

O trabalho e o cuidar da fonoaudiologia na rede própria de atenção de Salvador

The work and care of speech, language and hearing sciences in the health care network of the city of Salvador

Kaline Lemos Silva

Fonoaudióloga, Residente em Saúde Coletiva na Universidade do Estado da Bahia-UFBA.

Clara Oliveira Esteves

Fonoaudióloga, Mestrado e Doutorado em Linguística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Marcio Costa de Souza

Professor do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado da Bahia, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Feira de Santana.

Resumo

A pesquisa teve como objetivo avaliar a produção do cuidado fonoaudiológico na Rede de Atenção à Saúde do município de Salvador-BA. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo exploratório, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas no período de 2016/2017, com todos os fonoaudiólogos que compõem a Rede do município estudado. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, emergindo duas categorias: O trabalho e o cuidar do fonoaudiólogo no SUS e O fazer fonoaudiológico na (des)construção do cuidado. Este estudo aborda a primeira categoria. Conclui-se que a produção do cuidado fonoaudiológico na Rede própria de Salvador apresenta dificuldades quanto à deficiência de recurso humano, falta de materiais e precária infraestrutura dos serviços. Esses fatores limitam a qualidade do atendimento, no entanto, não impedem a oferta do cuidado, visto que esse é realizado predominantemente com a utilização de tecnologias leves.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Saúde Pública; Atenção Integral à Saúde.

Abstract

The objective of the investigation is to evaluate the production and Speech, Language and Hearing Sciences in the health care network from Salvador city – BA. This is a qualitative, exploratory descriptive study, conducted through semi-structured in the

period 2016/2017, with all the speech therapists who make up the network of the studied municipality. The data base were submitted to a level of content, emerging category: The work and care of speech therapists in the SUS and Speech-language pathology in the construction of care. This study addresses the first category. It is concluded that the production of Speech therapists in the Salvador network presents difficulties regarding the lack of

human resources, lack of materials and poor infrastructure of services. These factors limit the quality of care, however, it does not prevent the provision of care, since it is performed predominantly with the use of light technologies.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Public Health; Comprehensive Health Care.

Introdução

Produzir cuidado é produzir relações, é se dedicar não apenas à doença do usuário, mas atender suas demandas por meio do acolhimento e da escuta. É abrir espaço para as subjetividades do sujeito, conhecer o seu contexto sociocultural e sua história de vida, assim identificando suas necessidades de saúde, com vistas a aliviar o sofrimento ou alcançar o bem-estar¹.

O cuidado referido acima pressupõe o uso das tecnologias leves em saúde, ou seja, aquelas produzidas nos encontros entre trabalhador-usuário, onde ocorre o interesse pelo outro e a construção de vínculos. Quando o cuidado se encontra centrado em procedimentos técnicos, equipamentos de saúde e intervenções terapêuticas nos usuários, correspondendo a materiais mais concretos, pode-se dizer que há o predomínio das tecnologias duras. E, nos casos em que se utilizam os conhecimentos apreendidos, os quais pertencem ao seu intelecto, como fisiologia e farmacologia, destacam-se as tecnologias leves-duras¹².

Os serviços de saúde ainda mantêm a organização do trabalho no fazer técnico e na

padronização de consultas em detrimento das práticas de acolhimento e integralidade do cuidado³. Nesse sentido, as necessidades de saúde dos usuários deveriam ser tidas como referência e o processo de trabalho reorganizado, já que são os trabalhadores que produzem o cuidado aos usuários⁴. Dessa forma, o modo como cada um trabalha, teria que incluir as tecnologias leves para ofertar um cuidado integral.

Diante o despreparo em lidar com as dimensões subjetivas da produção do cuidado e dos modelos de gestão centralizados e verticalizados que desapropriavam os trabalhadores do seu próprio processo de trabalho, surge a necessidade de uma política de humanização^{5,6}. Assim, humanizar refere-se à valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produzir cuidado⁷.

