

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Diana Weber Bartz

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO NO
SERVIÇO PÚBLICO DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

**Porto Alegre
2019**

Diana Weber Bartz

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO NO
SERVIÇO PÚBLICO DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador(a): Julice Salvagani
Coorientador(a): Tanise Dias Freitas

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala
Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Bartz, Diana Weber

Análise da Distribuição do Profissional Fonoaudiólogo no Serviço Público dos Municípios do Rio Grande Do Sul / Diana Weber Bartz. -- 2019.

53 f.

Orientadora: Julice Salvagani.

Coorientadora: Tanise Dias Freitas.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Fonoaudiologia. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Desigualdades em Saúde. I. Salvagani, Julice, orient. II. Freitas, Tanise Dias, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Diana Weber Bartz

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL FONAUDIÓLOGO NO
SERVIÇO PÚBLICO DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovada em ____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Coorientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

A visão integral do ser humano possibilitou que diversos profissionais ampliassem sua atuação dentro dos serviços públicos. Entre estes, o Fonoaudiólogo, com sua atuação voltada para os diversos aspectos relacionados à comunicação humana. Sua distribuição no serviço público ocorre em diversas áreas como a saúde, educação e assistência social, porém não há uma regulamentação específica quanto à sua colocação, o que acaba causando discrepância quanto à sua presença e o quantitativo necessário para atender as demandas existentes nos contextos populacionais. Neste panorama, o presente trabalho tem por objetivo compreender a distribuição do profissional fonoaudiólogo no serviço público municipal do Rio Grande do Sul, analisando sua distribuição através das mesorregiões e microrregiões, e realizar orientação com base em dados epidemiológicos quanto ao número ideal de profissionais. Os resultados encontrados demonstram grande disparidade e déficit quanto à distribuição e presença do profissional fonoaudiólogo, além de incompreensão quanto a sua atuação, visto que na maioria nos municípios, indiferente no número de habitantes, existe apenas um profissional. Atualmente somente 52,51% dos municípios dispõem do profissional fonoaudiólogo, onde a razão atual é de um fonoaudiólogo para cada 23.000 habitantes, sendo que o mínimo seria de um profissional para cada 10.000 habitantes na atuação junto à baixa complexidade, em nível municipal. Existe necessidade de mobilização tanto dos profissionais quanto da gestão, para que a situação possa ser organizada, visto que existe quantitativo de profissionais no estado suficientes para equilibrar a situação.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Desigualdades em Saúde.

**ANALYSIS OF THE DISTRIBUTION OF THE SPEECH THERAPIST
PROFESSIONAL IN THE PUBLIC SERVICE OF THE MUNICIPALITIES OF RIO
GRANDE DO SUL**

