

**UFSM  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

## **FONOAUDIOLOGIA PREVENTIVA**

**MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

**Leisa Cristina Danieli**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2006**

# **FONOAUDIOLOGIA PREVENTIVA**

por

**Leisa Cristina Danieli**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Fonoaudiologia, área de concentração: Linguagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para conclusão do **Curso de Especialização em Fonoaudiologia**.

**Orientadora: Profa. Dra. Helena Bolli Mota**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2006**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação  
Humana  
Curso de Especialização em Fonoaudiologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Monografia de Especialização

**FONOAUDIOLOGIA PREVENTIVA**

elaborada por  
**Leisa Cristina Danieli**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialização em Fonoaudiologia**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Helena Bolli Mota, Profa. Dra.  
(Presidente/Orientadora)**

---

**Márcia Keske-Soares, Profa. Dra.  
(Membro/Examinadora)**

---

**Ana Maria Toniolo da Silva, Profa. Dra.  
(Membro/Examinadora)**

Santa Maria, agosto de 2006.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A Deus, por nunca deixar dúvidas de que está ao meu lado, durante minha vida inteira.

A minha família, por ser meu porto-seguro, meu exemplo e minha razão de existir.

A minha orientadora, Dra. Helena Bolli Mota, pela compreensão, amizade, paciência, confiança e ensinamentos passados durante todos esses anos e principalmente por ser muito mais que apenas uma professora.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus adorados pais, Moacir e Albina Danieli, por me incentivarem a estudar, por confiarem em mim e aceitarem minhas escolhas, pelo apoio, pela força, pela ajuda financeira, pelas renúncias, pelo amor incondicional e por tudo o que fizeram para que eu pudesse “voar”.

As minhas amadas irmãs Guio e Marla, pelos conselhos, amizade, segurança e amor que me deram durante minha vida inteira e por serem as maiores responsáveis pela minha paixão pela fonoaudiologia preventiva.

Ao meu amado irmão Marcel, por existir.

Aos meus queridos cunhados Adelar e Cláudio, pelos momentos de distração, risos e por fazerem minhas irmãs felizes.

Ao Marcelo, que mesmo não fazendo parte da Fonoaudiologia, me ajudou muito nesse trabalho, com incentivo, força e amor e pelas incontáveis ajudas para “lidar” com o computador.

As queridas amigas e colegas de profissão Angela, Joana, Ana Paula, Paula e Maria, pela amizade, amor, respeito, companheirismo, pela força dada nos momentos difíceis e por terem sido o melhor presente que recebi durante a faculdade.

A Prof. Dra. Márcia Keske-Soares, por aceitar fazer parte da banca examinadora deste trabalho e por sempre passar ensinamentos que vão muito além dos livros.

A Prof. Dra. Ana Maria Toniolo da Silva, por tão gentilmente ter aceito meu convite em participar da banca examinadora deste trabalho e por ser um exemplo de pessoa e de fonoaudióloga.

A todos os meus amigos, em especial a Eloise, pelos risos, pelas vezes em que me ouviram, pelos momentos especiais, por entenderem minhas ausências e por toda ajuda direta ou indireta para a conclusão desse trabalho.

A minhas queridas amigas Daniela e Jacqueline, pelo empenho em conseguir materiais para esse trabalho.

As pessoas que amo, algumas mesmo não sabendo que eu as amo, pelo sorriso e pelo simples fato de terem cruzado o meu caminho.

A família da minha amiga Angela, pelo apoio, receptividade, preocupação e cuidados que tiveram comigo durante os 4 anos da faculdade.

Aos meus pacientes, que compreenderam as minhas mudanças repentinas de horários e por sempre confiarem em mim.

A todas as pesquisadoras em Fonoaudiologia em Saúde Pública e Fonoaudiologia Preventiva, pela coragem em iniciar pesquisas nessa área tão nova para nós e por terem aberto meus caminhos.

E por fim, agradeço a todas as pessoas que passaram por mim durante os anos da Universidade, pelos sorrisos, palavras e silêncios.

“As coisas que vemos não são  
somente aquelas que chegam à nossa mente através dos olhos, mas também,  
aquelas que saem de nossa mente e influenciam o nosso olhar.”  
(autor desconhecido)

## **RESUMO**

Monografia de Especialização  
Curso de Especialização em Fonoaudiologia  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana  
Universidade Federal de Santa Maria

### **FONOAUDIOLOGIA PREVENTIVA**

AUTORA: Leisa Cristina Danieli  
ORIENTADORA: Helena Bolli Mota  
Santa Maria, 10 de julho de 2006.

O objetivo deste trabalho de revisão de literatura é tratar de um assunto atual para a Fonoaudiologia: a Fonoaudiologia preventiva, sua teoria e exemplos de práticas. A fonoaudiologia preventiva tem como objetivos elaborar ações de programas de orientação quanto ao desenvolvimento da linguagem e audição, intervindo na prevenção, na terapia e na reabilitação das possíveis patologias ligadas à comunicação humana. São medidas de prevenção todas as ações que precedem, antecipam e/ou tornam impossível a ocorrência ou o desenvolvimento das doenças. São as ações tomadas antecipadamente, baseadas no conhecimento do histórico das doenças tornando improvável o seu progresso. A prevenção é dividida em três níveis básicos, que podem variar de acordo com o momento de sua interferência: o período pré-patogênese ou período que não há manifestação da doença, o período inicial e o período avançado da patogênese. A Fonoaudiologia vêm atuando pouco nos dois primeiros níveis de prevenção, estando mais restrita à reabilitação. É preciso mudar esse quadro atual e para isso são necessárias mudanças na formação dos profissionais de fonoaudiologia bem como um maior conhecimento dos fonoaudiólogos sobre prevenção.

Palavras-chaves: Fonoaudiologia, Saúde, Prevenção, Atenção Primária



## **ABSTRACT**

Monograph of Specialization  
Course of Specialization in Speech Language and Hearing Sciences  
Pos-Graduation Program in Human Communication Disorders  
Federal University of Santa Maria

### **PREVENTIVE SPEECH LANGUAGE AND HEARING SCIENCES**

Author: Leisa Cristina Danieli

Adviser: Helena Bolli Mota

Santa Maria, 31 de julho de 2006.

The purpose of this essay is to explore a recent subject in Speech Language and Hearing Sciences: preventive Speech Language and Hearing Sciences; its theory and practical examples. Preventive Speech Language and Hearing Sciences aims to elaborate guided action programs regarding language and listening development, intervening in prevention, in therapy and in the rehabilitation of possible pathologies related to human communication. All actions that precede, anticipate and/or turn impossible the occurrence or the development of diseases are considered preventive measures. They are the actions taken in advance, based on the illness record knowledge turning its progress improbable. Prevention is divided into three basic levels, which can vary according to the interference moment: pre-pathogenesis period or the period where there isn't a disease demonstration, initial period and advanced pathogenesis period. Speech Language and Hearing Sciences is acting very little in the first two prevention levels, being more restrict to rehabilitation. So, it's necessary to change this scenery and for this to happen, changes in the fonoaudiologists vocational training are needed, as well as a larger knowledge on prevention.