Segundo Barros, Mori e Bastos⁸, um dos desafios da política de humanização é enfrentar as condições de trabalho que estão submetidos os trabalhadores: desvalorização, precarização

e baixo investimento na educação permanente. Deslandes⁹ destaca as difíceis condições estruturais de trabalho, a quase sempre má remuneração, o pouco incentivo e a carga considerável de trabalho. Para o autor, humanizar a assistência é também humanizar a produção dessa assistência.

O fonoaudiólogo, como qualquer outro trabalhador de saúde, produz atos de cuidados, esses que podem assumir um modelo assistencial onde configura-se um processo de relações e de encontros com os sujeitos, criando momentos de falas, escutas e interpretações¹⁰. Na prática clínica e assistencial, a forma como interage com o usuário pode ser predominada pelo lado duro (instrumental) ou leve (relacional)¹¹.

O modelo produtivo do cuidado opera um núcleo tecnológico em seu processo de trabalho composto por Trabalho Morto e Trabalho Vivo em ato¹². Quando se caracteriza no modelo médico hegemônico, produtor de procedimentos, a composição técnica do trabalho é formada pelo Trabalho Morto. Já quando o modelo assistencial opera linhas de cuidado centradas na necessidade/direito do usuário, se potencializa o Trabalho Vivo¹³.

A fonoaudiologia deve acompanhar as mudanças ocorridas no processo de trabalho e produção do cuidado. Dessa forma, é importante analisar as condições de trabalho (recursos físicos, estruturais e humanos) e as relações estabelecidas entre o fonoaudiólogo, o

usuário e os trabalhadores de saúde. Além disso, identificar quais as ferramentas tecnológicas mais utilizadas e quais as dificuldades e/ou limitações encontradas para por em prática a oferta do cuidado integral.

Métodos

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo, com dados primários e abordagem qualitativa. Conforme as orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 1.595.792. Todos os participantes do estudo foram informados sobre o objetivo, justificativa, riscos e benefícios, como também, a permissão para a gravação da entrevista, transcrição literal e publicação dos resultados. O estudo só ocorreu após os sujeitos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para obter informações referentes à pesquisa foi utilizado a entrevista semiestruturada. Esta aconteceu por meio de um roteiro de perguntas elaborado pelo pesquisador, com base na Política Nacional de Humanização. Devido à verdadeira escassez de fonoaudiólogos no setor público do município de Salvador, o estudo contou apenas com quatro fonoaudiólogos, os quais atualmente compõem a Rede de Atenção à Saúde do município. Não se aplicou critério de exclusão.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, apenas na presença do entrevistado

e do entrevistador, a fim de garantir a privacidade do sujeito. Duraram cerca de trinta minutos, sendo gravadas em gravador digital com o consentimento prévio dos entrevistados. Foram transcritas e identificadas por meio da palavra 'Entrevistado' seguido pelo número, a fim de garantir o anonimato do participante.

Para análise dos dados, utilizou-se o conjunto de técnicas da análise de conteúdo segundo o modelo de Bardin¹⁴. Inicialmente, a pré-análise, através da ordenação dos dados, com a transcrição e organização das gravações. Por conseguinte, na descrição analítica ocorreu a classificação dos dados, sendo identificados os analisadores e elaborada as categorias empíricas. E, por último, a interpretação inferencial, momento de articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa, promovendo a relação entre a teoria e a prática.

Resultados e discussão

Foram entrevistados todos os fonoaudiólogos que compõem a Rede do município de Salvador-Bahia, sendo um total de quatro (dois homens e duas mulheres). Ambos pertencentes a uma faixa etária entre 30-40 anos de idade. Destes, dois trabalham em Centros de Saúde Mental e os outros dois em Multicentros de Saúde, conforme Tabela 1.

