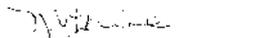


KÁTIA DE CÁSSIA BOTASSO

**Avaliação do Programa de Observação do Desenvolvimento de
Linguagem e da Função Visual de Lactentes sob a ótica da família**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Saúde Interdisciplinaridade e Reabilitação, Área de Concentração em Interdisciplinaridade e Reabilitação do(a) aluno(a) **Kátia de Cássia Botasso**.

Campinas, 10 de fevereiro de 2011.


Prof(a). Dr(a). Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima
Orientador(a)

CAMPINAS

UNICAMP

2011



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE OBSERVAÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM E FUNÇÃO VISUAL DE
LACTENTES SOB A ÓTICA DA FAMÍLIA**

Kátia de Cássia Botasso

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área de concentração em Interdisciplinaridade e Reabilitação. Sob orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

Unidade BCC
T/UNICAMP
Cutter B656a
V. _____ Ed. _____
Tombo BC 92106
Proc. 16-130-2011
C _____ D _____
Preço R\$ 66,00
Data 09/08/2011
Cod. tit. 799/109

B656⁶a

Botasso, Kátia de Cássia, 1970 -

Avaliação do programa de observação do desenvolvimento de linguagem e da função visual de lactentes sob a ótica da família. / Kátia de Cássia Botasso. -- Campinas, SP: [s.n.], 2011.

Orientador: Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Promoção da Saúde. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Atenção primária à saúde. 4. Família. I. Lima, Maria Cecília Marconi Pinheiro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Evaluation of language and visual function program of infants from the family point of view

- Keywords:**
- Health promotion
 - Child development
 - Primary health care
 - Family

Titulação: Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Prof. Dr. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima
Prof. Dr. Maria de Fátima de Campos Françaço
Prof. Dr. Emilse Aparecida Merlin Servilha

Data da defesa: 10-02-2011

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): *Kátia de Cássia Botasso*

Orientador: Prof.(a) Dr.(a) Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima



Prof.(a) Dr.(a) Maria Cecília Marconi Pinheiro
Lima



Prof.(a) Dr.(a) Maria de Fátima de Campos
Françaço



Prof.(a) Dr.(a) Erlise Merlin Servilha

Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Interdisciplinaridade e Reabilitação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/02/2011

7009 11.11.11 6007

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pelo exemplo de dedicação, amor e perseverança

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima que dedicou sua atenção em me orientar, incentivar, apoiar, organizar até a concretização do meu sonho, de forma mostrando caminhos a percorrer, como atingir metas, organizar, pesquisar e dedicar.

Às Profas. Dra. Maria de Fátima de Campos França e Dra. Heloísa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À Profa. Maria Teresa Pereira Cavalheiro, que está presente em minha vida antes de iniciar a minha trajetória profissional até hoje, guiando-me, pelo seu eterno exemplo de generosidade, profissionalismo, ética, amor e dedicação aos seres humanos e à Fonoaudiologia.

A todos os professores do mestrado pelo carinho e dedicação.

Às minhas colegas de mestrado pelos incentivos e troca de experiências.

À Prefeitura Municipal de Mogi Mirim, a qual trabalho desde 1995 e que sempre favoreceu meus conhecimentos e permitiu a concretização desse trabalho.

A todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde do Bairro Maria Beatriz, pelo carinho, dedicação, confiança no trabalho fonoaudiológico, respeito e disponibilidade e atenção para que esse trabalho pudesse ser concretizado.

Aos usuários, crianças e mães/cuidadoras da Unidade Básica de Saúde Maria Beatriz, pela confiança, amor e respeito, principalmente os que participaram da pesquisa.

À Márcia Regina do Sacramento Siqueira e Maria Rita R. da Silva, pela ajuda na realização do grupo focal, pela paciência e dedicação.

À minha professora de Inglês, que também se tornou minha amiga, Cláudia Cuculo, pelos seus ensinamentos e ajuda na concretização desse meu sonho.

À minha vizinha Lourdes (in memoriam), que me ensinou o amor incondicional, a paciência e a fé.

Aos profissionais da Unidade de Fonoaudiologia e do Centro de Especialidades de Mogi Mirim, pelo apoio e compreensão.

A toda minha família, meus irmãos Rogério e Alexandre, meus tios Valdir, Célia e Vadi e minha cunhada Sílvia, pelo incentivo e carinho.

Ao meu irmão Rogério pela paciência, força e ajuda.

À minha sobrinha Juliana, pelas horas que brincávamos juntas, para meu descanso.

A meu pai pelo exemplo de trabalho e dedicação.

À minha mãe, presença imprescindível na minha vida, pela compreensão, companheirismo, amor e carinho, principalmente nessa fase final.

A Deus, pelas oportunidades diárias de conhecimento e aprendizado com os seres humanos.

“Aprender não é a aquisição de algo que está lá, é transformação em coexistência com o outro”. (Humberto Maturana)

RESUMO

Programas de promoção à saúde são importantes para a diminuição dos riscos e agravos que uma população possa estar exposta, principalmente a população infantil. Como parte desse processo, a avaliação de serviços auxilia a implementar ações realizadas nesses programas. As ações realizadas em Unidades Básicas de Saúde muitas vezes são impostas a uma determinada população frente às necessidades que os profissionais de saúde acreditam ser importantes, mas nem sempre valorizam a opinião dos usuários. O objetivo geral desse trabalho foi avaliar o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes do Município de Mogi Mirim, sob a ótica da família. Os objetivos específicos foram: conhecer a percepção das mães ou cuidadores sobre o Programa e elencar os pontos positivos e negativos do Programa. Utilizou-se pesquisa qualitativa, com uso do grupo focal, com realização de dois encontros e participação de oito sujeitos, sendo seis mães, uma avó e uma cuidadora. Todos os participantes convidados para o grupo haviam comparecido pelo menos, a duas avaliações no Programa em questão. A coleta de dados teve a participação de um moderador, uma relatora e uma observadora. Os instrumentos de pesquisa foram observação, roteiro de perguntas e análise documental. A coleta de dados teve início em julho de 2009 e para análise de dados utilizou-se o método hermenêutico, seguindo os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. Após os momentos com o grupo focal, os dados foram analisados, unindo-se as categorias mais relevantes e frequentes no discurso dos participantes. A discussão se concentrou nos seguintes aspectos: acolhimento, promoção de saúde, empoderamento, equipe de saúde, trabalho interdisciplinar, integralidade e vínculo. Os pontos positivos elencados pelos participantes foram a observação do desenvolvimento da criança através do universo da mesma, o fato do Fonoaudiólogo sanar todas as dúvidas do (a) cuidador (a) após as observações da criança e a realização da promoção e prevenção de saúde. Não elencaram pontos negativos, porém sugeriram retornos mais frequentes e que a primeira consulta do lactente seja pelo Fonoaudiólogo. Em relação ao modo de gestão existente na Unidade Básica de Saúde, acreditam ser necessário um trabalho interdisciplinar. Concluindo, o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e da Função Visual de Lactentes vem se mostrando importante na detecção precoce de patologias, no acompanhamento do aleitamento materno e na redução dos hábitos viciosos. Para as famílias, vem auxiliando no esclarecimento de dúvidas com relação ao desenvolvimento infantil.

Descritores: Promoção da Saúde, Desenvolvimento Infantil, Atenção Primária à Saúde, Família.

ABSTRACT

Health promotion programs are important to reduce the risks and dangers that a population may be exposed to, especially the child population. As part of this process, the evaluation of services helps the implementation of actions taken in these programs. The study focused on the importance of evaluating health services, enhancing the users' point of view, since the actions carried out in the Basic Health Units are often imposed on a population facing needs that health professionals believe to be important. The general aim was to evaluate the Language Development and Visual Function Observation Program in Infants in the city of Mogi Mirim, from the family's perspective. Specific objectives: to understand the perceptions of mothers and caregivers about the Program and to list the positive and negative aspects. Method: Qualitative study using the focus group in two meetings, attended by eight subjects: six mothers, one grandmother and one caregiver. All participants invited to the group had come in at least two evaluations of child development. Data collection was attended by a moderator, an observer and a rapporteur. The research instruments were observation, structured interview and document analysis. Data collection began in July/2009 and data analysis used the hermeneutic method, with the following steps: ordering the data, sorting the data and final analysis. Results and Discussion: After analyzing the data, the most relevant and frequent categories in the speeches of the participants and also discussed in this study were: hospitality, health promotion, empowerment, health team, interdisciplinary work, integrality and bonding. Conclusion: The strengths listed by participants were the observation of child development through his/her own universe, resolving of all questions and comments after the observations and the speech therapist professional conducting promotion and prevention and other professionals caring for the disease. The participants did not list negative points, but they suggested more frequent follow-up visits to the doctor and that the infant's first appointment should be with the speech therapist. Regarding the Health Unit existing management, it is believed that interdisciplinary work is necessary. The Program for Observation of Language and Visual Function in Infants has proved to be important for early detection of impairments, the monitoring breastfeeding and reduction of vicious habits. For the families, the program has been helpful in clarifying questions about infant development.

Key-Words: Health Promotion, Child Development, Primary Health Care, Family.

LISTA DE ABREVIATURAS

UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSs - Unidades Básicas de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
IQG – Instituto Qualisa de Gestão
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ACS – Agente Comunitária de Saúde
ACSs - Agentes Comunitárias de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
CEMPI – Centro Educacional Municipal da Primeira Infância

SUMÁRIO

| | Pág. |
|--|------|
| Resumo..... | vii |
| Abstract..... | viii |
| 1. Introdução..... | 11 |
| 2. Revisão da Literatura..... | 16 |
| 2.1.O papel da linguagem, da audição e visão no desenvolvimento infantil | 16 |
| 2.2.O acompanhamento do desenvolvimento de lactentes na atenção básica..... | 20 |
| 2.3. A avaliação dos serviços públicos..... | 23 |
| 2.4. A avaliação por meio do grupo focal..... | 27 |
| 3. Objetivo..... | 29 |
| 3.1.Objetivo Geral..... | 29 |
| 3.2.Objetivos Específicos..... | 29 |
| 4. Metodologia..... | 30 |
| 5. Resultados e Discussões..... | 37 |
| 5.1. Acolhimento..... | 37 |
| 5.2. Promoção de Saúde e Empoderamento..... | 39 |
| 5.3. Equipe de Saúde e Trabalho Interdisciplinar..... | 44 |
| 5.4. Integralidade e Vínculo..... | 50 |
| 6. Conclusão..... | 52 |
| 7. Referências Bibliográficas..... | 55 |
| 8. Anexos..... | 66 |
| 8.1. Anexo 1 – Protocolo de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função de Visual | 66 |
| 8.2. Anexo 2 – TCLE para os responsáveis..... | 67 |
| 9. Apêndice..... | 68 |
| 9.1. Apêndice 1. Roteiro de perguntas para o grupo focal..... | 68 |
| 9.2. Apêndice 2. Convite enviado aos participantes..... | 69 |

1. INTRODUÇÃO

O Departamento de Saúde do município de Mogi Mirim, cidade situada no interior do estado de São Paulo, em 1998, iniciou a descentralização das ações da Fonoaudiologia, em nível de Atenção Básica, por meio de um programa voltado às gestantes, com o objetivo de iniciar ações de prevenção e promoção à saúde em Unidade Básica de Saúde (UBS), seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa tinha como característica um trabalho multiprofissional e interdisciplinar e incluía, além da Fonoaudiologia, profissionais da Psicologia e do Serviço Social. Posteriormente, incluíram-se ações das áreas de Enfermagem, Ginecologia, Odontologia e Pediatra. No primeiro momento, o programa ocorria em três Unidades Básicas de Saúde (UBSs), referentes aos bairros Maria Beatriz, Jardim Planalto e do Sub-Distrito Martim Francisco.

