Estratégia Concursos

Aula 00

Conhecimentos Específicos p/ SES-CE (Fonoaudiólogo) - 2021 Pré-Edital

Autor:
Danielle Brandão

28 de Agosto de 2020

Sumário

Fonoaudiologia E Políticas Públicas 6

2.0 - Considerações Iniciais 6

2.1 - A Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde 6

2.2 – Fonoaudiologia na Atenção Primária em Saúde 9

2.3 - Fonoaudiologia e Saúde Mental 17

2.4 - Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa 19

2.5 - Atenção Domiciliar 20

2.6 – Política de Promoção de Saúde 22

2.7 – Aleitamento Materno 25

2.8 – Atenção Humanizada ao recém-nascido/ método Canguru 30

2.9 – Fonoaudiologia Educacional 34

3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) 39

Questões Comentadas 43

Gabarito 56

APRESENTAÇÃO DO CURSO

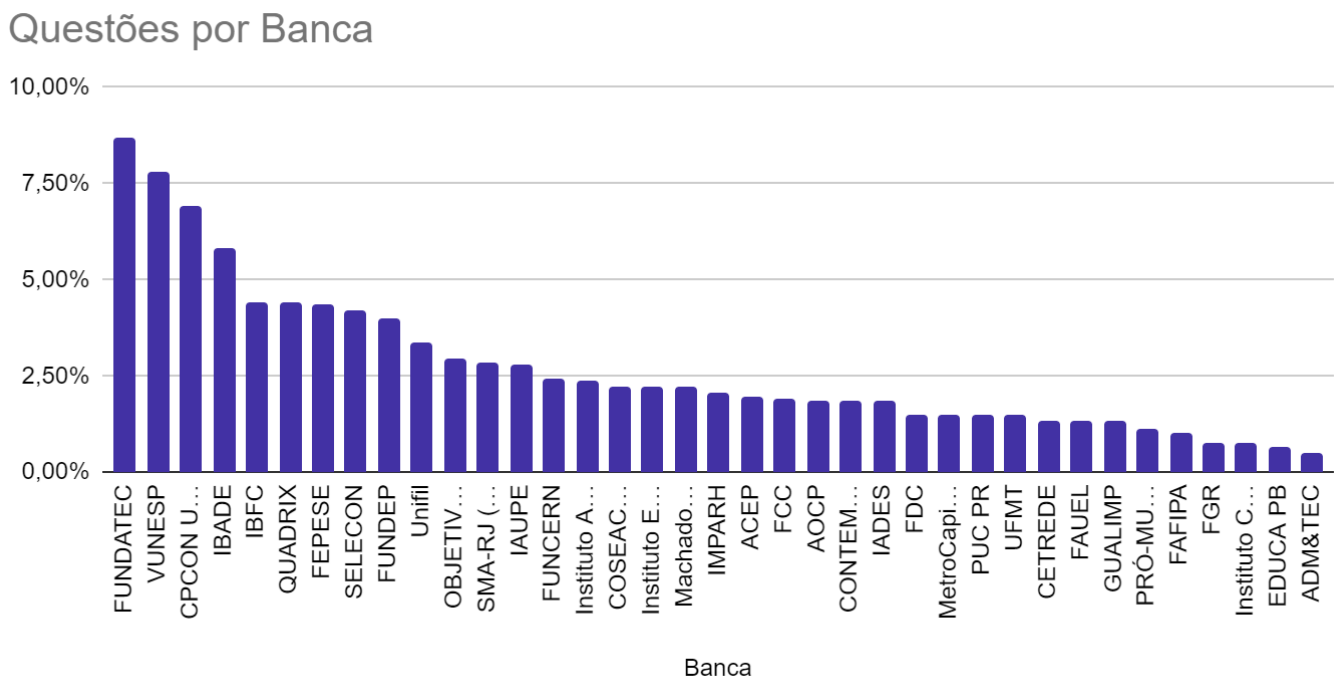
Olá, amigos do Estratégia Concursos, tudo bem?

É com enorme alegria que damos início ao nosso curso " **Curso Regular de Fonoaudiologia para Concursos-2021.** Nosso curso vai ser dividido em teoria e questões objetivas que estarão disponíveis em nossos pdfs. Além disso, vocês poderão contar com videoaulas.

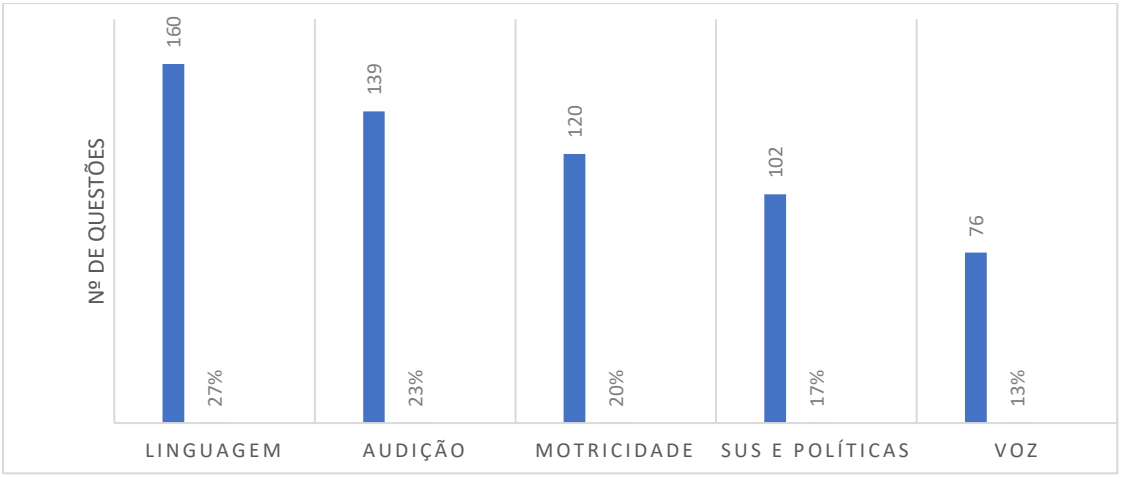
O curso vai ser focado nos últimos editais e baseado nos conteúdos mais recorrentes no âmbito nacional, abordando o que você precisa saber para a prova.

Entre 2018 e 2020 foram realizados **82 concursos** para Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais, somando **1360** questões de Fonoaudiologia.

Separei as questões por banca para você ter uma ideia, dá uma olhadinha no gráfico abaixo.



Detalhando um pouco mais essa análise, para que você tivesse um uma boa visão do que mais tem sido cobrado, classifiquei cerda de 50% de todas essas questões, de acordo com os temas trazidos nos editais. Essa ação possibilitou a construção de um **raio-X estratégico**. Vamos ver o resultado dessa avaliação:



Agrupando os temas nessas cinco grandes áreas podemos perceber que há cobrança de todos de uma forma geral, e certo "equilíbrio" entre o número de questões de cada um.

Entre os temas de **Voz** as disfonias e as alterações estruturais foram os mais frequentes.

No bloco **audição** destaco a avaliação audiológica básica e avaliação eletrofisiológica e a interpretação dos resultados, seguida da triagem auditiva neonatal.

Em relação à **linguagem** a aquisição, desenvolvimento e possíveis alterações, aprendizagem e possíveis alterações, além das afasias e demências estão entre os principais temas.

Disfagia, **Disartrias** e **Apraxia** também estão presentes na maioria das provas.

Questões relacionadas às funções estomagnáticas (sucção, mastigação, respiração e deglutição) e possíveis alterações formam grande parte do quantitativo ligado à motricidade.

A **Saúde Coletiva** vem ocupando cada vez mais as provas com questões voltadas para atuação do fonoaudiólogo dentro do Sistema Único de Saúde.

Sabemos que os assuntos podem variar de uma banca para outra, mas estes são os temas que não podemos deixar de dar atenção se buscamos um bom resultado.

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Agora peço licença para me apresentar:

Danielle Vieira Brandão: Sou professora do Estratégia Concursos e fonoaudióloga. Me formei na UFRJ em 2004 e nesse mesmo ano fui aprovada em terceiro lugar na Prefeitura Municipal de Rio das Ostras. Em 2008 tive a felicidade de ser a Primeira colocada no concurso da minha cidade Maravilhosa: Rio de Janeiro. Além disso, sou especialista em Saúde Pública formada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ ENSP- Fiocruz e atualmente estou cursando o Mestrado em saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional Fernandes Figueira – Fiocruz. Atuo principalmente na área materno-infantil e na de educação em saúde para os profissionais da Atenção Primária ministrando treinamentos relacionados a Estratégia de Saúde da Família, Aleitamento Materno, Crescimento e desenvolvimento e temas relacionados a atuação com adolescentes e Jovens.

Vou deixar abaixo meu contato para qualquer dúvida ou sugestão.

Instagram: https://www.instagram.com/fonodanibrandao/

CRONOGRAMA DE AULAS

Vamos ver como nossas aulas estão distribuídas e logo depois disso vamos começar nossos estudos!

AULAS	TÓPICOS ABORDADOS	DATA
Aula 00	Fonoaudiologia e Políticas Públicas	28/02/21
Aula 01	Audiologia – Parte I Anatomia e Fisiologia da Audição/Avaliação audiológica básica no adulto e na criança/Principais Patologias Auditivas/Emissões Otoacústicas/ Peate/ TANU	05/03/21
Aula 02	Audiologia – Parte II Otoneurologia/Processamento Auditivo Central/Próteses Auditivas/ Implante Coclear/ Treinamento auditivo	10/03/21
Aula 03	Aquisição e desenvolvimento da linguagem / Atraso de linguagem / Transtorno específico de linguagem /Fonética e Fonologia / Desvio Fonético/Fonológico/ Gagueira/Apraxia de Fala na Infância	15/03/21
Aula 04	Desenvolvimento da Leitura e escrita/ Transtornos da língua escrita/Transtorno do Espectro Autista/ Surdez	15/03/21
Aula 05	Anatomia e Fisiologia da voz /Disfonias / Prevenção de distúrbios vocais / Paralisias de prega vocal / Alterações Estruturais Mínimas/Técnicas Vocais	30/03/21

Aula 06	Crescimento e desenvolvimento do sistema estomagnático/ Tipologia Facial/ATM e DTM/ Fonoaudiologia, ortodontia e cirurgia ortognática.	01/04/21
Aula 07	Deglutição atípica/ Deglutição Adaptada/Respirador Oral	15/04/21
Aula 08	Alterações Neurológicas de Fala e Deglutição /Disartrias Apraxias/ Gagueira Neurológica.	30/04/21
Aula 09	Alterações neurológicas de linguagem / Afasias/ Demências/ Dislexias e agrafias adquiridas	01/05/21
Aula 10	Atuação do Fonoaudiólogo no ambiente hospitalar/ Avaliação da Disfagia parte I / Manobras Protetoras / Gerenciamento Clínico / Videofluoroscopia e Avaliação Endoscópica da Deglutição	15/05/21
Aula 11	Disfagia parte II/ Câncer de cabeça e Pescoço /Cuidados Paliativos	30/05/21
Aula 12	Fissuras Labiopalatinas / Paralisia Facial / Atuação em queimados/ Atuação do Fonoaudiólogo na área materno infantil	01/06/21
Aula 13	Lei 6965/ código de Ética/Biossegurança	15/06/21
Aula !4	Paralisia Cerebral/ Psicomotricidade/Vigilância em saúde do trabalhador - Audição e Voz	30/06/21

FONOAUDIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

2.0 - Considerações Iniciais

Segundo o Tratado de Fonoaudiologia existem diversas políticas públicas relacionadas à saúde em que o fonoaudiólogo pode estar inserido. São elas: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional da Pessoa com deficiência, Política Nacional de Saúde Auditiva, Política Nacional de Aleitamento materno, Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Saúde do trabalhador, Política Nacional de Saúde Mental e Política Nacional de Promoção de Saúde.

Neste curso, não vamos ver todas elas, somente as que foram mais frequentes nas questões dos últimos anos. Dependendo da banca isso pode variar, mas como estamos em curso geral vamos focar nas que aparecem mais.

Antes de entender cada política precisamos compreender o sistema de saúde no Brasil, nosso famoso Sistema Único de Saúde, SUS.

2.1 - A Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no final da década de 80, como resultado de um movimento chamado "reforma sanitária". Este representou uma mudança na forma de compreender a saúde e a maneira como os serviços que envolviam essa questão deveriam a ser organizados.