Os dados coletados na pesquisa ao serem analisados forneceram núcleos de sentidos (sentidos que abordam a mesma temática), os

quais foram agrupados e deram origem a duas categorias empíricas: O trabalho e o cuidar do fonoaudiólogo no SUS e O fazer fonoaudiológico na (des)construção do cuidado. Este estudo aborda a primeira categoria.

O trabalho e o cuidar do fonoaudiólogo no SUS

A fonoaudiologia gradativamente tem conquistado seu espaço nos serviços de Saúde Pública. Suas práticas antes focadas na reabilitação foram ampliadas para atender diversos níveis de assistência à saúde, incluindo a Atenção Básica¹⁵. Atualmente o fonoaudiólogo tem como objetivo de trabalho a prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.

Apesar da expansão das ações fonoaudiológicas e sua atuação em todos os níveis dos serviços de saúde, estudos demonstram que a oferta do cuidado fonoaudiológico no SUS ainda é escassa diante a demanda por atendimento^{16,17,18,19}.

A respeito desse assunto, o entrevistado 4 afirma que o serviço no qual trabalha não consegue suprir a demanda dos usuários que necessitam da assistência fonoaudiológica devido à baixa oferta desse profissional na rede. Esse fato gera uma lista de espera pelo atendimento. O relato do entrevistado 2 faz concordância ao abordar que o problema está no fato da demanda fonoaudiológica ser maior que o número de profissionais contratados. Ele

ressalta a falta de recursos humanos diante do número de pessoas que procuram o atendimento.

Atendo com lista de espera. A dificuldade é não ter oferta de fonoaudiólogo em outros locais pelo SUS. A não expansão da fonoaudiologia no sistema acaba por não assistir alguns usuários, principalmente àqueles que precisam de um cuidado mais prolongado. (Entrevistado 4)

Acho que seria ideal o aumento dos recursos humanos. É muito pouco um fonoaudiólogo para atender todos aqui no serviço. (Entrevistado 2)

A pesquisa feita por Miranda et.al.¹⁵ revelou aumento dos procedimentos fonoaudiológicos, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Sul, entretanto, a demanda ainda não foi alcançada na distribuição dos serviços fonoaudiológicos no SUS. Observa-se que o quantitativo de fonoaudiólogos ainda é inferior à necessidade da população em todas as regiões do país.

A entrevistada 3 revela que devido a grande procura e pouca oferta do atendimento fonoaudiológico na Rede, o serviço deixa de ser demanda aberta e passa a exigir referência, além de funcionar com lista de espera. Nota-se o problema da falta de recursos humanos e da demanda ser maior que o serviço, ambos afetam diretamente a oferta do cuidado fonoaudiológico, pois muitos usuários não conseguem ser assistidos.

Alguns chegam referenciados de outra instituição, mas a grande maioria vem com a ficha de

encaminhamento médico, a guia do SUS. No início era demanda aberta, mas depois como a procura foi muita, passou a não ter vaga e começou a funcionar com lista de espera. Temos os pacientes em atendimento e à medida que vão tendo alta, vamos ligando para os que estão na lista de espera e admitindo novos pacientes. [...] para a demanda que temos é pouca a quantidade de profissionais. Seria maravilhoso ter mais fonoaudiólogos, não só aqui, mas nos outros serviços para que ampliasse essa questão do atendimento. (Entrevistada 3)

Para Witwytzkj e Tavares²⁰ é preciso tomar providências para suprir a alta demanda e adequar os serviços à realidade e necessidade da população. Sendo assim, requer aumento na quantidade de fonoaudiólogos atuando na Saúde Pública e mais atenção do Governo ao que se refere às políticas públicas em Fonoaudiologia.

Devido à deficiência de recurso humano não há restrição de atendimento, todos usuários são recebidos, independentemente da sua demanda e de qual área da fonoaudiologia ela se encontre.