O Papel da Fonoaudiologia, no programa de gestante acima citado, era o de orientá-las sobre o aleitamento materno, o desenvolvimento da fala e da linguagem infantil e a importância do não uso de chupetas e mamadeiras, para promover o desenvolvimento adequado da motricidade orofacial. Utilizava-se, para tal orientação, a técnica de dinâmica de grupo.

Porém, acreditava-se na importância da continuidade das ações de promoção e prevenção após o nascimento dos bebês e não apenas no trabalho com as gestantes. Então, nesse mesmo ano, após discussões com profissionais da área da Fonoaudiologia, pensou-se na inserção, no referido programa, de um trabalho com lactentes, denominado Programa de

Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes, com a aplicação do Protocolo de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual (Adaptação de Lima e Gagliardo, 1997, Anexo 1), com o objetivo de triar e detectar precocemente alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem oral e das funções auditiva e visual. Para a execução desse programa, utilizava-se chocalho, sino, livro de banho, animais de borracha, argola e cubo considerando-se que esses materiais seriam de uma tecnologia acessível ao município, com baixo custo em sua aquisição e também adequado à população destas UBSs.

As duas Fonoaudiólogas do Departamento de Saúde receberam treinamento para aplicação do Protocolo de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual, iniciando as avaliações em três Unidades Básicas de Saúde do município. As equipes de enfermagem, recepção e pediatria foram orientadas sobre o objetivo do Protocolo acima referido e a importância de conscientizarmos as famílias quanto à participação das mesmas, no processo de desenvolvimento dos lactentes. Com a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nessas UBSs, os profissionais receberam a mesma orientação.

A recepcionista de cada UBS realizava o agendamento dos lactentes e orientava as mães do motivo da consulta com a Fonoaudióloga. Os lactentes eram agendados a cada três meses. Durante a observação do desenvolvimento de linguagem e da função visual, as mães recebiam orientações sobre aleitamento materno, estimulação de fala e linguagem. Além disso, sanavam suas dúvidas a respeito de aspectos do desenvolvimento infantil como um todo.

Em 2000, ocorreu à unificação da equipe de Fonoaudiólogas do Departamento de Educação com o Departamento de Saúde e conseqüentemente, as ações de prevenção e promoção de saúde foram ampliadas. A UBS passou a ser a porta de entrada do serviço de Fonoaudiologia e as dez UBSs do município inseriram o profissional Fonoaudiólogo, o que se constituiu um grande marco para as equipes, pois até este momento tinham a equipe mínima e a partir daí, iniciou-se a lógica da clínica ampliada.

A UBS passou a ser a porta de entrada para o serviço de Fonoaudiologia, em 2000, e iniciaram-se as seguintes ações: triagem, orientação aos usuários e familiares/cuidadores, lista de espera assistida, projeto saúde escolar e projeto às gestantes.

Gradativamente, de acordo com o perfil da demanda, inseriram-se outros projetos, o de prevenção, promoção e reabilitação à saúde vocal dos educadores municipais (Lei 197/07) e de cantoterapia, destinado à saúde do idoso.

Em 2005, o Programa foi implantado, efetivamente, em todas as UBSs e modificou-se a forma de agendamento, sendo que a partir desse momento todas as gestantes realizavam a primeira consulta com a Enfermeira, sendo a responsável pela solicitação dos exames e pelo agendamento com os demais profissionais, tais como: Fonoaudióloga, Ginecologista, Pediatra, Psicóloga e Cirurgião Dentista.

Durante as orientações individuais às gestantes realizadas pela Enfermeira, estas já eram conscientizadas da importância do acompanhamento de seus filhos e do agendamento da consulta com a

Fonoaudióloga logo após o nascimento, que ocorre no mesmo dia da realização do teste do pezinho.

Em 2009, com a inserção do teste da orelhinha a todos os neonatos de Mogi Mirim, as mães passaram a receber o encaminhamento para o agendamento com a Fonoaudióloga na própria Unidade Básica de Saúde.

Durante todos esses anos, a equipe vem utilizando o Protocolo de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual com os objetivos já citados, por acreditar na sua importância para a população, porém nunca foi questionado às famílias se a proposta dos profissionais vinha ao encontro com suas necessidades e se estavam adequadas à realidade dessa população.

No ano de 2008, o Departamento de Saúde, através do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), passou por um processo de acreditação, que é um sistema de avaliação e certificação de qualidade de serviços de saúde (Organização Nacional de Acreditação, 2011).

No processo de acreditação, realizou-se primeiramente o diagnóstico, momento que todas as Unidades de Saúde foram visitadas pelos avaliadores do IQG, sempre acompanhados por um profissional do Departamento de Saúde. Questionou-se sobre a organização do serviço, o número de profissionais, o perfil da demanda, as ações e projetos realizados a partir do diagnóstico prévio do serviço e banco de dados. Analisou-se a estrutura física do ambiente de trabalho, os prontuários dos usuários e os protocolos assistenciais.

Em um segundo momento, entregou-se à Diretora do Departamento de Saúde todos os relatórios, contendo o resultado do diagnóstico de cada Unidade de Saúde, os pontos fortes da gestão e as oportunidades de melhorias.

Apontou-se como ponto forte da gestão do município, a estrutura organizacional do Serviço de Fonoaudiologia. Foram elencadas oportunidades de melhorias do serviço de Fonoaudiologia, tais como: a mudança de local dos atendimentos da Atenção Especializada, a definição de metodologia para avaliação formal da eficiência e eficácia dos planos terapêuticos e implementação dos projetos assistenciais com impacto no resultado, com a participação da equipe multiprofissional das UBSs.

Após o resultado, o serviço de Fonoaudiologia definiu sua missão de trabalho, a visão e valores do serviço, construiu-se o protocolo de referência e contra-referência, estabeleceram-se as competências de cada cargo, construiu-se o Comitê de Ética Profissional e o fluxograma de atendimento de todos os níveis de atenção, contrataram-se mais profissionais e mudou-se o local de atendimento da Atenção Especializada.

Nesta pesquisa, portanto, buscou-se avaliar o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes do Município de Mogi Mirim, sob a ótica da família.

Como técnica de pesquisa qualitativa utilizou-se o grupo focal, pois é possível por meio dela compreender as questões de interesse da pesquisadora.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - O papel da linguagem, da audição e visão no desenvolvimento infantil

Conhecer como se processa o desenvolvimento da linguagem e das funções auditiva e visual no primeiro ano de vida de uma criança nos auxilia na orientação à família e na detecção de qualquer ocorrência que possa desviar esse processo, muitas vezes interferindo negativamente no desenvolvimento global da criança.

Pode-se observar como se processa o desenvolvimento de uma criança por meio de avaliações ou então se pode aplicar um questionário às famílias e/ou cuidadores, considerando que são fontes legítimas de informações sobre seus filhos.

A audição normal é essencial para o desenvolvimento da linguagem oral nos primeiros seis meses de vida, pois esta última depende da integridade de muitos sistemas neurais, incluindo a audição, o processo auditivo central, o desenvolvimento cognitivo, a função motora, a visão e o processamento central da informação visual (Coplan, 1983).

O funcionamento normal dos processos auditivos resultará na compreensão da linguagem oral e conseqüentemente na capacidade de receber, transformar, perceber, lembrar sons e experiências sonoras. A elaboração de conceitos e a evocação deles nas diversas situações dependerão das vias e áreas cerebrais (Lima e Nakamura, 2006).

A aprendizagem do bebê inicia-se quando começa a explorar o ambiente por meio dos sentidos. Ouvir sons e vozes é de suma importância para o desenvolvimento da linguagem, para isso é necessário o desenvolvimento das funções auditivas (Devine, 1993). O componente condutivo e sensorial do sistema auditivo está pronto ao nascimento, porém o componente neural se desenvolve a partir das experiências da criança, principalmente nos dois primeiros anos de vida. Sendo assim, ela vai aprendendo a ouvir e vai desenvolvendo as capacidades e funções auditivas envolvidas no processamento auditivo (Pereira e Schochat, 1997).

As etapas do processamento auditivo são: atenção seletiva, detecção do som, discriminação do som, localização da fonte sonora, reconhecimento da fonte produtora do som, compreensão da informação auditiva e memória das informações auditivas (Boothroyd, 1986). Os dois primeiros anos de vida são os mais marcantes para essas habilidades se desenvolverem, sendo que as respostas variam de um trimestre para o outro.

Até os três primeiros meses, o bebê produz som de murmúrio, em seguida inicia o balbucio. No período entre sete e nove meses, o balbucio é transformado, apresentando uma variedade maior de sons e inflexões. A primeira palavra ocorre entre dez e catorze meses de idade; aos dezoito a fala expressiva tem aproximadamente de dez a vinte palavras, aos dois anos a criança pode utilizar cerca de duzentas palavras. Aos dois anos e meio de idade, o vocabulário aumenta, sendo capaz de expressar sentenças simples, com três anos a criança entende a maior parte do que ouve, faz uso de novas palavras e usa a linguagem para conseguir o que deseja. Finalmente aos

quatro anos, já produz adequadamente os fonemas da língua, sua linguagem está completa, sendo apenas necessário aprimorá-la (Vygotsky, 1991).