Key-words: Speech Language and Hearing Sciences, Health, prevention, primary attention.

## SUMÁRIO:

RESUMO.....	08
ABSTRACT.....	09
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Fonoaudiologia.....	13
2.2 Saúde.....	14
2.3 Um breve histórico da Atenção Primária a Saúde no Brasil.....	17
2.4 Prevenção.....	20
2.5 Fases e níveis de Prevenção.....	21
2.6 A Prevenção em Fonoaudiologia.....	24
3 CONCLUSÃO.....	32
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

# 1 INTRODUÇÃO

Segundo Andrade (1996), a Fonoaudiologia é a ciência que se destina a cuidar do indivíduo ou de populações no que se refere à comunicação humana em seus aspectos de fala (articulação, voz e fluência), linguagem oral e escrita (aspectos fonológicos, morfológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos), audição (sensibilidade, acuidade, função e processamento) e ao sistema motor-oral (postura, tônus e sistema neuro-vegetativo). Promove, habilita, aperfeiçoa e recupera os padrões comunicativos, sem preconceitos de ordem política, social, racial e/ou religiosa.

A existência humana tem como traço distintivo à habilidade de comunicação, pelo uso de vários sistemas biológicos (cerebral, auditivo, motor, respiratório, digestivo, etc.) integrados em complexa organização entre si e em relação aos sistemas mentais e psicológicos, usando para isto códigos lingüísticos específicos que permitem captar, processar e produzir informações.

Assim, é fundamental que os aspectos da fala, da linguagem e da audição sejam considerados atributos da saúde e que suas manifestações patológicas – que comprometem a competência e o desempenho comunicativo verbal e não verbal, intra e interpessoal – independentemente do fato de não se caracterizarem por sinais e sintomas mensuráveis laboratorialmente, por não chegarem à cura pela ingestão de drogas, por não provocarem dor física nem levarem os indivíduos à morte, geram sofrimento e insucesso social, criando um grande impacto na experiência pessoal e comprometendo a qualidade de vida.

É papel do fonoaudiólogo elaborar ações de programas de orientação quanto ao desenvolvimento da linguagem e audição, sendo importante a maturação adequada das funções neurovegetativas na produção dos sons da fala, no uso adequado da voz e na manutenção auditiva intervindo na prevenção, na terapia e na reabilitação das possíveis patologias ligadas à Fonoaudiologia.

Segundo Donnangelo (1979), este movimento preventivo tenta ser uma nova estratégia de prestação de serviço à população, em especial a grupos sociais que antes se encontravam excluídos frente à inadequação da prática médica, para

atender às necessidades de saúde das populações, necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde, como por sua significação para o processo de desenvolvimento social.

O objetivo deste trabalho de revisão de literatura é discorrer sobre o tema “prevenção em fonoaudiologia” uma vez que ele é pouco conhecido e explorado pela população e pelos próprios profissionais de fonoaudiologia.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Fonoaudiologia

Fonoaudiologia é o ramo do conhecimento que investiga a comunicação do homem consigo mesmo e com os demais. Analisa os padrões normais de aquisição e desenvolvimento psicossocial da linguagem, audição, voz e fala, estudando a clínica e a terapêutica dos distúrbios da linguagem oral e escrita, com a finalidade de prevenir, habilitar, reabilitar e aprimorar o indivíduo para que este consiga manter-se adaptado ao seu grupo (BEIRÃO & BRUSAMOLIN, 1996).

Segundo Cavalheiro (1997), a fonoaudiologia tem sua origem nos anos trinta. Nas décadas de quarenta e cinquenta inicia-se a atividade profissional propriamente dita, cuja formação estava ligada ao curso de Magistério. Desde então, tem tido estreita relação com as atividades pedagógicas dos professores, vinculando-se também à área médica em virtude de seu caráter reabilitador. Na década de sessenta, surgem os primeiros cursos de fonoaudiologia no Brasil, na USP em 1960 e na PUC-SP em 1961, ambos com duração de um ano.

Assim, a Fonoaudiologia é uma profissão relativamente "jovem" e ainda pouco conhecida pela maioria da população. Foi regulamentada em 9 de dezembro de 1981 pela lei 6.965 que caracteriza o fonoaudiólogo como sendo "o profissional com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapias fonoaudiológicas na área de comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz".

A fonoaudiologia é uma profissão ampla que visa atender as necessidades de cada indivíduo, delimitando sua abrangência nas áreas de linguagem, voz e audição inseridas nos campos Estético, Escolar, Comunitário e Terapêutico, onde podem ser desenvolvidos trabalhos em prevenção primária, secundária e terciária.

Em 19 de fevereiro de 2002 o Conselho Nacional de Educação, institui as novas diretrizes curriculares do curso de graduação em fonoaudiologia, onde cita que o fonoaudiólogo tem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Está capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. Possui formação ético- filosófica, de natureza epistemológica, e ético-política em consonância com os princípios e valores que regem o exercício profissional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da fonoaudiologia e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

Historicamente a Fonoaudiologia surgiu da necessidade de reabilitar pacientes com distúrbios de comunicação. Esse serviço era acessível apenas às camadas socioeconômicas mais privilegiadas, uma vez que não era oferecido pelo setor público. Essa marca histórica é ainda muito forte atualmente, visto que a Fonoaudiologia continua muito mais voltada para o tratamento, do que para a prevenção, para o individual, do que para o coletivo. Além disso, em geral, sua atuação se dá muito mais em consultórios particulares, do que em estabelecimentos públicos.

A Fonoaudiologia em Saúde Pública é o campo de conhecimentos e atividades que tem por objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde fonoaudiológica da população em geral. Pertence e/ou destina-se ao povo, ao uso comum, por meio de ações conjugadas e organizadas que visam o controle dos fatores causais das patologias comunicativas (ANDRADE, 1996).

Ainda segundo essa autora, a fonoaudiologia como uma nova Ciência, tem procurado construir seu saber, direcionando sua prática não somente no sentido do desenvolvimento tecnológico, mas também para a ampliação de seu conteúdo formal, sem esquecer sua responsabilidade social e política, que tem como meta o conhecimento do homem e a melhoria de suas condições de vida.

## **2.2 Saúde**

A saúde é um atributo da vida, é um processo, uma continuidade de esforços para desenvolver e manter capacidades, atendendo aos princípios necessários para a evolução do potencial humano. A doença também é um atributo

da vida, indesejável e que independentemente da vontade, por períodos de tempo e graus variáveis, é inerente aos seres vivos (ANDRADE, 2000).