Como aqui é SUS, a demanda chega e não é possível definir o que vai ser, então, atendemos de tudo, desde criança com atraso de linguagem, distúrbio fonológico, várias questões de alterações de linguagem ou relacionada à motricidade orofacial, disfagia, voz, atendemos tudo. (Entrevistada 3)

As diretrizes curriculares de fonoaudiologia em seu Art. 3º traz que o profissional fonoaudiólogo tem como perfil a formação

generalista, portanto, entende-se que este trabalhador deve estar preparado para atender a todas as demandas que competem a atuação do fonoaudiólogo²¹.

Atendo um pouco de tudo, mas entendendo a minha limitação. Tem horas que eu peço ajuda, ligo para colegas. Quando é um caso de voz mais grave, eu encaminho porque não tenho essa especialização para atendimento. (Entrevistada 1)

A Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 453/2014 reconheceu mais duas especialidades da Fonoaudiologia, ao total são 12 áreas nas quais o fonoaudiólogo pode requerer o título de especialista²². Tal título confere intervir com mais precisão no desenvolvendo de ações que envolvam determinada área do conhecimento, por isso é comum o encaminhamento de usuários quando o fonoaudiólogo não se sente confiante para atender uma demanda a qual não domina.

Além da insuficiência quantitativa dos recursos humanos, as entrevistadas apontaram a falta de materiais apropriados para ofertar cuidado aos usuários e realizar seu trabalho com qualidade. Nesse sentido, a fala abaixo exemplifica o exposto,

Dificuldade sempre existe, por ser um serviço do SUS nem sempre temos tudo que precisamos. Por exemplo, existem tipos de atendimentos que talvez precisassem de um espaço maior ou de brinquedo e material específico, só que não encontramos. (Entrevistada 3)

O atendimento no campo da saúde no Brasil é reconhecido como deficitário tanto no que diz

respeito à relação desigual entre demanda e oferta de serviços quanto às condições precárias dos equipamentos que prestam esse atendimento²³.

Faltam materiais de terapia, computador necessário para atendimento. Tenho o material básico, lápis, papel, os demais (brinquedos, protocolo de avaliação fonoaudiológica) eu trago de casa mesmo porque não temos financiamento para esses materiais. Solicitamos, mas não tem no almoxarifado. (Entrevistada 1)

A falta de determinados materiais não se torna um empecilho para prestar atendimento, graças à iniciativa da trabalhadora que utiliza estratégias próprias, não se restringe apenas aos recursos do serviço. Ela oferta cuidado ao se mobilizar para atender uma necessidade do usuário.

Na medida do possível, tento ir buscando ou eu mesma trago, imprimo em casa, confecciono material e isso facilita o trabalho (Entrevistada 3)

De acordo com Pialarissi²⁴ as condições de trabalho nos serviços de saúde público apresentam dificuldades devido à inadequação da infraestrutura, dos recursos humanos e de materiais. É necessário o resgate da dignidade dos profissionais da saúde, o planejamento do número adequado dos trabalhadores para cada setor, bem como do perfil ideal para cada função em detrimento à profissão praticada em condições precárias e com equipamentos sucateados, devido ao descaso dos governantes e administradores do sistema em relação à saúde.

A inadequada infraestrutura e a precarização de materiais podem resultar na limitação do trabalho fonoaudiológico e, conseqüentemente, diminuir a qualidade do atendimento prestado. Os relatos evidenciam que uma estrutura física precária, muitas vezes, inviabiliza a prestação de serviço ao usuário e, até mesmo, pode prejudicar a saúde do trabalhador.

Não tinha forro na sala de espera, várias vezes chegava e a Unidade estava alagada, tudo muito mofado. A estrutura daqui realmente estava interferindo nas condições de trabalho. (Entrevistada 1)

Não tenho como atender criança de zero a três anos de idade porque não tenho estrutura de sala adequada para isso. Às vezes eu atendo quando o caso é muito crítico, explico para mãe que nós não temos estrutura ideal, mas, muitas vezes, fico limitada. (Entrevistada 1)

A fala anterior apresenta a limitação do trabalho diante as condições de estrutura inadequada, porém, a trabalhadora revela algum tipo de afeto, pois apesar de saber que não tem recurso suficiente para atender, ela se sente sensibilizada com o problema de saúde do outro ao ponto de ofertar o cuidado, mesmo de forma limitada.