A linguagem media a constituição do indivíduo e a formação de seu pensamento. É a partir da linguagem que o indivíduo transforma funções elementares como reflexo, memória, vontade, que são de origem biológica, em funções psicológicas superiores (pensamento, memória e atenção), que são de origem sociocultural. Portanto, pensamento e linguagem caminham juntos, influenciando um ao outro. Quando a criança domina o código lingüístico de sua cultura, torna-se possível a mediação entre o sujeito e o objeto do conhecimento e, portanto, ocorre a aprendizagem (Vygotsky, 1991).

A relação entre o pensamento e a fala passa por várias mudanças ao longo da vida e a conquista da linguagem representa um marco no desenvolvimento do homem, pois a capacitação para a linguagem, exclusivamente humana, habilita as crianças a buscarem instrumentos à solução de tarefas difíceis, a superarem a ação impulsiva, a planejarem a solução para um problema antes de sua execução, e a controlarem seu próprio comportamento. Signos e palavras constituem a criança, um meio de contato social com outras pessoas. As funções cognitivas e comunicativas da linguagem tornam-se, a base de uma nova atividade nas crianças, diferenciando-as dos animais. Portanto, a linguagem expressa o pensamento da criança e age como organizadora desse pensamento (Vygotsky, 1984).

A fala é produzida pela corrente de ar saída dos pulmões, que é regulada pelos movimentos da mandíbula, lábios, língua, palato mole, faringe e pregas vocais, que vibram a coluna de ar, alterando a forma do trato vocal. Os movimentos são produzidos pela contração da musculatura esquelética, sendo

regulada pelos impulsos nervosos. O processo de reprodução da fala é controlado pelo sistema nervoso central (Murdoch, 1997).

O sistema nervoso central recebe os estímulos internos e externos ao indivíduo, interpretando-os, integrando as informações e selecionando as respostas para cada estímulo recebido. As palavras expressadas pelo falante chegam em forma de ondas sonoras aos receptores do ouvido interno do ouvinte, sendo então transmitidas por caminhos auditivos ao córtex cerebral, onde serão percebidas e interpretadas (Murdoch, 1997). Os centros da linguagem do cérebro são acionados para que formulem a resposta, e esta chegue às áreas motoras que coordenam os músculos do mecanismo da fala, que a produzem.

A criança faz sua grande descoberta quando percebe que cada coisa tem um nome, e isso só é possível quando ela atinge um nível elevado de desenvolvimento do pensamento e da fala. A linguagem se constrói por meio das vivências com outras crianças e com os adultos (Vygotsky, 1991).

O enriquecimento ambiental, através de experiências visuais, pode alterar a maturação neurológica da visão. Porém, as mudanças maturacionais que ocorrem podem alterar a prontidão do organismo na assimilação dos estímulos ambientais (Bronfrendrenner, 1977). Os olhos estão geneticamente determinados à visão normal, porém as experiências visuais são necessárias, nos períodos críticos do processo de maturação do sistema visual. Quando ocorre privação visual, nas primeiras semanas de vida, há perda da capacidade visual e alterações anatômicas nas vias neurológicas da visão (Heinicke, 1984).

A evolução de todos os aspectos do desenvolvimento, não ocorre de forma isolada, mas através da integração no desenvolvimento global da

criança. A visão intervém de maneira decisiva no desenvolvimento do lactente, através da relação entre a função visual e a função motora apendicular (Brazelton e Cramer, 1992).

As funções oculomotoras de busca e localização, fixação, seguimento e acomodação visual, e as funções apendiculares de alcance, agarrar, controle dos movimentos dos braços, mãos e dedos, preensão e manipulação, abrange a coordenação visuomotora, através da observação da simetria da motricidade à direita e à esquerda (Gagliardo, 2006).

A fim de verificar como vem se processando o desenvolvimento de linguagem, audição e visão de uma criança, os profissionais da área de Fonoaudiologia podem realizar avaliações sistemáticas em algumas sessões, ou pode-se aplicar um questionário com a família ou cuidadores, considerando que são fontes legítimas de informações sobre as crianças.

2.2. O acompanhamento do desenvolvimento de lactentes na atenção básica

A Unidade Básica de Saúde, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1982), é destinada à melhoria das condições de vida e bem-estar da população, através da execução de ações dirigidas ao indivíduo, à família e ao meio, tendo como algumas características, dar ênfase às atividades de promoção e proteção da saúde, aplicar técnicas preventivas utilizando tecnologia apropriada e da forma mais econômica possível e avaliar suas

atividades em função dos resultados obtidos em termos de produção de serviços e de mudanças nos níveis de saúde da comunidade.

Os modelos de atenção, assistenciais ou de intervenção em saúde, são tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde, ou seja, danos e riscos, a partir do perfil epidemiológico da população e que expressam necessidades sociais de saúde (Paim, 2008).

Na 11^a. Conferência Nacional de Saúde (2000) definiu-se como propostas alternativas ao modelo de atenção vigente e à concretização dos princípios e diretrizes do SUS, as ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (Teixeira, 2002).

A proposta original da vigilância da saúde considera a ação intersetorial e a reorganização das práticas de saúde, em âmbito local, com características de intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes), ênfase nos problemas que necessitam de atenção e acompanhamento contínuos, o conceito epidemiológico de risco, articulação entre ações de promoção, prevenção e curativas, ações interssetoriais e sobre o território (Teixeira et al, 2002). Essa proposta visa à integralidade, interssetorialidade, efetividade e equidade, permitindo um diálogo com diferentes alternativas de modelo de atenção e de organização de serviço (Paim, 2008).

A vigilância da saúde, seguindo esse referencial teórico e metodológico, é identificada sob os seguintes aspectos: esforço à integração do setor saúde nas diversas dimensões do processo saúde-doença; visão mais totalizadora; consideração dos determinantes sociais, riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários e os desdobramentos, em termos de doença; olhar sobre a saúde, considerando os fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na

perpetuação dos problemas; o indivíduo e a comunidade são sujeitos do processo; princípio de territorialidade; a compreensão de território como espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, de renda, habitação, acesso à educação, possuidor de cultura, concepções de saúde e doença (Campos, 2003).

Essa nova concepção ampliada contempla os determinantes de saúde que antecedem riscos e danos até o reforço à autonomia e ao empoderamento dos sujeitos (Brasil, 2002).

Mediante a importância da descentralização das ações, do atendimento integral ao indivíduo com prioridade na promoção da saúde, oferecendo um serviço que valorize as ações que previnam os riscos e agravos aos quais a população possa estar sujeita, em 1999, iniciou-se um projeto de observação de lactentes que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde do Município, por meio da aplicação do Protocolo de Observação de Linguagem e Função Visual, contendo provas selecionadas da “Escala de Aquisições Iniciais de Linguagem”, elaborada por Coplan (1983) e aplicada por Lima (1997) em lactentes brasileiros, e provas selecionadas do roteiro de avaliação do comportamento visuomotor do lactente (Gagliardo, 1997). O objetivo do Protocolo de Observação de Linguagem e Função Visual é de detectar precocemente a deficiência auditiva e visual e o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; e de orientar o desenvolvimento da linguagem e de suas funções.

Durante as avaliações os pais e/ou responsáveis recebem orientações sobre a importância do adulto no desenvolvimento da linguagem, da relação mãe-bebê, da brincadeira simbólica, do canto, das histórias contadas, do

estímulo à conversação e da interpretação dos sons emitidos pela criança. Além disso, como parte importante da função dos profissionais da Fonoaudiologia, as mães recebem orientações sobre aleitamento materno e a influência do uso de chupetas e mamadeiras para o desenvolvimento do sistema sensorio motor oral.

2.3 – A avaliação dos serviços públicos

A avaliação representa uma atividade bastante antiga, pois se encontram relatos desde os primórdios na história da humanidade (Contandriopoulos et al, 1997). Porém, o conceito de avaliação de programas públicos surge após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de melhorar a eficácia da aplicação de recursos do Estado, sendo desenvolvidos métodos para possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (Uchimura e Bosi, 2002).

A partir da década de 80, no Brasil, iniciou-se o desenvolvimento da pesquisa de avaliação de políticas públicas, no início academicamente (Rus-Perez, 1998), e posteriormente incorporado no cotidiano da administração pública (Cotta, 1998), ainda pouco constante.

Tradicionalmente, a avaliação de serviços é realizada focando a cura, onde a vida está ameaçada (Mckeown, 1979 e Vuori, 1989). Porém, a avaliação deve ir além, avançando esse processo para outras áreas de atendimento direto, ou seja, na arte do cuidado (Vuori, 1989).

O conceito de qualidade está relacionado a características desejáveis na prestação do cuidado, ou seja, aspectos como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade devem ser levados em conta. Deve-se abordar qual aspecto de “qualidade” será considerado e quem será o beneficiário dessa qualidade (Vuori, 1989).

Segundo Gattinara et al, 1995, a qualidade de serviços de saúde devem ter como fatores: a competência profissional englobando as habilidades técnicas, atitudes da equipe e habilidades de comunicação; a satisfação do usuário, em relação ao atendimento recebido, resultados concretos, custo e tempo; eficácia, ou seja, as normas adequadas, tecnologia apropriada e respeito às normas pela equipe e a eficiência, referente aos custos, recursos e riscos.

Os aspectos apontados como qualidade desejável nos serviços de saúde, segundo Vuori (1989), são: efetividade, sendo a relação do impacto real com o impacto potencial numa situação ideal; eficácia, referindo-se a capacidade de produzir o efeito desejado; equidade, a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população; qualidade científica-técnica é a aplicação do conhecimento e da tecnologia; acessibilidade é a remoção de obstáculos físicos, financeiros à utilização dos serviços disponíveis; adequação, ou seja, o número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda; aceitação, que é o fornecimento dos serviços considerando as normas culturais, sociais e outras, com as expectativas dos usuários em potencial (Vuori, 1991).

Os aspectos de continuidade e comunicação também se referem à avaliação dos serviços de saúde. O primeiro refere-se à integralidade do

atendimento, oferecendo aos pacientes serviços sequenciais e intervalos apropriados. O segundo aspecto significa o tipo de interação estabelecida entre o médico-paciente, com o objetivo de facilitar e promover a cooperação eficaz do paciente em relação às prescrições realizadas pelo médico (Acurcio et al, 1991).

Segundo Donabedian (1978), a avaliação de serviços contempla dois aspectos: 1. A aplicação do conhecimento e da tecnologia, com o objetivo de maximizar os benefícios e minimizar os riscos; 2. O relacionamento com o paciente.

Em 1993, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, emitiu um relatório, recomendando a análise das percepções e das expectativas dos pacientes e da comunidade na avaliação dos serviços públicos de saúde, porém foi interpretado erroneamente, pois a partir dele, iniciou-se a produção de estudos com base na satisfação do usuário, medida com questionários (William, 1994).

