



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GILDA DORACI MARQUES DA CRUZ

ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FONOAUDIOLOGIA

Salvador

2017

GILDA DORACI MARQUES DA CRUZ

**ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FONOAUDIOLOGIA**

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, com requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luzia Poliana Anjos.

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a Natalie Argolo Ponte

Salvador

2017

SUMÁRIO

1.	FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO.....
2.	RESUMO E PALAVRAS CHAVE.....
3.	ABSTRACT AND KEYWORDS.....
4.	INTRODUÇÃO
5.	ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....
6.	RESULTADOS.....
7.	CONCLUSÃO.....
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
	ANEXO I – Figuras e Tabelas.....
	ANEXO II – Instrução aos autores.....
	ANEXO III – Pré-Projeto.....

1. FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA FONOAUDIOLOGIA

TRAINING STRATEGIES FOR COMMUNITY HEALTH AGENTS IN
FONOAUDIOLOGY

*Gilda Doraci Marques da Cruz*¹; *Luzia Poliana Anjos*². *Natalie Argolo Ponte*³

1. Graduanda do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.
2. Doutora em Medicina e Saúde, professora adjunto da Universidade Federal da Bahia.
3. Doutora em Medicina e Saúde, professora substituta da Universidade Federal da Bahia.

Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia – Salvador/Bahia – Brasil.

Os autores acima declaram não haver qualquer conflito de interesse com o tema abordado no trabalho.

Endereço para correspondência:

Gilda Doraci Marques da Cruz

Endereço: Rua Politeama de Baixo n 69 Bloco E Apt. 117 - Politeama
CEP: 40.080- 166. Salvador – BA.

E-mail: dora_marx@hotmailcom

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal da Bahia, referência em educação, pelo ensino de qualidade a mim proporcionado durante minha formação acadêmica.

A Prof.^a Dra. Luzia Poliana Anjos, pelas oportunidade e conhecimentos compartilhados.

A Prof.^a Dra. Natalie Argolo Ponte, pela dedicação e presteza nos vários momentos de dúvidas.

2. RESUMO

Objetivo: caracterizar as estratégias de capacitação utilizadas para auxiliar o processo de educação permanente dos Agentes Comunitários de Saúde na área da fonoaudiologia. **Estratégia de pesquisa:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nos Portais de Pesquisa LILACS, SciELO e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). **Crterios de seleção:** A estratégia de busca foi norteada pelo questionamento “ Quais estratégias educativas têm sido utilizadas para capacitação do Agente Comunitário de Saúde na área da Fonoaudiologia”. Os critérios de seleção dos estudos envolveram a coerência com o tema proposto, pertencer à categoria artigo, dissertação ou tese e ser publicado em língua portuguesa nos últimos 10 anos.

Análise dos dados: Foram localizados 11 estudos. Após análise do título e resumo, 4 estudos foram selecionados para leitura completa. Os 4 atenderam aos critérios propostos e foram incluídos na revisão. **Resultados:** Os estudos apontaram distintas estratégias de capacitação dos ACS, que permeiam a forma presencial de ensino e as aulas a distância com o uso de videoconferência ou de CD-ROM. Todos os estudos demonstram resultados positivos, quanto a efetividade das capacitações, analisado por meio da aplicação de questionários pré e pós-capacitação. Apenas um dos estudos menciona uma devolutiva para os ACS, nesse todos os ACS participantes receberam na fase final, um exemplar de material informativo impresso sobre Fonoaudiologia, comunicação humana, seus distúrbios e formas de intervenção. **Conclusão:** Distintas estratégias de ensino têm sido utilizadas para a capacitação do ACS na área da Fonoaudiologia. Todas demonstram efetividade, quanto o aprendizado dos temas propostos. A temática aponta lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Descritores: Fonoaudiologia, Agentes Comunitários de Saúde e Educação em Saúde.

3. ABSTRACT

Objective: to characterize the training strategies used to assist the process of permanent education of the Community Health Agents in the field of speech therapy.

Research strategy: A systematic literature review was carried out at the LILACS, SciELO and the Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) portals.

Selection criteria: The search strategy was guided by the questioning "Which educational strategies have been used to qualify the Community Health Agent in the area of Speech Therapy". The selection criteria of the studies involved consistency with the proposed theme, belong to the category article, dissertation or thesis and be published in Portuguese in the last 10 years.

Data analysis: We found 11 studies. After analysis of the title and abstract, 4 studies were selected for complete reading. The 4 met the proposed criteria and were included in the review.

Results: The studies pointed to different training strategies of the CHAs, which permeate the face-to-face of teaching and distance learning with the use of videoconference or CD-ROM. All studies show positive results regarding the effectiveness of training, analyzed through the application of pre and post qualification questionnaires. Only one of the studies mentions a devolution to the ACS, in which all the participating ACS received in the final phase, a copy of informative material printed on Speech-Language Pathology, human communication, its disorders and forms of intervention.

Conclusion: Different teaching strategies have been used to train the CHA in the field of Speech Therapy. All demonstrate effectiveness, as well as the learning of the proposed themes. The theme points out knowledge gaps that need to be filled with new studies.

4. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida. Esse novo paradigma, tem como princípios: a criação de vínculo com a comunidade, território definido de atuação, promoção da saúde e prevenção de agravos, e não mais puramente o modelo biomédico (1).

Nas ESF atuam os agentes Comunitários de Saúde (ACS), um profissional que representa a comunidade dentro da unidade de saúde, sendo conhecedor das reais demandas enfrentadas pela população, pois é pertence a ela. O papel exercido por ele pode ser representado como um elo que liga a comunidade ao serviço de saúde (2). A atuação do ACS na equipe multidisciplinar é essencial, sobretudo no processo de facilitar o acesso dos usuários no território adstrito, e possibilitar a identificação precoce de problemas de saúde (3).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.488/2011), são atribuições do ACS: fazer o mapeamento da comunidade, realizar o

cadastro das famílias, fazer visita domiciliar a todas as famílias de sua área, analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e deficiência mental, participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade(4).

Diante da complexidade das atribuições dispostas ao ACS, percebe-se uma notória necessidade de um processo constante de aperfeiçoamento de conteúdos educacionais que auxiliem no processo de atuação desses profissionais. Alguns autores(5) afirmam, que em seus estudos observacionais, foi possível identificar que os ACS apresentam déficit em habilidades conceituais, referente ao domínio teórico e ao próprio senso comum, dificuldade em habilidades procedimentais, referente às ações de vigilância epidemiológica por meio da identificação e registro das informações em prontuários ou cadernos de registro; e habilidades atitudinais, que permitem ao ACS levar as queixas e os problemas identificados aos profissionais da equipe de saúde da família.

Deste modo, a capacitação dos ACS, deve ser priorizada a fim de desenvolver constantemente suas competências para atuação na Estratégia de Saúde da Família

(ESF). Nesse contexto, a integração da Fonoaudiologia junto a esses profissionais, se faz importante, cooperando com o processo de educação permanente a fim de prover a esses profissionais informações e acesso ao conhecimento científico da área da fonoaudiologia, visando contribuir positivamente para atuação dos mesmos, no atendimento junto aos usuários.

A atuação do fonoaudiólogo no Sistema Único de Saúde (SUS), vem apresentando crescimento significativo, em paralelo ao elevado número de ocorrências de distúrbios da comunicação em pessoas que recorrem aos serviços de saúde ^(6:7). Tal panorama, associado ao cenário de transição epidemiológica que o

Brasil vem apresentando nas últimas décadas, com o aumento expressivo das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), demonstram a necessidade de ações multidisciplinares que possibilitem conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as principais DANT são as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus ⁽⁸⁾. Tendo em vista que os agravos fonoaudiológicos decorrentes das DANT representam um impacto negativo na qualidade de vida da população, o conhecimento quanto a estes agravos torna-se essencial no planejamento de ações em saúde. Dentre os agravos fonoaudiológicos mais prevalentes, relacionados as DANT destacam-se: as alterações auditivas, os distúrbios de linguagem (afasia, disartria, apraxia) e as dificuldades de deglutição (disfagia) ⁽⁹⁾.

Diante destas considerações, este estudo tem como objetivo, caracterizar as estratégias de capacitação utilizadas para auxiliar o processo de educação permanente dos Agentes Comunitários de Saúde na área da fonoaudiologia. Buscou-se com essa caracterização, verificar quais estratégias de capacitação têm sido consideradas as mais efetivas, bem como quais os instrumentos apontados como facilitadores para a atuação desse profissional.

5. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Estratégia de busca

O presente estudo constituiu-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as estratégias de capacitação na área da fonoaudiologia, voltadas para os agentes comunitários de saúde.