Percebe-se que o elemento humano é central, ele garante o caráter produtor do cuidado. Isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, mas por atos de produção imanentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação¹².

É possível perceber que na dificuldade de acesso as tecnologias duras, há um aumento no uso das tecnologias leves e, o que aparentemente surge como estratégia para suprir uma necessidade, se torna uma ferramenta resolutiva nas ações de cuidado aos usuários. Para Franco e Merhy¹², o uso predominante das tecnologias leves ou relacionais configura uma mudança no modelo produtivo do cuidado, uma inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, com centralidade para o Trabalho Vivo.

Embora existam dificuldades, o trabalhador procura formas de vencer as limitações do serviço a fim de ofertar um bom atendimento e fornecer o melhor tratamento possível ao usuário.

Utilizo vários materiais, alguns brinquedos, massageadores, materiais de avaliação que infelizmente a Prefeitura não fornece, mas eu crio baseado no que eu tenho e trago. (Entrevistado 2)

Diante o exposto, pode-se afirmar que o processo do trabalho em saúde é o elemento central do modelo de produção do cuidado¹. A fala acima representa o Trabalho Vivo, já que o trabalhador não se prende aos recursos do serviço e com iniciativa própria procura meios de resolver o problema que encontra durante o exercício do seu trabalho.

Para autora referida, o Trabalho Vivo é indicador de que o trabalhador conta com altos graus de liberdade, maior autogoverno do seu

próprio processo de trabalho, podendo estabelecer com o usuário uma relação mais produtiva. No entanto, nem sempre há predomínio do Trabalho Vivo. O entrevistado 4 demonstra certa falta de liberdade e autonomia no processo de trabalho, ele se encontra limitado as regras do serviço.

Conversamos sobre alguns pacientes, mas especificamente sentar e discutir um caso para tentar fazer um planejamento terapêutico, por enquanto não. Mas eu fico pensando se é o caráter da clínica porque é um centro de especialidade, então, temos que pensar no caráter de atendimento clínico. (Entrevistado 4)

A referência essencial para organizar o cuidado em saúde não deve ser o caráter do atendimento ou o modelo de funcionamento do serviço, mas sim as necessidades de saúde dos usuários. Assim, a chave da questão é o processo de trabalho, pois é por meio dele que se produz o cuidado aos usuários⁴. Quando há predominância do Trabalho Vivo, em ato, o trabalhador pode exercer melhor criatividade necessária ao cuidado em saúde, fortalecer os aspectos relacionais, portanto, maior possibilidade de conduzir o trabalho por diretrizes como acolhimento, estabelecimento de vínculo e acompanhamento de projetos terapêuticos¹².

No que se refere ao projeto terapêutico, destaca-se a capacidade de trabalho em equipe para conduzi-los com diferentes saberes, competências e habilidades de cada trabalhador e sua área de conhecimento específica²⁵.

Alguns dos entrevistados revelaram a presença de diálogos com outros profissionais para discutir o caso do paciente, bem como sua relação construída com os trabalhadores e a interdisciplinaridade no serviço.