Os estudos com base em questionários receberam várias críticas, pois foram insuficientes para avaliação da qualidade dos serviços e programas (Serapioni, 1998), como também não contemplam as percepções e expectativas dos usuários, pois estas são reduzidas a expressões de satisfação (William, 1994). Através dos questionários, os indivíduos se expressam usando termos estranhos ao seu vocabulário, conseqüentemente criando inferências falsas em relação a suas opiniões sobre os serviços (William, 1994).

Satisfação e insatisfação são ligadas à coerência ou incoerência do sistema, referente à produção de necessidade e demanda, a oferta e a possibilidade de aquisição; exemplificando: quando o indivíduo consegue o

atendimento em um dia, independente das horas ou dias de espera por uma vaga, responderá que está satisfeito com o serviço. Porém, não é possível analisar as percepções, expectativas e opiniões, levando em consideração formas de medir o grau de satisfação, através de inquéritos (Nuto e Nations, 1999).

As experiências vivenciadas junto aos programas são determinantes para os atores sociais avaliarem a qualidade, considerando as suas percepções (Uchimura e Bosi, 2002).

A metodologia a ser utilizada para avaliar serviços vincula-se ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador, portanto não existe uma metodologia única (Silver, 1992). Portanto, para avaliar as percepções dos atores sociais, através de suas vivências nos programas, faz-se importante uma abordagem qualitativa de pesquisa (Uchimura e Bosi, 2002).

Essa perspectiva de pesquisa tem alicerce na intersubjetividade, ou seja, no encontro da subjetividade da vivência dos informantes, com a vivência do pesquisador, pois serão consideradas a compreensão e interpretação compartilhada (Uchimura e Bosi, 2002).

Uma forma de avaliar um serviço é por meio de trabalho em grupo e uma das técnicas é a do grupo focal.

Para esse estudo pretende-se avaliar os resultados obtidos, focado na ótica dos familiares. Avaliar resultados (outcome) obtidos pelos serviços, e não como eles operam (process), é o principal foco (Donabedian, 1977).

2.4 - A avaliação por meio do grupo focal

O grupo focal é um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. As informações são adquiridas através da interação entre os participantes, para obter-se consenso ou divergências. É aplicado mediante um roteiro, do geral ao específico, necessitando de um moderador para coordenar o grupo, fazendo com que todos participem, conseguindo o ponto de vista de todos e de cada um. O principal objetivo dessa técnica de pesquisa é a capacidade de formar opiniões e atitudes, através da interação com os outros (Krueger, 1988).

Pode ser utilizada para focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas, complementar informação sobre os conhecimentos de um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções e desenvolver hipóteses para estudos futuros (Minayo, 2008).

A discussão nos grupos focais acontece em reuniões, com a participação de no mínimo 6 pessoas e no máximo 12. Exige a participação de um animador e um relator, cada um com funções específicas. O animador tem a função de focar o tema, fazer com que todos participem inibir os monopolizadores do grupo e aprofundar a discussão (Minayo, 2008). Também tem o papel de introduzir e manter a discussão, informar aos sujeitos que não existem respostas certas ou erradas, observar a comunicação não verbal, encorajar a participação de todos, observar todos os participantes, aprofundar as discussões e finalizar a discussão no tempo já pré-estabelecido. O grupo deve ter duração de no máximo uma hora e meia (Scrimshaw e Hurtado, 1987).

É possível por meio dele, compreender os problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, conhecer as aspirações expressas pela própria comunidade, minimizar o número de programas que resultam em baixa resolutividade e o número de iniciativas distorcidas que são embasadas com o interesse dos dirigentes e nem sempre com o da população. Ainda, permite o entendimento e o redirecionamento de programas sob a ótica e necessidades reais da população (Minayo, 1996).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes do Município de Mogi Mirim, sob a ótica da família.

3.2. Objetivos Específicos

Conhecer a percepção das mães ou cuidadores sobre o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes referente à Unidade Básica Maria Beatriz do Município de Mogi Mirim.

Elencar os pontos positivos e negativos do Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes referente à Unidade Básica Maria Beatriz do Município de Mogi Mirim.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, tendo em vista o objetivo do estudo que é o de analisar como as mães avaliam o Programa de Observação do Desenvolvimento da Linguagem e da Função Visual em lactentes, por meio do grupo focal.

A pesquisa qualitativa trabalha com dados descritivos obtidos no contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e preocupa-se em retratar a perspectiva dos participantes. O estudo qualitativo focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada e a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo (Ludke, 1986).

A construção do roteiro de entrevista para ser utilizado em grupo focal deve ser provocador, permitindo debate entusiasmado e participativo e promover aprofundamento das questões discutidas. Podendo ser utilizados vários meios, como formulação de uma pergunta central, audiovisual ou elaboração de um texto que focalize a discussão. (Minayo, 2008).

Para a análise dos dados foi utilizado o método hermenêutico, que representa uma proposta de interpretação qualitativa de dados, com o objetivo de analisar e interpretar os dados obtidos no estudo em questão (Minayo, 2008).

A autora sugere os seguintes passos:

1. Ordenação dos dados – mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, consistindo na transcrição de fitas gravadas, releituras de material e organização de relatos.
2. Classificação dos dados – os dados serão questionados com base numa fundamentação teórica. Através de leitura exaustiva e repetida dos textos identifica-se o que é relevante e freqüente aos atores sociais para em seguida se construir categorias específicas de análise.
3. Análise Final – serão estabelecidas relações entre os dados obtidos, os objetivos do estudo e seus referenciais teóricos.

Participantes

Trata-se de um grupo formado por seis mães, uma avó e uma cuidadora, que utilizam os serviços de saúde da UBS do Município de Mogi Mirim, situada no bairro Maria Beatriz. Foram escolhidas mães ou cuidadoras que compareceram, com suas crianças, no mínimo a duas das quatro avaliações propostas no Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes, no período entre Janeiro de 2007 até agosto de 2008.

Os participantes da pesquisa foram identificados com nomes fictícios e caracterizam-se segundo faixa etária, escolaridade, região onde residem, atividade profissional, segundo o quadro abaixo:

Quadro 1 – Iniciais dos nomes dos cuidadores, faixa etária, escolaridade, região em que reside e atividade profissional.

| Participante | Faixa etária | Escolaridade | Região onde reside | Atividade profissional |
|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| PSV | 29 anos | Ensino fundamental completo | urbana | Trabalha fora de casa |
| RFE | 27 anos | Ensino fundamental incompleto | urbana | Do lar |
| SMO | 41 anos | Ensino médio completo | urbana | Auxiliar de CEMPI |
| CMZ | 59 anos | Ensino fundamental | urbana | cuidadora |
| APR | 54 anos | Ensino fundamental incompleto | urbana | Avó cuidadora |
| SRC | 38 anos | Ensino fundamental incompleto | urbana | Confeiteira na própria casa |
| OTP | 31 anos | Ensino médio incompleto | urbana | Manicure na própria casa |
| FGE | 24 anos | Ensino médio completo | urbana | Do lar |

CEMPI - Centro Educacional Municipal da Primeira Infância

Critérios de inclusão

Incluíram-se mães ou cuidadoras/avó de crianças nascidas entre 01/01/2007 a 31/08/2008 e que compareceram pelo menos a duas das quatro avaliações propostas pelo Programa de Observação.

A participação nesta pesquisa foi voluntária e para se inserirem nos grupos, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 2).

Critérios de exclusão

As mães ou cuidadoras/avó que no período da pesquisa não quisessem mais participar.

Instrumento de Pesquisa

Utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, intitulado como Roteiro de Perguntas para Grupo Focal (Apêndice 1).

Procedimentos

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética (nº 393/2009), da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, realizou-se contato com o Departamento de Saúde para a solicitação de permissão para esse estudo, a pesquisadora apresentou a pesquisa e entregou

uma cópia do projeto. Após autorização, foi sugerida uma reunião com as Coordenadoras da Atenção Básica e do Distrito referente ao local do estudo, para apresentá-las à pesquisa e verificarmos o melhor dia, horário e sala.

Em seguida, realizou-se contato com a Coordenadora da Atenção Básica, para que esta viabilizasse a reunião, o que não foi necessário, pois se pode marcar uma conversa diretamente com a Coordenadora do Distrito.

A Coordenadora do Distrito demonstrou bastante interesse, marcou uma reunião em que compareceu juntamente com quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs). Primeiramente, apresentou-se a pesquisa para elas, sugeriram o melhor horário e dia da semana, levando em consideração o dia a dia dos participantes que seriam convidados ao estudo.

As participantes foram localizadas através das fichas evolutivas dos lactentes. As ACSs levaram o convite confeccionado pela pesquisadora (Apêndice 2), no qual escreveu-se que a mesma realizava o convite para participarem de um grupo para conversar sobre uma pessoa muito especial para os participantes e para a pesquisadora, o filho de cada uma, e no final iriam tomar um café da tarde juntas.

As ACSs disseram às mães que poderiam levar os filhos, pois ficariam cuidando deles na sala de espera da UBSs, para que participassem do grupo.

Os encontros de grupo focal contaram com a pesquisadora, a observadora uma psicóloga, e a relatora uma assistente social, que participaram da implantação do trabalho com as gestantes no Município de Mogi Mirim.

Primeiramente, realizou-se um pré-teste contando com duas participantes das oito convidadas, que não participariam da pesquisa, com o objetivo de verificar a compreensão dos sujeitos em relação ao roteiro de entrevista semi-estruturada.

A investigação contou com oito participantes do Programa na UBS do Bairro Maria Beatriz do Município de Mogi Mirim, sendo seis mães, uma avó e uma cuidadora, sendo que todas haviam acompanhado os lactentes no Programa.

Os encontros tiveram a duração de 01h30m e ocorreram na sala de reuniões da UBS do Bairro Maria Beatriz. As reuniões foram filmadas por uma ACS e ao término das mesmas, realizadas as transcrições ortográficas de todas as falas.

Ao chegarem para o primeiro grupo, as participantes foram recebidas pela pesquisadora na sala de espera. No grupo, todos os participantes ficaram em torno de uma mesa, onde foi possível olharmos para todos e verificarmos toda a expressão corporal. A sala tinha boa iluminação, ventilação, cadeiras confortáveis, sendo o espaço adequado para a realização da técnica proposta. Após o término dos encontros foi oferecido um lanche para as mães.

O primeiro encontro contou com oito participantes, porém uma delas necessitou sair antes do término, pois foi chamada em sua casa para socorrer um tio que não estava bem de saúde.