Durante os períodos da vida em que existe uma integração harmônica, um equilíbrio pessoal, resultando no bem estar, manifestado pela sensação de felicidade, capacidade ocupacional, crescimento e realização pessoal, ausência de doenças, desconforto e dores, identifica-se um valor eufórico, positivo que é a saúde.

O bem-estar não é identificado unicamente como um valor hedônico. A tendência que restabelece continuamente o equilíbrio entre a saúde e a doença, para ser efetiva e garantir o sucesso na manutenção da saúde, será dependente da qualidade da inter-relação entre as condições pessoais (biológicas, psicológicas, espirituais, sociais próximas – família, trabalho, amigos) e metapessoais (condições socioeconômico-culturais, políticas e ecológicas).

Para Andrade (2000), durante os períodos da vida em que o equilíbrio tende para a doença, como resultado de uma interação negativa entre fatores pessoais e metapessoais, existe a identificação com um valor disfórico, negativo. Se houver um reequilíbrio pleno será obtida a cura. Caso persista um convívio permanente com a doença ou com suas seqüelas, pode ser ou não necessário um redimensionamento das habilidades e capacidades perdidas pela doença, obtido pelo processo de reabilitação. No caso do rompimento completo deste equilíbrio, a impossibilidade de restabelecer a saúde levará o indivíduo à morte.

Os conceitos de saúde e vida, segundo Conceição (1984) mantêm uma interligação de tal ordem que, as ações que visam a melhoria da saúde são ao mesmo tempo as que melhoram as condições de vida. Vida não como um fenômeno abstrato, mas representada por um processo evolutivo, limitada pela fecundação e pela morte. O percurso entre esses pontos extremos varia individualmente em função da herança genética, qualidade dos condicionantes ambientais (alimentação, moradia, transporte, trabalho, educação, vestuário, lazer, liberdade etc.) e da ordem social na qual o homem interage com seu ambiente aceitando o favorável e atuando contra o desfavorável, procurando um ótimo vital que se confunde com o próprio conceito de saúde.

Nas patologias comunicativas, geralmente não há dor física ou morte e o tratamento não ocorre por meio da ingestão de drogas. Apesar disto, há um prejuízo do desempenho social e até mesmo profissional, o que limita a capacidade de



criação e transformação do mundo por meio da palavra, característica eminentemente humana (ANDRADE, 1996).

Desta forma, a Fonoaudiologia, assume um papel significativo na manutenção da saúde e qualidade de vida.

A atuação fonoaudiológica engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana em todo o ciclo vital, inserindo-se em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais, Unidade Educacionais, domicílios e outros recursos da comunidade.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, define saúde como “*um estado de completo bem-estar, de equilíbrio biopsíquicosocial e não somente a ausência de doenças ou enfermidades*”.

Assim, os cuidados profissionais com a saúde não deveriam ser divididos pelas especialidades e sim compostos por grupos multidisciplinares que cuidariam do paciente como um todo, dando cobertura total ao episódio da doença. Conclui que o cuidado com a saúde será influenciado pelas tendências globais como: inflação interna; pelos avanços tecnológicos; pela padronização dos processos de tratamento e pela mudança na ênfase da medicina para a saúde (GROSSMAM, 1992).

Devemos considerar que saúde não é simplesmente o fato de que, em um determinado momento, por qualquer forma de diagnóstico, não se constate a presença de doença no indivíduo. Para a OMS, saúde deve ser entendida como mais do que isso, o que significa esse conceito a ser colocado como algo a ser atingido. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é o bem-estar social, o direito ao trabalho, a um salário condigno, o direito a ter água, à educação e inclusive a informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo (AROUCA, 1986).

Segundo Mahler (1981), tendo como premissa a definição de saúde da OMS e suas implicações, devemos considerar que a saúde há de ser colocada ao alcance de cada indivíduo, entendendo-se por saúde um estado pessoal de bem-estar, ou seja, não somente a disponibilidade de serviços sanitários, como também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva; significa que a saúde há que ser considerada como um objetivo do desenvolvimento econômico e não só como um dos meios de alcançar o dito

desenvolvimento; exigindo, em último sentido, a educação geral. Ao menos, e ainda, que essa última não seja para o indivíduo.

Portanto, saúde para todos é um conceito global cuja aplicação exige o emprego de esforços na agricultura, na indústria, no ensino, nas habitações e nas comunicações, tanto na Medicina e na Saúde Pública. A assistência médica não pode por si só levar a uma população faminta que vive em favelas. Uma população sujeita a essas condições necessita de um modo de vida totalmente distinto e novas oportunidades de alcançar um nível mais elevado. Quando um governo adota a saúde para todos compromete-se a fomentar o progresso de todos os cidadãos em uma ampla frente de desenvolvimento e está resolvido a estimular cada cidadão para conseguir uma melhor qualidade de vida (DIAS, 1986).

### **2.3 Um breve histórico da atenção primária à saúde no Brasil**

Em 1980, é divulgado o Programa de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com o objetivo de universalizar a atenção primária em todo território nacional. Na tentativa de integrar a atenção à saúde, oferecidas pelas Instituições Públicas (em nível municipal, estadual e federal), inclusive com repasse de verbas aos Estados, foram assinadas, em 1984, as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A partir do Decreto nº 94657, de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que com a publicação da Constituição (1988), define-se como Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme definição de Garbin (2000) o SUS é um sistema único e integrado por uma rede regionalizada de ações e serviços, que visa a redução de doenças e o acesso universal e igualitário da população. Tem como prioridade as ações preventivas, garantindo a participação da comunidade nas decisões e garantindo igualmente a gratuidade dos serviços. Entre os anos setenta e oitenta, os fonoaudiólogos foram inseridos no sistema público pelas Secretarias de Educação e Saúde. Os serviços, geralmente, eram estruturados como um consultório com o objetivo de reabilitar seus pacientes. A maior parte dos profissionais trabalhava de forma isolada, em Hospitais e Ambulatórios de Saúde Mental.

Gomes (1997) salienta que a Constituição de 1988 foi um marco no campo da saúde pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido como uma rede

regionalizada de ações e serviços que visam “ o acesso universal e igualitário da população para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde”.

São princípios fundamentais do SUS a equidade, a universalidade e a integralidade.

A equidade caracteriza-se por oferecer oportunidades iguais, em termos de tratamento, para necessidades iguais.

A universalidade seria a garantia de atendimento a todo e qualquer cidadão.

A integralidade seria uma atenção integral à saúde (prevenção primária, secundária e terciária).

A prevenção caracteriza-se “por todas aquelas medidas utilizadas para evitar doenças ou suas conseqüências” (PEREIRA, 1995).