Assim como em outras áreas do conhecimento, na fonoaudiologia, o uso da revisão integrativa pode mostrar lacunas no conhecimento e explicitar as áreas que carecem de mais pesquisas, além de promover a atualização profissional e elucidar diferenças entre estudos. ⁽¹⁰⁾

A estratégia de busca foi norteada pelo questionamento: “Quais estratégias educativas têm sido utilizadas para capacitação do Agente Comunitário de Saúde na área da Fonoaudiologia”. Para obter os estudos relevantes que pudessem responderem à questão proposta, foi realizada busca na literatura científica nas seguintes bases de dados on-line: LILACS, SCIELO Brasil e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, tais bases foram escolhidas devido a temática restringisse ao cenário nacional. Os descritores utilizados para as buscas nas bases de dados foram:

Fonoaudiologia, Agentes Comunitários de Saúde e Educação em Saúde.

Crítérios de seleção

Foram selecionados os estudos publicados nos últimos 10 anos, os quais correspondem do ano de 2007 ao ano de 2017, em língua portuguesa, pertencente à categoria artigo, dissertação ou tese e que apresentassem relevância relativa ao tema pesquisado.

Análise dos dados

Foi realizada a leitura dos trabalhos potencialmente relevantes, analisando se seu conteúdo atendia aos critérios de inclusão propostos. Os trabalhos selecionados após leitura na íntegra foram analisados abrangendo tópicos como: objetivo, metodologia da pesquisa, estratégias do processo educativo e resultados da pesquisa.

6. RESULTADOS

A coleta foi concluída em janeiro de 2017. Foram encontrados 11 estudos, as referências duplicadas foram excluídas, permanecendo 10 estudos. Após análise do título e resumo 6 estudos foram excluídos, sendo selecionados 4 estudos para leitura completa. Os 4 estudos atenderam aos critérios propostos e foram incluídos na revisão. O processo de escolha dos estudos potencialmente relevantes para a revisão sistemática pode ser observado na (Figura 1).

Após essas etapas, foram incluídos na revisão integrativa dois artigos e duas dissertações, cuja relevância pôde ser comprovada após rígido processo de leitura.

Uma breve descrição dos quatro estudos incluídos na revisão é apresentada na tabela 1 e identificados por letras (A à D) a fim de facilitar a análise.

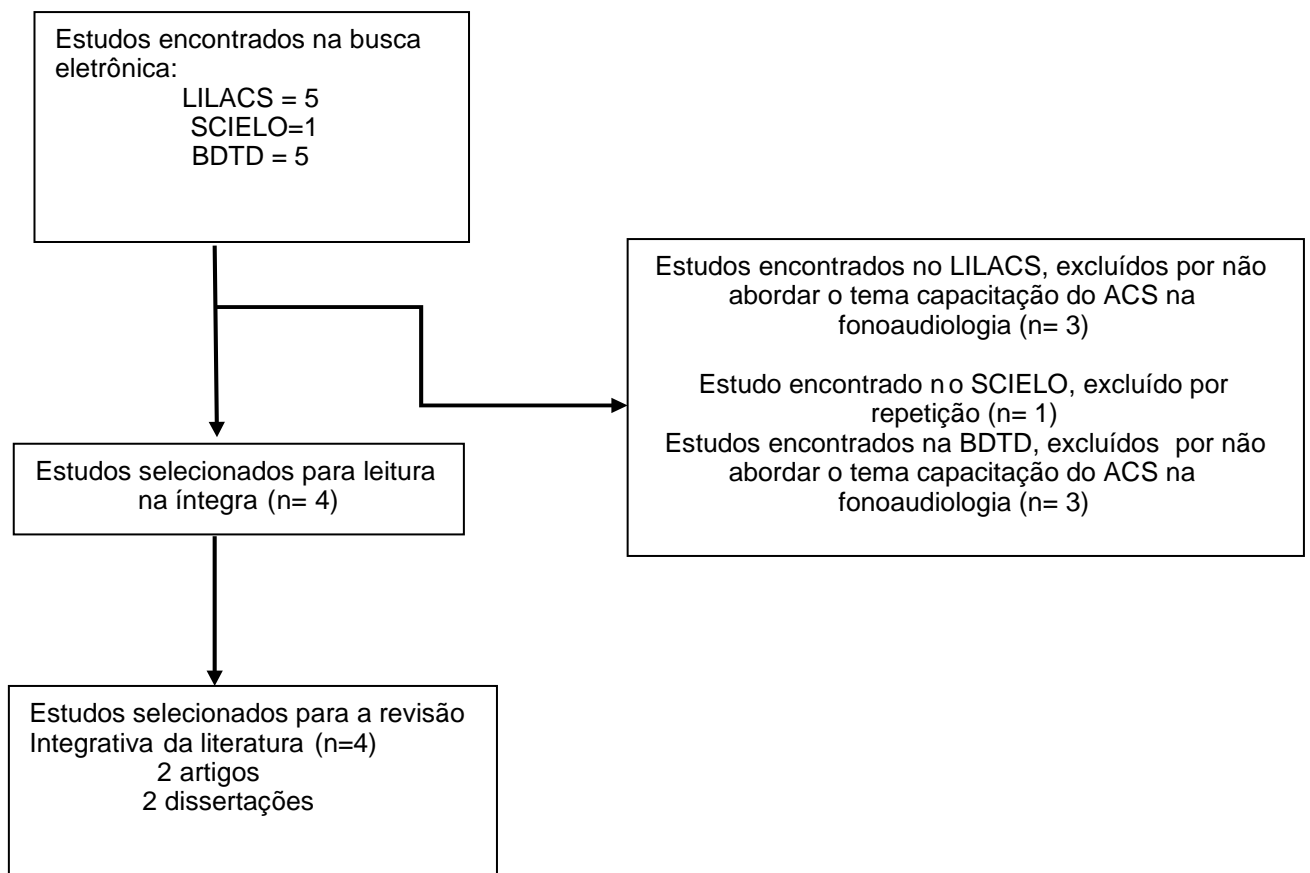


Tabela 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura.

Autor –ano	Objetivo	Metodologia da Pesquisa	Estratégias do processo Educativo	Resultados da Pesquisa
A. Arakawa AM, et al. (2013).	Avaliar um programa de capacitação para os ACS do município de Monte Negro, Estado de Rondônia, quanto aos seus conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e suas patologias relacionadas à área da Fonoaudiologia.	Estudo quantitativo, com amostra de uma equipe composta por cinco ACS de uma USF. A equipe foi submetida a uma entrevista coletiva semi-estruturada. Posteriormente, por meio da técnica de grupo focal, foi realizado um processo de educação radical em saúde. Na fase final, o grupo recebeu um exemplar de material informativo escrito sobre Fonoaudiologia, comunicação humana, seus distúrbios e formas de intervenção.	Metodologia ativa de ensino, com utilização de casos clínicos fictícios.	Permitiu o aumento do conhecimento dos ACS quanto ao processo de envelhecimento e suas patologias relacionadas à área da Fonoaudiologia.
B. Brites LS, Souza APR, Lessa AH - (2008)	Analisar a eficácia de um processo de formação sobre a Fonoaudiologia, desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde, embasado na concepção teórica da educação radical em saúde.	Estudo transversal, com amostra composta por 29 ACS, sendo estes solicitados a preencher um questionário socioeconômico validado e outro sobre conhecimentos relacionados à Fonoaudiologia e ao processo de envelhecimento, em um momento pré, e outro pós realização do curso de capacitação.	Técnica de Grupos Focais. Com realização de um processo de educação radical em saúde.	A intervenção demonstrou-se eficiente para abordagem dos assuntos propostos, embora tenha iniciado reproduzindo o modelo tradicional. O empoderamento se deu no âmbito individual dos ACS e dos pesquisadores.
C. Melo TM - (2008)	Avaliar a efetividade da capacitação dos agentes comunitários de saúde, por meio da videoconferência, na área de saúde auditiva infantil.	Estudo qualitativo/quantitativo, participaram da pesquisa 50 ACS, divididos aleatoriamente em dois grupos: 31 ACS participaram da capacitação de forma presencial e 19 por meio de vídeo conferência.	Palestra expositiva presencial e Videoconferência.	O trabalho concluiu que a videoconferência é efetiva como ferramenta de ensino na capacitação de ACS, porém deve ser utilizada de forma complementar a capacitação presencial.
D. Araújo ES - (2012)	Avaliar a eficácia o CD-ROM como ferramenta de teleeducação interativa na capacitação de ACS na área de saúde auditiva infantil.	Estudo qualitativo/ quantitativo, com amostra de 90 ACS, 43 com formação prévia sobre saúde auditiva e 47 sem formação prévia. A execução do trabalho foi estruturada em 5 fases, onde a última fase tratou da análise dos dados sendo utilizado os testes de Wilcoxon, teste de Friedman e o teste de Mann-Whitney, sendo adotado o nível de significância de 5 %.	Material educativo CD-ROM	O CD-ROM “Saúde Auditiva infantil é eficaz como ferramenta de teleeducação, representando um recurso que pode auxiliar os ACS a realizar assistência integral e com qualidade à população.