No segundo encontro agendado, compareceram apenas duas participantes. Neste dia, choveu muito e as demais justificaram a ausência. Por

sugestão das participantes que comparecerem, agendou-se novo encontro para a próxima semana, que contou com três participantes.

Primeiramente, realizou-se a transcrição ortográfica regular e em seqüência temporal, com foco no grupo como um todo. As respostas às questões foram divididas em categorias, considerando a frequência de ocorrência e a relevância dos tópicos discutidos, para posterior análise.

Após a conclusão da pesquisa, os dados serão entregues ao Departamento de Saúde do Município.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição das fitas gravadas, releituras das respostas dos participantes às perguntas realizadas e organização dos dados, as categorias mais freqüentes e relevantes no discurso dos mesmos e que serão discutidas neste trabalho são: acolhimento das famílias que procuraram o serviço, promoção de saúde e empoderamento, equipe de saúde e trabalho interdisciplinar e integralidade e vínculo.

5.1 - Acolhimento

O Ministério da Saúde, em 2006, implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS, colocando o acolhimento como uma nova prática de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para uma nova aliança entre os usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, agasalhar, receber, atender, admitir, ou seja, uma ação de aproximação, estando com e perto de, obtendo uma atitude de inclusão (Ferreira, 1975).

“Eu acho que depende do profissional que atende, por que nem todos atendem bem e como a gente gostaria. Então, uma vez que ele atende bem, a gente sempre retorna, quando você fica insatisfeito, é obvio que você acha um pretexto pra não voltar. Eu, como sempre fui bem atendida eu nunca faltei a um retorno. Atender bem, em minha opinião é dar atenção, é tentar ajudar nas dificuldades que tem, por que muitos não ajudam...”(P8).

O acolhimento, na opinião dos participantes, ocorreu de forma digna, com respeito, com atenção e receberam explicações sobre os questionamentos feitos:

“Ah, eu para mim, eu acho que todo mundo recebeu a gente com educação, com atenção, explicaram às dúvidas que a gente tinha, eles souberam explicar” (P2).

Segundo os autores Pazzini e Franco (2004), o acolhimento deve valorizar a relação com o usuário, estabelecendo um novo significado nas relações da própria equipe, estimulando a troca de saberes e práticas. Os participantes verbalizaram que durante as observações do desenvolvimento, houve troca de saberes, um espaço onde se valorizou a relação com o usuário:

“Ah, eu concordo com ela, o que motivou... quando era com a fonoaudióloga, era sempre gentil, doce e brincalhona (P3)”.

Quem mais encaminhou para o programa foi a recepcionista, que teve um papel fundamental no acolhimento, entendido como uma passagem para os processos de produção de saúde, pois não só realizava o agendamento das consultas com a Fonoaudióloga, mas orientava sobre a importância do mesmo:

“Para mim falaram (referindo-se à recepcionista), por que eu perguntei já tinha pediatra? Daí ela falou: - Não, tem que acompanhar o desenvolvimento, para ver se enxerga bem, para ver se escuta bem. E foi assim que elas me informaram para estar vindo” (P8).

O acolhimento na porta de entrada só tem resolutividade se o serviço compreendê-lo como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. O acolhimento é uma postura ética, pois é o compartilhamento de saberes e angústias, não tendo um profissional específico

para fazê-lo, é importante a responsabilidade e resolutividade sinalizado pelo caso em questão (Ministério da Saúde, 2006).

Durante o acolhimento, o profissional deve ter a postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde do usuário, respeitando sua cultura, saberes (Ministério da Saúde, 2006). Nesta pesquisa, observou-se o respeito do profissional em relação às crenças e saberes dos participantes, através do momento onde se valoriza a escuta:

“Ela fala para eu tirar do peito, mas a gente tem dó. Ele é muito apegado a mim.. Então, eu concordo com ela, por ele ser muito apegado comigo, eu acho que é por causa dele mamar, eu não posso tomar um banho que ele fica chorando na porta, nem com o pai dele ele fica. Então, eu converso com ela (fonoaudióloga), durante o dia ele mama pouco, a noite está mamando menos ainda, mas sempre que ele quer, vou lá e falo: - Você quer leite? E ele balança a cabeça, dizendo sim. Eu forço o leite dele no copinho, dou para ele e tudo bem, disso eu não tenho do que reclamar, mas eu tenho dó de tirar” (P3).

A equipe, para realizar o acolhimento, necessita de uma atitude de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, através de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários, estruturados como “relação de ajuda” (Silva et al, 2004; Camello et al, 2000). É uma proposta de repensar e refazer uma nova prática em saúde, baseada nas relações e no ato de receber e ouvir, capazes de proporcionar respostas adequadas àqueles que procuram os serviços de saúde (Santos e Assis, 2006).

O acolhimento potencializa a formação de vínculos entre os usuários e trabalhadores de saúde, visando o atendimento humanizado (Campos, 2003).

Considera-se que houve acolhimento quando três aspectos foram envolvidos: o diálogo, a escuta e o envolvimento com a queixa do outro, sem esquecer-se da co-responsabilização (Santos et al, 2007).

Os participantes desta pesquisa deixam claro que o fazer saúde não depende somente do profissional da saúde e do saber técnico, mas para que ocorra mudança na saúde é importante a co-responsabilização de todos, profissionais e usuários:

“Eu acho que depende bastante da gente, dar certo limite, por que eu quando vim, acho que a última, penúltima vez que passei meu filho. aqui, eu reclamava, pedia muito, conversava sobre o fato dele não querer dormir sozinho, estava querendo dormir junto comigo e com meu marido. Fui orientada pela fonoaudióloga, para colocá-lo no colchão dele. Então, eu aprendi assim, junto não tem que ser. Então, a gente que dá limite, por que se a criança quer e você coloca, para ele aquilo vai estar certo, mas se você colocou um limite que aquilo não pode a criança cresce sabendo que o limite é não poder também, por que acho que tudo é a questão do limite, não só o fato de dormi junto, de ser teimoso..., o limite é a gente que dá, por que eu vejo o meu, se eu deixar, ele toma conta. Comigo é na linha, então ele já sabe, eu falo meio bravo, ele já sabe, e aprendeu a respeitar, já pede desculpas... por que a gente já dá o limite, se não...” (P8).

Como resultado do acolhimento, ocorre a capacidade de impactar a organização do serviço de saúde e, em curto prazo, melhorar o acesso dos usuários, com determinação para utilizá-lo na mudança do modelo assistencial (Pazinni e Franco, 2004).

Os participantes mostram que acreditam no novo modelo assistencial pautado na escuta, orientação e promoção à saúde, impactando positivamente no desenvolvimento dos usuários, modificando a visão do profissional Fonoaudiólogo que cuida da doença:

“Eu acho que a sugestão é a gente continuar com a fono mesmo, escutar o pediatra só na doença, é febre, é garganta e a orientação sobre tudo é a fono mesmo, a sugestão que nós temos é essa, por que o médico é para uma coisa e a fono é para estar orientando a gente” (P5).

“Eu concordo, até por que de outra área eles não se envolvem mesmo, nesta questão de orientar tudo” (P8)

Portanto, o acolhimento permite uma reflexão do processo de trabalho, com o objetivo da superação da prática sob a lógica curativista, centrada na queixa e no saber médico, o que não tem trazido resolutividade ao serviço, gerando insatisfações tanto aos usuários como aos trabalhadores de saúde (Santos et al, 2007).

5.2. Promoção de Saúde e Empoderamento

A Promoção de Saúde, atualmente, constitui um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam a política de saúde em todo o mundo. A Promoção à Saúde vem introduzindo novos conceitos, idéias e uma nova linguagem sobre o que é saúde, sugerindo caminhos para uma vida saudável (Poland et al, 2000).

O fortalecimento da participação social é fundamental para os resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário e o reconhecimento na promoção da saúde como parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde, são duas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Os depoimentos levam a considerar que os participantes concordam com o novo conceito de saúde, que não é apenas ausência de doença e sim a melhoria da qualidade de saúde:

“Para mim eu achei legal, por que é uma coisa que a gente não teve dos outros filhos e tivemos a oportunidade de ter agora. Igual hoje, a hora que eu estava saindo, a minha irmã, falou: - Ah, você vai lá escutar muitas baboseiras? Da A. não tive isso, ela fala perfeito, começou a falar. Eu disse: - Eu vou, por que é diferente, pode ser que falem alguma coisa importante para meu filho, então eu vou lá escutar. Ela me disse: - Não, agora você vai perder o seu tempo. Eu falei: - Não tem importância, mesmo assim, eu vou” (P2).

“Ah, eu concordo com elas, porque meu sogro e a minha sogra, são daquele tempo antigo. Eles falam que é perda de tempo, precisa levar no médico todo mês, essa fono, o que ela faz e o que ela deixa de fazer. Aí a gente nem escuta, a gente traz, por que a gente acha importante, eu pego e trago, nem dou bola, por que o filho da gente vai crescer meio bobão, então antes acompanhar. Fazer acompanhamento é legal.” (P3).

“... no caso da minha filha, ela é onze anos e três meses de diferença do meu filho, a amamentei até os quatro meses, não tive orientação... talvez se eu tivesse a orientação que do meu filho, ela teria mamado mais tempo, por que ele tem uma saúde completamente diferente dela, não sei, às vezes não tem nada a ver, por que ela só mamou até os quatro meses, ele até hoje continua mamando, em termo de saúde é completamente diferente, a resistência dele não tem nada a ver com a dela”(P2).

Empoderamento é um dos conceitos estruturantes da Promoção à Saúde, para a transformação das práticas comunitárias e dos profissionais em saúde.

Empoderar os sujeitos garante a promoção da cidadania, através da reafirmação da autonomia do sujeito, da liberdade de escolha, do entendimento sobre si e sua vida. Os profissionais da saúde passam a compreender que o outro tem um saber sobre si, devendo ser considerado em todos os momentos. Assim, os usuários deixam de considerar o profissional como o detentor da verdade (Debastian e Bellini, 2007).

Os participantes empoderaram-se das informações sobre a importância do aleitamento materno e da influência positiva para o desenvolvimento dos lactentes:

“A orientação que eu tive é que o aleitamento materno é fundamental para a criança até os seis meses de vida, não há necessidade para dar nem água..., por isso ele

começou a tomar suquinho depois dos seis meses..., que era a única fonte de alimentação, sem necessidade de dar mais nada” (P2).