A **saúde** deixa de ser entendida apenas como ausência de doença e passa a ser considerada de forma **ampliada**, envolvendo outros fatores como condição socioeconômica, escolaridade, moradia, emprego.

O **modelo biomédico** também chamado de assistencial clássico, previdenciário-privatista ou hospitalocêntrico onde a intervenção era **focada na doença**, nos hospitais, na medicalização e em ações individualizadas dá espaço à nova visão de saúde expressa na Constituição Federal de 1988 no artigo 196.

> *Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Passamos de um sistema curativo/ hospitalocêntrico para um novo sistema, o SUS, onde as ações de promoção e prevenção de saúde são prioritárias. Sintetizando:



Direcionamento	Modelo Biomédico/curativo	SUS
CONCEITO DE SAÚDE	Ausência de doença	Conceito ampliado (saúde determinada por outros fatores além da doença)
FOCO DE AÇÃO	Ações curativas e individualizadas	Foco na prevenção e promoção de saúde e ações coletivas

Além da Constituição a lei orgânica 8080/90 e 8142/90 formam o arcabouço jurídico que orienta a mudança trazida pelo SUS.

A lei 8080 regulamenta e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de governo.

A lei 8142 regulamenta a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de seus recursos financeiros.

O **SUS** traz **princípios e diretrizes** que vão direcionar todas as ações em saúde realizadas. Vamos ver quais são esses princípios e o que cada um deles representa.

Os **princípios** são divididos em**: organizativos** e **doutrinários**. Os organizativos falam de uma forma geral como o sistema de saúde deve funcionar são eles: Regionalização e Hierarquização, descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação popular.

Os princípios doutrinários são os que vão ao encontro do novo conceito de saúde expresso na constituição buscando legitimar essa transformação, são eles: universalidade, integralidade e equidade.



Princípios Organizativos	Princípios Doutrinários
Regionalização e Hierarquização	Universalidade
Descentralização	Integralidade
Participação da Comunidade	Equidade

Vamos entender brevemente o que quer dizer cada princípio:

↳**Regionalização e Hierarquização**: Os serviços são distribuídos em uma determinada área geográfica, a partir do estudo dos indicadores de saúde de uma população, formando uma rede de atenção à saúde e são organizados em ordem crescente de complexidade (atenção primária, secundária e terciária).

↳**Descentralização**: A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única sendo que cada uma das esferas de governo tem autonomia na execução, ou seja, na gestão, desde que respeitado o que determina a lei. No âmbito da União a gestão é exercida pelo ministério da saúde, no âmbito estadual pelas secretarias estaduais e no âmbito municipal pelas secretarias municipais de saúde.

↳**Participação da comunidade**: A sociedade deve participar através dos conselhos e conferências de saúde do SUS.

↳**Universalidad**e: Todas as pessoas têm direito a todos os serviços de saúde independentemente do nível de complexidade. (acesso universal)

↳**Integralidade**: Todas as ações são contempladas, da prevenção a reabilitação. Representa um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

↳**Equidade**: diferente de igualdade significa dar mais a quem precisa mais para que todos tenham as mesmas condições de saúde, com objetivo de diminuir desigualdades.

Todas essas mudanças na organização da saúde no território brasileiro refletem na forma como a fonoaudiólogo vai atuar e na formação deste profissional.

Antes do SUS, na **década de 70/80** a fonoaudiologia focava sua formação na **prática reabilitadora e individualizada**. Com as mudanças trazidas pela chamada "reforma sanitária", termos usados para fazer referência a essa ruptura mencionada anteriormente, o fonoaudiólogo passa a atuar não só na reabilitação, mas também na promoção de saúde, prevenção e em ações coletivas.

Nesta nova forma de entender o processo saúde-doença o indivíduo não é visto de forma fragmentada, ou seja, não se avalia só uma parte e sim o todo que determina a condição que aquela pessoa apresenta. Para tal, é necessário que existam equipes multidisciplinares que possam somar conhecimentos para a compreensão das demandas apresentadas por cada um.

Além disso, é preciso que a formação dos profissionais possa superar o individualismo e a busca apenas por ações especializadas, centradas apenas no saber médico e traga compreensão das dimensões biopsicossociais que envolvem o cuidado do indivíduo.[1]

2.2 – Fonoaudiologia na Atenção Primária em Saúde

2.2.1 – Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Como vimos na sessão anterior, o Sistema Único de Saúde tem como um dos seus princípios a hierarquização, que significa dizer que a saúde é organizada em níveis de complexidade: Atenção básica, média e alta complexidade. Durante algum tempo vigorou uma ideia equivocada que a atenção básica só cuidava de problemas mais simples, ou seja, menos complexos.

Segundo Mendes, esta organização representava o chamado sistema piramidal hierárquico. Ao longo da evolução do SUS e das mudanças na forma como as pessoas adoeciam essa visão foi sendo substituída, e a partir de 2011, como decreto 7508/11, que regulamenta a lei 8080/90, passa a vigorar o conceito de redes de atenção à saúde (RAS) trazendo as chamadas redes poliárquicas de atenção à saúde.

Ainda segundo Mendes:

> "Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidade. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades".



A Política Nacional de Atenção Básica de 2011 considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, dentro das concepções que ela apresenta, como termos equivalentes.

[1] Fernandes, Fernanda Dreux Miranda, Mendes, Beatriz Castro, Navas. Ana Luiza Pereira Gomes Pinto (Org.). Tratado de Fonoaudiologia. 2ed. São Paulo: Rocca,2014.

Como vimos na figura sobre os modelos de rede de atenção à saúde, a Atenção Primária em Saúde (APS) ou atenção básica, passa a ocupar o centro dessa rede.

Mas o que isso significa? Significa dizer que a **APS** é **a porta de entrada** preferencial, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e que além disso ,ela direciona os outros locais da rede que o indivíduo precisar buscar, caso necessite de outras tecnologias que não estão disponíveis neste nível de complexidade, garantindo um cuidado integral.

Por exemplo, Maria chega à unidade básica de saúde, em que funciona a Estratégia de Saúde da Família, com a queixa de dificuldade de deglutição e engasgos frequentes, o médico generalista pede apoio ao fonoaudiólogo e os dois acham conveniente a paciente realizar uma videofluoroscopia, exame realizado apenas em uma unidade hospitalar. Por esta razão, Maria será encaminhada para o hospital de referência, fará o exame e retornará para sua equipe com o resultado e dará continuidade ao seu tratamento.

Falando de uma forma mais aprofundada sobre o conceito de **rede de atenção** à saúde podemos definir esse termo como: ***arranjos organizativos*** *de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica*[2].

Como vimos no exemplo da Maria, o objetivo é através da organização dessa rede possibilitar que o usuário seja atendido dentro das suas necessidades em todos os pontos de atenção à saúde para que possa ser garantida a integralidade do cuidado.

Essa rede como o nome diz, vai integrar vários serviços, desde laboratórios até o atendimento em si, ou seja, tudo que for necessário para o sistema desempenhar com eficiência seu papel.

No processo de implementação das redes de atenção foram definidas redes temáticas e atuação do Fonoaudiólogo em cada uma delas está prevista em um documento do Conselho Federal de Fonoaudiologia chamado: **Fonoaudiologia nas Redes de atenção**. Vou deixar o link aqui caso você queira ver o documento na íntegra:

https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2021/01/CFFa_Guia_RAS.pdf

Essa publicação foi lançada em 2020, então nos últimos 3 anos as questões envolvendo o tema RAS ainda não cobraram o papel do Fonoaudiólogo em cada rede temática. Mas, vai que isso muda? então é sempre bom dar aquela lida para não ser pego de surpresa. Ainda sobre a atuação do Fonoaudiólogo no SUS é importante lembrar que:

> A atuação fonoaudiológica no SUS vive uma importante mudança de paradigma, na busca por alinhamento da prática do fonoaudiólogo às diretrizes políticas do cuidado em saúde, em todos os âmbitos e diferentes ciclos de vida.

[2] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf

> Cada vez mais se espera que o fonoaudiólogo contribua com sua especificidade nas diversas equipes e pontos de atenção, de modo articulado e consonante, consolidando uma prática potente e inventiva nos serviços[3].

Compreendida a ideia de organização da rede podemos passar para outro ponto importante para nos ajudar a entender o papel do fonoaudiólogo na atenção primária – A Estratégia de Saúde da Família.

2.2.2 – Estratégia de Saúde da Família

A **Estratégia de Saúde da Família** surge na década de 90 como um programa de agentes comunitários no Ceará. Só em 2006, através do Pacto pela Saúde, ela ganha o status de "estratégia". Em 2011, através da Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), passa a ser considerada como a diretriz **reordenadora** da **atenção básica** em todo território brasileiro.

Os objetivos da implementação da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária em Saúde são, segundo a PNAB/2011: A Reorganização do modelo de atenção à saúde – SUS e a Reorientação das práticas profissionais baseado conceito ampliado do processo saúde-doença.

Ainda de acordo com a PNAB/2011 podemos definir as seguintes **características** do modelo de atenção à saúde baseado na Estratégia de saúde da família:

↳Baseada na realidade **local**

↳Considera os sujeitos em sua **singularidade**, complexidade, integridade e inserção sociocultural.

↳Orienta-se pelos: **princípios** do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização.

↳Pelos princípios próprios: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adstrição de clientela, responsabilização, humanização.

Além disso, prevê as seguintes ações em saúde:

↳**Promoção** e proteção da saúde.

↳Prevenção de agravos.

↳Diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no individual e no coletivo, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas.

[3] https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2021/01/CFFa_Guia_RAS.pdf



Não confunda modelo que toma como base a SINGULARIDADE DO SUJEITO com modelo baseado em atendimentos individualizados!

A estratégia de Saúde da Família considera cada sujeito como único na determinação do seu processo de saúde e doença, no entanto não está focada em atendimentos individualizados dentro dos consultórios.

Suas ações, com grande enfoque na promoção da saúde, vão considerar as realidades locais, atuando no coletivo e quando necessário o atendimento individualizado, vão levar em conta que aquele sujeito é ÚNICO e esse fato precisa ser considerado no seu projeto terapêutico.

A Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe mínima formada por: médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem. Além disso, existe a equipe de saúde bucal formada por dentistas e técnicos de saúde bucal e/ou assistente de saúde bucal.

Mas onde o fonoaudiólogo entra nessa história? Vamos entender isso agora.

2.2.3 - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Todos os profissionais de saúde que não fazem parte da equipe mínima e da equipe de saúde bucal tem sua atuação prevista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Segundo o caderno de atenção básica nº 39 o NASF pode ser definido como:

Conforme a PNAB (BRASIL, 2011): "Os **núcleos de apoio à saúde da família** são equipes **multiprofissionais**, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e **apoiando** os profissionais das equipes de **Saúde da Família** e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas."

Você pode perceber pelo texto, que essa equipe **multiprofissional** **APOIA** a equipe de saúde da família, mas não funciona como um ambulatório de especialidades. O Objetivo é ampliar a abrangência das ações realizadas pela atenção primária.

De acordo com a PNAB/ 2011 esse **apoio** pode acontecer da seguinte forma:

↳Realizando atividades com as equipes de Saúde da Família, bem como atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão);

↳Recebendo a demanda a partir da discussão compartilhada com as equipes de SF que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais;

↳Estando disponível para dar suporte em situações programadas e imprevistas, tal como as situações de urgência.



Possibilidades de composição do NASF segundo o caderno de Atenção básica nº 39:

Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; **fonoaudiólogo**; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas

O NASF traz alguns conceitos/ ferramentas importantes que vão direcionar o trabalho dos profissionais que fazem parte dessa equipe: apoio matricial ou matriciamento,clínica ampliada e projeto terapêutico singular. Vamos entender um pouco de cada um deles segundo a PNAB/2011, o caderno de atenção básica nº 39 e a Política Nacional de Humanização e gestão do SUS:

Apoio matricial ou **matriciamento**:

↳Modo de produzir saúde em que **duas ou mais equipes**, através de uma construção compartilhada, elaboram propostas de intervenção para o cuidado das pessoas;

↳No processo de matriciamento as relações entre os serviços de saúde se estabelecem de maneira horizontal, com **compartilhamento** de estratégia de cuidado, diferente da lógica tradicional dos sistemas de saúde, que acontece por meio de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos etc.