ABSTRACT

The integral vision of the human being allowed several professionals to expand their performance within the public services. Among these, the Speech-Language Pathologist, with his work focused on the various aspects related to human communication. Its distribution in the public service occurs in several areas such as health, education and social assistance, but there is no specific regulation regarding its placement, which ends up causing discrepancy as to its presence and the quantitative necessary to meet the demands existing in the population contexts. In this panorama, the objective of this study is to understand the distribution of the speech-language pathologist in the municipal public service of Rio Grande do Sul, analyzing its distribution through the mesoregions and microregions, and conducting epidemiological data on the ideal number of professionals. The results show a great disparity and deficit regarding the distribution and presence of the speech-language pathologist, as well as a lack of understanding regarding their performance, since in the majority of municipalities, indifferent to the number of inhabitants, there is only one professional. Currently, only 52.51% of the municipalities have a speech-language pathologist, where the current ratio is one speech-language pathologist for every 23,000 inhabitants, and the minimum would be for one professional per 10,000 inhabitants working at low complexity at the municipal level. There is a need to mobilize both professionals and management, so that the situation can be organized, since there are enough professionals in the state to balance the situation.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Public Health; Unified Health System; Health Status Disparities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Parâmetros de tempo, frequência e duração do tratamento fonoaudiológico.....	27
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Prevalência das principais demandas fonoaudiológicas.....	26
Tabela 4.1 – Número de Fonoaudiólogos no Brasil por estado e sua relação com a população.....	29
Tabela 4.2 – Distribuição dos cursos de Fonoaudiologia no RS de acordo com as mesorregiões.....	30
Tabela 4.3 – Número de fonoaudiólogos e cidades por mesorregião.....	30
Tabela 4.4 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Metropolitana.....	31
Tabela 4.5 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Noroeste.....	32
Tabela 4.6 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Nordeste.....	32
Tabela 4.7 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Sudeste.....	33
Tabela 4.8 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Centro Oriental.....	33
Tabela 4.9 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Sudoeste.....	34
Tabela 4.10 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Centro Ocidental.....	35
Tabela 4.11 – Relação do número de habitantes por fonoaudiólogo no serviço público.....	35
Tabela 4.12 – Distribuição dos municípios conforme o número de fonoaudiólogos atuantes no serviço público municipal.....	36
Tabela 4.13 – Classificação dos municípios segundo o porte populacional e o quantitativo de fonoaudiólogos.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPNS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivo Geral.....	10
1.2 Objetivos Específicos.....	10
1.3 Justificativa.....	10
1.4 Justificativa Pessoal.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 Origens e desafios da Saúde Pública.....	14
2.2 Descentralização do SUS.....	16
2.3 Fonoaudiologia na Saúde Pública.....	18
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	29
4.1 Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre.....	31
4.2 Mesorregião Noroeste.....	31
4.3 Mesorregião Nordeste.....	32
4.4 Mesorregião Sudeste.....	33
4.5 Mesorregião Centro Oriental.....	33
4.6 Mesorregião Sudoeste.....	34
4.7 Mesorregião Centro Ocidental.....	34
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, conceituou a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995). O Brasil contempla a saúde como um direito social, sendo um direito de todos e dever do Estado. Ela deve ser garantida através das políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir os riscos de doenças e outros agravos. As ações e serviços de saúde devem ter acesso universal e igualitário e com enfoque na promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Esta visão integral do ser humano possibilitou que diversos profissionais ampliassem sua atuação dentro dos serviços públicos. Entre estes, o Fonoaudiólogo, com seu contexto voltado para os diversos aspectos relacionados à comunicação humana. O fonoaudiólogo é o profissional com graduação em Fonoaudiologia que atua na pesquisa, prevenção, avaliação e na terapia fonoaudiológica nos distúrbios da comunicação humana, como a comunicação oral, escrita, voz e audição, além de áreas como a disfagia e o equilíbrio (BRASIL, 1981).

Este profissional está distribuído no serviço público em diversas áreas, como a saúde, a educação e a assistência social, sendo a saúde a principal porta de acesso. Não há uma regulamentação específica quanto à sua distribuição no serviço público, o que acaba causando discrepâncias entre a sua presença e a quantidade necessária para atender as demandas existentes nos contextos populacionais.

Existe a necessidade de compreensão da atuação deste profissional no contexto público, em especial nos municípios, já que a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde fazem parte das diretrizes firmadas pelo Pacto pela Saúde, de 2006, que objetiva alcançar maior eficiência e qualidade nos serviços do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). As ações de planejamento devem ser pautadas no princípio da integralidade, com ações voltadas desde a prevenção, promoção, tratamento e a reabilitação (SILVA et al., 2015). Neste contexto, o presente trabalho tem intenção de compreender em que panorama se encontra a distribuição do profissional fonoaudiólogo na saúde pública municipal do Rio Grande do Sul.

1.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo geral compreender a distribuição do profissional fonoaudiólogo no serviço público municipal do Rio Grande do Sul.

1.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos foram estabelecidos:

- a) Analisar a distribuição do profissional fonoaudiólogo por município, através das mesorregiões e microrregiões do RS;
- b) Desenvolver orientação com base em dados epidemiológicos do número ideal de profissionais fonoaudiólogos nos municípios do Rio Grande do Sul.

1.3 Justificativa

Dentro da esfera da gestão pública, os municípios necessitam oferecer os serviços essenciais para a população, observando as determinações da legislação das três esferas de governo, país, estado e município. Quanto aos serviços de saúde, princípios como a universalidade (acesso à saúde em todos os níveis de assistência), integralidade (de acordo com a necessidade da população) e equidade (igualdade de oportunidade para todos) devem servir de guia quanto ao pensar sobre a oferta dos serviços para a população (BRASIL, 1990 b). Dentro deste olhar, o fonoaudiólogo tem sua atuação desde o nascimento do bebê, até a velhice, já que seu campo de atuação compreende uma gama ampla de possibilidades (CFFa, 2015).

A população, de uma forma geral, apresenta uma elevada ocorrência de diversas patologias que se relacionam com a comunicação humana. Quando analisamos o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), e a necessidade de descentralizar e municipalizar as ações voltadas para a saúde é fundamental a presença do profissional fonoaudiólogo dentro da oferta de profissionais de uma cidade. A atuação do profissional fonoaudiólogo pode ocorrer de diversas formas dentro do município. Ao realizar uma busca bibliográfica referente à distribuição do profissional fonoaudiólogo no âmbito municipal, observa-se tendência de pesquisas referentes à atuação deste profissional na área da saúde.