Todos os estudos analisados utilizaram como abordagem metodológica o estudo quantitativo, sendo o estudo D há apresentar maior amostra. Este tipo de estudo constitui-se em importante ferramenta para avaliação das intervenções realizadas, visto que após a intervenção educativa foram aplicados questionários que avaliaram a efetividade do método proposto.

No que tange ao recorte temporal das publicações pode-se considerar que os estudos brasileiros que abordam a temática, são recentes na literatura, visto que o intervalo está entre 2008 e 2013, com duas publicações em 2008, uma em 2012 e outra em 2013.

De forma geral, os artigos da tabela 1 apresentaram como objetivo principal avaliar a eficácia de um programa de capacitação para os ACS quanto aos seus conhecimentos sobre alguma área de estudo da fonoaudiologia.

Os quatros estudos incluídos nesta revisão apontaram como estratégias de capacitação dos ACS, diferentes modalidades de ensino, sendo o estudo A e B realizados de forma presencial, ou seja, a capacitação se deu com o apoio de um facilitador para abordagem dos temas, o estudo C fez uso das duas modalidades de ensino, presencial e a distância com aulas por videoconferência. E o estudo D empregou exclusivamente a ferramenta a distância CD-ROM.

As estratégias descritas nos estudos C e D apontam para uma tendência atual de capacitação a distância, modalidade de ensino que possibilita o alcance de diferentes regiões do país e viabiliza a educação permanente desses profissionais.⁽¹¹⁾

Apesar de ainda recente e pouco utilizado, os programas de capacitação a distância estão previstos em portarias do ministério da saúde. A Portaria nº 2546, de 28 de outubro de 2011, estabeleceu o trabalho com educação permanente, que redefiniu e ampliou o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Essa portaria ressalta que será oferecida aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS a teleeducação (conferências, aulas, cursos) ministrada por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.⁽¹²⁾

Apenas um artigo⁽¹³⁾ desta revisão desenvolveu um instrumento prático como forma de devolutiva para os ACS. Os autores elaboraram um exemplar de material informativo escrito sobre Fonoaudiologia, comunicação humana, seus distúrbios e formas de intervenção.

Todos os estudos contidos nesta revisão^(13, 14, 15, 16) demonstram resultados positivos, quanto a efetividade das capacitações, analisado por meio da aplicação de questionários

pré e pós-capacitação (na sequência do treinamento) no intuito de evidenciar a retenção dos conteúdos abordados.

Apesar da amostra aqui descrita apresentar efetividade nas capacitações propostas, a literatura atual adverte para evidência de que a qualificação insuficiente dos ACS também está interligada à falta de abordagens e instrumentos adequados de preparação desses profissionais de uma maneira geral, fazendo com que sua atuação seja pautada mais com o senso comum e com a religião. ^(17:18).

Nota-se, que apesar de indispensável para o fortalecimento das ações desenvolvidas pelos ACS, o processo de qualificação e capacitação desses profissionais, ainda é desestruturado, fragmentado, e na maioria das vezes insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. ⁽¹⁹⁾

Segundo o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um profissional *sui generis*, deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias ⁽²⁰⁾, não sendo exigido dele nenhuma qualificação prévia. Contudo, o Agente Comunitário deve estar preparado para dar orientações sobre as mais variadas doenças, formas de transmissão e tratamento.

Ainda, para atuar como ACS, o Ministério da Saúde recomenda a capacitação para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde o ACS mora, não sendo estabelecida uma forma de seleção deste profissional, o que gera uma diversidade de critérios, que variam de acordo com cada município, dentre os quais constam: deve residir na área da comunidade em que atua, desde a data da publicação do edital público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e haver concluído o ensino fundamental ⁽²¹⁾

Autores afirmam ⁽²²⁾, que para um melhor desenvolvimento das habilidades e potencialidades dos ACS, é preciso priorizar as necessidades destes e da comunidade, através de um projeto de educação para ensinar a ensinar, ou seja, uma prática educativa problematizada. Os mesmos autores também destacam, outra questão a ser enfrentada, que se refere ao processo de capacitação e educação do ACS, ainda pautado no modelo flexneriano, que enfoca os aspectos biológicos, numa visão fragmentada do ser humano, não preconizando a participação da comunidade para a transformação dos determinantes de saúde.

7. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo sugerem a existência de distintas estratégias de capacitação voltadas para os ACS na área da fonoaudiologia, todas comprovam efetividade quanto a retenção do conhecimento. Contudo, considera-se importante o aprofundamento de pesquisas direcionadas aos ACS, bem como o estudo das ações de capacitação voltadas para estes profissionais, visto que o conhecimento dos ACS a respeito das demandas fonoaudiológicas podem representar uma ferramenta importante para às ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006.
2. Peres, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. Rev Esc Enferm Usp, v. 45, n. 4, p.905-911, 2011.
3. Noleto DA. O Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde da Ilha de São Luís – Ma Sobre os Sinais e Sintomas do Câncer de Boca. Maranhão. Monografia [Graduação em Medicina] - Universidade Federal do Maranhão; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
5. Santos JN, Rodrigues ALV, Silva AFG, Matos EF, Jerônimo NS, Teixeira LC. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(3):333-9.
6. Fernandes EL, Cintra LG. Inserção da Fonoaudiologia na Estratégia da Saúde da Família: relato de caso. Rev APS. 2010;13(3):380-5.
7. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. Rev CEFAC. 2013;15(1):153-9.
8. Braz M, Barros AA Fo, Barros MBA. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas. Cad. Saúde Pública. Rio de. 2013;29(9):1877-88.
9. Knochenhauer CCLS, Vianna KMP. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos agravos fonoaudiológicos. Cogas 2015. 1782/20162015192.

10. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2004; 12(3):549-56.
11. Melo TM, Alvarenga KF, Blasca WQ, Taga MFL. Capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva: efetividade da videoconferência. *Pro Fono.* 2010;22(2):139-45.
12. Brasil. Portaria nº 2546, de 28 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil. *Diário Oficial da União*, nº 208, 28 de out. 2011, Seção 1, p. 50.
13. Brites, Liara Saldanha; Souza, Ana Paula Ramos de; Lessa, Alexandre Hundertmarck. Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*; 2008.
14. Arakawa, Aline M; Sitta, Érica I; Santo, Cristina E; Caldana, Magali L; Bastos, Roosevelt S; Carleto, Natália G; Maia Junior, Adelson F; Bastos, Roosevelt S; Bastos, José R. M. Avaliação de um programa de capacitação em fonoaudiologia para agentes comunitários de saúde na Amazônia brasileira. *Distúrb Comunicação* 2013.
15. Melo TM. Educação a distância na capacitação de agentes comunitários de saúde na área de saúde auditiva infantil. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia] - Universidade de São Paulo; 2008.
16. Araujo ES. Ensino a distância na capacitação de agentes comunitários de saúde na área de saúde auditiva infantil: análise da eficácia do cd-rom. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia] - Universidade de São Paulo; 2012.
17. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(1):259-68.
18. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2002;4(6):75-83.
19. Júnior MAGP. Plano de Ação para Capacitação das Agentes Comunitárias de

Saúde da Unidades Básica de Saúde Santo Antonio em Mariana-MG. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

20. Ministério da Saúde (BR). Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

21. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual regulamenta o inciso 5 do art. 198 da Constituição sobre aproveitamento de pessoal e estabelece a atividade de agente comunitário de saúde e agente de combate as endemias.

22. Pinto AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev. Eletr. Enf.2010out/dez;12(4):766-9.

ANEXO I – Figuras e Tabelas

Figura 1. Síntese do processo de obtenção dos estudos selecionados para a revisão integrativa.