↳Pode ser realizado de duas formas: Suporte **clínico-assistencial** que seria ação clínica direta com o usuário ou suporte **técnico-pedagógico** ação de apoio educativo com e para a equipe.



↳Dar suporte clínico-assistencial não significa funcionar na lógica do ambulatório tradicional com encaminhamentos sem discussão do caso em equipe. Na lógica matricial as duas equipes (NASF e ESF) discutirão o caso antes do paciente ser enviado para atendimento.

↳O suporte técnico-pedagógico diz respeito tanto a capacitação da equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, Agente comunitário, técnico de enfermagem) como também a chamada interconsulta, ou seja, o atendimento ser realizado pelo generalista e pelo profissional do NASF no mesmo momento.

Projeto Terapêutico Singular:

↳Proposta de cuidado/condutas terapêuticas construídas por uma **equipe interdisciplinar**, que pode contar com apoio da equipe NASF, para um sujeito individual ou coletivo.

↳ É uma variação da "discussão de caso clínico".

↳É construído entre equipe e usuário e considera a singularidade e complexidade de cada caso

↳Geralmente indicado par situações mais complexas.

↳O cuidado é **compartilhado**.

↳Pode ser dividido em quatro momentos: diagnóstico e análise, definição de ações e metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

Clínica Ampliada[4]:

↳Busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional;

---

[4] Fonte : Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

↳Coloca em questão a fragmentação do processo de trabalho;

↳Engloba os seguintes eixos: Compreensão ampliada do processo saúde-doença, Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, Ampliação do "objeto de trabalho" (foco na pessoa como um todo); A transformação dos "meios" ou instrumentos de trabalho(comunicação transversal entre as equipes, clínica compartilhada), suporte para os profissionais de saúde.



Em 2017, o ministério da Saúde lança uma nova versão da Política Nacional de Atenção Primária. Esta traz algumas mudanças na possibilidade de organização da atenção primária para além da estratégia de saúde família, criando as chamadas equipes de atenção básica, modificando o número mínimo de agentes de saúde por equipe entre outras questões. No entanto, o NASF continua com as mesmas atribuições e diretrizes previstas na PNAB de 2011, assim como os conceitos gerais expressos aqui anteriormente.

Para saber mais consulte:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

2.2.4 – Fonoaudiologia no NASF

Agora que já entendemos como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família funcionam de uma maneira geral, vamos falar mais especificamente sobre o papel do fonoaudiólogo.

A cartilha organizada pelo Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia "Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS", define as formas de atuação do fonoaudiólogo na Estratégia de Saúde da Família e no NASF especificamente. A Atuação não se limita a atendimentos individualizados, contemplando atuação em grupos, visitas domiciliares, interconsulta, treinamento de profissionais. A educação Permanente, ou seja, aquela que tem origem a partir do processo de trabalho, também faz parte das atribuições do fonoaudiólogo que atua NASF. Vamos ver a listagem de cada uma delas:



O **Fonoaudiólogo** inserido na **ESF** pode, após análise das necessidades de cada território:

↳Participar dos grupos de gestantes para orientar sobre amamentação e hábitos orais inadequados do bebê;

↳Participar dos grupos de envelhecimento ativo com o objetivo de orientar ações que favoreçam a comunicação oral e habilidades cognitivas, auditivas e vocais;

↳Participar de grupos e/ou desenvolver ações que favoreçam o desenvolvimento infantil, no que diz respeito às suas áreas de atuação;

↳Orientar agentes comunitários de saúde, para coletar dados referentes à comunicação dos usuários e detecção de sinais indicadores de alterações da comunicação humana;

↳Desenvolver atividades de promoção à saúde e de comunicação, por meio da abordagem de temas como saúde materno infantil, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, saúde mental, saúde vocal e saúde do idoso;

↳Realizar visitas domiciliares, para elencar fatores ambientais e familiares que possam gerar alterações na comunicação humana;

↳Realizar atividades em instituições educacionais;

↳Participar das entidades representativas da população (conselho gestor, popular);

↳Realizar com a equipe campanhas de aleitamento materno, saúde auditiva, saúde vocal, envelhecimento ativo, comunicação humana etc.



O **fonoaudiólogo** do **NASF** desenvolve tanto atividades comuns aos demais profissionais quanto ações específicas. Dentre estas, estão:

↳Identificar fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais;

↳Compartilhar a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada;

↳Realizar consulta compartilhado com a equipe de saúde da família;

↳Facilitar a inclusão social de usuários com deficiência auditiva, física e intelectual;

↳Promover educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação.

2.3 - Fonoaudiologia e Saúde Mental

As mudanças políticas trazidas pelo SUS resultaram também na transformação da atuação na saúde mental. Com a chamada Reforma Psiquiátrica, a forma de cuidado da pessoa com transtornos mentais passa de um modelo assistencial baseado em hospitais psiquiátricos para os chamados Centros de Atenção psicossocial(CAPS), consolidando a atenção a esse público através de regime aberto e buscando garantir direitos civis, dignidade pessoal e direitos humanos dos usuários[5].

A Portaria 336/02 do Ministério da Saúde7 institui os CAPS nas modalidades Adulto, Infanto juvenil, Álcool e Drogas, prevendo ações de atenção individual, grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias em equipe multidisciplinar. Além disso, a referência aos serviços 24 horas (CAPSIII) consolidou a perspectiva de atenção em regime aberto em contraposição aos processos de internação em regime hospitalar fechado conforme o modelo anterior.[6]

O Fonoaudiólogo também pode fazer parte das equipes multidisciplinares de saúde mental, através da atuação nos chamados CAPS (centros de atenção Psicossocial).

Estes servem de apoio especializado para as equipes de saúde da família, mas não atuam na lógica do Nasf. Os profissionais dessas unidades têm um trabalho diferenciado e multidisciplinar para os casos em que uma intervenção mais específica e continua é necessária.

Atuando na saúde mental ,o fonoaudiólogo deve buscar a interdisciplinaridade e romper com as ações fragmentadas e isoladas, tendo como objetivo principal o trabalho preventivo. Nesse sentido deve realizar práticas de atendimento em grupos e redefinir critérios para permitir o acesso desses pacientes ao serviço fonoaudiológico[5].

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem-se em serviços ambulatoriais voltados a usuários com transtornos mentais. Representam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e as configuram como serviço substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

O fonoaudiólogo está inserido na equipe mínima dos CAPSi (CAPS infantil e adolescente), contribuindo não apenas na ampliação do acesso aos serviços de Fonoaudiologia, mas

[5] HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fevereiro de 2009.
[6] CB,Lykouropoulos, E, Herrero Saúde Mental e Fonoaudiologia – Modelo de Atenção e Perspectivas para o Trabalho in Marchesan et al Tratado de Especialidades – Rocca - 2014

também, em conjunto com os profissionais da equipe multidisciplinar, na prestação do cuidado necessário à saúde global do usuário.[7]

Para os demais CAPS (I, II,III, AD) também há a possibilidade de inclusão do fonoaudiólogo, à medida que cita-se a presença de "outro profissional de nível universitário", a exemplo do que ocorre em alguns CAPS da cidade de São Paulo

Alterações de diversas ordens, inclusive psíquicas podem interferir na comunicação e linguagem, por isso a importância da atuação do Fonoaudiólogo na saúde mental[8].



Há evidências da correlação entre transtornos mentais e alterações nas habilidades cognitivas, comunicativas e linguísticas. Essas alterações podem envolver principalmente quatro processamentos comunicativos: discursivo, pragmático, léxico-semântico e prosódico, nos níveis compreensivo e expressivo.[7]

Vamos ver agora, em relação a cada um desses processamentos, quais são as possíveis alterações encontradas, usando como base o artigo de Santos et al[9].

↳Alteração na produção discursiva: ausência de coerência, diminuição de conteúdo informativo e dificuldade com mudanças de temas.

↳Alteração na pragmática: Dificuldade em seguir regras conversacionais, como troca de turnos comunicativos e em considerar adequadamente pistas contextuais para a compreensão de emissões não literais, tais como metáforas ou sarcasmo.

↳Alteração no processamento léxico-semântico: compreensão e a produção de palavras podem estar alteradas, principalmente quanto menor for sua frequência e concretude.

↳Alterações no processamento prosódico: déficits na compreensão e na produção de entonações emocionais, como fala com entonação diminuída ou ausente ou a não distinção adequada das entonações linguísticas

[7] Cartilha: Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS: 25 ANOS DO SUS: A FONOAUDIOLOGIA NA LUTA PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE. Sistema de conselho regional e federal.
[8] SANTOS, Ariana Elite dos et al . Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia . Rev. CEFAC, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 1283-1293, Aug. 2014
[9]

↳Nos quadros de esquizofrenia, tipo grave de transtorno mental, as alterações de fala e linguagem são caracterizadas por: linguagem e discurso desordenados, descarrilamento, tangencialidade, neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de ideias e fala retardada ou até mesmo o mutismo.

2.4 - Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é *recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade*[10].

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).



De acordo com a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa o envelhecimento deve ocorrer com saúde, de forma ativa, livre de dependência funcional.

A política prevê que sejam realizadas para este ciclo de vida ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável[11];

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

[10] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006
[11] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O cuidado integral visando garantir a qualidade de vida da pessoa idosa está previsto nas atribuições da e equipe de saúde da família e equipes NASF.

Dois grandes eixos norteadores para integralidade das ações são definidos nas diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS : o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde; promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção[12].

A organização do trabalho do fonoaudiólogo vai depender da realidade local e características de saúde e doença apresentadas pela população idosa do seu território, nunca perdendo o foco dos objetivos da política de promover o envelhecimento saudável, com autonomia e independência.

Esses foram alguns pontos importantes abordados, caso no seu edital apareça a Politica Nacional de Atenção a Pessoa Idosa como um dos conteúdos, sugiro a leitura completa da lei seca,ou seja, a leitura da lei que aprova a política e traz todas as considerações sobre. Vou deixar o endereço para facilitar sua busca:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

2.5 - Atenção Domiciliar

A portaria 825/2016[13] do Ministério da Saúde define alguns conceitos importantes relacionados a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde vamos ver cada um deles agora.

I - **Atenção Domiciliar** (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um **conjunto de ações** de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, **prestadas em domicílio**, garantindo continuidade de cuidados;

II - **Serviço de Atenção Domiciliar** (SAD): serviço **complementar** aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes

[12] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
[13] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

> Multiprofissionais de Atenção Domiciliar **(EMAD)** e Equipes Multiprofissionais de Apoio **(EMAP)**; e
>
> III - **Cuidador**: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.[14]

Então como podemos entender a partir de lei a Atenção Domiciliar é uma forma de atenção à saúde oferecida na casa do paciente e que esta modalidade de cuidado está integrada aos demais pontos da RAS (Rede de Atenção à Saúde). Em termos de execução, de acordo com a necessidade do paciente, atenção domiciliar está dividida em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1), Atenção Domiciliar 2 (AD 2), Atenção Domiciliar 3 (AD 3). Vamos ver cada uma dessas modalidades entendendo quais pacientes são elegíveis e quais equipes as equipes responsáveis[15].

> *Atenção Domiciliar 1 (AD 1): São elegíveis para essa modalidade usuários que requeiram cuidados com **menor frequência** e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das **equipes de atenção básica**, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. Essas equipes devem ser **apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.*
>
> *Atenção Domiciliar 2 (AD 2): São elegíveis para essa modalidade usuários cujo objetivo seja **abreviar ou evitar a internação hospitalar** e que apresentem as seguintes condições: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.*
>
> *Atenção Domiciliar 3 (AD 3): . Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado **multiprofissional** mais **frequente**, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.*

As equipes dos Serviços de Atenção domiciliar (SAD- melhor em casa)são responsáveis pela execução da AD2 e AD3, sendo estas divididas em duas modalidades: Equipes Multiprofissionais de Atenção

[14] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
[15] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Domiciliar (EMAD) que se dividem em tipo I e tipo II e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). De acordo com a portaria 825 o fonoaudiólogo seria um dos profissionais que pode fazer parte da EMAP.

Importante frisar que a EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. Traduzindo: para um serviço de atenção domiciliar existir o primeiro ponto é criar uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar. A partir do momento que tenho essa equipe implantada é possível implantar também uma equipe multiprofissional de apoio.