Ainda segundo a mesma autora (1995), a prevenção pode ser didaticamente dividida em três níveis:

- prevenção primária: ações direcionadas para a manutenção da saúde, seria impedir a fase patológica ,
- prevenção secundária: intervenção no período patológico da doença, seria prevenir complicações ou reincidências,
- prevenção terciária: reabilitação do paciente em condições irremediáveis.

A atenção primária à saúde (APS), segundo Befi-Lopes (1997) e Sampaio (1997) tem uma capacidade resolutiva de 85% a 90% dos problemas da população, sendo a “chave” para que seja alcançada a saúde para todos. As Unidades Básicas e os Centros de Saúde, responsáveis pela APS, devem solucionar os problemas de menor dificuldade técnica, diagnóstica e terapêutica. Caso seja necessário, será realizado um encaminhamento aos demais níveis: Atenção Secundária à Saúde (Clínicas e/ou Ambulatórios de Especialidades) e Atenção Terciária à Saúde (Rede Hospitalar de Referência). Como o atendimento está próximo ao indivíduo e à sua família, os profissionais podem eleger suas estratégias a partir das necessidades daquela região.

A APS tem sido definida de acordo com as diferentes conceituações sobre a saúde e seus objetivos em planejamento, preparação e execução de planos nacionais de atendimento à população da área, sendo que, em geral, essas definições operacionais baseiam-se num critério amplo, sem considerar os aspectos

essenciais que caracterizam o fenômeno que pretendem delimitar (CANTILLANO, 1983).

Para Andrade (1994) APS é a criação de um atendimento integral a saúde, por meio de cuidados abrangentes, contínuos e acessíveis. Inclui atividades em larga escala, envolvendo todos os profissionais do campo da saúde. Também engloba uma perspectiva particular de manutenção da prática de cuidados primários, realizado nas unidades básicas de saúde ou nos centros de saúde, como porta de entrada para um sistema integrado de atenção. Esses cuidados, quando necessário, são complementados por outras ações tais como as curativas e as preventivas-promocionais da saúde.

A APS é o estágio inicial de uma cadeia de atenção que deve destinar-se à resolução dos problemas de menor dificuldade técnica, diagnóstica e terapêutica, e nele deve existir orientação aos demais níveis da cadeia. Sua qualidade depende, portanto, de formas organizadas de atendimento, concretamente implementadas nesse nível de atenção; tais organizações, por sua vez, dependem de uma conceitualização mais profunda sobre o processo de saúde/doença e das formas sociais de respostas frente ao mesmo.

A OMS em 1978, estabeleceu que a APS é a chave para alcançar a saúde para todos, definindo-a como sendo fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, pelos meios que lhe sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A atenção primária, uma vez que constitui um núcleo do sistema nacional, forma parte do conjunto de desenvolvimento econômico e social da comunidade.

Em relação à oferta de serviços de saúde, cujas políticas sociais do Estado poderiam dispor de uma função compensatória por meio de uma adequada distribuição de recursos públicos, reproduz as mesmas desigualdades observadas no quadro sanitário; apesar da intensa presença do Estado no setor saúde, a oferta de serviços é determinada pelas características sociais da clientela.

Assim, as classes proprietárias e o segmento superior da classe média podem comprar os serviços médico-hospitalares a preço de mercado, já os trabalhadores urbanos e o restante da classe média utilizam os serviços financiados pelo Estado, cujas modalidades assistenciais apresentam lógicas distintas de

funcionamento; mesmo as iniciativas mais progressistas não conseguiram reduzir essa estratificação na estrutura dos serviços de saúde.

Dessa forma, as desigualdades no acesso expressam-se por meio da discriminação de clientela mediante a exclusão, na cobertura de serviços básicos. Além disso, a distribuição assimétrica de leitos hospitalares, consultórios, laboratórios, profissionais de saúde e pessoal auxiliar tendem a configurar uma cobertura simbólica da atenção médico-sanitária, em vez de uma acessibilidade física, social e cultural (PAIM, 1986).

A atuação fonoaudiológica na APS, refere-se à inserção da Fonoaudiologia na população em postos, em centros, em unidades de saúde, em creches, em escolas, em berçários, bem como na coletividade.

A proposta de trabalho abrange não só o atendimento das alterações da saúde de maior ocorrência na população, mas atua também principalmente na promoção e prevenção.

O número de profissionais, na área de fonoaudiologia, no setor público, não dá conta da enorme demanda de pacientes que procuram por este serviço. Formam-se longas filas de espera para os atendimentos e isto gera preocupação ao profissional que sente-se impotente. Tornam-se necessárias medidas que minimizem esta situação, como grupos de orientação aos pais, terapia de grupos, etc. Silva (2003) afirma que a abrangência do trabalho fonoaudiológico na saúde pública é enorme, pois esse atendimento pode ser direcionado para a gestante, passando pelo bebê até o idoso, o que justifica a alta demanda.

O fonoaudiólogo que escolher a Saúde Pública como área de atuação, deve ter por objetivo a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde fonoaudiológica da população, em geral, através de medidas de alcance coletivo (BEFI-LOPES, 1997).

## **2.4 Prevenção**

De acordo com Servilha et al (1994) existem três níveis básicos de prevenção, que podem variar de acordo com o momento de sua interferência: o período pré-patogênese ou período que não há manifestação da doença, período inicial e o período avançado da patogênese.

Andrade (1996) completa dizendo que o período pré-patogênese se dá através de medidas destinadas a desenvolver a saúde e o bem-estar geral, pela proteção específica e a promoção da saúde do homem contra agentes patológicos. No período patogênico tão logo se instale a doença é importante a ação diagnóstica rápida e tratamento precoce adequado. Quando o defeito ou invalidez persistirem visa-se o aproveitamento máximo das potencialidades do indivíduo através do processo de reabilitação.

A prevenção tem como objetivo evitar doenças, sua transmissão ou seu agravamento. Não se pretende, com as medidas de prevenção, uma erradicação total de todas as doenças e, sim, que sejam reduzidas em número e gravidade, através de ações adequadas, evitando suas conseqüências e aumentando os níveis de saúde pessoal e coletiva. A base científica que permite ações específicas e adequadas nesta área baseia-se em dados epidemiológicos, que determinam os fatores e condições responsáveis pela ocorrência e distribuição de doenças e incapacidades nos indivíduos e grupos populacionais.

Devemos ter em mente que a prevenção não se restringe à diminuição da ocorrência de doenças. Deve incluir necessariamente conteúdos que venham a promover, proteger, diagnosticar, tratar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Seu objeto visado, objeto de desejo, objeto de valor é a obtenção e manutenção do potencial máximo de saúde para o indivíduo e as coletividades. Determina um querer-fazer, que contraria ou intercepta causas, evitando e/ou dissipando efeitos nocivos que venham a levar ao desequilíbrio, à quebra do bem-estar, à dor, ao sofrimento, às seqüelas e às incapacidades. (ANDRADE, 1996).