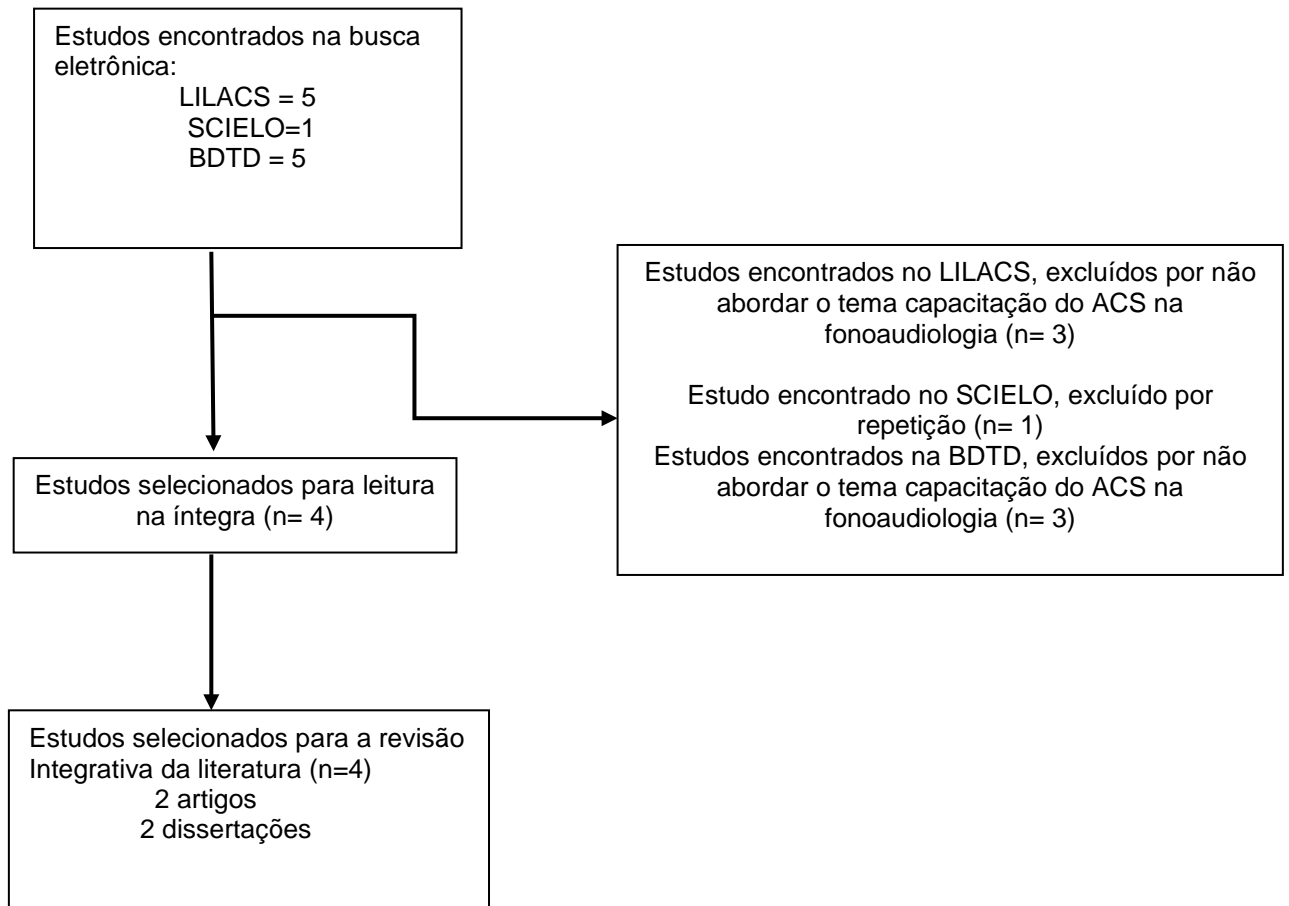


Tabela 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa de literatura.

Autor –ano	Objetivo	Metodologia da Pesquisa	Estratégias do processo Educativo	Resultados da Pesquisa
A.Arakawa AM, et al. (2013).	Avaliar um programa de capacitação para os ACS do município de Monte Negro, Estado de Rondônia, quanto aos seus conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e suas patologias relacionadas à área da Fonoaudiologia.	Estudo quantitativo, com amostra de uma equipe composta por cinco ACS de uma USF. A equipe foi submetida a uma entrevista coletiva semi-estruturada. Posteriormente, por meio da técnica de grupo focal, foi realizado um processo de educação radical em saúde. Na fase final, o grupo recebeu um exemplar de material informativo escrito sobre Fonoaudiologia, comunicação humana, seus distúrbios e formas de intervenção.	Metodologia ativa de ensino, com utilização de casos clínicos fictícios.	Permitiu o aumento do conhecimento dos ACS quanto ao processo de envelhecimento e suas patologias relacionadas à área da Fonoaudiologia.
D. Brites LS, Souza APR, Lessa AH - (2008)	Analisar a eficácia de um processo de formação sobre a Fonoaudiologia, desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde, embasado na concepção teórica da educação radical em saúde.	Estudo transversal, com amostra composta por 29 ACS, sendo estes solicitados a preencher um questionário socioeconômico validado e outro sobre conhecimentos relacionados à Fonoaudiologia e ao processo de envelhecimento, em um momento pré, e outro pós realização do curso de capacitação.	Técnica de Grupos Focais. Com realização de um processo de educação radical em saúde.	A intervenção demonstrou-se eficiente para abordagem dos assuntos propostos, embora tenha iniciado reproduzindo o modelo tradicional. O empoderamento se deu no âmbito individual dos ACS e dos pesquisadores.
E. Melo TM - (2008)	Avaliar a efetividade da capacitação dos agentes comunitários de saúde, por meio da videoconferência, na área de saúde auditiva infantil.	Estudo qualitativo/quantitativo, participaram da pesquisa 50 ACS, divididos aleatoriamente em dois grupos: 31 ACS participaram da capacitação de forma presencial e 19 por meio de vídeo conferência.	Palestra expositiva presencial e Videoconferência.	O trabalho concluiu que a videoconferência é efetiva como ferramenta de ensino na capacitação de ACS, porém deve ser utilizada de forma complementar a capacitação presencial.
D. Araújo ES - (2012)	Avaliar a eficácia o CD-ROM como ferramenta de teleeducação interativa na capacitação de ACS na área de saúde auditiva infantil.	Estudo qualitativo/ quantitativo, com amostra de 90 ACS, 43 com formação prévia sobre saúde auditiva e 47 sem formação prévia. A execução do trabalho foi estruturada em 5 fases, onde a última fase tratou da análise dos dados sendo utilizado os testes de Wilcoxon, teste de Friedman e o teste de Mann-Whitney, sendo adotado o nível de significância de 5 %.	Material educativo CD-ROM	O CD-ROM “Saúde Auditava infantil é eficaz como ferramenta de teleeducação, representando um recurso que pode auxiliar os ACS a realizar assistência integral e com qualidade à população.

ANEXO II - INSTRUÇÃO AOS AUTORES



Escopo e política

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A revista CoDAS é uma publicação bilíngue Português/Inglês (ou Espanhol/Inglês) ou seja, são aceitos trabalhos originais, em Português, Inglês ou Espanhol. Os manuscritos aceitos em Português ou Espanhol deverão ser traduzidos para o Inglês, com os custos pagos pelos autores. A tradução para o Inglês deve ser feita por empresas indicadas pela revista CoDAS ou empresas com comprovada experiência em tradução de artigos científicos na área. Os falantes nativos ou fluentes podem submeter o manuscrito diretamente em Inglês, e neste caso a publicação não será traduzida para o Português. A qualidade da versão em Inglês será avaliada, e caso haja necessidade os autores serão responsáveis pelos custos da revisão da versão em Inglês.

Não há cobrança de taxa de submissão ou de publicação de artigos.

A CoDAS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE www.icmje.org ou em <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>.

O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

A CoDAS está alinhada com a política de boas práticas científicas, e, portanto, atenta a casos de suspeita de má conduta científica, seja na elaboração de projetos, execução de pesquisas ou divulgação da ciência. O plágio e o autoplágio são formas de má conduta científica que envolvem a apropriação de ideias ou contribuição intelectual de outros, sem o devido reconhecimento em forma de citação. Sendo assim, adotamos o sistema Ithenticate para identificação de similaridades de texto que possam ser consideradas plágio. Ressalta-

se que o conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores.

Tipos de Artigos

A revista publica os seguintes tipos de artigos: "Artigos originais", "Revisões sistemáticas com ou sem meta-análises", "Comunicações breves", "Relatos de casos", "Cartas ao editor".

Artigo original:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica e devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, abstract e keywords, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências.