Se você quiser saber todos os profissionais que podem estar presentes em cada modalidade de equipe do SAD vou deixar aqui o Link:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prto825_25_04_2016.html



Resolução Anvisa n.º 11/2006 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar determina que:

A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente. Este deverá encaminhar ao serviço de atendimento domiciliar (SAD) um relatório contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências, relacionados à saúde e à doença do paciente. A equipe do SAD deverá elaborar um plano de ação domiciliar (PAD), que deverá conter, entre outros itens, os requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente e a necessidade de recursos humanos e materiais, de medicamentos e de equipamentos.

2.6 – Política de Promoção de Saúde

A Política Nacional de promoção de Saúde foi publicada em 2006 provocando uma mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

Ela é o resultado de um movimentado internacional de mudança de paradigma em relação ao conceito de saúde-doença. Segundo a Política:

"Esta estratégia é vista com a possibilidade de **enfocar** os **vário**s aspectos que determinam o **processo saúde- doença**, tais como: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde."

As **intervenções** em saúde **aumentam seu escopo** tomando como objeto os problemas de saúde, seus determinantes e condicionantes, para além dos muros da unidade de saúde. Deste modo a promoção da saúde estreita sua relação com vigilância em saúde.

O estabelecimento de suas bases conceituais é dado em três importantes conferências internacionais sobre o tema: Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991). O principal produto da I Conferência internacional sobre saúde foi a carta de Ottawa. (BUSS, 2011) [16]

Esta define **a promoção da saúde** como "**processo de capacitação** da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BUSS, 2011)".

A carta de Ottawa elenca um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, desenvolvimento, democracia, participação) e propõe cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis favoráveis a saúde, reforço da ação comunitária. Essa carta traz também o conceito de ***empowerment*** comunitário, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde e aponta a intersetorialidade como uma das suas principais estratégias (BUSS, 2011, DE SETA, 2011). [17]

O **enfoque** da promoção é **amplo** e abrangente, procurando enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença e transformá-los favoravelmente em direção ao setor saúde. Desta forma é possível estabelecer uma separação com o enfoque da prevenção que busca que os indivíduos fiquem isentos da doença. A promoção busca modificar condições de vida, já na prevenção a ausência de doença é suficiente. A promoção é claramente social, política e cultural. (BUSS, 2011)[18]

2.6.1 – A Fonoaudiologia e a Promoção de Saúde

No capítulo 63 do Tratado de Fonoaudiologia, Regina Yu Shon Chun aprsenta algumas considerações sobre a Promoção de Saúde e o cuidado em fonoaudiologia. A autora aponta a necessidade de a fonoaudiologia apoiar-se no conceito amplo de saúde, considerando condicionantes e determinantes desse processo.

As ações de fonoaudiologia na promoção devem estar apoiadas em indicadores de saúde da população e não devem estar relacionadas apenas com a clínica individualizada.

O **fonoaudiólogo** pode atuar em unidades básicas, escolas ou outros locais do território de referência da unidade de saúde ao qual faz parte, buscando sempre abranger ações coletivas.

---

[16] BUSS, P M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde in CZERESNIA,D(org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2011

[17] BUSS, P M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde in CZERESNIA,D(org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2011

[18] DE SETA, M H ; REIS, L; PEPE, VL E. vigilâncias no campo da saúde: conceitos fundamentais e processo de trabalho in GODIM, R; GABROIS, V; MENDES JUNIOR ;W V(org.). Qualificação dos gestores do SUS. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz,2011

O trabalho de prevenção está baseado no antigo conceito da história natural da doença proposto pela medicina preventiva. Neste conceito a prevenção é dividida em três etapas, vamos ver do que se trata cada uma delas de acordo com o caderno de atenção primária nº 29.

Prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica.

Prevenção secundária é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo.

Prevenção terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação.

A **prevenção primária** pode ser realizada em postos, unidades de saúde, creches, coletividade. Não prevê a realização de terapia, pois é realizado **ANTES** do indivíduo estar doente.

Na prevenção **secundária** a intervenção ocorre no **período patológico**, ou seja, o indivíduo já está doente, mas, ainda em uma fase inicial do quadro, possibilitando a prevenção da disseminação da doença e seus efeitos em longo prazo.

Na prevenção **terciária** o indivíduo já **apresenta prejuízos funcionais** que foram gerados por um problema agudo ou crônico e serão reduzidos através da realização da reabilitação.

Esse conceito baseado em níveis de complexidade, partindo da ausência de doença, da fase inicial até a reabilitação não contempla o conceito ampliado que promoção de saúde propõe.

Por esta razão, é necessário que a fonoaudiologia acompanhe as mudanças teórico metodológicas que aconteceram na saúde ao longo do tempo, para que possa alcançar melhores resultados no trabalho realizado.

Propostas que possam contemplar novos olhares relacionados a atuação do fonoaudiólogo na promoção de saúde são fundamentais. Alguns exemplos: realização de oficinas, grupos educativos, grupos de vivência, participação na elaboração de programas comunitários entre outras. Isso significa ir além de atendimentos individualizados, dentro de consultórios, com visão fragmentada dos indivíduos, não considerando os contextos de vida onde estão inseridos[19].

[19] Chun, Regina Yu Shon : " Promoção de Saúde e cuidado em fonoaudiologia" in Fernandes, Fernanda Dreux Miranda, Mendes, Beatriz Castro, Navas. Ana Luiza Pereira Gomes Pinto (Org.). Tratado de Fonoaudiologia. 2ed. São Paulo: Rocca,2014



Prevenção de doença é diferente de promoção de saúde. Prevenção tem como objetivo reduzir riscos de se adquirir uma doença, Promoção fala de empoderar indivíduos para lidar com os diferentes e variados condicionantes e determinantes de saúde.[20]

2.7 – Aleitamento Materno

A portaria Nº 1.920/2013 do Ministério da Saúde institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Mas, já faz um longo tempo que estratégias de incentivo ao aleitamento materno vêm fazendo parte da rotina dos trabalhadores do SUS.

A prática do Aleitamento Materno sofre uma significativa queda na década 80 como reflexo da entrada da mulher no mercado de trabalho e pela propaganda e consumo excessivo de substitutos do leite materno, entre eles leites artificiais, chupetas e mamadeiras.

Devido a esse cenário, as taxas de aleitamento materno exclusivo diminuem drasticamente, ao mesmo tempo há um crescimento da taxa de mortalidade infantil. Buscando reverter essa situação a ONU propõe uma série de medidas através da chamada "declaração de Innocenti".

Com base nessa declaração foram criados os "Hospitais Amigos da Criança". Esta estratégia prevê a construção de normas e rotinas hospitalares para manejo e promoção do aleitamento materno baseadas em dez passos para o sucesso do aleitamento materno. O Hospital que cumpre todas essas etapas ganha o "selo de qualidade" de Amigo da Amamentação.

Diversos treinamentos foram e ainda são realizados em várias maternidades de todo país, com objetivo de fortalecimento do incentivo ao aleitamento e padronização das orientações fornecidas pelos profissionais.

A Atenção Básica, dentro do seu escopo de atividades, também apresenta orientações para as equipes sobre manejo e promoção do aleitamento materno.

O fonoaudiólogo faz parte das equipes multidisciplinares de atendimento aos recém-nascidos nas maternidades e nas equipes de atenção primária, promovendo o aleitamento em grupos de gestantes e mães, visitas domiciliares e atendimentos individualizados nos casos necessários.

[20] CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

O aleitamento materno exclusivo traz inúmeras vantagens para o bebê, para a mãe e para a família, entre elas, a prevenção de otites. Esta vantagem se dá por meio do desenvolvimento dos músculos faciais, permitindo uma melhor drenagem da tuba auditiva. Nos bebês que recebem leite artificial, o músculo tensor do véu palatino(principal responsável pela abertura da tuba auditiva) se encontra flácido e hipofuncionante, o que favorece a ocorrência de otites[21].

Vamos ver agora alguns conceitos importantes que fazem parte desse trabalho e que são comuns a todos os profissionais que atendem essa demanda.

2.7.1 - Tipos de Aleitamento materno

Seguindo o Caderno de Atenção Básica nº 23, podemos classificas o Aleitamento Materno nos seguintes tipos:

↳ Aleitamento materno e**xclusivo** – quando a criança recebe **somente leite materno**, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos,com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratarão oral, suplementos minerais ou medicamentos.

↳ Aleitamento materno **predominante** – quando a criança recebe, **além do leite materno, água ou bebidas à base de água** (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

↳ Aleitamento materno – quando a criança **recebe leite materno** (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

↳ Aleitamento materno **complementado** – quando a criança recebe, além do **leite materno**, qualquer **alimento sólido ou semissólido** com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

↳ Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe **leite materno** e **outros tipos de leite**.

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que até o **sexto mês** de vida a criança permaneça em aleitamento materno **EXCLUSIVO**.

Além desta recomendação as mães também são orientadas a ofertar o seio materno em LIVRE DEMANDA, o que significa dizer que não são necessários horários rígidos, três em três horas, como era orientado antes das mudanças na formação dos profissionais e da evolução da política.



[21] NADAL, Lais Fernanda et al. Investigação das práticas maternas sobre aleitamento materno e sua relação com a infecção de vias aéreas superiores e otite média. Rev. CEFAC [online]. 2017, vol.19, n.3 [cited 2020-10-09], pp.387-394

O leite materno deve ser oferecido em livre demanda e até o sexto mês de vida do bebê o aleitamento materno deve ser exclusivo!

2.7.2 – Produção do Leite Materno

O leite materno é produzido nas glândulas mamárias, mais especificamente nas estruturas chamadas ALVÉOLOS. O leite produzido nos alvéolos é conduzido para os ductos lactíferos, uma espécie de rede de "canos" que foram arvores chamadas lóbulos, que terminam em uma espécie de bolsa onde o leite é armazenado que recebe o nome de seios lactíferos. Estes seios ficam bem abaixo da aréola e por isso a importância da pega correta do bebê para retirada do leite. Dois hormônios regulados pela hipófise são responsáveis por esse processo: PROLACTINA e OCITOCINA.

A **Prolactina** é responsável pela **produção do leite** e a **Ocitocina** pela **ejeção**, ou seja, pela expulsão do leite produzido nos alvéolos em direção aos ductos lactíferos.



A Prolactina é o hormônio responsável pela produção do leite e a Ocitocina o hormônio responsável pela ejeção/ saída do leite pela mama.

Agora que você já entendeu como o leite é produzido vamos ver com mais detalhes cada uma das fases em que esses processos ocorrem, seguindo o caderno de atenção básica 23.

A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação **(lactogênese fase I)** sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, pela formação dos lóbulos. Outros hormônios também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário, tais como lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica.

Na primeira metade da gestação, há crescimento e proliferação dos ductos e formação dos lóbulos. Na segunda metade, a atividade secretora se acelera e os ácinos e alvéolos ficam distendidos com o acúmulo do colostro. A secreção láctea inicia após 16 semanas de gravidez.

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a **lactogênese fase II** e a secreção do leite. Há também a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido.

A produção do leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a "descida do leite", que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio. Após a "descida do leite", inicia-se a **fase III da lactogênese**, também denominada

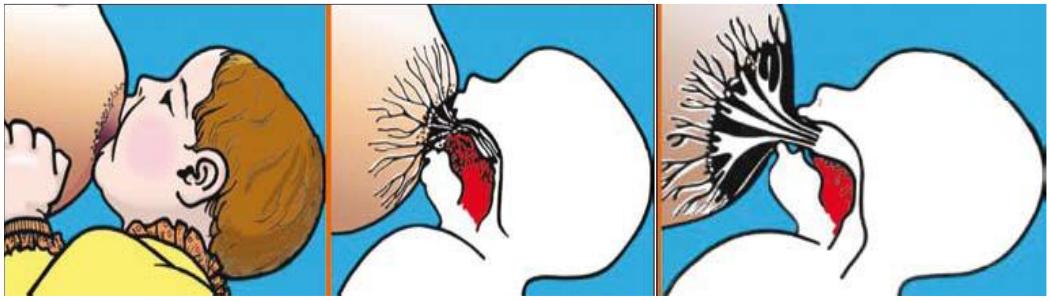
galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama.

A **produção de leite** materno está diretamente associada à **frequência das mamadas**. Quanto mais o bebê mama mais leite a mãe produz.

Além da frequência da mamada outro fator importante que deve ser considerado é a pega do bebê. **A pega incorreta** pode ocasionar as famosas **rachaduras/fissuras** no peito e o esvaziamento incompleto da mama, levando ao aumento da chance da mastite (infecção da mama).