“Eu concordo com a Célia, por que o meu primeiro, ele já está com sete anos, mamou no peito até os seis meses, depois começou com a mamadeira e chupeta. Ele largou da mamadeira com cinco anos e hoje os dentes dele são tortos, ele já trocando os dentes.. e a chupeta deu muito trabalho para largar, então eu acho importante eles continuarem na gente até falar não quero mais, porque é melhor”(P3).

Um saber é aquilo de que se pode falar em prática discursiva, que podem ou não adquirir um status científico. Também é considerado um saber, o espaço em que o sujeito pode falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso. Há saberes independentes da ciência, porém não há saber sem uma prática discursiva definida que pode se definir pelo saber que ela forma (Foucault, 1977).

Portanto, evidencia-se a necessidade e a importância da manutenção da interlocução com os sujeitos, pois deles parte a necessidade; conseqüentemente, implica na ampliação permanente da fala do indivíduo para que o mesmo compreenda o que deseja, construindo com o profissional da saúde estratégias para a resolução da sua demanda. Essa visão leva o estabelecimento de uma relação, em que o sujeito é co-responsável pela demanda que apresenta, não é tolhido do processo, é sujeito-ator do mesmo. O sujeito passa a ser uma potência de transformação, transferindo-se da postura de espectador (Debastian e Bellini, 2007).

Empoderando os sujeitos, promoveremos a autonomia, caracterizando uma forma de cuidado psicossocial, favorecendo desatar os nós da relação do sujeito com suas necessidades, permitindo o questionamento do que está instituído, caracterizando os nós como dispositivos da alteração da realidade que o sujeito vivencia (Debastian e Bellini, 2007).

Na compreensão dos participantes, estes tiveram orientação já antes do nascimento da criança, e, portanto, empoderaram-se das informações e tiveram a autonomia de escolher participar ou não do programa:

“Quando marcaram, eu não precisava saber mais o motivo... eu já sabia, fui orientada a vir marcar quando a criança nascesse. Quando o meu primeiro nasceu não tinha isso... só tinha pediatra, não tinha fono, trazia só quando ficava doente. Agora não, a gente é orientada a marcar para acompanhar, para ver a visão, ver se escuta, para ver os movimentos.” (P3)

O empoderamento permitiu que os participantes questionassem o que está instituído a eles, tais como a frequência do retorno e a pouca divulgação do programa, facilitando até a reestruturação do processo de trabalho, priorizando as reais necessidades dos usuários:

“Eu acho....ter um acompanhamento mais freqüente, de repente a cada três meses, eu acho que seria importante para uma criança menor, talvez não depois dos dois aninhos, mas uma menor.... por que quando é bebezinho é mais complicado, quando tem dois anos você já sabe o que ele quer, a gente já consegue identificar bem, mas até um ao e seis meses... temos algumas dúvidas ainda, se fala realmente bem, por causa da idade, então eu acho que seria o caso de ser mais vezes” (P8).

“... quando você está grávida, as mães antes de ter filho se tiverem um preparo, um acompanhamento com uma fono, porque é a ela que eu acho que orienta mais na questão do aleitamento... meu filho não mamou no peito, foi falta de orientação, por que eu não tive orientação com um médico de outra área. Talvez se tivesse passado em uma fono, tivesse ensinado e orientado, talvez fosse diferente. Então, eu acho que a fono tem mais preparo, até para uma orientação à mãe, antes do nascimento, é uma coisa que não tem, mas depois se tivesse seria bom. Tem? Eu não sabia. Até hoje não sabia. Mas que bom que tem”. (P8)

Sendo assim, cabe ao sistema de saúde, contribuir para ampliar o grau de autonomia dos mesmos. A adoção da co-construção de autonomia exige uma reformulação dos modelos de gestão e de atenção, portanto os objetivos do trabalho em saúde são produzir a saúde e a co-construção da capacidade

de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nos processos, os profissionais de saúde e usuários (Campos e Campos, 2007).

Alguns participantes desta pesquisa compartilham da necessidade da reformulação do modelo de atenção dos demais profissionais da saúde, pois até o momento, tiveram a oportunidade de participar da co-construção da capacidade de reflexão e de envolvimento no processo de produção da saúde com o profissional Fonoaudiólogo:

“... o pediatra tem muita área aí que deixa a desejar falta melhorar muita coisa, por que do meu filho, o único que eu sou inteiramente satisfeita é com a fono, mas o restante, se eu tivesse que falar, com certeza teria coisas diferentes, por que não é a mesma coisa, é uma coisa que faz falta e que eu teria muita vontade de falar os pontos negativos”. (P8).

“Se todos fossem iguais à fono, não teríamos problema, seríamos orientados bem certinhos, sem problema.” (P5).

Autonomia então significa um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre os contextos nos quais estão inseridos. Para que ocorra autonomia depende do próprio sujeito, do indivíduo ou da coletividade. Portanto, o sujeito é co-responsável pela sua constituição e pela do mundo que o cerca, dependendo de condições externas a ele, como de leis mais democráticas, de políticas públicas, dos valores das instituições e da cultura em que está inserido. Sendo assim, para a obtenção de maiores coeficientes de autonomia, o sujeito depende de ter acesso a informação e da própria capacidade de usar o conhecimento em exercício crítico de interpretação sobre o mundo, para agir sobre ele, interferindo em sua rede de dependências (Campos e Campos, 2007).

5.3 - Equipe de Saúde e Trabalho Interdisciplinar

O trabalho em equipe é uma estratégia para enfrentar o processo de especialização na área da saúde, o qual possui uma tendência a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção individualista das necessidades de saúde, não contemplando a articulação das ações e dos saberes dos diversos profissionais (Peduzzi, 2001).

Há três concepções sobre trabalho em equipe, os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Quando os estudos ressaltam os resultados, equipe é considerada um recurso para o aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Quando se destaca o estudo de equipe como relação, a equipe é analisada com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Quando a interdisciplinaridade é o foco, discute-se nas equipes a articulação dos saberes e a divisão do trabalho (Fortuna, 1999).

Nesta pesquisa, diversos participantes compartilharam a necessidade do trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, pois expressaram que os profissionais da saúde não articulam seus saberes e ações:

“Então, uma coisa que confunde, é para tirar a criança do peito, a caixinha de leite que a gente compra, vem falando para a gente amamentar até os dois anos, a pediatra diz que até um ano de idade, está bom, mas se puder até os dois, está ótimo e a fono manda tirar com menos de dois anos. Aí a gente pensa, tira com menos de dois anos, deixa mamar até os dois anos, tira com seis meses ou deixa mamar até quando a criança quiser mamar?” (P2).

A interdisciplinaridade na prática da saúde ocorre quando os profissionais com formações e experiências diferentes se reúnem para compartilharem uma meta comum, reconhecendo que as ações fragmentadas,

não são suficientes para abordar o adoecimento, a assistência e a reabilitação (Rumem, 2009).

Os profissionais, trabalhando a interdisciplinaridade, passam a defender a atenção integral à saúde, deixam de enxergar apenas os órgãos e seus defeitos e valorizam a complexidade biopsicossocial do paciente (Rumem, 2009).

Os profissionais de saúde terão uma atitude interdisciplinar quando valorizarem as diferenças e a individualidade deles próprios e dos usuários. A construção de um projeto de atendimento que contemple esses fatores é fundamental para a realização desse processo de trabalho (Rumem, 2009).

Segundo Costa e Creutzberg (1999), “ser interdisciplinar é se arriscar na busca do novo”. Porém, os serviços de saúde contam com a rigidez da estrutura, os profissionais conseguem apenas encaminhar os pacientes a outros profissionais, sem um espaço para trocas ou questionamentos, sendo essa a forma de interação e como resultado, tem as práticas isoladas dos diferentes profissionais, não contemplando objetivos comuns (Rumem, 2009).

A maioria dos participantes concorda que os demais profissionais da unidade, exceto o Fonoaudiólogo, focam a produtividade e racionalização dos serviços, intervindo de forma individualista:

“Eu concordo, por que de outra área, eles não se envolvem mesmo, nesta questão de orientar tudo” (P8).

Uma nova visão de trabalho em equipe é a metodologia de gestão do trabalho em saúde baseada em equipes de referência e apoio matricial. A equipe de referência é aquela que se organiza considerando o poder de gestão com a equipe interdisciplinar. O apoio matricial exige uma modificação entre as

relações dos especialistas, integrando-se nas várias equipes, oferecendo assistência, e assim produzindo um espaço que ocorra troca de conhecimentos entre as diversas especialidades e profissões (Campos e Domitti, 2007).

Alguns participantes apontam a importância do envolvimento das diversas especialidades no processo de trabalho, mostram que as profissões não se integram nas equipes:

“Eu acho que deveria fazer com outras áreas também (a pesquisa)... por exemplo, com o otorrino, pois precisa se envolver mais, como o pediatra também” (P8).

Os participantes estão solicitando uma equipe integrada, na qual segundo Peduzzi (1998), os profissionais articulam as ações e interagem a partir da elaboração de um projeto assistencial comum, resultando em uma flexibilidade das competências técnicas, estando a serviço da integralidade das ações e focalizando o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

É importante para a concretização dessa nova forma de agir em equipe que os profissionais envolvidos estejam abertos ao diálogo e ao questionamento, agindo de forma transparente, compreendendo e aceitando as diferenças e mudanças que possam ser necessárias (Rumem, 2009).

Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde é o apoio matricial e a equipe de referência. O trabalho em equipe tem como objetivo obter impactos sobre diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. O trabalho integral é facilitado pela soma dos diferentes olhares dos diversos profissionais da equipe interdisciplinar, tendo como objetivo ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração entre distintas especialidades e profissões (Campos e Domitti, 2007).

A gestão do trabalho interdisciplinar em equipes de referência depende da adscrição de clientela, os profissionais devem realizar um registro e um cadastro dos usuários sob responsabilidade, permitindo a avaliação de risco e vulnerabilidade, a identificação dos usuários que necessitam a elaboração de um projeto terapêutico singular, alteração da avaliação diagnóstica e dos procedimentos de cuidado (Campos e Domitti, 2007).

A elaboração de projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas à atenção a um sujeito individual ou coletivo. É um dispositivo que valoriza aspectos além do diagnóstico biomédico e da medicação como forma de tratamento, mas implica no modo de operar os serviços de saúde, pois é o resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Para essa elaboração pressupõe a formação de vínculo com o usuário, a participação dele na formulação e andamento do seguimento e responsabilização do profissional (Figueiredo e Furlan, 2008).

O conceito de equipe de referência está fundamentado na importância do vínculo entre profissionais e usuários. Os profissionais de referência deverão manter uma relação longitudinal no tempo (Campos e Domitti, 2007).