O resumo deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A introdução deve apresentar breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. O método deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os resultados devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos a análise estatística inferencial quando pertinente. A discussão não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 90% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e estrangeira preferencialmente nos últimos cinco anos. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição) são obrigatórios e devem ser citados na sessão do método. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser

digitalizados e anexados no sistema, no momento da submissão do artigo

Revisão sistemática com ou sem meta-análises:

Artigos destinados a responder uma pergunta de pesquisa e analisar criticamente todas as evidências científicas a respeito dessa questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar, com estratégia adequada de busca para esse tipo de estudo, as pesquisas que testaram uma mesma hipótese, e reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos com meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a estrutura: resumo e descritores, abstract e keywords, introdução, objetivos, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

Para mais informações acesse o Editorial

Convidado:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822015000500409&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

GILDA DORACI MARQUES DA CRUZ

Conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família de um distrito sanitários de Salvador sobre os sinais e sintomas das alterações da deglutição.

Salvador

2015

GILDA DORACI MARQUES DA CRUZ

Conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família de um distrito sanitários de Salvador sobre os sinais e sintomas das alterações da deglutição.

Projeto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial às exigências de Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Luzia Poliana Anjos da Silva

Co-Orientadora: Ivina Menezes

Salvador

2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVO GERAL

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

3.2 DISTRITOS SANITÁRIOS DE SALVADOR

3.3 FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

3.4 ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO - DISFAGIA (SINAIS E SINTOMAS)

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CONSEQUÊNCIAS DA DISFAGIA

4.2 FONOAUDIOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

5.3 PLANO DE ANÁLISE

5.4 PRINCIPAIS VARIÁVEIS

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

6 CRONOGRAMA

7. ORÇAMENTO

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A deglutição é uma atividade complexa composta de ações voluntárias e involuntárias com objetivo de transportar líquidos e alimentos da cavidade oral até o estômago de forma segura, a fim de manter o estado nutricional e proteger as vias aéreas do indivíduo (MENDELL.; LOGEMANN, 2007 apud SANTOS, 2015).

Alterações durante o processo da deglutição podem ser caracterizadas como disfagia, um distúrbio com sinais e sintomas específicos, que pode acometer qualquer fase durante o transporte do bolo alimentar, desde a boca até o estômago. Tal alteração pode ser decorrente de comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico, ocorrendo em qualquer idade. Alterações durante a função da deglutição podem ocasionar complicações como pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, que podem levar o indivíduo a óbito.

A alimentação, na nossa cultura, além de suprir as necessidades de sobrevivência, atua como uma fonte de prazer, caracterizando-se, como um ato social e facilitador da interação. O profissional Fonoaudiólogo, no âmbito da disfagia, visa à habilitação e à reabilitação de indivíduos que estão impossibilitados de se alimentar, para proporcionar uma qualidade de vida melhor (FURKIM, 1999).

Através da detecção dos sinais e sintomas e intervenção precoce no quadro clínico do indivíduo, os riscos de agravamento diminuem, aumentando as chances de se obter um prognóstico positivo. Neste sentido, o fonoaudiólogo pode participar efetivamente de programas de triagem para os grupos de risco e de programas de reabilitação com técnicas específicas, para desenvolver o funcionamento adequado das estruturas relacionadas à função de deglutição até a auto alimentação quando possível, prevenindo e amenizando o risco de broncopneumonia aspirativa (ABDULMASSIH, 2009).

Por meio da análise do plano municipal de saúde da cidade de Salvador e do quadro de funcionários das unidades de saúde da família, foi possível identificado a ausência do profissional fonoaudiólogo nos serviços de atenção primária. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos. O fonoaudiólogo inserido na atenção primária contribuirá, por exemplo, com a redução de custos com a internação de pacientes, proporcionando um melhor direcionamento da aplicação de recursos públicos, além de minimizar os agravos à saúde da população.

Diante dos impactos negativos da disfagia na qualidade de vida, a identificação precoce destes agravos pelos profissionais da atenção primária a saúde pode contribuir para o encaminhamento terapêutico adequado, atenção fonoaudiológica precoce, e por meio do mecanismo de referência e contra referência, viabilizar o direcionamento para a rede ambulatorial e hospitalar do distrito pesquisado.

2. OBJETIVO GERAL

Identificar o grau (ou o nível) de conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família do distrito sanitário Barra/Rio Vermelho, acerca dos distúrbios da deglutição/ disfagia.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1. ATENÇÃO PRIMARIA

Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde” (MELLO, et al., 2009)

De acordo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) a atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamentos e a reabilitação. Orienta-se pelos princípios da *universalidade*, da *acessibilidade* e da *coordenação do cuidado*, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção primária funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. (GIL, 2006)

Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Essa Estratégia é tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária. Ampliando a resolutividade e os impactos na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

3.2 DISTRITOS SANITÁRIOS DE SALVADOR

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3 km², possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2013). Está organizada em 12 Distritos Sanitários (DS): Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/ Beirú, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras, conforme apresentado na figura 1 (PMSS, 2014-2017).

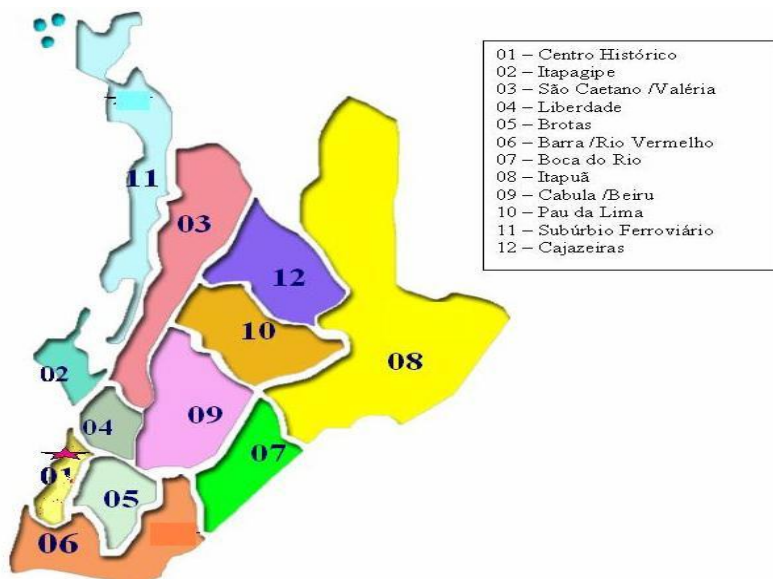


Figura 1.

A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão (ALMEIDA et al 1998).

Almeida, 1998 menciona ainda que, nesse processo de construção da distritalização da saúde há a necessidade de se criar e implantar instrumentos e mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos distintos níveis e diferentes municípios e bairros, num processo dinâmico e flexível denominado referência e contra-referência.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Salvador (2014-2017), a cobertura de 28,3% de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, com 1.334 ACS distribuídos na rede básica de saúde. A rede de atenção primária está composta por 111 unidades de saúde, sendo 50 UBS sem SF e 61 com a ESF. Números considerados irrisórios, visto as dimensões geográficas da cidade.

O município possui uma vasta diversidade cultural e territorial, que em muito reflete a situação de saúde vivenciada por sua população. Barcellos *et al.* (2002), usa a categoria espaço na análise da situação de saúde e na análise de risco. O autor afirma que o espaço não se limita exclusivamente à mera localização de eventos de saúde, e que suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais.

Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes.

Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. Essa multiplicidade de territórios e lugares modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente (BARCELLOS et al., 2002).

3.3 FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um processo contínuo, mas pode ser didaticamente dividido em fases para uma melhor compreensão. Alguns autores dividem a deglutição em três fases: oral, faríngea e esofágica, e outros em quatro, acrescentando a fase preparatória. O processo de deglutição tem por função transportar material da cavidade oral para o estômago, não permitindo a entrada de nenhuma substância na via aérea. Para deglutirmos de forma segura, necessitamos de uma coordenação precisa, principalmente entre a fase oral e *faríngea*, esta seja talvez a principal etapa da deglutição, pois envolve parte da cavidade oral, os músculos mastigatórios e os músculos intrínsecos e extrínsecos da laringe, em soma a estruturas próprias da faringe (MARCHESAN, 2003).

É interessante observar que embora exista constância em alguns conceitos, os autores acrescentam e ponderam diferentes aspectos em sua definição de deglutição. O fato de existirem perspectivas variadas nas definições pode ser atribuído ao universo de cada autor, ou seja, ao seu referencial teórico ou prático. No entanto, é fundamental salientar que as características diferenciais entre os autores devem se complementar tornando-se objeto de reflexão, esta é a grande característica e avanço da intervenção interdisciplinar.

Segundo Macedo Filho (1998), o ato da deglutição, aparentemente tão simples na sua concepção, tão automático que pouco nos apercebemos dele e quão necessário é para a manutenção de nossas vidas, é na verdade uma resultante de um complexo mecanismo neuromotor, cuja absoluta coordenação em cada fase e entre elas resultará no efetivo transporte do alimento da boca até o estômago.