O bebê não deve pegar só o bico, mas parte da aréola para assim alcançar os seios lactíferos onde o leite está armazenado. A **posição** que o bebê é colocado no seio vai interferir bastante nessa pega. Nos grupos de gestantes e mães, consultas e outras atividades que estejam presentes gestantes é muito importante fornecer essas orientações.

Sempre que você estiver diante de uma mãe e quiser avaliar o aleitamento, você deve ver a pega do bebê e o posicionamento dele quando levado ao seio.Vamos ver através de uma figura para ficar mais fácil.



A Posição da mãe pode variar, mas o bebê sempre vai estar com cabeça e corpo alinhados e de frente para o seio para facilitar a pega.

Segundo a OMS existem pontos chaves em relação à pega e a posição, são eles:

Postos-chave do posicionamento adequado	Postos-chave da pega adequada
1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;	1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;	2. Boca bem aberta;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);	3. Lábio inferior virado para fora;
4. Bebê bem apoiado.	4. Queixo tocando a mama.



Ainda segundo o Caderno de Atenção Básica 23, os sinais de que a **pega e a posição** estão **inadequadas**, ou seja, que a técnica de amamentação não está correta são:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação.

Todos os profissionais de saúde, desde que devidamente capacitados estão aptos para realizar esse atendimento.

2.7.3 – Situações em que o Aleitamento Materno não deve ser recomendado

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 23, são poucas as situações em que pode haver indicação médica para a **substituição parcial ou total do leite materno**.

Nas seguintes situações o aleitamento materno **NÃO** deve ser **recomendado:**

- Mães infectadas pelo HIV
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação
- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

Nas seguintes situações deve ocorrer a interrupção **TEMPORÁRIA** do aleitamento materno:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto
- Doença de Chagas, na fase aguda da doença.

↳ Consumo de drogas de abuso: Academia Americana de Pediatria contraindica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso (anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina).

A Organização Mundial da Saúde considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opióides não são contraindicados durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação.

↳ Tuberculose: Mães não tratadas ou bacilíferas com menos de 15 dias de tratamento - amamentar usando máscara.

↳ Hanseníase: no caso de mães não tratadas. Iniciado o tratamento uma dose do medicamento já permite que a mãe amamente.

↳ Hepatite B: mãe pode amamentar desde que recém-nascido tenha sido vacinado no parto.

↳ Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença.



Situações em que a aleitamento materno **NÃO é contraindicado**, ou seja, pode ser realizado mesmo com a patologia:

↳ **Dengue**: não há contraindicação da amamentação em mães que contraem dengues, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;

↳ **Consumo de cigarros**: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação.

2.8 – Atenção Humanizada ao recém-nascido/ método Canguru

De acordo com o Ministério da Saúde o método canguru pode ser der definido como uma Política Nacional de atenção ao recém-nascido (RN), que integra uma série de ações voltadas para qualificação do cuidado prestado tanto ao RN quanto a sua família, respeitando a individualidade de cada criança e sua história familiar. Esse método é dividido em três etapas, vamos ver como acontece cada uma delas de acordo com as diretrizes de cuidado do método:

↳A **primeira etapa** tem início no **pré-natal**, com a identificação de situação de risco que indique a necessidade de cuidados especializados para a gestante, os quais podem ou não acarretar a internação do recém-nascido (RN) em uma Unidade Neonatal, quer seja na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). Nesse momento a preocupação maior é facilitar a

aproximação da família com o RN, diminuindo prováveis riscos quanto ao processo de interação e à formação de vínculo entre os pais e a criança. Nesta etapa, recomenda se a posição canguru o mais **precoce** possível e a participação da dupla parental na rotina de cuidados neonatais.

A **segunda etapa** ocorre na **Unidade de Cuidados Intermediários** Neonatal Canguru (UCINCa) onde a mãe, apoiada e orientada pela equipe de Saúde, assume a maior parte dos cuidados com seu filho. São ainda objetivos dessa etapa a continuidade do aleitamento materno, esclarecer as dúvidas em relação aos cuidados do RN e praticar a posição canguru, que deve ser realizada pelo maior tempo possível.

A **terceira etapa** inicia se com a **alta hospitalar** e envolve o cuidado com o recém-nascido e sua família no espaço extra-hospitalar. Nesta etapa, o acompanhamento acontece com a parceria entre a maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de acompanhar as primeiras semanas da criança, em seu domicílio. Para isto é organizada uma agenda de visitas domiciliares, consultas hospitalares e atendimento na UBS mais próxima da residência, além de orientações quanto aos cuidados especializados.[22]



Etapa	Local onde ocorre	Quem realiza a maior parte do cuidado
PRIMIERA ETAPA	Unidade neonatal	Equipe multidisciplinar
SEGUNDA ETAPA	Unidade de cuidados intermediários Canguru	Mãe
TERCEIRA ETAPA	Início na alta hospitalar. Cuidados na maternidade e unidade básica de saúde	Mãe/Família

Para o bebê avançar cada uma dessas fases, existem critérios estabelecidos pela portaria do Ministério da Saúde 1683/07 em substituição a portaria 693/00.

[22] Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_ metodo_canguru_manual_3ed.pdf



Os critérios de transição entre as etapas do método canguru sofreram pequenas diferenças de uma portaria para outra. Apesar disso, algumas bancas ainda fazem trazem questões utilizando os critérios mais antigos. Por isso, fique atento e conheça o que propõe cada portaria, sabendo que a **1683/07 é a referência atualizada**.

Vamos ver quais são os critérios considerados para a transição em cada etapa de acordo com as duas portarias, vou marcar de vermelho as principais diferenças para ficar mais fácil para você.

Etapa	Portaria 693/00	Portaria 1683/07
PRIMIERA ETAPA	Deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Deve ser implantada a coparticipação da mãe no estímulo à sucção e na administração do leite ordenhado, além dos adequados cuidados de higienização. Deverá ser iniciado o contato pele a pele direto, entre mãe e criança, progredindo até a colocação do recém-nascido sobre o tórax da mãe ou do pai. Ressaltar, sempre, a importância da atuação da mãe e da família na recuperação da criança.	Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal. Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal. Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário. Propiciar sempre que possível o contato com o bebê. Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais. Oferecer suporte para a amamentação. Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê. Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências. Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário. Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos. Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê. Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

		Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono.
SEGUNDA ETAPA	O recém-nascido encontra-se estabilizado e poderá ter o acompanhamento contínuo de sua mãe São critérios de elegibilidade para a permanência nessa enfermaria Da mãe: a) certificar que a mãe quer participar desse tipo de assistência e se tem disponibilidade de tempo, bem como um serviço social de apoio; b) assegurar que a decisão seja tomada por meio de consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde; c) verificar a capacidade de reconhecimento das situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação); d) conhecimento e habilidade para a colocação da criança em posição canguru. **Da criança:** **a) estabilidade clínica;** **b) nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);** **c) peso mínimo de 1.250g;** **d) ganho de peso diário maior que 15g.**	**São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:** **Do bebê** **Estabilidade clínica** **Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)** **peso mínimo de 1.250g** Da mãe Desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio Consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde Capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido. Conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru .
TERCEIRA ETAPA	**São critérios para a alta hospitalar, com transferência para a 3ª etapa:** a) mãe segura, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar da criança; b) mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade; c) compromisso materno e familiar para a realização do método por 24 horas/dia;	**São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:** a) mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê b) compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível **c) peso mínimo de 1.600g** d) ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

	d) garantia de retorno frequente à unidade de saúde; **e) criança com peso mínimo de 1.500g;** f) criança com sucção exclusiva ao peito e ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; g) se houver necessidade de complementação da dieta, que esta não esteja sendo ministrada por sonda gástrica; h) condição de acompanhamento ambulatorial assegurada, sendo que, na primeira semana, a frequência deverá ser de três consultas; na segunda semana, de duas consultas; e da terceira semana em diante, pelo menos uma consulta até a criança alcançar o peso de 2500g;	e) sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação f) assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g g) a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana h) garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa. Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

A diretriz referencial do método Canguru traz a determinação da equipe que deve fazer parte dos cuidados oferecidos ao RN, nesta listagem está incluído o fonoaudiólogo. O papel da fonoaudiologia está diretamente relacionado ao incentivo ao aleitamento materno, principalmente através da adequação dos padrões de sucção dos RN com alguma dificuldade.[23]

2.9 – Fonoaudiologia Educacional

A Resolução 387 /2010 do Conselho Federal de Fonoaudiologia dispõe sobre a Especialidade em Fonoaudiologia educacional, estabelecendo atribuições e competências. Os pontos expressos nesta resolução se estendem a todos os fonoaudiólogos que atuam na educação, independentemente de possuírem especialização nesta área.

O profissional especialista em **Fonoaudiologia Educacional** pode a atuar no âmbito educacional, compondo a equipe escolar com objetivo de realizar **avaliação** e **diagnóstico** institucional de situações de ensino-aprendizagem relacionadas à sua área de conhecimento. O fonoaudiólogo pode participar do **planejamento** educacional; elaborar, acompanhar e executar projetos, programas e ações educacionais, que contribuam para o desenvolvimento de habilidades e competências de educadores e educandos buscando a otimização do processo ensino-aprendizagem; promovendo ações de educação dirigidas à população escolar nos diferentes ciclos de vida.

[23] Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 3. ed. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_ metodo_canguru_manual_3ed.pdf.

As competências do Fonoaudiólogo especialistas em educação ficam determinadas por **quatro eixos**: área de conhecimento, função, amplitude e competência e processo produtivo. Vamos ver ao que cada um deles se refere:

Área do Conhecimento: O profissional especialista em Fonoaudiologia Educacional deve conhecer as políticas de educação definidas em âmbito federal, estadual e municipal, bem como os programas, projetos e ações relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem. Deve também atuar em parceria com os educadores visando contribuir para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do escolar; melhoria da qualidade de ensino; aprimoramento das situações de comunicação oral e escrita; identificação de situações que possam dificultar o sucesso escolar e elaboração de programas que favoreçam e otimizem o processo de ensino-aprendizagem. Deve ter, ainda, conhecimento aprofundado da interrelação dos diversos aspectos fonoaudiológicos com os processos e métodos de aprendizagem no ensino regular e especial.

Função: Colaborar no processo de ensino-aprendizagem por meio de programas educacionais de aprimoramento das situações de comunicação oral e escrita; oferecer assessoria e consultoria educacional atuar em gestão na área educacional; atuar em consonância com as políticas, programas e projetos educacionais públicos e privados vigentes.

Amplitude: Todas as esferas administrativas e autarquias educacionais voltadas à Educação Básica; Educação Especial; Educação Profissional e Tecnológica; Educação a Distância; Educação de Jovens e Adultos; Educação Superior e Pós-graduação.

Competências/Processo Produtivo: O domínio do especialista em Fonoaudiologia Educacional inclui aprofundamento em estudos específicos e atuação em situações que impliquem em:

> a) Participar do diagnóstico institucional a fim de identificar e caracterizar os problemas de aprendizagem tendo em vista a construção de estratégias pedagógicas para a superação e melhorias no processo de ensino–aprendizagem.
>
> b) Atuar de modo integrado à equipe escolar a fim de criar ambientes físicos favoráveis à comunicação humana e ao processo de ensino-aprendizagem.
>
> c) Desenvolver ações educativas, formativas e informativas com vistas à disseminação do conhecimento sobre a interface entre comunicação e aprendizagem para os diferentes atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem: gestores, equipes técnicas, professores, familiares e educandos, inclusive intermediando campanhas públicas ou programas intersetoriais que envolvam a otimização da comunicação e da aprendizagem no âmbito educacional;
>
> d) Desenvolver ações institucionais, que busquem a promoção, prevenção, diagnóstico e intervenção de forma integrada ao planejamento educacional, bem como realizar encaminhamentos extraescolares, a fim de criar condições favoráveis para o desenvolvimento e a aprendizagem;

e) Participar das ações do Atendimento Educacional Especializado - AEE de acordo com as diretrizes específicas vigentes do Ministério da Educação;

f) Orientar a equipe escolar para a identificação de fatores de riscos e alterações ocupacionais ligadas ao âmbito da fonoaudiologia;

g) Participar da elaboração, execução e acompanhamento de projetos e propostas educacionais, contribuindo para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem, a partir da aplicação de conhecimentos do campo fonoaudiológico;

h) Desenvolver ações voltadas à consultoria e assessoria fonoaudiológica no âmbito educacional;

i) Participar de Conselhos de Educação nas diferentes esferas governamentais;

j) Processos de formação continuada de profissionais da educação

k) Realizar e divulgar pesquisas científicas que contribuam para o crescimento da educação e para a consolidação da atuação fonoaudiológica no âmbito educacional;

Na atuação na educação inclusiva e/ou especial esta resolução prevê que o fonoaudiólogo deve capacitar educandos, educadores e familiares para a utilização de estratégias comunicativas que possam favorecer a universalização do acesso ao ambiente escolar, o aprendizado e a inclusão escolar e social.