O RS atualmente possui 497 municípios, sendo estes organizados em sete mesorregiões: Centro Ocidental, Centro Oriental, Metropolitana, Nordeste, Noroeste, Sudeste e Sudoeste. Estas mesorregiões são divididas em microrregiões, sendo que o RS possui atualmente 35 microrregiões. Esta divisão se configura por apresentar forma de organização quanto ao espaço geográfico definido pela divisão social, natural e comunicação própria. Estas constituem marcas de uma identidade regional, expressa através de uma realidade construída ao longo do tempo (BRASIL, 1990 a).

Outra forma de categorizar e compreender um território é através de seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este é um indicador construído com base em três dimensões do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. É um índice que varia de 0 a 1, e quanto maior o número, melhor estruturado está o lugar quanto às esferas avaliadas, sendo que se considera maior o seu desenvolvimento humano. Nos municípios esse índice é calculado e recebe o nome de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Está classificado como muito baixo (0 a 0,499), baixo (0,500 a 0,599), médio (0,600 a 0,699), alto (0,700 a 0,799) e muito alto (acima de 0,800) (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Ao observarmos o RS, o mesmo ocupa a 6ª posição no ranking nacional, com IDH de 0,746, considerado alto. No que concerne aos índices dos municípios, utilizamos o IDHM, o qual, mesmo diferente do IDH, permite entender melhor a realidade de cada município. Assim, quando comparamos o maior e o menor IDHM do RS, encontramos grande discrepância, sendo o maior IDHM o de Porto Alegre, com 0,805, considerado muito alto, e em contrapartida temos Dom Feliciano, com IDHM de 0,587, considerado baixo. As duas cidades pertencem à mesma mesorregião Metropolitana (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Analisando estes dados é possível identificar grande variação com relação aos indicadores de uma mesma unidade federativa. Assim, as ações voltadas para a população necessitam ser planejadas de acordo com suas necessidades. Quando pensamos em saúde, uma das dimensões do IDH, o conhecimento quanto aos indicadores epidemiológicos, demográficos e sociais deve guiar as ações. Os indicadores, gerados através dos dados epidemiológicos, são instrumentos de grande valor na gestão pública (Pereira; Tomasi, 2016).

Ao observar a literatura, identificamos diversos trabalhos que apresentam a necessidade do profissional fonoaudiólogo na esfera municipal e sua forma de

distribuição. Com o objetivo de compreender a demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região sul do Brasil, o estudo de Diniz e Bordin, (2011) identificou a necessidade de investimento no planejamento de ações em saúde fonoaudiológica, e evidenciou a presença de listas de espera para a especialidade. Fussiger (2012) apresentou a inserção no âmbito municipal do profissional de Fonoaudiologia no SUS, através da experiência pessoal do autor, onde descreve como ocorreu a inserção, e os aspectos positivos, diagnósticos feitos, faixa etária dos atendimentos e possibilidades de atuação.

1.4 Justificativa Pessoal

Com base em vivência profissional pessoal, identifiquei discrepância entre a presença deste profissional nos municípios gaúchos, além de falta de compreensão dos gestores municipais quanto à sua atuação. Há municípios como o Chuí, com menos de 10 mil habitantes, no Rio Grande do Sul, que não possui esse profissional em seu quadro (Portal da Transparência da Prefeitura Municipal do Chuí, 2018); há municípios com mais de 30 mil habitantes, como Santa Vitória do Palmar, que possui apenas um profissional, que atua 20h semanais (Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Santa Vitória do Palmar, 2018), e têm municípios como Nova Bassano, que possui menos de 10 mil habitantes, e possui um profissional que realiza 30h semanais (Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Nova Bassano, 2018). Este estudo tem a intenção de compreender essas discrepâncias, e formular uma orientação, com base em dados populacionais, para auxiliar os gestores públicos quanto à necessidade e o número ideal de profissionais fonoaudiólogos.

Com essa pesquisa, pretende-se contribuir tanto para a gestão pública, quanto para a profissional fonoaudiólogo, que possui demandas crescentes, grandes aglomerados ao redor das Universidades, nos grandes centros urbanos, e pouca distribuição nos locais mais afastados, causando problemas para as prefeituras quanto às demandas, gerando deslocamentos, e situações que poderiam ser remanejadas.