Para Douglas (1994), a deglutição é “o ato de engolir” ou “engolição”, isto é, o transporte do bolo alimentar ou de líquido da cavidade oral até o estômago. Consiste de atividade neuromuscular muito complexa, que as vezes é iniciada conscientemente e que se completa mediante a integração, no sistema nervoso central, de impulsos aferentes e eferentes, organizados no centro da deglutição e em circuitos intramurais esofágicos, mas porções mais baixas do esôfago. Ainda para o autor, a deglutição tem como função fundamental a propulsão

do alimento da boca para o estômago, mas pode servir como mecanismo protetor para os tratos respiratório e digestivo.

Miller (1994) define deglutição normal como uma série complexa de eventos neuromusculares coordenados, controlados pelo sistema nervoso, designados a direcionar o bolo alimentar da boca para o estomago sem riscos.

Logemann (1995) citado por Furkim e Silva (1999), afirma que a deglutição consiste em uma série de comportamentos fisiológicos, os quais resultam em deslocamento de alimento líquido ou não, da boca para o estômago de forma segura e eficiente.

Segundo Tuchman e Walter (1994) citado por Furkim e Silva (1999), a deglutição caracteriza-se por uma série complexa de eventos que ocorrem na parte proximal do trato digestivo com a função de direcionar substâncias da cavidade oral para o estômago.

E notório que para todos os autores citados a concordância de que a deglutição é o ato de deglutir, ou seja, a ação responsável por levar alimentos ou substâncias pelo trato digestivo, desde a boca até o estômago. Para que o ato de deglutir seja eficiente, este depende da integridade de vários sistemas e da complexa ação neuromuscular, que envolve sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, tônus e tensão muscular, além da intenção de se alimentar. Portanto, é necessária a integridade de vários sistemas neuronais: vias aferentes, integração dos estímulos no sistema nervoso central, vias eferentes, resposta motora, integridade das estruturas envolvidas e comando voluntário (FURKIM e SILVA, 1999).

Durante o processo de deglutição ocorre reflexamente a proteção das vias aéreas superiores com a elevação e anteriorização da laringe e fechamento da glote. O fechamento da nasofaringe aumenta a pressão intrafaringeana o que também direciona o alimento para estômago (FURKIM; SILVA, 1999). Notasse que apenas alguns autores ressaltam o fato de que o ato da deglutição deve ser eficiente e seguro para o indivíduo, garantindo a proteção das vias aéreas superiores.

Furkim e Silva (1999) entendem que o conceito de deglutição que auxilia o clínico a melhor definir suas condutas em disfagia deve responder a três perguntas: o que é, do que depende sua eficiência e para quê se efetiva. Diante disso as autoras definem que: “A deglutição é o ato de engolir, responsável por levar o alimento e/ou saliva desde a boca até o estômago (*o que é*). Este ato se processa por complexa ação neuromuscular sinérgica eliciada voluntariamente (*do que depende a sua eficiência*), tendo a finalidade de satisfazer os requisitos nutricionais do indivíduo e proteger a via aérea com manutenção do prazer alimentar. (*para quê se efetiva*)

3.4. ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

Conceito de Disfagia

Conforme Jotz et al. (2010), o ato de deglutir ocorre aproximadamente 600 vezes por dia num homem adulto e sadio (35 vezes por horas na vigília e 6 vezes por hora quando está dormindo). Na vida intrauterina, o feto atermo normal deglute aproximadamente 500ml de líquido amniótico por dia.

Como em qualquer processo fisiológico do organismo, a deglutição também pode alterar-se e ocasionar complexos distúrbios. Distúrbios no processo da deglutição podem causar problemas na alimentação, sendo estes transtornos chamados de disfagia (FURKIM e SACCO, 2008).

O termo disfagia refere-se a um sintoma relacionado com qualquer alteração no ato de engolir que dificulte ou impeça a ingestão oral segura, eficiente e confortável (ALVES, 2003, apud VALE-PRODOMO et al., 2009).

Marchesan (1995) relata que a disfagia é a dificuldade de deglutir. Não é uma doença, mas um sintoma. Para a autora, na disfagia a deglutição pode se dar de forma imprecisa, lenta ou ambas.

Outra definição para o termo, afirma que a disfagia é um sintoma de uma patologia de base, que se caracteriza por um distúrbio da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca ao estômago. (MARCOLINO *et al.*, 2009).

Existem inúmeras causas que podem levar a uma disfagia. Segundo Jones (1995) apud CAVALCANTI (1999), dificuldades na deglutição podem resultar de uma interferência mecânica ou obstrução, trauma do sistema nervoso ou alguma doença sistêmica. A disfagia é frequentemente associada a desordens neuromusculares com alterações na musculatura ou na sensibilidade do processo de deglutição.

VALE-PRODOMO, et al, (2009) afirma que a disfagia pode ocorrer em diferentes faixas etárias, desde os recém-nascidos até os idosos, decorrente de variadas condições médicas e até psíquicas. Completando esta informação, MARCHESAN (1995) acrescenta como causas mais comuns de disfagia os problemas neurológicos como acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, mal de Alzheimer, miastenia gravis, distrofia muscular, traumas cranianos, câncer de cabeça e pescoço, tumores cerebrais e desordens gastroenterológicas.

Sinais e Sintomas da Disfagia

Os sinais e sintomas mais comuns são: engasgos, tosse, aspiração, dispnéia, perda de peso, refluxo gastroesofágico. A disfagia pode iniciar de um modo progressivo ou brutal, pode ser aguda ou crônica, intermitente ou constante. (CASTRO, 2008)

Segundo CASTRO (2008), a odinofagia, que é definida como dor durante a deglutição, pode ser causada por inflamação no esôfago. Dor peitoral não cardíaca pode ser associada com refluxo ou regurgitação, quando o alimento retorna do estômago para o esôfago, à faringe ou orofaringe. Quando o paciente não consegue ingerir calorias suficientes por um dos motivos acima citados, ocorre perda de peso ou até desidratação.

LANNINGMORE (1998) destaca a dificuldade em posicionar e controlar o alimento ou saliva na boca, presença de tosse antes, durante ou depois da deglutição, pneumonias recorrentes, perda de peso quando não há outro motivo esclarecido, qualidade vocal alterada, caracterizando-se como molhada, ou ainda aumento da secreção na laringe e pulmão após a deglutição.

Caso existam traumas ou problemas neurológicos evidentes, a disfagia é vista como problema secundário. Em outros quadros a disfagia pode apresentar aspirações silenciosas que são as aspirações que não percebemos e, com isto, comida ou saliva entram com frequência nas vias aéreas e, em seguida, nos pulmões, causando complicações. (CASTRO, 2008)

Classificação das Disfagias

A classificação das disfagias está relacionada com dois aspectos: causas e comprometimentos das fases da deglutição. (Macedo et al, 2000, apud VALE-PRODOMO, et al 2009)

Classificação das disfagias segundo a causa:

1. *Disfagia mecânica*: Podem acontecer devido a alterações na estrutura. Decorrentes do câncer ou de seu tratamento, traumas, infecções, próteses orais mal adaptadas.
2. *Disfagia neurogênica*: relacionadas com alterações do sistema nervoso central ou periférico, podendo estar presente como sequelas de acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, traumatismo cranioencefálico, paralisia cerebral, doenças degenerativas, entre outros.

Classificação das disfagias segundo as fases da deglutição:

1. *Disfagia Oral*: ocorre quando há comprometimentos, essencialmente, dos eventos das fases preparatória oral e oral. Pode estar presente nos casos de apraxia oral, paralisia unilateral de língua ou mesmo em indivíduos com próteses dentárias mal adaptadas.

2. *Disfagia faríngea*: quando há comprometimentos, essencialmente, dos eventos da fase faríngea, como nos casos de paralisias faríngeas e/ou laríngeas, ou laringectomias parciais.

Disfagia orofaríngea: sabendo-se da estreita relação entre os eventos das fases oral e faríngea, na maioria dos casos observam-se alterações em ambas as fases. Ocorre, com frequência, nos casos de ressecções das estruturas da boca, especialmente nas glossectomias, nas laringectomias parciais horizontais com extensão da cirurgia para a base da língua, nas doenças neurológicas como doença de Parkinson, paralisia cerebral, entre outras.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. CONSEQUÊNCIAS/ AGRAVOS DA DISFAGIA

Para Davies (1997), apud Szychta (2010), embora basicamente comamos e bebamos para sobreviver, mediante o atendimento das necessidades nutricionais de nossos corpos, comer e beber também estão muito ligados à satisfação e interação social.