O apoio matricial significa um especialista que tem um conhecimento e um perfil distinto em relação aos profissionais de referência, contribuindo com intervenções para aumentar a resolução dos problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo usuário (Campos e Domitti, 2007).

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, pois estimula e facilita o contato direto entre referência encarregada do usuário e o especialista de apoio. Há duas maneiras para a realização de contato entre referência e apoiadores: 1. Encontros periódicos e regulares, com

objetivo de discussão dos casos ou problemas de saúde, procurando elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção pelos profissionais; 2. Em casos de urgência e imprevistos, quando não é possível aguardar a reunião regular, o profissional de referência aciona o apoio matricial, através de meios diretos de comunicação, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso, sendo necessário proceder a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível (Campos e Domitti, 2007).

Os participantes sugerem que os profissionais executem um trabalho em equipe, para isso deve-se considerar a importância de alguns requisitos: 1. Disponibilidade de pertença, ou seja, os profissionais devem fazer parte com os outros em nível de igualdade; 2. Capacidade de escuta, disponibilizando-se a perceber a atuação de todos os profissionais das áreas distintas sobre o mesmo usuário, refletindo em como cada um pode colaborar; 3. Capacidade de compartilhar o ponto de vista com outros membros da equipe, refletindo até chegar ao entendimento de toda equipe; 4. Capacidade de utilizar o conhecimento próprio, compreendendo que juntos podem cuidar e oferecer o melhor aos usuários; 5. Humildade de compartilhar os medos, inseguranças, angústias, respeitar os diversos profissionais, reconhecer a assertividade de todos, reconhecerem os próprios erros, identificar e respeitar os próprios limites, oferecer e pedir ajuda (Alves, 2009).

5.4 - Integralidade e Vínculo

A Constituição de 1988 constitui a Integralidade como um princípio e uma diretriz do SUS.

Integralidade é definida como: “boas condições de vida”, consequência de fatores ambientais e lugares no processo produtivo; acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida; “vínculos afetivos” entre usuário e equipe/profissionais de saúde; autonomia no modo de levar a vida (Cecílio, 2001).

Os participantes concordaram que esse Programa modificou a saúde dos lactentes, quando compararam com outros que não participaram:

“O M. aprendeu a mastigar fácil... ele estava com oito meses, ele queria mastigar, então eu acho muito importante, por que eles falam, quando a criança mama no peito desenvolve essa parte aqui (mostrou a mandíbula), então eu acho que foi isso, por que ele aprendeu fácil a mastigar os alimentos” (P3).

“A minha A., ela já começou a falar, já fala quase tudo... é muito esperta..., desde quando ela tinha 11 meses, é difícil ela ficar doente” (P7).

Também foi observado pelos participantes que a atenção integral favoreceu a autonomia dos mesmos nas decisões em relação à saúde dos lactentes:

“Como ela falou, recebi a orientação que é até os seis meses para amamentar, mas eu continuei dando, eu pensava que o outro, se eu tivesse dado até os seis meses. Para essa, eu vou dar até ela não querer mais” (P7).

O princípio da Integralidade implica em oferecer um sistema de saúde voltado às diferentes fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários. Esse princípio ainda inclui as possibilidades de promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (Campos, 2003).

As idéias expressas pelos participantes levam-nos a considerar que o Programa garante a promoção e prevenção:

“Eu, ter recebido a orientação para tirar a chupeta e a mamadeira, ajudou bastante, por que em seguida ele já começou a falar e já aprendeu sem problema, não teve problema com fala, fala tudo direitinho... talvez se tivesse com chupeta e mamadeira teria complicado... Como eu tive orientação de eliminar esses dois vícios... ajudou bastante, por que hoje ele fala bem” (P8).

O acolhimento, o vínculo e a responsabilização são considerados práticas integrais (Pinheiro, 2002).

O vínculo com as famílias favoreceu a troca de saberes, o estabelecimento de uma relação horizontal, pois o saber dos participantes é valorizado, bem como a valorização do Profissional Fonoaudiólogo:

“Para mim tudo que a fono passava, eu passava para ela (mãe), por que a mãe veio só uma vez só... por que cada vez que venho na fono, tudo que me orientava eu passava certo para ela. Eu acho que influenciou muito bem, por que as duas vivem muito bem. A mãe trouxe só uma vez, e uma vez com o pai, que também foi orientado muito bem, inclusive ele ficou uma hora, ela aproveitou aquele dia que o pai estava junto. Toda vez que eu passei tudo à V., e ela fez tudo certinho” (P5).

“Tem gente que fala que aqui é bobagem, mas nós estamos aqui para aproveitar essa palestra, não estamos aqui à toa, tem gente que não escuta a fono, como se diz, o que ela orienta, não faz nada direito, não passa pra mãe. Isso é muito bom gente, como disse, se tivesse isso na época do C.J., teria sido melhor, eram outras orientações que deram, então perdi muito. Agora com a L.A. não perdi uma” (P5).

“Bom, só com a fono? Eu acho que no meu caso não teve nenhum ponto negativo, nunca tive do que reclamar, assim nunca voltei pra casa com nenhuma dúvida, por isso eu acho que todos os pontos foram positivos. Não ficou faltando, não tive nenhuma dúvida, e todas que eu tive, todas foram esclarecidas, então eu não vejo nenhum ponto negativo” (P8).

Todos os participantes acreditam que o programa alcança a eficácia e eficiência no trabalho desenvolvido:

“Pra mim, não teve e não tem nenhum ponto negativo” (P5).

“E assim que o bebê nascer, a primeira consulta, deixa ser com a fono, com ela seria o certo, não demora” (P5).

“Podem continuar com o projeto e com as orientações” (P5).

Portanto, a construção do vínculo tem como objetivo alcançar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, contribuindo à autonomia dos usuários (Campos e Campos, 2007).

6. CONCLUSÃO

A partir das discussões dos resultados obtidos nesse trabalho de pesquisa, é possível apontar a percepção das mães e cuidadoras sobre o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes referente à Unidade Básica Maria Beatriz do Município de Mogi Mirim.

O referido Programa teve início em 1998, momento em que o profissional Fonoaudiólogo ainda era desconhecido entre os outros profissionais na Atenção Básica. Com relação ao município em questão, a população acreditava que o Fonoaudiólogo tinha como objeto de atuação a linguagem oral, e questionava o motivo pelo qual necessitava consultar, pois o lactente ainda não falava.

Como se observa nesta pesquisa, parte da população que frequenta a UBS Maria Beatriz, principalmente os familiares e cuidadores que freqüentam o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes, reconhece o profissional Fonoaudiólogo e a importância deste na prevenção e promoção de saúde.

Além disso, os participantes valorizam o profissional que tem uma visão de prevenção e promoção de saúde, que não foca apenas a doença e o doente, mas que dá voz aos usuários, trazendo a percepção dos mesmos em relação aos programas e o modo que se devem oferecer os serviços, de acordo com suas reais necessidades.

Observa-se que o Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e da Função Visual de Lactentes vem se mostrando importante

para a detecção precoce de patologias, no acompanhamento do aleitamento materno e na redução de hábitos viciosos. Portanto, a inserção do profissional fonoaudiólogo em UBSs, mostra um novo modelo de gestão, valorizando atividades de promoção e prevenção como parte do processo do fazer saúde. Atuando desta forma, é possível também avaliar a qualidade do modelo de gestão em saúde vigente, deixando clara a importância da continuidade deste Programa, porém com maior divulgação durante a gestação, com retornos mais frequentes e com a importância do trabalho interdisciplinar.

Os relatos dos sujeitos mostram que cada profissional deve repensar suas práticas, refletindo sobre uma nova forma de realizar o seguimento com os usuários.

A percepção dos participantes sobre o fazer saúde de forma fragmentada deve ser analisada por todos os profissionais da UBS, e de que maneira irão realizar o trabalho interdisciplinar sugerido por eles.

O Fonoaudiólogo é o profissional que pode contribuir para a concretização desse trabalho interdisciplinar, através da prática de seu trabalho no Município de Mogi Mirim.

A valorização de uma categoria profissional está relacionada com a qualidade do serviço oferecido aos usuários. Portanto, a avaliação desse programa não só contribui para a reorganização do mesmo de acordo com as necessidades reais da população, mas também para todos os profissionais reverem o trabalho atual, e principalmente refletirem que de forma isolada e fragmentada, não atingirão os objetivos e não terão resultados positivos.

Os participantes evidenciam que o protocolo utilizado no programa, o acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia dos sujeitos, são

importantes no encontro entre os usuários e o profissional da saúde, para a produção de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acurcio FA, Cherchiglia ML e Santos M.. Avaliação de qualidade de serviços em saúde. Saúde em debate. 1991, 33: 50-53.
2. Alves EGR. Equipe de Trabalho e Trabalho em Equipe. In: Veit MT (Org.). Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado. Abrale – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, 1ª. Edição, São Paulo, SP, HR Gráfica e editora, p. 83-95, 2009.
3. Brazelton TB, Cramer B. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes, 1992. In: Ribeiro MVLM, Gonçalves VMG (Orgs). Neurologia do Desenvolvimento da Criança. Revinter, cap 3, p. 297-309, 2006.
4. Bronfrenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. Am Psychol 1977;52:513-531. In: Ribeiro MVLM, Gonçalves VMG (Orgs.). Neurologia do Desenvolvimento da Criança. Revinter, cap 3, p.297-309, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Orientação para organização de centros de saúde. Brasília, 1982.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de produção de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ª. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

8. Camello SHH, Angerami ELS, Silva EM e Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. Revista latino-americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.30-37, 2000.
9. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8 (2), p. 569-584, 2003. In: Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Editora EDUFRA, Salvador, BA, cap. 1, p. 11-42, 2008.
10. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerreiro AVP, Cunha GT. Reflexões sobre Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Editora Hucitec, 2ª. Edição, São Paulo, SP, cap. 5, p. 140-151, 2008.
11. Campos RTO, Campos GWS. Co-Construção de autonomia: O sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ, Carvalho Y M (Orgs.). Tratado de Saúde Pública. Editora Hucitec e Fiocruz, São Paulo-Rio de Janeiro, 2007.
12. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007, fev, v. 23 (2).
13. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UNERJ/Abrasco, p.113-126, 2001.