É fundamental a compreensão de como ocorre a distribuição do profissional fonoaudiólogo no serviço público no RS, do acordo com as mesorregiões e microrregiões, além de observar a relação deste com o IDHM e realizar o

levantamento quanto a real necessidade de cada local, de forma a poder servir de parâmetro para o planejamento público com relação a oferta de fonoaudiólogos. Para isso, deve-se levar em consideração as principais patologias relacionadas a Fonoaudiologia e sua forma de atuação e contribuição não somente no tratamento, mas também nas ações de promoção e prevenção de saúde. Essa pesquisa justifica-se por contribuir para a compreensão da necessidade do profissional no serviço público municipal e seu adequado dimensionamento.

Para concretizar seu objetivo, foi realizada fundamentação teórica sobre os principais assuntos relacionados às origens e desafios da Saúde Pública, a descentralização do SUS e sobre a atuação fonoaudiológica no serviço público e as principais demandas relacionadas à Fonoaudiologia. Nos procedimentos metodológicos é feito o esclarecimento quanto à origem das informações e a forma como foram coletadas e organizadas. Os resultados são expostos principalmente no formato de tabelas, aglutinados de forma a facilitar a visualização e comparação entre as mesorregiões. Na discussão é feita a análise crítica das informações encontradas e a sua relação com estudos encontrados na literatura. O presente trabalho é finalizado com algumas considerações importantes, que sintetizam os dados encontrados e discutidos, e que visam melhorar a relação entre a Fonoaudiologia e o serviço público.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Origens e desafios da Saúde Pública

A política da saúde brasileira tem seu nascimento junto a política da previdência social, através do surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão, de 1923, esta oferecia aos seus trabalhadores associados ajuda médica, aposentadoria, pensões para dependentes e auxílio funerário. Anteriormente a isso a assistência à saúde era limitada a ações de saneamento e combate a endemias, além do cuidado de algumas doenças negligenciadas, como a tuberculose (CARVALHO, 2013).

O presidente Getúlio Vargas (1930-1945) criou o Ministério do Trabalho e um grande volume de legislação trabalhista associada a questão social. O objetivo era garantir a saúde dos trabalhadores que pertencessem ao mercado formal. A saúde era direito de um grupo específico de pessoas, de acordo com sua categoria profissional (SIMIONATTO, 1997).

Neste período a abordagem era extremamente curativa, com a construção de hospitais e a contratação de serviços privados pelas empresas, pautado na díade médico-hospitalar. No período entre 1964-1980 ocorre a fusão entre as categorias, e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que acabou potencializando a prática médico-curativa e o complexo médico-industrial na política de saúde no território nacional (BRAVO, 2004). A população que não pertencesse a categoria trabalhadora estava a mercê da caridade, através dos serviços oferecidos pelos hospitais filantrópicos.

A urgente e necessária mudança neste cenário foi sendo gestada ao longo das décadas de 1960 e 1970, mas, sobretudo, nesta última, que teve como pano de fundo um dos períodos de maior efervescência na história política de nosso país em função da grande mobilização popular que se organizava pelo fim do regime militar. Novos ventos sopravam nos diversos setores da sociedade, levando ideais de liberdade e justiça social. Um novo projeto político democrático se consolidava (SILVA, 2012, p. 436)

Na década de 70, ocorrem os primeiros ensaios da Atenção Primária em Saúde (APS), através da força dos movimentos sociais, com a intenção de ampliar as práticas de saúde para as populações carentes a partir dos Centros de Saúde,

constituídos através da experiência de ações semelhantes em diversos municípios brasileiros (CONILL, 2008). Aos poucos, ocorre a incorporação das concepções da APS aos movimentos sanitários, ganhando espaço onde antes havia supremacia do modelo médico-privatista.

Dificuldades econômicas, grande demanda e apoio dos profissionais da saúde fizeram com que o movimento ganhasse grande visibilidade ampliando o debate sobre a relação entre saúde e democracia, estando presente na pauta dos movimentos sociais. Um evento importante no período foi a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, tendo como temática central a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, evidenciando o conceito ampliado de saúde.

Neste período o crescimento do debate da esfera da saúde não era mais interesse de alguns segmentos da população, mas sim ganhou dimensão política e referência de democracia. Pontualmente ações ocorreram tendo como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1986, em Brasília. Neste encontro foi discutido o rumo da saúde brasileira e a necessidade de reestruturar a política de saúde através da criação do Sistema Único de Saúde. Esse evento fomentou no governo a necessidade de assumir a bandeira da reforma sanitária (SANTOS, 2013).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde pública brasileira ganhou nova perspectiva. Entre seus artigos, estabeleceram-se as ações e serviços de saúde de forma universal e igualitária para a população, além da promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde passou a ser um dever constitucional, de responsabilidade de todas as esferas de governo, vinculada às políticas sociais e econômicas. Além disso, a assistência ampliou sua perspectiva para uma forma de cuidado integral, atuando de forma preventiva e curativa (BRASIL, 1988).