FURKIM (1999) complementa que a alimentação para o ser humano não contém apenas aspectos de manutenção do aporte calórico necessário para a sobrevivência, mas é também uma fonte de prazer e, devido a isso, indivíduos que apresentam dificuldades para se alimentar devido a alterações no ato da deglutição, são prejudicados tanto fisicamente, como emocionalmente.

Percebe-se na literatura disponível, que a ocorrência da disfagia acarreta aos pacientes uma série de agravos não apenas físicos, mas também psicológicos, visto que, o paciente torna-se incapacitado de ingerir alimentos por via oral de forma segura, sofrendo grande perda da qualidade de vida, particularmente porque tantas outras atividades como, sentar-se a mesa e desfrutar de uma refeição prazerosa, também tornasse impossível para ele.

Além disso, a manutenção da vida poderá ficar seriamente comprometida devido aos déficits nutricionais e de hidratação que esta dificuldade pode causar pela redução ou restrição da ingestão alimentar por via oral, levando este indivíduo a tornar-se dependente do uso de sondas ou outras vias alternativas de alimentação que venham a suprir a ingestão do aporte calórico/nutricional de que necessita. Associado a esses fatores poderão surgir, ainda, comprometimentos pulmonares graves como a broncopneumonia aspirativa e, não raro, levar o paciente ao óbito (SZYCHTA, 2010).

Um indivíduo disfágico manifesta alterações do processo da deglutição, assim como comprometimentos da saúde geral, do estado nutricional e de condições pulmonares, promovendo, sobretudo, impacto em sua qualidade de vida. Desta forma, distúrbios deste processo devem ser rapidamente diagnosticadas e reabilitadas a fim de prevenir, tratar e impedir estas ocorrências. (VALE-PRODOMO, et al 2009)

Schalch in Malafaia (1998), apud CASTRO (2008) comenta que a tosse e os engasgos podem ser os primeiros sintomas de uma disfagia, levando o paciente a um estado de angústia e medo na hora das refeições. Em alterações neurológicas como o excesso de salivação, baba ou bolinhas de saliva nos lábios podem estar presentes, porque existe falta de sensibilidade na região da boca ou então ausência de vedamento labial. O alimento pode ser acumulado no espaço entre a língua e bochechas quando há paralisia ou paresia da bochecha/língua ou então quando existe uma diminuição da sensibilidade. Ruídos ou borbulhos no ato da deglutição podem estar presentes, assim como a dificuldade na respiração por incoordenação da respiração e deglutição.

Segundo a autora 40% dos disfágicos não recebem diagnósticos precoce tornando-se aspiradores silenciosos sem manifestação clínica. Não possuem os reflexos de proteção, como reflexo de vômito, engasgo ou tosse e são na maioria idosos ou pacientes psiquiátricos.

A ausência do diagnóstico precoce de disfagia pode causar complicações como a desnutrição, desidratação e complicações respiratórias. (FURKIM e SACCO, 2008). Completando esta informação MARCOLINO et al, 2009 acrescenta que a disfagia pode gerar agravos tais como: pneumonia aspirativa, penetração laríngea, presença de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição.

A frequência e gravidade das disfagias apontam para a necessidade do pronto reconhecimento e tratamento adequado, que constituem um desafio, tanto pelo impacto à saúde, quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias. (PAIXÃO et al, 2010)

Observa-se que vários serviços de saúde ainda não possuem, além de fonoaudiólogos, equipes interdisciplinares especializadas e organizadas para o atendimento de pacientes disfágicos. Diante do impacto da disfagia orofaríngea na qualidade vida dos indivíduos e escassez de literatura referente aos atendimentos fonoaudiológicos realizados, se faz necessário ampliar as pesquisas na área, o número de profissionais e a disseminação de informações que possam auxiliar todos os profissionais da saúde a identificar precocemente os indícios sugestivos de disfagia. (SANTOS, 2015)

4.2. FONOAUDIOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Atualmente, o Brasil, semelhante a outros países em desenvolvimento, vive a transição epidemiológica que marca a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não-transmissíveis. Além disso, evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada com o modo de viver do que com a ideia hegemônica da sua determinação genética e biológica (BRASIL, 2004).

Diante desse novo retrato da saúde brasileira, surgiu à estratégia de saúde da família, buscando a reorganização do modelo de atenção vigente, enfatizando a promoção de saúde como pertinente às responsabilidades do SUS. (BRASIL, 1996)

A estratégia de saúde da família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial, enfocando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Andrade (1996), apud MOREIRA E MOTA (2009) destaca que no âmbito da atenção primária a saúde, a prevenção não se limita à diminuição da ocorrência de doenças. Dela devem fazer parte conteúdos que visem promover, proteger, diagnosticar, tratar e reabilitar a saúde individual e coletiva.

Desde a década de 1990, tem-se observado um crescente aumento do número de fonoaudiólogos nos serviços públicos nas UBS, buscando uma nova forma de atuação mais dinâmica e efetiva, voltada às necessidades da coletividade, ou seja, uma forma de praticar a fonoaudiologia, até então restrita ao atendimento individual. (MARIN et al, 2003).

Uma vez que a estratégia de saúde da família prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas e da coletividade, de forma integrada e contínua (BRASIL, 2006), e que a fonoaudiologia também carrega em si tal responsabilidade (CEF, 1982), fica explícita a necessidade de fonoaudiólogos compondo as ESF's. Como área de conhecimento que estuda a comunicação humana nos aspectos da linguagem, voz, audição e motricidade oral, a fonoaudiologia assume importante papel na manutenção da saúde e da qualidade de vida da população. (SANTOS et al, 2009)

Segundo a Portaria 154 do Ministério da Saúde, o profissional fonoaudiólogo poderá compor os NASF (BRASIL, 2008). Além disso, as diretrizes programáticas da saúde da família permitem que outros profissionais de saúde poderão ser incorporados às ESF's, de acordo com a demanda e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL, 1997). Sendo assim, o fonoaudiólogo pode tanto estar inserido no NASF quanto ser um profissional da ESF.

Atuação do Fonoaudiólogo na Atenção Primária

A prática fonoaudiológica na atenção primária a saúde impõe novos desafios, um conhecimento direcionado à educação em saúde, diferentes técnicas, ou seja, uma nova forma de atuar, pois é certo que o fonoaudiólogo irá lidar muito mais com a educação para promover a saúde do que com a clínica terapêutica reabilitadora junto ao paciente. (SANTOS, et al, 2009)

Para Befi, (1997) apud, MOREIRA et al (2009) o fonoaudiólogo que atua no SUS deve ser um generalista, capaz de identificar as questões fonoaudiológica de maior relevância na sua comunidade de abrangência, capaz de elaborar e efetivar ações que visem uma solução, adotando medidas preventivas sempre que possível. Também deve ser capaz de promover a vinculação ha um ambulatório de atendimento que se identifique com a sua unidade de saúde, visando sempre à qualidade no atendimento à população. Além disso, GOULART (2003) destaca que; para que o fonoaudiólogo consiga desenvolver um trabalho de acordo com os preceitos da saúde pública é fundamental que ele tenha conhecimento dos assuntos pertinentes ao SUS.

A atuação do fonoaudiólogo deverá ser, portanto, realizada em conjunto com os profissionais que constituem a Atenção Primária, num processo de educação permanente, visando à manutenção dos programas de promoção da saúde já existentes, dando ênfase, através de seu olhar especializado, aos problemas da comunicação e das funções alimentares, que possam existir no território. SANTOS, et al, (2009), acrescenta destacando que o fonoaudiólogo, deverá apoiar o desenvolvimento das ações programáticas de saúde materno-infantil, da mulher e do adulto, além de orientar os pacientes acamados e neurológicos em seu domicílio, podendo também, atuar nos grupos de desnutridos, adolescentes, idosos, entre outros possíveis de acontecer na UBS, em função da demanda local.

A fonoaudiologia, assim como as demais profissões de saúde, precisa gerar profissionais capazes de responsabilizar-se pela saúde integral das pessoas não com uma visão biológica das enfermidades, mas com uma compreensão da causalidade social da moléstia e dos fundamentos conceituais da promoção da saúde. Para consegui-lo, há que se repensar não só o ensino de graduação, mas também os programas de pós-graduação e educação permanente. É necessária a construção de um novo modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica e a relevância social. (CAMPOS, et al, 2001)

5. METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Sob a luz do conhecimento aqui explanado sobre os efeitos negativos que a disfagia pode causar na vida de pessoas acometidas, e como a intervenção precoce pode auxiliar na manutenção da qualidade de vida de tais pacientes. Faz-se necessário conhecer o que sabem os profissionais das equipes de saúde da família sobre os sinais e sintomas das alterações da deglutição. Entendendo que tais profissionais atuam na porta de entrada do sistema e possuem proximidade e vínculo com possíveis pacientes acometidos, o que facilita a identificação e intervenção precoce.