Outro ponto importante é a proibição do fonoaudiólogo educacional realizar atendimento clínico/terapêutico dentro de instituições educacionais, exceto em casos salvaguardados por determinações contidas nas Políticas da Educação Especial vigentes.



É VEDADO ao fonoaudiólogo educacional o atendimento clínico/terapêutico nas unidades educacionais, salvo nos casos determinados na política de educação vigente.

Então como vimos, o papel do fonoaudiólogo educacional não é realizar atendimentos individualizados como se estivesse em um consultório. A atuação é ampla envolve planejamento, diagnóstico, orientação, treinamento da equipe de educação, sempre embasada na política de educação vigente e na resolução do Conselho Federal.

Além dessa resolução que tratamos acima o Sistema de Conselhos Federais e Estaduais lançou mais dois documentos para auxiliar o entendimento do papel e atuação do fonoaudiólogo educacional : Contribuições do Fonoaudiólogo educacional para seu município e sua escola: perguntas frequentes e o

Guia Norteador da atuação do Fonoaudiólogo educacional. Vou deixar o endereço aqui onde você pode encontrar as publicações, caso queira ver na íntegra.

https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/guias-e-manuais/

O guia norteador propõe eixos de ação do fonoaudiólogo educacional para desenvolvimento da sua principal atuação: a colaboração no processo educativo. Essas ações são divididas em cinco eixos: acolhimento à demanda, análise da situação institucional, proposição de estratégias, implantação das propostas e monitoramento das ações. Além dessas ainda propõe a atuação em gestão, pesquisa e ações intersetoriais.

No **acolhimento a demanda** o fonoaudiólogo identifica demandas da equipe escolar, dos familiares e dos alunos, por análise individual ou coletiva. Na realização da **análise da situação institucional** vai elencar aspectos fonoaudiológicos relacionados ao processo educativo; identificar fatores que possam afetar a saúde da coletividade escolar; observar o ambiente físico escolar em relação ao ruído, iluminação, acessibilidade, entre outros.

Na **proposição de estratégias** o fonoaudiólogo, a partir do que foi observado nas ações anteriores vai colaborar na construção e desenvolvimento do projeto político pedagógico, orientar atividades de promoção da comunicação oral e escrita a serem desenvolvidas pelos educadores; colaborar na adaptação dos espaços escolares e recursos pedagógicos, no que se refere a situações de comunicação e de aprendizagem, promover ações de saúde para a comunidade escolar, como por exemplo, a saúde vocal e auditiva dos professores e alunos; entre outras ações.

Na **implantação de propostas** o fonoaudiólogo estabelece prioridades de ação, colabora de forma integrada com o planejamento, faz a intermediação no diálogo entre escola, familiares e equipes de saúde, realiza estudos de caso entre outras ações que forem necessárias.

Além dessas possibilidades, como dito anteriormente, há ainda a atuação na **gestão** .Esta trata da atuação na **elaboração**, **planejamento**, **avaliação**, execução e no controle das políticas públicas educacionais; composição da equipe técnica pedagógica da instituição seja da rede pública ou setor privado; realização de visitas itinerantes de monitoramento de ações implementadas junto às unidades escolares ou de acordo com as demandas levantadas pelas instituições educacionais e intermediação de ações comuns entre os diversos órgãos públicos.

Destaco a atuação nas ações chamadas **intersetoriais**. Estas são assim denominadas quando envolvem a **articulação** de estratégias entre **diferentes setores sociais** ou de diferentes políticas públicas, que são necessárias para o enfrentamento de problemas que afetam a sociedade. São exemplos de ações intersetoriais: ações voltadas para saúde do trabalhador, ações da atenção básica voltadas para comunidade escolar, ações do Programa de saúde na escola, participar de instancias de controle social.



Ações intersetoriais são aquelas que envolvem a articulação de vários setores sociais, ex: saúde, educação, assistência social – que formam o chamado Programa de Saúde na Escola.

A atuação do **fonoaudiólogo** no **atendimento educacional especializado (AEE)** é um tema que costuma estar presente em algumas questões, por isso vou colocar aqui as atribuições específicas dessa atuação.

↳Assessorar, prestar consultoria e oferecer treinamento aos profissionais da equipe de inclusão contribuindo com a orientação aos professores das salas de recursos, que são constituídas conforme a necessidade de cada escola e de acordo com os casos de crianças nelas incluídas.

↳Realizar apoio ao Atendimento Educacional Especializado, por meio da organização das demandas, da avaliação das necessidades específicas dos alunos (recursos e apoios), garantindo a continuidade do planejamento educacional dos estudantes com deficiência e dificuldades relacionadas à aprendizagem. (Não confunda com atendimento clínico!).

↳Promover encontros com os professores da escola regular (professor da sala de aula e de apoio) e o AEE, a fim de refletir e definir, junto aos profissionais envolvidos, melhores estratégias educacionais, avaliações e adequação curricular. [24]

Para finalizar o tema sobre educação vamos entender um pouco sobre **o Programa de Saúde na Escola, o PSE**. Este programa representa uma **política intersetorial** e de integração entre Ministérios da Saúde e da Educação. Visa a garantir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes do ensino básico através de ações desenvolvidas na escola são pelas equipes de saúde da família de forma integrada com os profissionais da educação.

↳**Principais Atividades do Fonoaudiólogo no PSE:** realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, promoção da educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o PSE, realização de monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes, ligada aos aspectos fonoaudiológicos; realizar a intermediação da escola com os profissionais da saúde que se ocupam dos estudantes com necessidades educativas especiais.[25]

[24] Fonte: Cartilha contribuições do Fonoaudiólogo educacional para o seu município e sua escola: perguntas frequentes de educadores e gestores educacionais.
[25] Fonte: Cartilha contribuições do fonoaudiólogo para o avanço do SUS./Sistemas de conselho Federal e Estaduais e Cartilha contribuições do Fonoaudiólogo educacional para o seu município e sua escola: perguntas frequentes de educadores e gestores educacionais.



Não esqueça! Apesar de o Fonoaudiólogo ser um profissional da saúde, sua origem e o desenvolvimento estão muito ligados a educação. Dependendo do foco pode atuar mais em uma área ou em outra. Então resumindo: fonoaudiólogo é considerado profissional da Saúde, que com seus conhecimentos pode colaborar com a educação.

3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), foi criada em 2001 e faz parte da "família" de classificações da Organização Mundial de Saúde(OMS), assim como o Código Internacional de Doenças (CID). O CID-10 e a CIF são complementares e juntos dão uma ideia mais ampla da saúde. As classificações internacionais possibilitam descrever e acompanhar a saúde de populações em um contexto internacional. No caso da CIF ocorre a descrição das condições de saúde de forma padronizada e estruturada.

A CIF classifica as condições de saúde baseada no modelo biomédico e social, construindo uma abordagem biopsicossocial, integrando a descrição biológica, individual e socia[26]l.

O objetivo geral da CIF é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. Os objetivos específicos da CIF são[27]:

Objetivos da CIF[29]

A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a várias disciplinas e sectores diferentes. Os seus objetivos específicos podem ser resumidos da seguinte maneira:

*Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde, dos estados relacionadas com a saúde, dos resultados e dos determinantes;

*Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais

[26] https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/faqs/arquivo_17.pdf
[27] http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf

como, profissionais de saúde, investigadores, decisores e o público, inclusive pessoas com incapacidades;

*Permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;

*Proporcionar um esquema de codificação sistemático com aplicação nos sistemas de informação de saúde.

Estes objetivos estão interrelacionados dado que a necessidade de aplicar a CIF e a sua

utilização requerem a construção de um sistema prático e útil que possa ser aplicado por

vários utilizadores na política de saúde, na garantia da qualidade e na avaliação de resultados em diferentes culturas.

A Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia criou um material chamado *Perguntas e Respostas frequentes sobre a CIF: saúde e Fonoaudiologia*, vou destacar alguns pontos desse material e deixar aqui o endereço eletrônico caso você queira ler na íntegra[28]:

https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/faqs/arquivo_17.pdf

Esse material traz os objetivos da CIF, já descritos acima, de uma forma mais clara, vou colocar aqui para facilitar a compreensão.



Objetivos da CIF descritos pelo Manual da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia:

• Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e efeitos;

• Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores das políticas públicas e o público, incluindo as pessoas com deficiência;

• Permitir a comparação de dados de modo consistente entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo.

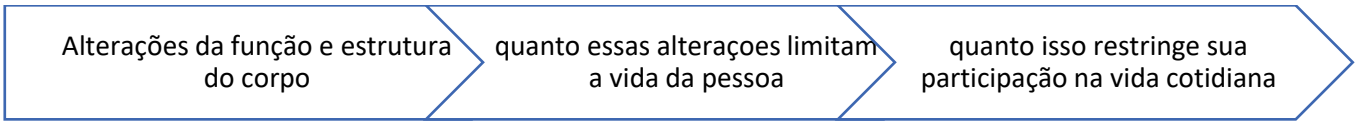
> • É preciso dados confiáveis e comparáveis sobre a saúde de pessoas e coletivos, incluindo determinar a saúde geral das populações, a prevalência e a incidência de condições não-fatais, medir necessidades de cuidados de saúde e o desempenho e efetividade dos sistemas de cuidados de saúde. A CIF fornece a estrutura e o sistema de classificação para estes propósitos.
>
> • Fornecer um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde. Um dos usos da CIF é como uma ferramenta de planejamento e política para tomada de decisões

Aí você vai falar: Professora para que repetir se você já tina colocado os objetivos antes? Então eu te respondo: Por que muitas vezes uma palavra faz diferença na resposta da questão. Então sendo assim, acho importante você saber como isso vem descrito exatamente nesses dois documentos.

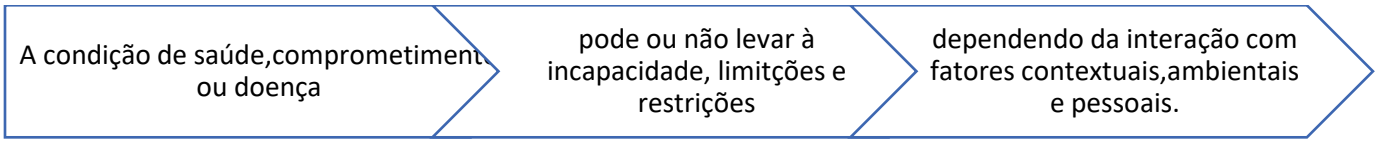
Ainda de acordo com o documento: Respostas a Perguntas frequentes sobre a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (**CIF**): saúde e a fonoaudiologia, podemos entender essa classificação como um modelo que se baseia na **vida** pois considera a forma como o indivíduo vive.

> A **CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, aprovada e publicada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é um sistema de classificação das condições de saúde, que se pauta na junção dos modelos teóricos biomédico e social constituindo uma **abordagem biopsicossocial** da saúde que possibilita integrar suas várias dimensões - biológica, individual e social.
>
> A CIF abrange as alterações da função e da estrutura do corpo e o quanto essas alterações limitam a capacidade de uma pessoa e restringem sua participação na vida cotidiana (estudar, trabalhar, se relacionar, entre outros).[29]

De forma resumida os componentes que abrangem a CIF são:



A CIF leva em conta o contexto em que o indivíduo está inserido. A ocorrência ou não da incapacidade vai depender da interação dos componentes da CIF com o contesto que esse indivíduo vive. Resumindo:



[29] https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/faqs/arquivo_17.pdf

O foco da CIF é a saúde e a funcionalidade nas atividades de vida cotidiana. A incapacidade está na interação dos fatores compreendidos no fenômeno saúde e não no indivíduo.[30] Vamos ver agora a definição da CIF para funcionalidade e incapacidade.

> **Funcionalidade:** é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de
>
> **Incapacidade:** é um termo que inclui deficiências, limitação de atividade ou restrição na participação.