Estamos sempre conversando nas reuniões de equipe. Alguma dúvida que a nutricionista tem, ela vem aqui na minha sala ou alguma dúvida que eu tenho eu vou à sala dela. Por exemplo, um paciente que eu vejo que está com uma necessidade grande e a lista de espera da psicologia está muito grande, eu vou sempre perguntando se tem como encaixar ele. (Entrevistada 3)

Discutimos casos juntos, tem um dia de reunião semanal, onde aqueles casos difíceis são discutidos. É uma relação afetiva, harmoniosa e interdisciplinar. (Entrevistada 1)

Nós discutimos casos, existe uma troca muito boa, discutimos casos diretamente com psiquiatras, neurologistas, com a equipe de reabilitação. O encaminhamento interno acontece muito e isso facilita bastante, além disso, também temos todas as quarta-feiras reuniões que envolvem desde estudo de casos até medidas e discussões sobre o funcionamento da Unidade. Isso facilita muito, favorece a troca, aproxima a equipe. Nós não somos um grupo isolado e isso tem favorecido a elaboração de plano terapêutico individual. (Entrevistado 2)

Ao perceber a saúde e o ser saudável como uma condição que extrapola a simples ausência da doença, inevitavelmente o conhecimento ganha uma dimensão que ultrapassa o limitado campo disciplinar, exigindo novos conceitos e práticas que respondam ao cuidado integral dos

sujeitos. Surge assim a necessidade da construção de um conhecimento interprofissional pautado no aprofundamento teórico que produza práticas e ações interdisciplinares e intersetoriais para responder a complexa variedade de demandas observadas atualmente na saúde²⁶.

A interprofissionalidade não fere as particularidades de cada profissão, antes utiliza-se desta diversidade para produzir e sistematizar uma prática alicerçada pela pluralidade de contribuições para o alcance de ações dotadas de maior resolutividade. É neste processo que nitidamente pode-se observar a valorização dos diversos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde²⁰.

Nota-se, no relato seguinte que o fonoaudiólogo procura atuar em conjunto com outros profissionais na busca pela integralidade.

Há respeito e colaboração. Se algum paciente meu precisar de algo específico da fisioterapia na mesma hora eu tenho um retorno, uma resposta e o mesmo ocorre com outras áreas. Se eu preciso saber sobre interação medicamentosa, o farmacêutico está disposto a orientar. Às vezes pode não casar o horário, mas quando não nos encontramos pessoalmente, a resposta vem em prontuário. (Entrevistado 2)

O trabalho em equipe viabiliza ações conjuntas em prol do paciente em uma relação recíproca de dupla mão, entre trabalho e interação. Assim, a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e

permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção²⁷.

Considerações finais

A produção do cuidado fonoaudiológico na Rede própria de Salvador apresenta dificuldades quanto à deficiência de recurso humano frente à procura pelo atendimento desse profissional. O estudo revelou a escassez de fonoaudiólogos na Rede do município, fato que ficou evidente com o número de entrevistados durante a pesquisa, já que são poucos os serviços de saúde no qual este profissional faz parte da equipe. Portanto, torna-se necessário ampliar a oferta do cuidado fonoaudiológico e, assim, suprir as demandas da população, com vistas a facilitar o acesso e diminuir a lista de espera pelo atendimento.

No que se refere à infraestrutura dos serviços, em alguns, existe precarização das condições do ambiente de trabalho, a qual interfere tanto na saúde do trabalhador como na prestação do serviço de saúde. Além disso, a falta de materiais também foi apontada como um fator que diminui a qualidade do serviço prestado e limita o trabalho fonoaudiológico quanto ao uso de procedimentos e técnicas.

As limitações e dificuldades encontradas no trabalho não impedem a oferta do cuidado. Com isso, nota-se que o modelo produtivo do cuidado realizado pelos fonoaudiólogos sofreu inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, com centralidade para

o Trabalho Vivo e o uso predominante das tecnologias leves.

O Trabalho Vivo promove maior grau de liberdade e autonomia ao trabalhador, dessa forma, ele enfrenta os problemas existentes no cotidiano do trabalho com maior resolutividade. Já as tecnologias leves são responsáveis por produzir encontros, afetos e atos de cuidado

entre o fonoaudiólogo e o usuário.

Por fim, as práticas e ações do fonoaudiólogo revelam, em sua maioria, a presença do trabalho interdisciplinar. Há discussões de caso, construção de planejamento terapêutico e relações de troca de conhecimento entre diferentes categorias profissionais, tendo como objetivo principal a busca pela integralidade do cuidado.

