voz: uma perspectiva fisiológica no diagnóstico e tratamento das disfonias**. 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set.-out., 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**, Brasília, a 8, n. 34, jul.-set., 2007.

DATASUS. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 02/06/08 às 20h15min.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; MENDONÇA, M. ; SOUTO, L. ; CAVALCANTI, Z. . Percepção da clientela acerca dos fatores críticos do atendimento ambulatorial prestado pelo hospital das clínicas da UFPE. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 103-110, 1996 a

_____. Aspectos qualitativos da relação médico-paciente em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 39-46, 1996 b.

FABRON, E. M, G.; OMOTE, S. Queixas vocais entre professores e outros profissionais. In: FERREIRA, L. P; COSTA, H. O. **Voz ativa: falando sobre o profissional da voz**. São Paulo: Roca, 2000. p. 91.

FERREIRA, L. P.; SANTOS, J. G. dos; LIMA, M. F. B.. Sintoma vocal e sua provável causa: levantamento de dados em uma população. **Revista do Cefac**. v. 11, n. 1, jan.-mar., 2009.

FREIRE, R. M. A. C. Fonoaudiologia em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 179-184, 1999.

GALINDO, E. F. **Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife: a visão dos usuários**. [Monografia]. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães. Recife. 2001.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n.2, p. 189-199, maio. - ago. 2005.

GATTÁS, G. R. I. C. **Análise do Programa Saúde da Família a partir dos usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife**. [Monografia]. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães. Recife, 2003.
GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º ed: Atlas, 2008, 200 p.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. Entre o mito e a ciência algumas incursões sobre gravidez não planejada na perspectiva de usuárias de um serviço pré-natal. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 121-136.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar. – ago. 2005.

JARDIM, R. Recomendações preventivas para disfonia amparadas em um inquérito epidemiológico. Relatório do VI Seminário da Regulação Educacional e Trabalho Docente. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. v. 15, n. 3, p. 434-441, jul.-set. 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LORENZ, M. C.; FUESS, V. L. R. Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.69, n.6, p. 807-812, nov.-dez. 2003.

MACHADO, A. A. M. *et al.* Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: MACHADO, A. A. M.; VIEIRA, C. M.; ARRUDA, D. M. **Algumas questões básicas sobre o SUS e a gestão municipal em saúde**. Recife: UFPE, Nusp, 2004.

MANDU, E. N. T.; SILVA, G. B. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.15-21, ago. 2000.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out., 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5º ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde – um desafio para o público**. 3º ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9º ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 489 – 504.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do sistema único de saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 (Sup.), p. 1819-1829, 2007.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 236 – 243, 2007.

PEREIRA, M. T. J. de G. **Fonoaudiologia: uma vivência em saúde pública**. [Monografia]. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 1999.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. IV Geres. **Cadernos de Informação da Saúde**. Recife, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2006.

PINHEIRO, M. G.; CUNHA, M. C. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.16, n.1, p. 83-91, abr., 2004.

PINHO, S. M. R.; TSUJI, D. H.. Avaliação funcional da laringe em cantores. *Acta AWHO*, v. 15, n. 2, p. 87-93, abr.-jun. 1996.

PONTES, A P. F. S.. A precarização do trabalho do professor da rede estadual de ensino – um olhar sobre um município do Agreste pernambucano. In: ENCONTRO INTERNACIONAL. Trabalho e Perspectivas de Formação dos Trabalhadores, 1., 2006, Fortaleza. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará/Labor, 2006. Disponível em, http://www.fundaj.gov.br/geral/educacao_foco/precarizacao_anafurtado.pdf
Acesso em: 01/07/2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov.-dez., 2004.

SEIXAS, J.C. Sistema Nacional de Saúde. In: **TEXTOS de Apoio – Ciências Sociais 1**. Rio de Janeiro: Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública/Abrasco, 1983.

SILVA, D. C. da; ALVIM, N. A T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 291 – 298, jun. 2008.

SILVA, D. G. V.; SOUZA, S. da S.; FRANCIONI, F. F.; MATTOSINHO, M. M. S.; COELHO, M. S.; SANDOVAL, R. de C. B.; CUNHA, M. A; FERREIRA, N.. Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 3, p. 297-302, maio-jun.; 2006.

SILVA, J. P. V. da; LIMA, J. de C. Sistema único de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENANCIO. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TANAKA, O. Y.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, p. 325-332, 2008.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 121-136.