Em termos de estrutura a CIF traz duas partes, uma relacionada as funcionalidades e Incapacidade outra relacionada a fatores contextuais. Cada uma dessas partes tem seus componentes.

> A CIF está dividida em duas partes: a Parte 1 da CIF faz referência à Funcionalidade e Incapacidade e a Parte 2 abrange os Fatores Contextuais. Cada parte tem dois componentes:
>
> **Parte 1**: Os componentes da Funcionalidade e Incapacidade são: Componente Corpo - que apresenta duas classificações, uma para as funções dos sistemas do corpo e outra para as estruturas do corpo; Componente Atividades e Participação que abrange a faixa de domínios que revelam os aspectos da funcionalidade, na perspectiva individual e social, sendo interpretados por dois construtos: capacidade e desempenho.
>
> **Parte 2**: Os componentes dos Fatores Contextuais são: Componente "Fatores Ambientais apresentam impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e incapacidade; Componente "Fatores Pessoais" – são considerados, mas não estão classificados na CIF devido variações sociais e culturais diversas associadas aos mesmos.

Para finalizar vou colocar algumas considerações importantes que você não pode esquecer: A **CIF** não é uma ferramenta de avaliação e sim de **CLASSIFICAÇÃO**, também não diz como o profissional deve avaliar, adota uma abordagem universal(pode ser aplicada a qualquer pessoa) pois considera que todas as pessoas estão em risco de incapacidade em maior ou menor grau[31].

A CIF classifica os indivíduos dentro do contexto em que vivem, o enfoque não é a deficiência e sim a saúde, possibilitando desta forma uma diminuição do enfoque negativo e limitante que a deficiência impõe.

---

[30] http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf
[31] https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/faqs/arquivo_17.pdf
[31] http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf



QUESTÕES COMENTADAS

1. (FUNDATEC /Pref. Tapejara -2019)

Sobre a atuação do Fonoaudiólogo Educacional, analise as assertivas abaixo:

I. Pode participar no planejamento e na discussão das práticas pedagógicas da instituição educacional.

II. Quando uma criança não aprende, é necessário analisar todo o contexto em que ela está inserida e as possíveis causas. O fonoaudiólogo participa dessa discussão e contribui com seu conhecimento específico para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a aprendizagem.

III. Não se recomenda que o fonoaudiólogo desenvolva atividades dentro da sala de aula, pois é um espaço reservado ao professor.

IV. O Fonoaudiólogo Educacional pode realizar atendimento clínico dentro da escola (especialmente nas escolas regulares) e fora dela, encaminhando os alunos para seu consultório. É uma forma prática de atender as demandas da escola, das famílias e do profissional.

Quais estão corretas?

A) Apenas I e II

B) Apenas II e III

C) Apenas II e IV

D) I, III e IV

E) I, II,III e IV

Comentários:

Segundo a cartilha do sistema de conselhos Federais e Regionais de Fonoaudiologia: "contribuições do fonoaudiólogo escolar para seu município e sua escola":

↳O fonoaudiólogo pode participar no planejamento e na discussão das práticas pedagógicas da instituição educacional, com objetivo de favorecer o processo de ensino aprendizagem, principalmente dos alunos com maiores dificuldades. (I e II – Certas)

↳Se necessário pode realizar atividades coletivas em sala de aula e orientações aos professores. (III – errada)

↳Nesse papel não está previsto atendimento clínico especializado nas escolas ou encaminhamento para consultórios particulares. Caso necessário o atendimento será realizado nas unidades de saúde de referência. (IV – Errada)

Alternativa A: Certa

Alternativa B: Errada

Alternativa C: Errada

Alternativa D: Errada

Alternativa E: Errada

Gabarito: letra A

2. (FUNDEP/Pref. Ervália – 2019)

De acordo com a Carta de Ottawa (1985), a promoção de saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com maior participação no controle desse processo.

Em relação à atuação do fonoaudiólogo na promoção de saúde analise as afirmativas a seguir.

I. As ações do fonoaudiólogo no serviço público de saúde devem ser definidas pelo próprio profissional por meio de critérios marcadamente clínicos e relacionados à prática clínica individual.

II. O fonoaudiólogo deve atender aos pacientes com problemas de fala, linguagem, voz e motricidade oral na unidade básica de saúde, já que este é o local mais apropriado para tratar os problemas de saúde dos usuários do SUS.

III. O trabalho do fonoaudiólogo com o objetivo de prevenção deve ter como expectativa maior o tratamento dos agravos fonoaudiológicos, observados por um prisma assistencial que percebe a saúde do indivíduo e da comunidade como a ausência de doença.

IV. O fonoaudiólogo deve participar da elaboração de programas comunitários que venham ao encontro dos interesses e das necessidades daquela comunidade.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s).

A) I e II, apenas.

B) II e IV, apenas.

C) III e IV, apenas.

D) IV, apenas.

Comentários:

A Política de Promoção de Saúde se baseia no conceito ampliado de saúde e não vê está apenas como uma ausência de doença. Os chamados determinantes sociais (Moradia, educação, trabalho, lazer etc.) são considerados como fundamentais na determinação da saúde dos indivíduos e comunidades. Dessa forma:

As ações do fonoaudiólogo no serviço público de saúde devem ser definidas baseadas nos indicadores de saúde da população considerados a partir de estudos epidemiológicos. Devem considerar aspectos coletivos e individuais relacionados aos agravos. (Afirmativa I – Errada)

O Fonoaudiólogo pode realizar atendimento individualizado nas unidades básicas de saúde, mas também pode realizar visitas domiciliares caso faça parte de uma região com equipes da Estratégia de Saúde da Família. Também pode realizar ações coletivas em escolas, praças e outros locais pertencentes ao território de saúde ao qual faz parte. (afirmativa II – Errada)

O trabalho do fonoaudiólogo sobre o prisma da prevenção e promoção de saúde envolver um conceito ampliado de saúde e não simplesmente a ausência de doença. (afirmativa III – Errada)

O fonoaudiólogo deve participar da elaboração de programas comunitários que venham ao encontro dos interesses e das necessidades daquela comunidade. (Afirmativa IV – certa)

Alternativa A: Errada - afirmativas I e II incorretas

Alternativa B: Errada - afirmativas II e IV incorretas

Alternativa C: Errada – Afirmativa III incorreta

Alternativa D: Certa - Afirmativa IV certa

Gabarito: Letra D

3. (FUNDATEC/Seberi – 2019)

Com base no documento "Contribuições do fonoaudiólogo educacional para seu município e sua escola", do Conselho Federal de Fonoaudiologia, o fonoaudiólogo pode colaborar com o professor que tenha alunos com necessidades especiais. Nesse sentido, analise as assertivas abaixo sobre o que o fonoaudiólogo pode fazer, de acordo com as necessidades de cada aluno:

I. Discutir com o professor e com a equipe do atendimento especializado, buscando uma compreensão e propondo estratégias para promover a aprendizagem e a inclusão do aluno.

II. Viabilizar formações, sugerir ações, esclarecer e indicar uso de recursos específicos para cada caso.

III. Discutir adaptações curriculares e acompanhar a evolução escolar.

IV. Orientar e mediar discussões com os pais, os cuidadores e outros profissionais que assistam o aluno.

Quais estão corretas?

A) Apenas I e III.

B) Apenas I e IV.

C) Apenas II e III

D) Apenas II e IV.

E) I, II, III e IV.

Comentários:

De acordo com o documento: "Contribuições do fonoaudiólogo educacional para seu município e sua escola" todas as afirmativas estão corretas, como podemos confirmar na citação abaixo retira da página 17 da referência citada, disponível em:

https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2015/04/cartilha-fono-educacional-20151.pdf

> *Como o fonoaudiólogo pode contribuir nas questões educacionais dentro de sua área de competência?*
>
> *Colaborando com orientações a professores, pais e alunos.*
>
> *Realizando ações no ambiente que favoreçam condições para o processo de ensino e aprendizagem.*
>
> *Analisando e discutindo estratégias de ensino com os professores.*
>
> *Propondo programas de estimulação de linguagem, habilidades auditivas e/ou visuais, controle de ruídos, entre outros.*
>
> *Participando no planejamento e na discussão das práticas pedagógicas da instituição educacional.*
>
> *Participando da análise de dados da rede de ensino, na elaboração de projetos para políticas públicas, na avaliação e monitoramento de sistemas e propostas educacionais de redes de ensino, bem como na coordenação de projetos.*
>
> *Participando no Atendimento Educacional Especializado (AEE), acompanhando e auxiliando na discussão da adaptação curricular e nas questões pedagógicas para alunos com deficiências.*

A **alternativa A** está errada.

A **alternativa B** está errada.

A **alternativa C** está errada.

A **alternativa D** está errada.

A **alternativa E** está certa.

Gabarito: Letra E

4. (FUNDATEC/ prefeitura Tapejara – 2019)

( ) O leite produzido nos alvéolos é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos. Para cada lobo mamário, há um seio lactífero, com uma saída independente no mamilo.

( ) A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são a testosterona (quando o bebê for do sexo masculino), responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, responsável pela formação dos lóbulos (nos casos de bebês do sexo feminino).

( ) Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada, nos níveis sanguíneos maternos, de progestogênio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite.

( ) Após a "descida do leite", inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

A) V – V – F – V.

B) F – F – V – F.

C) V – F – V – V.

D) F – V – F – F.

E) V – F – V – F.

Comentários:

Primeira afirmativa: **verdadeira** - A glândula mamária é composta por diversas estruturas chamadas alvéolos. Nestes, o leite é produzido pela ação de um hormônio chamado prolactina e "ejetado" pela ação da ocitocina para diversos "canos" chamados ductos lactíferos. Esses ductos formam várias ramificações que terminam em uma espécie de "bolsa" onde o leite fica armazenado chamado de "seios lactíferos". O conjunto de ductos que termina em um seio lactífero formam o "lobo mamário" .

Segunda afirmativa: Falsa – Dois hormônios mais importantes da lactogênese fase I – estrogênio (responsável pela ramificação dos ductos lactíferos) e progesterona (responsável pela formação do lóbulo).

Terceira afirmativa: verdadeira – Lactogênese fase II – Iniciada com a liberação da prolactina pela hipófise anterior após a saída da placenta, que gera uma diminuição dos níveis de progesterona.

Quarta Afirmativa: Verdadeira – A lactogênese fase III ou galactopoiese tem início após a descida do leite, e tem duração durante todo processo de lactação. Vai depender da sucção do bebê, pois esta vai interferir na liberação da prolactina que produz o leite e na ocitocina, responsável pela ejeção/saída do leite da mama.

A **alternativa A** está errada.

A **alternativa B** está errada.

A **alternativa C** está certa

A **alternativa D** está errada.

A **alternativa E** está errada.

Gabarito: Letra C

5. (FUNDEP / Pref. Pará de MG- 2018)

São ações possíveis de serem desenvolvidas por fonoaudiólogos nas Unidades Básicas de Saúde obedecendo aos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, EXCETO:

A. Campanhas preventivas sobre maus hábitos orais em pré-escolas da rede pública.

B .Atendimento terapêutico de pacientes com distúrbios de aprendizagem nas escolas em concordância com o Programa de Saúde do Escolar – PSE.

C. Grupos educativos e oficinas de voz e linguagem com os usuários do serviço de saúde

D. Capacitação dos agentes comunitários de saúde quanto à saúde da comunicação humana e estratégias de prevenção dos agravos à saúde da comunidade.

Comentários:

Atente para o fato de, nesta questão, a banca solicitar o que é considerado EXCEÇÃO nas ações possíveis a serem realizadas por fonoaudiólogos. Logo, no nosso raciocínio para responder à questão, devemos considerar as afirmativas que expressam ações possíveis de serem realizadas, apesar de verdadeiras, incorretas para atender ao desejado no enunciado. A resposta verdadeira será aquela que trouxer uma afirmativa falsa.

Alternativa A – Errada. Um dos princípios do SUS é a integralidade que prevê ações preventivas e curativas dentro de uma rede de cuidados, logo esta afirmativa é verdadeira, não atendendo a pergunta da questão que solicita a EXCESSÃO, ou seja, ações que não são possíveis de serem desenvolvidas pelo fonoaudiólogo nas Unidades Básicas.