O desenvolvimento da prevenção – em teoria e prática – na proposta de Little (1992) e de Finchan (1992) caminha na dependência de uma formação profissional cuidadosa e adequada. Little reconhece a dificuldade na execução dessa proposta, uma vez que os programas de educação em saúde nos EUA indicam lentas mudanças na visão dos profissionais da área. Para Fichan, isso decorre do espaço existente entre a teoria e os modelos práticos, precisa-se de pesquisas básicas para avaliar as relações entre o processo de mudança e os resultados a curto e longo prazo.

## **2.5 Fases e níveis de prevenção**

A prevenção pode ser divididas, segundo Andrade (1996) em três fases:

1- Prevenção primária: prevenir a ocorrência de doenças ou incapacidades antes que elas aconteçam. A atuação no período da pré-patogênese dá-se através de medidas destinadas a desenvolver a saúde e o bem-estar geral, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes por elas responsáveis;

2- Prevenção secundária: reverter um quadro em andamento, alterando ou retardando sua evolução. Tão logo se instale a doença é importante a ação diagnóstica rápida e tratamento imediato e adequado. Caso a doença não possa ser interceptada, cabe cuidar-se para limitar as seqüelas e invalidez;

3- Prevenção terciária: realizar atividades de vigilância e manutenção do potencial subjacente depois do episódio patológico, para minimizar complicações e incapacidades. Posteriormente, quando o defeito ou invalidez persistirem, tentar-se-á recuperar o potencial e reintegrar o indivíduo à sociedade, através da reabilitação.

A prevenção realizada no período de pré-patogênese compreende a primeira fase – prevenção primária – sendo composta por dois níveis: promoção da saúde e proteção específica. A prevenção realizada no período da patogênese compreende duas fases – prevenção secundária e terciária. A prevenção secundária é composta pelos níveis do diagnóstico e tratamento precoces e pela limitação de seqüelas e de invalidez. A prevenção terciária é composta por um só nível que é a reabilitação.

Dentro do contexto da Fonoaudiologia poderíamos citar a promoção e orientação do aleitamento materno como uma medida de prevenção primária, o diagnóstico e tratamento de desvios fonológicos como uma intervenção em nível secundário e a reabilitação de um sujeito afásico como uma medida em nível terciário (GOULART, 2003).

Sobre a promoção da saúde, as ações adotadas não se direcionam para uma determinada doença ou desordem mas para o aumento da saúde e do bem-estar gerais. São medidas que visam à nutrição adequada; à educação sanitária; à atenção ao desenvolvimento global em todas as suas fases e inter-fases; condições adequadas de moradia, trabalho, transportes e lazer. Seu objetivo é desenvolver a saúde geral ótima, protegendo o homem dos agentes patológicos e/ou

estabelecendo barreiras contra esses agentes em suas inter-relações com o meio ambiente.

Na proteção específica temos o sentido convencional de prevenção, que compreende medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doença, visando interceptar as causas antes que atinjam o homem. Compreende medidas específicas como as imunizações; hábitos pessoais profiláticos etc.

O diagnóstico e o atendimento precoce das patologias têm como objetivo a identificação dos casos em seus primeiros estágios, quando o tratamento poderá ser mais eficaz. É princípio básico dos programas modernos de controle das enfermidades. Consiste em medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos, cuja principal atividade é a avaliação em massa da população como um todo ou de grupos específicos da população, sujeitos ao desenvolvimento de determinadas doenças.

As medidas e ações relativas à limitação da incapacidade, estão direcionadas a minimizar e/o retardar as conseqüências de doenças clinicamente avançadas. É o reconhecimento tardio dos processos patológicos, indicando a insuficiência ou deficiência na prevenção em fases anteriores da história natural. Pode também significar a busca tardia pelo atendimento. Nesse momento, as medidas são principalmente terapêuticas voltadas ao hospedeiro e destinadas a reduzir as complicações e seqüelas. Levam ao questionamento de que circunstâncias permitiram a chegada a um estágio tão avançado do processo de doença e ao que poderia ter sido feito; evidenciando as falhas dos profissionais e do sistema de saúde. Levam também ao desejo de explorar fatores desconhecidos na história natural da doença para que possam ser descobertas novas medidas que interrompam precocemente a patologia.

A reabilitação é considerada o último nível desse contínuo. É também prevenção no sentido de interromper a incapacidade total depois que as alterações já estão mais ou menos estabilizadas. Seu objetivo principal é recolocar o indivíduo afetado na sociedade de forma plena, por meio da máxima utilização das capacidades residuais. Nesse nível inexistem medidas por meio de tratamento médico; deve-se ensinar o indivíduo afetado a viver e trabalhar tão eficientemente quanto possível. Têm componentes físicos, mentais e sociais e baseia-se num princípio fundamental de que a responsabilidade com a saúde começa antes que a



doença se desenvolva e só termina com a reintegração do indivíduo na sociedade (RUSSEL, 1986).

## **2.6 A prevenção em Fonoaudiologia**

Andrade (1996) define prevenção em Fonoaudiologia como conjunto de medidas que visa eliminar ou atenuar as desordens da comunicação, bem como suas complicações e seqüelas, combatendo as causas que interferem na aquisição e no desenvolvimento normal das habilidades comunicativas.

Segundo a mesma autora (1988), a prevenção fonoaudiológica consiste na eliminação dos fatores que interferem na aquisição e desenvolvimento dos padrões da fala, linguagem e audição, na suposição – uma vez que faltam dados científicos que comprovem esta hipótese, pela escassez de pesquisas sobre a história natural das doenças da comunicação – de que estas alterações se desenvolvam em estágios progressivos de severidade.

Para Russo (1997), comunicar é partilhar informações, pensamentos, idéias, desejos e aspirações com alguém que temos alguma coisa em comum. É um ato social fundamental do ser humano. O doente fonoaudiológico tem uma patologia que interfere em sua saúde pelo sofrimento, perda ou insucesso desta capacidade única da espécie. Qualquer manifestação patológica nestas áreas pode causar “dor” ou fracasso social, limitando o contato do indivíduo com o mundo e comprometendo sua qualidade de vida.

A habilidade comunicativa é um elemento fundamental para a qualidade de vida e toda ação preventiva nessa área irá contribuir significativamente para promover a saúde global. Uma vez que muitas das desordens comunicativas têm origem pré-nascimento, a prevenção fonoaudiológica deve ser iniciada antes mesmo da gestação, através da proposta de programas de educação pública para jovens, para gestantes e famílias (MCGINNIS, 1984).