Serão coletados dados quantitativos sobre o conhecimento dos profissionais que atuam nas USF do distrito Barra/Rio Vermelho na cidade de Salvador, que poderão evidenciar o conhecimento dos profissionais sobre a identificação de sinais e sintomas da disfagia. A escolha do distrito se deu por conveniência, visto que o mesmo é cede da Universidade Federal da Bahia – UFBA, e todos os estágios curriculares conveniados com a universidade acontecem nesse território. Sendo assim, busca-se mensurar o panorama no qual a universidade está inserida.

Sabendo a relevância que a densidade demográfica representa para incidência de doenças e agravos a saúde, a pesquisa será realizada em todas as unidades saúde da família do distrito sanitário Barra/Rio Vermelho, quarto distrito com maior densidade demográfica na capital. Apesar da proximidade entre os bairros membros do distrito, as realidades geográficas e sociais são bastante distintas o que retrata as disparidades sociais e as iniquidades em saúde das populações adscritas.

Trata-se de um estudo quantitativo exploratório/descritivo, mediante a corte transversal, onde a coleta de dados será realizada através da aplicação de questionário com perguntas fechadas.

5.2 POPULAÇÃO AMOSTRA

Profissionais das equipes de saúde da família do distrito sanitário Barra Rio Vermelho. Fontes de dados: Os dados serão coletados no distrito Barra/Rio Vermelho que conta com quatro USF (USF Garcia, Calabar, Federação e Alto das Pombas).

5.3 PLANO DE ANÁLISE

Os dados coletados serão armazenados em uma planilha do Excel, e posteriormente migrados para o software Statistical Package for the Social Sciences- SPSS 20.0, onde serão analisadas as variáveis dependentes e independentes e demais variáveis.

5.4 PRINCIPAIS VARIÁVEIS/DIMENSÕES

Independentes: Sexo, idade, etnia, raça e formação profissional.

Dependentes:

- Tempo de experiência na saúde da família;
- Tempo de permanência na unidade;
- Interesse e investimento pessoal na saúde da família.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Equipes das Unidades de Saúde da Família do distrito sanitário Barra/Rio Vermelho. Não participarão da pesquisa Unidades Básicas de Saúde – UBS, Centros Especializados e Unidades de Ponto Atendimento – UPA.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo será feito de acordo a resolução 466 de 2012. Onde todos os aspectos éticos serão considerados e respeitados. Os profissionais que aceitarem participar do estudo assinaram o TLCE – Termo de livre consentimento e esclarecimento. Esse trabalho será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ICS-UFBA e a coleta dos dados só será realizada após aprovação do CEP.

6. CRONOGRAMA

Atividades	2015.1	2015.2	2016.1
Construção do Pré-Projeto (Revisão de Literatura)	X		
Submissão ao CEP			X
Coleta de Dados			X
Análise dos Dados coletados			
Elaboração do Artigo			
Defesa			

7. ORÇAMENTO

Materiais	Quantidade	Valor
Papel A4	1 resma	R\$ 20,00
Canetas	10	R\$ 10,00
Impressão dos Questionários	100	R\$ 30,00
Transporte	50	R\$ 75,00

REFERÊNCIAS:

ABDULMASSIH EMS, FILHO EDM, SANTOS RS, JURKIEWICZ AL. **Evolution of Patients with Oropharyngeal Dysphasia in Hospital Environment**. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2009; 13(1): 55-62.

ALMEIDA, E.S; CASTRO, C.G. J; LISBO C.A. **Distritos Sanitários: Concepções e Organização**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Editora Fundação Peirópolis, São Paulo, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/2008, de 24 de janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. (2002) **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, 11(3): 129-138

CAMPOS FE, et al. **Caminhos para aproximar a formação de profissionais da saúde das necessidades da atenção básica**. Ver Bras Edu Méd 2001; 25(2): 53-59.

CASTRO S M, 2008. **O envelhecimento natural da laringe: disfagia uma abordagem multidisciplinar**. [Monografia]. Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

CAVALCANTI G H. **Disfagia Orofaríngea de Origem Neurológica em Adulto**. [Monografia]. C E F A C. Fortaleza, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Código de Ética do Fonoaudiólogo**. Pub. Diário Oficial , Lei nº6995. Decreto 87.218 (31 de maio de 1982).

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM, A.M.; SANTINI, C. S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, p. 229-258,1999.

PAIXÃO C T, Silva LD. **Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):262-9.

VALE-PRODOMO, L P; ANGELIS, EC; BARROS, APB. **Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias.** In: Jotz G.P; Carrara-De Angelis e; Barros A.P.B. Tratado de deglutição e disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter. 2009. Cap. 6. p. 61-67

SANTOS M A. **Caracterização dos pacientes disfágicos atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um hospital universitário.** [Monografia]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SANTOS J N; SILVEIRA S M A. **Saúde Pública – Proposta de Atuação do Fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família.** In: CESAR A M; MAKSUD S S. Fundamentos e Práticas em Fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2009.

SZYCHTA E, **Conduta dos profissionais da área da saúde diante de um quadro de disfagia na cidade de Prudentópolis –PR.** [Monografia]. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2010.

Sites:

Política Nacional de Atenção Básica. PNAB, 2006. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>> Acesso 06 de novembro de 2015.

Portal da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php Acesso 21 de novembro de 2015.

Portal da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso 21 de novembro de 2015.

Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017

ANEXOS

Anexo 1. Questionário

Nome (não obrigatório) -----

Unidade: -----

1. Sexo: M (0) F (1)

Idade: (0) 18 - 25 (1) 26- 33 (2) 34 - 41 (3) acima 42

2. Qual é a sua formação?

(0) Enfermeiro (1) Técnico de enfermagem (2) Auxiliar de enfermagem (3) Agente de saúde
(4) médico (5) odontólogo

3. Quanto tempo você tem de atuação na saúde da família?

(0) Menos de 5 anos (1) 5-10 anos (2) Acima de 10 anos

4. Sente-se feliz e motivado trabalhando na saúde da família?

(0) Não (1) Sim

5. Já realizou algum curso, ou especialização para aprimorar seus conhecimentos sobre atuação em saúde da família?

(0) Não (1) Sim

6. Você sabe qual profissional é responsável pela reabilitação de pacientes com alteração da deglutição?

(0) Nutricionista (1) Fonoaudiólogo (2) Médico (3) Fisioterapeuta

7. A alteração da deglutição pode ser causada por quais fatores:

(0) AVC (1) Tumores cerebrais (2) Pneumonia (3) Diabetes

8. Dentro de seus conhecimentos, você se considera capaz de perceber se o paciente que está sobre seus cuidados apresenta algum sinal ou sintoma da alteração da deglutição:

(0) Não (1) Sim

9. Quais dos itens abaixo podem você considera sinal ou sintoma da alteração de deglutição?

(0) Pressão arterial alterada (1) Perda de peso (2) Tosse ou engasgo ao engolir (3) Diabetes

10. Percebendo alguma alteração relacionada com a alteração da deglutição, além de registrar no prontuário, você:

(0) Comunica ao enfermeiro (1) Comunica ao Fonoaudiólogo (2) Comunica ao médico (3) Nenhuma das alternativas.

11. Quais cuidados você considera importante para estes pacientes?

(0) Higiene oral adequada (1) Posicionamento correto durante ministração da dieta (2) Observar periodicamente o nível de glicemia (3) Oferecer bastante água para evitar desidratação.

12. Para você, qual a posição adequada para paciente no momento da ministração da dieta por via oral:

(0) Deitado (1) Sentado (2) Cabeceira elevada à 45°

13. Você trabalha ou já trabalhou em conjunto com equipe de Fonoaudiologia?

(0) Não (1) Sim

14. Você já recebeu alguma orientação fonoaudiológica sobre os cuidados com pacientes com alteração de deglutição?

(0) Não (1) Sim

Se você respondeu sim na questão acima, responda a próxima pergunta.

15. Você segue estas orientações?

(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre

16. Você gostaria de receber mais orientações sobre este assunto?

(0) Não (1) Sim (2) Talvez

Referência: Questionário, adaptado do artigo; GUEDES LU, VICENTE LCC, PAULA CM, OLIVERIA E, ANDRADE EA, BARCELOS WCO. **Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2009;14(3):372-80