Referências

1. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
2. Merhy EE. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
3. Barbosal GC, Meneguiml S, Limal SAM, Morenol V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *RevBrasEnferm.* 2013; 66 (1): 123-127.
4. Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [página na Internet]. [acesso em 17 de outubro 2017]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf
5. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Solla JJSP, organizador. Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde: experiências da Bahia. Salvador: EDUFBA; 2014.
7. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Barros MEB, Mori ME, Bastos SS. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento "Programa de Formação em saúde e trabalho". *CadSaude Pub* 2006;14(1):31-48.
9. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 9 (1):7-14.
10. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
11. Da Ros MA, Maeyama MA, Leopardi MT. Tecnologia na área da saúde. De que tecnologia estamos falando? *Sau. &Transf. Soc.* 2012; 3(3):29-35.
12. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2012; 6 (2):151-63.
13. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. *Saúde em debate* 2003; 27(65):316-323.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Rodrigues M. Assistência Fonoaudiológica no Sus: A ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Rev. CEFAC.* 2015;17(1):71-79.
16. Souza RPF, Andrade da Cunha D, Silva HJ. Fonoaudiologia: a inserção da área de linguagem no sistema único de saúde (SUS). *Rev CEFAC.* 2005;7(4):426-32.

- ¹⁷. Bazzo LMF. Privação da oferta de serviços fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma do Estado: a mediação do debate. R Ciméd biol. 2007;6(2):190-6
- ¹⁸. Santos JN, Maciel FJ, Martins VO, Rodrigues ALV, Gonzaga AF, Silva LF. Inserção dos fonoaudiólogos no SUS/MG e sua distribuição no território do Estado de Minas Gerais. Ver CEFAC. 2012;14(2):196-20
- ¹⁹. Ferreira CL, Silva FR, Martins-Reis VO, Friche AAL, Santos JN. Distribuição dos fonoaudiólogos na atenção à saúde no Estado de Minas Gerais entre 2005 e 2010. Rev CEFAC. 2013;15(3):672-80.
- ²⁰. Witwytzkjy LP, Tavares RSCR. Fonoaudiologia e saúde pública: análise bibliométrica. DistúrbComun (São Paulo). 2017; 29(2): 227-236.
- ²¹. Brasil, Ministério da Educação e Cultura (MEC). Resolução CNE/CES. 5/2002. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 19 fev. 2002. p. 5.
- ²². Brasil, Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa 453/2014.
- ²³. Cavalcanti PB, Lucena CM, Lucena PLC, Miranda APRS. Formação de recursos humanos para o SUS: uma análise da residência multiprofissional. Revista Interface. [periódico na internet]. 2015 [citado dez 28]; 12(1):[aprox.22 telas]. Disponível em: <https://ojs.ccsa.ufrn.br/ojs//index.php?journal=interface&page=article&op=view&path%5B%5D=515&path%5B%5D=628>
- ²⁴. Pialarissi, R. Precarização do Trabalho. Rev. Adm. Saúde. 2017; 17(66).
- ²⁵. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e núcleos de apoio à saúde da família: conceitos e referências. RevSocBrasFonoaudiol. 2010; 15(3): 465-74.
- ²⁶. Carpes AD, Santos BZ, Morais CB, Backes DS, Martins JS, Krause LMF. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria. 2012; 13(2): 145-151.
- ²⁷. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):229-33.

Tabela

Tabela 1. Caracterização dos Fonoaudiólogos da Rede Municipal de Salvador

	Sexo	Faixa etária
Entrevistado 1	Feminino	40 anos
Entrevistado 2	Masculino	31 anos
Entrevistado 3	Feminino	36 anos
Entrevistado 4	Masculino	35 anos

Submissão: 05/02/2019
Aceite: 17/09/2019