Alternativa B- Certa. O programa Saúde na Escola não prevê atendimento terapêutico aos escolares com distúrbios de aprendizagem nas escolas. O Objetivo do programa é promover ações de promoção de saúde nas comunidades escolares, firmar parcerias saúde – educação – assistência social e encaminhar, caso necessário atendimento, as crianças para sua Unidade Básica de Saúde de referência.

Alternativa C – errada – Prevenção e promoção de saúde estão previstas na atuação do fonoaudiólogo na Unidade básica logo esta afirmativa traz uma ação que pode ser realizada, não sendo exceção.

Alternativa D – errada – Dentro da atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da família está previsto apoio pedagógico a equipe mínima formada por agentes comunitários, enfermeiros, médicos e técnico de enfermagem. Afirmativa traz ação que pode ser realizada, não sendo exceção.

Gabarito: Letra B

6. (UFMT/ Pref. VG – 2018)

As políticas públicas de saúde contemplam a atuação do fonoaudiólogo nos diversos níveis de atenção à saúde. Sobre as atividades desenvolvidas pelo fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), marque V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

( ) Incluem a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada.

( ) Têm como principal atividade a terapia individual de acordo com as necessidades de cada usuário e suas disfunções específicas.

( ) Preveem a identificação dos fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais.

( ) Promovem a educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação.

Assinale a sequência correta.

A) F, F, V, V

B) V, V, F, F

C) F, V, F, F

D) V, F, V, V

Comentários:

As ações do NASF Incluem a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada. (Afirmativa verdadeira)

Têm como principal atividade terapia individual de acordo com as necessidades de cada usuário e suas disfunções específicas. (Afirmativa Falsa, pois têm como principal atividade a promoção e prevenção de saúde, principalmente da coletividade e não ações de terapia individualizadas)

Preveem a identificação dos fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais. (Afirmativa verdadeira)

Promovem a educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação. (afirmativa verdadeira)

Alternativa A – Errada

Alternativa B – Errada

Alternativa C – Errada

Alternativa D - Certa

Gabarito: Letra D

7. (FUNDATEC/Pref Chuí -2019)

Segundo a cartilha "Contribuições da Fonoaudiologia para o avanço no SUS", do Conselho Federal de fonoaudiologia, o fonoaudiólogo do NASF desenvolve tanto atividades comuns aos demais profissionais quanto ações específicas. Sobre o tema, analise as assertivas abaixo:

I. Identificar fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais.

II. Realizar consulta compartilhada com a equipe de saúde da família.

III. Facilitar a inclusão social de usuários com deficiência auditiva, física e intelectual.

Quais estão corretas?

a) Apenas I.

b) Apenas II.

c) Apenas III.

d) Apenas I e II.

e) I, II e III.

Comentários:

Segundo a cartilha "Contribuições da Fonoaudiologia para o avanço no SUS:

> O **fonoaudiólogo** do **NASF** desenvolve tanto atividades comuns aos demais profissionais quanto ações específicas. Dentre estas, estão:
>
> ↳Identificar fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais;
>
> ↳Compartilhar a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada;
>
> ↳Realizar consulta compartilhado com a equipe de saúde da família;
>
> ↳Facilitar a inclusão social de usuários com deficiência auditiva, física e intelectual;
>
> ↳Promover educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação.

Sendo assim as três afirmativas são verdadeiras (I,II e III) .

Alternativa A – Errada

Alternativa B – Errada

Alternativa C – Errada

Alternativa D – Errada

Alternativa E - Certa

Gabarito: Letra E

8. (Instituto AOCP/EBSERH HC-UFMG-2014/Edital 03)

De acordo com o Documento Oficial do Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2ª edição de 2007– Contribuição da Fonoaudiologia para Avanço do SUS, uma das atuações do fonoaudiólogo na Saúde Pública se dá por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assinale a alternativa que NÃO contempla uma das ações específicas desenvolvidas pelo fonoaudiólogo.

a) Identificar fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais.

b) Compartilhar a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada.

c) Realizar consulta fonoaudiológica individualizada, de acordo com a patologia do indivíduo.

d) Facilitar a inclusão social de usuários com deficiência auditiva, física e intelectual.

e) Promover educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação.

Comentários:

A banca solicita nessa questão que você marque a alternativa que traz uma afirmação errada em relação a atuação do fonoaudiólogo no NASF ou seja a alternativa que não contempla as ações previstas.

Alternativa A - Errada - De acordo com a cartilha Contribuição da Fonoaudiologia para Avanço do SUS Identificar fatores de risco que levam aos distúrbios da comunicação e funções orofaciais é uma ação prevista para o fonoaudiólogo.

Alternativa B - Errada - De acordo com a cartilha Contribuição da Fonoaudiologia para Avanço do SUS Compartilhar a construção de projetos terapêuticos dos usuários com necessidade de atenção especializada é uma ação prevista para o fonoaudiólogo.

Alternativa C - Certa - De acordo com a cartilha Contribuição da Fonoaudiologia para Avanço do SUS Realizar consulta fonoaudiológica individualizada, de acordo com a patologia do indivíduo não é uma ação específica realizado pelo fonoaudiólogo. É importante lembrar que a atuação no NASF prevê o matriciamento e o desenvolvimento de ações coletivas.

Alternativa D - Errada - De acordo com a cartilha Contribuição da Fonoaudiologia para Avanço do SUS Facilitar a inclusão social de usuários com deficiência auditiva, física e intelectual é uma ação prevista para o fonoaudiólogo.

Alternativa E - Errada - De acordo com a cartilha Contribuição da Fonoaudiologia para Avanço do SUS Promover educação permanente para os profissionais da saúde e da educação a respeito dos diversos distúrbios da comunicação é uma ação prevista para o fonoaudiólogo.

Gabarito: letra C

9. IBFC - Fonoaudiólogo (EBSERH)/2020

A amamentação é um ato natural, porém, aleitar pode não ser simples para algumas mulheres, pois depende tanto de condições clínicas e anatômicas mãe-recém-nascido, como do significado que as mães atribuem ao seio, ao corpo, ao lactente, ao ato de amamentar e às circunstâncias econômicas, sociais e culturais, desta forma analise as afirmativas abaixo:

I. O Aleitamento Materno (AM) propicia adequado crescimento e desenvolvimento das estruturas que compõem o sistema estomatognático e respectivas funções de respiração, sucção, deglutição, mastigação e fala.

II. A avaliação da mamada permite que o profissional da saúde identifique aspectos anatômicos e fisiológicos mãe-recém-nascido (RN) que levam ao insucesso do AM, tais como traumas mamilares, padrão de sucção ineficiente, pega inadequada e incoordenação dos movimentos de sucção-deglutição-respiração.

III. A intervenção fonoaudiológica junto às díades mãe-RN, logo nos primeiros dias de vida, produz efeitos positivos no estabelecimento do AM, independentemente do tempo de vida do RN, contribuindo para a adequação de aspectos associados à pega do RN e ao posicionamento da díade.

Assinale a alternativa correta.

a) As afirmativas I, II e III estão corretas

b) Apenas as afirmativas I e II estão corretas

c) Apenas as afirmativas II e III estão corretas

d) Apenas as afirmativas I e III estão corretas

e) Apenas a afirmativa I está correta

Comentários:

Essa está fácil! rs A questão apresenta três afirmativas verdadeiras em relação ao aleitamento: a amamentação promove o desenvolvimento harmonioso da face, avaliação da mamada observando pega e posição são fundamentais para evitar fissuras e a atuação do fonoaudiólogo no estabelecimento do aleitamento, mesmo em prematuros pode auxiliar em uma pega adequada e sucção e consequentemente no ganho de peso.

Gabarito: Letra A

Alternativa A – certa

Alternativa B – Errada

Alternativa C – Errada

Alternativa D – Errada

Alternativa E - Errada

10. IBADE - Fonoaudiólogo (Pref Vila Velha)/2020

Um paciente diabético procura uma unidade básica de saúde para solicitar um medicamento que o seu plano de saúde não fornece. O princípio do Sistema Único de Saúde, que respalda e garante o acesso desse paciente, bem como de qualquer indivíduo aos serviços públicos de saúde, é:

a) equidade.

b) universalidade.

c) regionalização.

d) direito a informação.

e) participação da comunidade.

Comentários:

O princípio colocado pela banca é a universalidade, ou seja, o SUS é direito de TODOS. Vamos relembrar o que significa cada princípio:

Regionalização e Hierarquização: Os serviços são distribuídos em uma determinada área geográfica, a partir do estudo dos indicadores de saúde de uma população, formando uma rede de atenção à saúde e são organizados em ordem crescente de complexidade (atenção primária, secundária e terciária).

Descentralização: A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única sendo que cada uma das esferas de governo tem autonomia na execução, ou seja, na gestão, desde que respeitado o que determina a lei. No âmbito da União a gestão é exercida pelo ministério da saúde, no âmbito estadual pelas secretarias estaduais e no âmbito municipal pelas secretarias municipais de saúde.

Participação da comunidade: A sociedade deve participar através dos conselhos e conferências de saúde do SUS.

Universalidade: Todas as pessoas têm direito a todos os serviços de saúde independentemente do nível de complexidade. (acesso universal)

Integralidade: Todas as ações são contempladas, da prevenção a reabilitação. Representa um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Equidade: diferente de igualdade significa dar mais a quem precisa mais para que todos tenham as mesmas condições de saúde, com objetivo de diminuir desigualdades.

Alternativa A – Errada

Alternativa B – Certa

Alternativa C – Errada

Alternativa D – Errada

Alternativa E - Errada

Gabarito: letra B

11. (IBADE/Pref Jaru-2019)

No Brasil, a "articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou uma situação em conjunto" tem sido apontada como caminho para a mudança do modelo assistencial e a reorganização da atenção à saúde, este conceito denomina-se:

a) igualdade.

b) regionalização.

c) hierarquização.

d) universalidade.

e) intersetorialidade.

Comentários:

Regionalização e Hierarquização: Os serviços são distribuídos em uma determinada área geográfica, a partir do estudo dos indicadores de saúde de uma população, formando uma rede de atenção à saúde e são organizados em ordem crescente de complexidade (atenção primária, secundária e terciária).

Universalidade: Todas as pessoas têm direito a todos os serviços de saúde independentemente do nível de complexidade. (acesso universal)

Considerando os conceitos acima já eliminados essas alternativas veja que a banca escreve: articulação entre setores sociais diversos apontando para o conceito de intersetorialidade que significa justamente o que está descrito nessa primeira frase.

Alternativa A – Errada

Alternativa B – Errada

Alternativa C – Errada

Alternativa D – Errada

Alternativa E - Certa

Gabarito: Letra E

12. (VUNESP/Pref Atibaia-2014)

Focaliza o conceito de "vida", considerando a forma como o indivíduo vive, seus problemas de saúde e melhorias das condições de vida. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde, bem como proteção dos direitos do indivíduo e do coletivo, foi adotada pela Organização Mundial da Saúde como uma classificação social, como um quadro de referência apropriado para definir a legislação internacional sobre direitos humanos, bem como a legislação nacional.

Esse texto refere-se

a) à Lei n.º 10.216/02.

b) à Lei n.º 6.965/81.

c) ao CID.

d) ao CIF.

e) ao CID e CIF.

Comentários:

De acordo com o documento: Respostas a Perguntas frequentes sobre a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF): saúde e a fonoaudiologia podemos entender essa classificação como um modelo que se baseia na vida pois considera a forma como o indivíduo vive.

> A CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, aprovada e publicada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é um sistema de classificação das condições de saúde, que se pauta na junção dos modelos teóricos biomédico e social constituindo uma abordagem biopsicossocial da saúde que possibilita integrar suas várias dimensões - biológica, individual e social.
>
> A CIF abrange as alterações da função e da estrutura do corpo e o quanto essas alterações limitam a capacidade de uma pessoa e restringem sua participação na vida cotidiana (estudar, trabalhar, se relacionar, entre outros).[32]

Alternativa A– Errada

Alternativa B – Errada

Alternativa C – Errada

Alternativa D - Certa

Alternativa E – Errada

Gabarito: Letra D

[32] https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/faqs/arquivo_17.pdf

GABARITO

1. LETRA A
2. LETRA D
3. LETRA E
4. LETRA C
5. LETRA B
6. LETRA D
7. LETRA E
8. LETRA C
9. LETRA A
10. LETRA B
11. LETRA E
12. LETRA A

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1. 

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. 

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. 

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. 

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. 

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. 

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. 

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. 

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.