Retomando, são medidas de prevenção todas as ações que precedem, antecipam e/ou tornam impossível a ocorrência ou o desenvolvimento das doenças. São as ações tomadas antecipadamente, baseadas no conhecimento do histórico

das doenças tornando improvável o seu progresso. A prevenção visa desenvolver a saúde, evitar a invalidez e prolongar a vida.

Nas considerações de Ringel (1984), de Marge (1984) e de Andrade (1988), a prevenção fonoaudiológica consiste na aplicação de medidas de caráter amplo a serem tomadas antes mesmo que a doença ocorra ou ainda, em qualquer estágio de sua evolução.

Para a fonoaudiologia, a fase de prevenção primária consiste na eliminação ou inibição dos fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias da comunicação. No nível de promoção da saúde serão adotadas medidas para aumentar a saúde geral e o bem-estar da população. No nível de proteção específica a atuação é dirigida para o combate a determinadas patologias fonoaudiológicas, segundo suas características e necessidades específicas.

A prevenção secundária objetiva detectar e tratar o mais brevemente possível as patologias já instaladas; visando interromper o processo da doença evitando ou retardando complicações e seqüelas. Engloba dois níveis: o de diagnóstico e tratamento precoces e o de limitação da invalidez.

Prevenção terciária é a fase mais conhecida e estudada da fonoaudiologia, possui um único nível que é o da reabilitação. Pode ser o último recurso na recuperação da saúde consiste em reduzir a um mínimo as desabilidades decorrentes do processo patológico e em restabelecer efetivamente a máxima funcionalidade; procurando evitar o desajuste psicossocial do indivíduo.

Os principais objetivos e metas da prevenção , segundo o Committe on Prevention of Speech, Language and Hearing Problems.(1984), se direcionam à obtenção de um quadro sobre as possíveis cadeias interagentes que respondam pela ocorrência e distribuição das doenças da comunicação na população; a redução dos custos de tratamentos reabilitadores; a expansão do campo de trabalho na área da saúde; a promoção do bem-estar geral por meio da efetividade comunicativa e a redução da perda do potencial e do sofrimento humano, resultantes das patologias da comunicação.

Para a obtenção de resultados positivos é condição básica que:

- Sejam incrementados os conhecimentos sobre a incidência e a prevalência das desordens comunicativas.

- Seja formada a compreensão das características e do progresso das doenças e desabilidades que resultam nas desordens da comunicação da população em geral.

- Seja formada a conscientização que a prevenção é uma importante responsabilidade profissional.

- Seja incrementado o conhecimento das estratégias de prevenção primária que possam reduzir as causas preveníveis dessas patologias.

- Sejam desenvolvidos modelos de prevenção que possam ser implementados nas comunidades e nas populações de risco.

- Seja desenvolvido o conhecimento do potencial de promoção da saúde e do bem-estar comunicativo como um serviço alternativo.

Promover a saúde, em seu aspecto fundamental, independe da área da ciência que a estude. Constitui um primeiro momento da prevenção, embora possa até não ser percebido como tal, por ser determinado por ações político-governamentais e de cidadania, que propiciam o desenvolvimento econômico e a justiça social, eliminando a pobreza, a fome e a miséria. São medidas que embora não se dirijam a nenhuma patologia específica permitem o maior grau possível de saúde e bem-estar gerais, pela melhoria da qualidade de vida para todos os cidadãos.

Levell & Clark (1976), relatam que é impossível considerar uma prática de saúde sem atividades preventivas, porque mesmo aqueles que não dominam teoricamente o conceito de prevenção, estão exercendo-a de alguma forma durante o tratamento de uma doença, mesmo sem alguma sistematização e organização dos trabalhos.

Em relação à Fonoaudiologia brasileira, Andrade (1996) cita alguns exemplos significativos que já têm sido utilizados há algum tempo, embora freqüentemente com características isoladas, sem a continuidade temporal necessária, através de instrumentos e procedimentos de avaliação sem validação, sem parâmetros comparativos de resultados e fidedignidade, sem consideração às variáveis epidemiológicas e, usualmente, sem fundamentação científica. Estas contribuições significativas são avaliações auditivas para trabalhadores de indústrias ruidosas, aconselhamentos e palestras a pais, professores e outros profissionais sobre a aquisição e desenvolvimento da fala, linguagem e audição normais e até a detecção precoce através de *screenings* das alterações nestas áreas.

Com base no modelo de Levell & Clark (1976) e nas teorias de Marge (1984) e Andrade (1988), a prevenção fonoaudiológica envolve a aplicação de medidas de caráter amplo (imunizações, aconselhamentos genéticos, planejamento familiar, etc.) dirigidas às doenças em seu aspecto global e implica também em medidas específicas (orientações e aconselhamentos dirigidos, *screenings*, etc.), algumas a serem aplicadas antes mesmo que a doença ocorra e, outras, em qualquer estágio da evolução das patologias da comunicação.

A Fonoaudiologia Preventiva é definida por Andrade (1996) como ciência e tecnologia responsáveis pela eliminação ou interceptação dos fatores que interferem na aquisição, desenvolvimento e degenerescência dos modelos de comunicação; na suposição que essas alterações se desenvolvam em graus progressivos de severidade. Composta por 3 fases e 5 níveis, nos quais, as ações desenvolvidas objetivam a melhoria da qualidade ambiental e pessoal. Responde pela elaboração e implantação de programas educacionais gerais específicos; pela realização de screenings, diagnósticos e tratamentos precoces; pela indicação e adaptação de sistemas suplementares de comunicação e pela redução das debilidades e o restabelecimento do efetivo funcionamento, para a mais completa possível reintegração dos indivíduos à sociedade. Frequentemente é também denominada fonoaudiologia social e preventiva, porque enfatiza a importância do complexo sócio-econômico-cultural e das relações inter-pessoais, como fatores que afetam profundamente a saúde do homem.

Compreender as fases e os níveis de prevenção é de real importância para o fonoaudiólogo e para o desenvolvimento da fonoaudiologia. Assim, haverá maior possibilidade de se determinar possíveis cadeias interagentes, que respondam pela ocorrência e distribuição das doenças da comunicação na população, reduzir-se a incidência e a prevalência dessas desordens e, conseqüentemente, os custos de tratamento, e também expandir-se o campo de trabalho em saúde, promovendo o bem-estar geral por meio de comunicação efetiva e reduzindo a perda do potencial e do sofrimento humano resultantes das patologias da comunicação (ANDRADE, 2000).

Para Marge (1984), entre as estratégias gerais de prevenção, treze delas podem ser incorporadas às atividades dos fonoaudiólogos, direta ou indiretamente, de acordo com as diferentes necessidades populacionais, como exemplifica:

1- Imunização: as vacinas contra poliomielite, sarampo e rubéola têm particular interesse à medida que impedem a ocorrência de déficits neuromusculares, risco de danos cerebrais, auditivos, etc.