VIEIRA, A B. C.; ROCHA, M. O da C.; GAMA, A C. C.; GONÇALVES, D. U. Fatores causais e profilaxia da disfonia na prática docente. **Caderno de Educação**. Pelotas, v. 28, p. 255-270, jan.-jun. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

NOME: IDADE: ESCOLARIDADE: ESTADO CIVIL: POSSUE PLANO PRIVADO DE SAÚDE: LOCAL DE TRABALHO: TIPO DE VÍNCULO COM A SECRETARIA DE EDUCAÇÃO:	DATA:
---	--------------

- 1 – “Conte a história desse seu problema de saúde...”**
- 2 – “Quais as mudanças que este problema causou em sua vida?”**
- 3 – “Como o seu problema de saúde foi cuidado até o momento?”**
- 4 – “O que tem ajudado a cuidar deste problema?”**
- 5 – “O que tem dificultado cuidar deste problema?”**

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: Atenção à saúde de professoras com alterações vocais: um estudo das trajetórias do cuidado sob a ótica da Integralidade.

PESQUISADORA / Mestranda: Gladys Fernanda Coelho Pereira

INSTITUIÇÃO: Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Rua Profº Moraes Rêgo s/n – Hospital das Clínicas – Bloco E 4 andar Cidade Universitária – Recife/PE – CEP: 50670-901 Telefone: 2126-8555 / 21263766.

Esse termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Introdução

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **A Integralidade da Atenção à Saúde nos Relatos de Atendimento de Usuários com Dificuldades Fonoaudiológicas**. Se decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com esta instituição. No caso de você decidir não participar mais deste estudo, deverá comunicar ao profissional e/ou o pesquisador que o esteja atendendo. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação para dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Objetivo

Este estudo tem por objetivo identificar a presença da integralidade no atendimento prestado pelo sistema municipal de saúde de Bezerros, enfocando o ponto de vista da população usuária.

Procedimentos do estudo

Se concordar em fazer parte deste estudo, sua participação será responder a uma entrevista, aplicado pela pesquisadora em local e horário combinado. Você será convidado a responder uma entrevista, com um roteiro pré-estabelecido sobre dados de escolaridade, estado civil, problemas de saúde, mudanças na rotina de vida e assistência recebida. As informações coletadas serão utilizadas para formar o banco de dados, que serão analisados e estudados.

Riscos e desconfortos

O estudo ocorrerá através de uma entrevista, prática não invasiva e que não representa qualquer risco à integridade da sua saúde. No entanto, tal procedimento poderá desencadear discreto desconforto, haja vista que você poderá sentir algum tipo de constrangimento por ter que responder a algumas perguntas, como também pelo tempo que investirá para participar do estudo.

Benefícios

A participação na pesquisa não acarretará gasto para você, sendo totalmente gratuita.

A pesquisadora se compromete a lhe esclarecer quaisquer dúvidas com relação à assistência a saúde. As informações obtidas por meio do estudo poderão ser importantes para descoberta de novas condutas para assistência à saúde municipal.

Custos / Reembolso

Você não terá nenhum gasto e não será cobrada pela sua participação no estudo. Além disso, não receberá nenhum pagamento pela sua participação.

Caráter confidencial dos registros

Algumas informações obtidas a partir da participação nesse estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais (em segredo), porém quando o material do seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa, sua identidade será preservada, ou seja, você não será identificada de forma alguma.

Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo constando o telefone da pesquisadora e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: Gladys Fernanda Coelho Pereira – telefone (81) 21268552 / 21263766

Declaração de consentimento

Li, ou alguém leu para mim, as informações deste documento antes de assinar esse termo de consentimento. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda linguagem técnica utilizada na descrição desse estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi resposta para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou o meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar desse estudo.

Assinatura do participante

Local e data

NOME EM LETRA DE FORMA

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante. Tenho bastante clareza que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador

Local e data

Assinatura da Testemunha 1

Local e data

NOME EM LETRA DE FORMA

Assinatura da Testemunha 2

Local e data

NOME EM LETRA DE FORMA

ANEXO

ANEXO A – Carta de Anuência



**PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
ESTADO DE PERNAMBUCO – BRASIL
CNPJ: 10.091.510/0001-75**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Recife, 11 de julho de 2008.

**Do Prefeito do Município dos Bezerros
Prefeitura da Cidade dos Bezerros
Dr. Marcone Borba**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Eu, MARCONE BORBA, prefeito do município dos Bezerros, venho por meio desta, autorizar a realização da coleta de dados nesta secretaria, da pesquisa intitulada “**A Integralidade da Atenção à Saúde nos Relatos de Atendimento de Usuários com Dificuldades Fonoaudiológicas**”, da fonoaudióloga Gladys Fernanda Coelho Pereira, mestranda do Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Esclareço, outrossim, que esta autorização está condicionada à aprovação do projeto da referida pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, regularmente registrado no Conselho Nacional de Saúde, através da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Atenciosamente,

**Dr. MARCONE DE LIMA BORBA
PREFEITO**