14. Contandropoulos AP, Rus-Perez JR, Cotta TC. In: Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1997, Jan-Mar, 13 (1): 103-107.
15. Coplan J. The early language milestone scale. Austin: Pro-Ed.; 1983.
16. Costa AM, Creutzberg M. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. Ver. Gaúch. Enferm. 1999, n. 20, p. 58-69.
17. Cotta TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: Análise de resultados e de impacto. Revista do Serviço Público. 1998, 49: 105-126.
18. Debastian C, Bellini MIB. Fortalecimento da rede e empoderamento familiar. Boletim da Saúde, Porto Alegre. 2007, jan/jun, v. 21 (1).
19. Devine M. A Fala do Bebê e a Arte de se Comunicar com ele. Editora Vozes; 1993.
20. Donabedian A. The Quality of Medical care. Science 200, 1978.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. In: Medical Peer Review: Theory and practice, Saint Louis: Ed. The C. V. Mosby company, 1977, p. 50-75.
22. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 27, 1975. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas Práticas de produção de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ª. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

23. Figueiredo MD, Furlan PG. O Subjetivo e o Sociocultural na Produção de Saúde e Autonomia. In: Campos GWS& Guerrero AVP (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Editora Hucitec, 2ª. Edição, São Paulo, SP, cap. 6, 2008.

24. Fortuna CM. O Trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo em subjetividades [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999. In: Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e etiologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo. 2001, vol. 35 (1).

25. Foucault M. Nascimento da Clínica. Forense Universitária, Rio de Janeiro, p. 206, 1977.

26. Gagliardo HGRG. Investigação do comportamento visuomotor do lactente normal no primeiro trimestre de vida – dissertação de mestrado. Campinas: Universidade estadual de Campinas, 1997.

27. Gagliardo HGRG. In: Ribeiro MVLM, Gonçalves VMG (Orgs). Neurologia do Desenvolvimento da Criança. Revinter, cap. 3, p. 297-309, 2006.

28. Gattinara BC, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de La calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. Cadernos de Saúde Pública. 1995, 11: 425-438.

29. Heinicke CM. Impact of prebirth parent personality and marital functioning on family development: a framework and suggestions for further study. *Dev Psychol* 1984;20:1044-1453. In: Ribeiro MVLM, Gonçalves VMG (Orgs). *Neurologia do Desenvolvimento da Criança*. Revinter, cap. 3, p. 297-309, 2006.
30. Krueger RA. *Focus Groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park: Sage, 1988.
31. Lima MCMP. *Avaliação de fala em lactentes no período pré-linguístico : uma proposta de detecção de problemas auditivos – tese de doutorado*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1997.
32. Lima MCMP, Nakamura HY. In: Ribeiro MVLM, Gonçalves VMG (Orgs.). *Neurologia do Desenvolvimento da Criança*. Revinter, 2006, p.270-296.
33. Ludke M, André M. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo:EPU; 1986.
34. Mckeown T. *The Role of Medicine*. Oxford: Brasil Blackwell, 1979. In: Akerman M, Nadnovsky P. *Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar O quê? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*.1992, out/dez, 8 (4): 361-365.
35. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 11ª. Ed. – São Paulo: Hucite, 2008.
36. Minayo MCS (Org). *Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade*. 3ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
37. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 4ª. Ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitc – ABRASCO; 1996.

38. Murdoch BE. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma abordagem neuroanatômica e neurofisiológica. RJ: Revinter; 1997.

39. Nuto SS e Nations MK. In: Uchimura KY, Bosi MLM. Avaliação qualitativa de programas de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002, nov-dez, 18 (6): 1561-1569.

40. Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao> . Acesso em 18/03/2011.

41. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: Edufra, 2008.

42. Pazzini M, Franco TB. A Implementação do acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: Franco TBA. et al (org.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec. 2004, p. 79-109.

43. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998. In: Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e etiologia. Ver. Saúde Pública, SP. 2001, FEB, vol. 35, n1.

44. Pereira DP, Schochat L. Processamento Auditivo Central. Editora Lovise, 1997.

45. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de

atenção aos usuários SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências. Brasília. 2002, p.15.

46. Poland BD, Green LW, Rootman I, editors. Settings for health promotion. In: linking theory and practice. Thousand Oaks; Sage Publications, 2000. In: Carvalho SRC, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciência e Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, RJ, Brasil 2008, dez, vol. 13 (2): 2029-2040.

47. Rumem FA. Complexidade e Transdisciplinaridade em Saúde. In: Veit MT (Org.). Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado. Abrale – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, São Paulo, SP, HR Gráfica e editora, p. 31-38, 2009.

48. Rus-Perez JR. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas, 1998. In: Uchimura KY, Bosi MLM. Avaliação qualitativa de programas de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002 nov-dez, 18 (6): 1561-1569.

49. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação a integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BAQ. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2006, jan/mar, v. 13 (1): 53-61. In: Esmeraldo GROV. et al. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Revista APS. 2009, abr/jun, v.12 (2): 119-130.

50. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA e Jorge MSB. Linhas de tensões nos processos de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007, jan, v. 23, (1): 75-85. In: Análise do

Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família sob a Perspectiva do Usuário. Revista APS. 2009, abr/jun, v. 12 (2): 119-130.

51. Scrimshaw S, Hurtado E. Anthropological Approaches for Programmes Improvement. Los Angeles: University of California Press, 1987.

52. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: A contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1998.

53. Silva AGJ, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Hucitec, p. 241-257, 2004.

54. Silver L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo (org.). Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Editora Relume-Dumará, 1992, p.195-209.

55. Teixeira, CF (Org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

56. Teixeira, CF, Paim JS, Vilasbôas ALQ. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

57. Uchimura KY, Bosi MLM. Avaliação qualitativa de programas de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002, nov-dez, 18 (6): 1561-1569.

58. Vuori H. Research needs in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*. 1989, 1: 147-179.

59. Vuori, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate*. 1991, 3: 17-24.

60. Vygotsky LS. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

61. Vygotsky LS. *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

62. William B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine*. 1994, 38: 509-516.

8. Anexo

8.1. Anexo 1 - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM E FUNÇÃO VISUAL (Adaptação de Lima & Gagliardo, 1997).

NOME DA CRIANÇA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ **DATA DA OBSERVAÇÃO:** _____

IDADE: _____

| Funções | Até 3 m 15 dias | Funções | De 3 m 16 d a 6 m 15 d |
|------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------|
| Vocal. Vogais- O | | Bolhas- O | |
| Contato Olho- T | | Leva mão objeto- T | |
| Sorri cont. visual- T | | Localiz. Sino D- T | |
| Vocal. Recíproca- O | | Localiz. Sino E- T | |
| Sorri resposta fala- O | | Segura objeto em cada mão- T | |
| Reconhece objetos- H | | Pisca para perigo- T | |
| Segue obj. Vertic.- T | | | |

| Funções | De 6 m 16 d a 9 m 15 d | Funções | De 9 m 16 d a 12 m 15 d |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| E4- Sílabas simples- O | | E7- Início Entonação- O | |
| E5- Sílabas repetidas- O | | E8- Mama/Papa- O | |
| E6- Jogo vocal- O | | E9- Primeira palavra- O | |
| R8- Localiz. Sino B. I.- T | | E10- Quantidade vocalização- O | Aumentou () Diminuiu () |
| R9- Inibe-se ao "não"- O | | R10- Localiz. Sino Baixo D.- T | |
| V6- Imita jogos gestuais- O | | R11- Entende ordem verbal- O | |
| | | V7- Ordem c. gesto- O | |
| | | V8- Inicia Jog. Gest.- O | |
| | | V9- Aponta- O | |

Apresentou a resposta = S, Não apresentou resposta = N, Observação acidental = O, Testagem direta = T H= histórico

8.2. Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezada mamãe,

Queremos que você nos ajude a avaliar o Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento de Lactentes do Município de Mogi Mirim.

Trata-se de um projeto de pesquisa cujo título é: Avaliação do Programa de Observação do Desenvolvimento de Linguagem e Função Visual de Lactentes do Município de Mogi Mirim sob a óptica da família.

Faremos encontros em grupos, o qual serão filmados e gravados, onde conversaremos sobre o acompanhamento que o seu filho recebeu desde o nascimento até um ano.

Nesta pesquisa, não há desconfortos ou riscos previsíveis e os benefícios serão a valorização das mães, que ajudarão a verificar os pontos positivos e fornecerão dados para um melhor acompanhamento de lactentes.

A Prefeitura Municipal de Mogi Mirim arcará com as despesas do material de consumo da pesquisa, os participantes da mesma arcarão com o transporte dos mesmos. (caso necessitem de ônibus) sendo que não haverá nenhum ressarcimento e/ou ajuda de custo previsto.

Caso o (a) Sr. (a) não aceite participar, em nada isso modificará o atendimento do seu (sua) filho (a).

Estamos à disposição para qualquer informação ou esclarecimento: Profa. Dra. Maria Cecília M. P. Lima (Fone: (19) 37888808), Kátia de Cássia Botasso (Fone: 38064188) ou no Comitê de Ética Médica em Pesquisa da FCM (Fone: (19) 37888936).

Eu, _____ RG:

responsável pela criança _____, nascido em __/__/__estou de acordo com as colocações acima e consinto em participar do grupo.

9. Apêndice

9.1. Apêndice 1. Roteiro de perguntas para o grupo focal

- 1. Como foram convidadas para participarem da primeira orientação? Receberam alguma informação do motivo e importância do acompanhamento com a Fonoaudióloga?**
- 2. O que motivou vocês a realizarem o acompanhamento?**
- 3. Falem sobre o acolhimento e orientações realizadas pela fonoaudióloga durante o acompanhamento de seu filho.**
- 4. Falem sobre as orientações sobre o aleitamento materno. Como influenciaram no desenvolvimento do filho de vocês?**
- 5. Falem sobre as orientações sobre o uso de chupeta e mamadeira. Como influenciaram no desenvolvimento do filho de vocês?**
- 6. Falem sobre as orientações sobre estimulação de linguagem. Como influenciaram no desenvolvimento do filho de vocês?**
- 7. Falem sobre as orientações sobre interação entre mãe e bebê. Como influenciaram no desenvolvimento do filho de vocês?**
- 8. Quais os motivos para o não comparecimento em algum retorno?**
- 9. Quais as suas sugestões para esse acompanhamento?**
- 10. Quais os pontos positivos do acompanhamento do desenvolvimento do seu filho?**
- 11. Quais os pontos negativos do acompanhamento do desenvolvimento do seu filho?**

9.2. Apêndice 2. Convite enviado aos participantes

Convido você para participar de um grupo comigo dia 12/08/09, às 14h30 no Postinho Maria Beatriz.

Conversaremos sobre uma pessoa muito especial para você e para mim, o seu filho e tomaremos um café da tarde juntas.

Espero por você!

Com carinho

Kátia Botasso - Fonoaudióloga