2- Aconselhamento genético: os fatores de hereditariedade tais como a fenilcetonúria, hipotireoidismo, respondem por um grande número de desabilidades auditivas e de linguagem.

3- Cuidados pré-natais: aconselhamentos gerais sobre a aquisição e desenvolvimento da comunicação humana e providências específicas para famílias com histórico de risco.

4- *Screening* em massa: captação e possibilidade de intervenção imediata das alterações da fala, linguagem e principalmente audição.

5- Tratamento precoce: existem evidências consideráveis de que, quando prontamente tratados muitos dos distúrbios da comunicação são interceptados, permitindo uma retomada ao desenvolvimento normal.

6- Planejamento familiar: evidências apontam que os nascimentos planejados elevam o *status* geral da saúde, levam a uma melhor qualidade no desenvolvimento físico e mental, reduzindo as chances de implicações na aquisição e desenvolvimento normais da comunicação.

7- Cuidados médicos contínuos: essenciais para a manutenção da boa saúde, por encorajar indivíduos e famílias a consultarem especialistas sempre que necessário. Como por exemplo, em uma visita rotineira ao pediatra, o médico pode solicitar uma avaliação fonoaudiológica caso a criança apresente algum achado nessa área.

8- Educação pública: disseminação de informações sobre aspectos específicos da comunicação, como por exemplo, a necessidade de avaliar-se, auditivamente, pré-escolares como forma de garantir um bom aprendizado da linguagem escrita.

9- Programas educacionais para crianças e adolescentes: instruir sobre cuidados e aspectos importantes para a manutenção da saúde comunicativa, como por exemplo, o risco de colocar objetos estranhos nos ouvidos, do uso de cotonetes, etc.

10- Controle de qualidade ambiental: controle da poluição ambiental pelo ruído e por substâncias tóxicas, agentes diretos de desordens comunicativas.

11- Qualidade de vida: cuidados e assistência aos indivíduos sujeitos a experiências estressantes, como por exemplo, para as pessoas com mais de 65 anos, que têm risco significativo de apresentarem problemas de fala, linguagem e audição.

12- Ação governamental: vontade política é essencial para a implementação de qualquer programa preventivo, pela promoção de recursos, estabelecimento de regras e prioridades e pela legislação e legitimação da prevenção.

13- Eliminação da pobreza: em função do ciclo associado à carência de recursos econômicos, onde a má nutrição gera deficiência na saúde, que por sua vez baixa a produtividade no trabalho, que impede a melhoria dos recursos financeiros, reiniciando o processo.

Segundo Andrade (1996) a proteção específica à saúde fonoaudiológica é realizada através de programas educacionais que podem ser de caráter público ou específico.

Os programas educacionais públicos direcionam-se à educação da comunidade para a promoção de um conhecimento amplo sobre a saúde e a doença fonoaudiológica, sobre determinada patologia da comunicação ou um grupo delas.

Os programas educacionais específicos são aqueles direcionados a uma determinada população: família (gestantes, pais de crianças em fase de aquisição e desenvolvimento da comunicação); grupos profissionais (da saúde, das creches, das escolas, das indústrias) e grupos de riscos (pessoas suscetíveis de virem apresentar patologias comunicativas ou com limitações que possam ser agravadas).

Esses programas educacionais públicos e específicos apresentam quatro etapas:

- **Identificação** cuja base vai determinar a representação dos interesses para o desenvolvimento das etapas seguintes.

- **Planejamento e Desenvolvimento** que é a análise das necessidades e recursos disponíveis, desenvolvimento de um plano de ação, revisão, aprovação do plano e reavaliação dos componentes.

- **Implementação** que é o desenvolvimento das atividades planejadas, conduzidas por períodos determinados de tempo.

- **Avaliação** que é a verificação sistemática para determinar o progresso no alcance do objetivo.

Outro modelo de prevenção segundo Andrade (1996), são os **diagnósticos e tratamentos precoces em Fonoaudiologia**, onde o ponto que merece maior destaque vincula-se às triagens ou *screenings*.

Os *screenings* devem ser realizados amplamente para que se possa determinar a verdadeira condição das patologias fonoaudiológicas junto à população. É importante salientar que o *screening* por si só não traz nenhum benefício à saúde, simplesmente identifica pessoas que podem se beneficiar com o tratamento. Eles podem ser positivos, isto é, portadores diagnosticados pelo teste ou negativos, não portadores diagnosticado pelo teste.

A partir dos *screenings* positivos determina-se a intervenção precoce pela aplicação de avaliações específicas por meio de normas e critérios fonoaudiológicos que determinarão a existência ou não de desordens da comunicação, enquanto os negativos afastarão a hipótese da doença naquele momento sendo ou não necessária uma retestagem periódica.

A mesma autora (op cit) cita ainda o modelo de **prevenção à limitação das seqüelas, incapacidades e a reabilitação fonoaudiológica**.

O nível da limitação das incapacidades e seqüelas caracteriza-se basicamente de duas formas, pelo tratamento dito tradicional, ou seja, quando a doença já está instalada e o indivíduo convive com os atributos taxados como preveníveis e pela indicação de recursos suplementares de comunicação.

No tratamento tradicional o objetivo é retardar as conseqüências dos distúrbios clinicamente avançados e o reconhecimento tardio dos processos patológicos.

A reabilitação caracteriza-se por promover intervenções direcionadas a minorar o sofrimento produzido por aquelas alterações patológicas que determinaram seqüelas comunicativas graves e até irreversíveis.

Silva (2003) ressalta que funções do ensino da prevenção incluem menos elementos técnicos que fundamentos indispensáveis para a análise e compreensão da realidade. Sendo que esse ensino deve compreender condutas de quatro tipos: as diagnósticas (técnicas e métodos para a identificação de desvios; suas causas, sua natureza e grau de intensidade); as terapêuticas (a intervenção no processo saúde x doença, visando recuperar, interromper ou atenuar a ação ou efeito dos desvios); as preventivas (técnicas que permitam interferir nas ocorrências evitando sua evolução); e as reabilitadoras (medidas de readaptação dos indivíduos com danos residuais

funcionais ou estruturais, cujo objetivo seja o restabelecimento do grau máximo de saúde).

As mudanças que vêm ocorrendo nos currículos de graduação buscam uma mudança no perfil do fonoaudiólogo, tornando-o mais capacitado para atuar na prevenção.

A estruturação desse campo fonoaudiológico possibilitará uma modificação abrangente, permitindo o que Cappelletti (1985) considera ser o rompimento de uma barreira onde o profissional transforma a auto-imagem de reabilitador – entendido como elemento passivo, incapaz de modificações - em agente transformador, competente para prevenir, habilitar, aperfeiçoar e reabilitar a comunicação humana e suas desordens. Esse redimensionamento fonoaudiológico contribuirá significativamente para o processo contínuo de investigação da realidade, tendo sempre como objetivo a melhoria da qualidade de vida e saúde do homem e da sociedade.



### 3 CONCLUSÃO

A fonoaudiologia vem construindo e conquistando cada vez mais seu espaço dentro da comunidade científica, entretanto, ainda é necessário conquistar mais espaço dentro da sociedade. Há muito que apresentar em termos de evidências científicas sobre sua importância e as transformações decorrentes das intervenções fonoaudiológicas.

Para Andrade (1996), grande parte dos profissionais Fonoaudiólogos não recebe formação teórico/prático para efetivar o trabalho preventivo, as campanhas de ação preventiva ainda são muito restritas, não abrangendo todas as classes sociais. Isso faz com que o papel da Fonoaudiologia seja ainda caracterizado como predominantemente curativo.

Em decorrência disso, torna-se necessário conhecer e incentivar o trabalho de prevenção para propiciar a saúde, fazendo com que o Fonoaudiólogo não atue somente na prevenção terciária, mas também na prevenção primária e secundária.

O caminho para alcançar esse objeto de desejo – promover a saúde e evitar ou interceptar a evolução das patologias da comunicação – é longo e o primeiro passo desse percurso depende da existência de dados científicos – qualitativos e quantitativos- nacionais e regionalizados sobre a história natural das doenças da comunicação.

A inserção das Políticas Públicas na Fonoaudiologia, sobretudo do Sistema Único de Saúde, é uma necessidade real, no entanto tem se observado que a oferta de disciplinas de saúde pública nem sempre procede de forma contextualizada e articulada. Inserir este conteúdo num eixo longitudinal, que integre o estudante à realidade sanitária desde seu ingresso no curso, vem sendo um grande desafio para implementação das diretrizes curriculares.

Apesar da maior parte dos fonoaudiólogos ainda não ter formação e treinamento para efetivar o trabalho preventivo, os novos currículos para a graduação já estão em fase de adaptação e, portanto as expectativas futuras para a prevenção em fonoaudiologia estão cada vez melhores.

## 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C.R.F. Fonoaudiologia e Saúde Pública. In: **Encontro Nacional De Fonoaudiologia Social Preventiva**. São Paulo, 1988.

ANDRADE, C.R.F. ; BEFI LOPES, D.M.; LINS, L. O Campo de Atuação do Fonoaudiólogo. In: KUDO, A. M. et al. **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria**. São Paulo, Sarvier, 2. ed, 1994.

ANDRADE, C.R.F. **Fonoaudiologia Preventiva** – Teoria e Vocabulário Técnico Científico. São Paulo: Lovise, 1996.

\_\_\_\_\_. Fases e Níveis de Prevenção em Fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: VIERIA, R. M. et al. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, Carapicuíba, 2ª ed. Pró-Fono, 2000.

AROUCA, A.S.S. Democracia e Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.

BEIRÃO, I. & BRUSAMOLIN, M. E.. Trabalho apresentado em sala de aula na disciplina de Fonoaudiologia Fundamental, 1996.

BEFI, L.. **Fonoaudiologia na Atenção Básica**. São Paulo, Lovise, 1997.

CANTILLANO, E.M.C.. Analisis Critica de la Conceptualización Predominantemente sobre la Atención Médica Primária.. In: NUNES, E.D. **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**, São Paulo, Global, 1983.

CAPPELLETTI, I. F. – **A Fonoaudiologia no Brasil**. São Paulo, Cortez, 1985.

CAVALHEIRO, M. T. P. - A saúde e a educação na prática e na formação do fonoaudiólogo. In: LACERDA,C.B.F. & PANHOCA, I. - **Tempo de fonoaudiologia**. Taubaté Cabral, 1997.

COMMITTEE ON PREVENTION OF SPEECH, LANGUAGE AND HEARING PROBLEMS. **Prevention: a Challenge for the Profession.** ASHA (EUA), 1984.

CONCEIÇÃO, J. A. N. – **O Ambiente de Vida e a Saúde.** Monografias Médicas. Série Pediatria. São Paulo, Sarvier, 1984.

C. N. E.. IN: CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002 , Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Disponível em: <  
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>

DIAS, H. P.. Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FINCHAM, S. – **Community Health Promotion Programs.** Society Science Medical. EUA, 1992.

GARBIM, W. O Sistema de Saúde no Brasil In: VIERIA, R. M. et al. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, Carapicuíba, Pró-Fono, 2000.

GOMES, E. M. G. P. e REMENCIUS, N.R. Fonoaudiologia na Unidade Básica de Saúde in: LARGOTA, M. G.M. E CÉSAR, C.P. **A Fonoaudiologia nas Instituições.** São Paulo: Editora Lovise, 1997

GOULART, B. N. G. **A Fonoaudiologia e suas Inserções no Sistema Único de Saúde: Análise Prospectiva.** Fonoaudiologia Brasil, 2003.

GROSSMAM, J. H. – **The future of health care.** Am J Hosp Pharm. EUA, 1992;

LEAVELL, H.R. & CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LITTLE, D. R. – Health Education Programs in **U. S. Medical Schools**. Academic Medicine. EUA, 1992.

MAHLER, H.. Foro Mundial de la Salud - **Conferência de Abertura**, 1981.

MARGE, M. **The Prevention of Communication Disorders**. ASHA (EUA), 1984.

McGINNIS, J. M.. **Prevention**. ASHA (EUA), 1984.

PAIM, J.S.. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

PEREIRA, M. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

RINGEL, R. L. Et al – **The Science in Human Communication Sciences**. ASHA, EUA, 1984.

RUSSEL, L. B. – **Is Prevention better than Cure?**. Washington, Brooking Institution, 1986.

RUSSO, I.C.P. – O trabalho na universidade aberta para a terceira idade: estratégias de comunicação para indivíduos idosos. In: LAGROTA, M.G.M. & CÉSAR, C.P.H.A.R. – **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo, Lovise, 1997.

SAMPAIO, K.M.M.P. - Aleitamento e linguagem: Possibilidades e Realidades na Prática Fonoaudiológica em Centros de Saúde. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde** São Paulo, Lovise, 1997.

SILVA, F.P.; DIAS, M.V.C.; MATSUSHITA, T. e DOURADO, M.T.M. Organização de Grupos Terapêuticos no Serviço Público Municipal de São José dos Campos. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, vol.2 , junho de 2003.

SERVILHA, E.A.M. et al. **Fonoaudiologia em Serviço Público** – Relato de Experiências. Carapicuíba: Pró – Fono Departamento Editorial, 1994.