Em 1990 é publicada a lei 8080/1990 (BRASIL, 1990 b), conhecida como a Lei Orgânica do SUS, que regula as ações e os serviços de saúde em todo território nacional. Ela possibilitou a construção de uma Política Nacional da Atenção Básica, com a reorientação do modelo até então utilizado, propiciando a atenção integral da saúde, com a prioridade nas atividades preventivas, sem prejuízo nos serviços assistenciais. O SUS possui como princípios a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, e como princípios organizativos a Regionalização e Hierarquização, a Descentralização e Comando Único e a Participação Popular.

Já a lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990 c) traz informações sobre o envolvimento da comunidade na condução das questões de saúde, através das conferências e dos conselhos de saúde (na esfera municipal, estadual e federal) e também sobre a transferência de recursos financeiros no formato fundo a fundo, sem a necessidade de convênios. Em 1996 a Norma Operacional (BRASIL, 1996) possibilitou maior autonomia administrativa na gestão dos recursos financeiros destinados para os municípios, resultando na maior capacidade de planejamento para os mesmos, o que auxilia a prática já que as ações devem ser descentralizadas.

Com relação ao financiamento do SUS, a Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000) apresenta a vinculação do montante financeiro com a arrecadação tributária, e determina % mínimos para as esferas de governo. Entretanto, mesmo com um grande volume de legislação, o que ocorre na prática é a objetivação da fuga às determinações das referidas leis relacionadas ao financiamento da saúde pública, demonstrando dificuldades em sua plena implementação e para o SUS (JÚNIOR, 2006).

2.2 Descentralização do SUS

A descentralização dos serviços de saúde possibilitou maior autonomia para os municípios, em especial. Essa perspectiva necessita de criatividade e atuação dos municípios no que se refere à implementação e manutenção das políticas públicas. A compreensão do território para o efetivo diagnóstico das dificuldades locais e a realização de intervenções satisfatórias e efetivas é fundamental. Assim, compreender o território através da epidemiologia é de extrema importância. Sua utilização, articulada com outros conhecimentos possibilita a orientação de um planejamento certo, auxiliando a gestão quanto as intervenções assistenciais e curativas (CAMPOS et al., 2009).

O avanço da democratização em algumas regiões constituiu um fator determinante da descentralização, visto que propiciou a participação de amplos setores da população na promoção de mais ações de descentralização que favorecessem o desenvolvimento regional e local. Tais fatores geraram condições para a formulação de políticas públicas mais participativas, de acordo com as necessidades da população assentada na periferia, em contraste com as políticas governamentais prevalentes

anteriormente, que eram mais gerais e, na maioria das vezes, não distinguiam entre as solicitações e as prioridades das diferentes entidades, regiões e comunidades (ESPINOSA, 2012, p. 117).

O SUS preconiza a utilização de dados epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades, para a eficiente destinação dos recursos disponíveis, sejam eles financeiros ou humanos. Ela se articula de forma significativa com os princípios e as diretrizes do SUS, que determina a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, contribuindo para o processo de gestão através da concretização de um planejamento adequado para a realidade (BRASIL, 1990 b).

É fundamental que os gestores públicos façam utilização da epidemiologia para a organização dos serviços oferecidos para a população. Possibilitando assim, a utilização adequada dos recursos financeiros recebidos através do fundo municipal de saúde e dos recursos humanos disponíveis.

Informações epidemiológicas permitem ao gestor utilizar os recursos existentes conforme a situação de saúde atual e estabelecer prioridades de avanços necessários aos serviços. Mas, quando não se utiliza esse instrumento de gestão, o planejamento de saúde do município não é baseado nas necessidades da própria população a ser atendida. Isso pode ocorrer por falta de informação e aperfeiçoamento dos próprios gestores, pois, é possível buscar algumas informações epidemiológicas em órgãos de apoio (FERREIRA, 2018, p. 77)

A responsabilidade com relação ao planejamento do sistema municipal de saúde é do gestor municipal, sendo fundamental a territorialização das condições de saúde da população. Devem-se identificar diferenças epidemiológicas e sociais dentro do território, e assim, realizar a elaboração de propostas e ações direcionadas ao enfrentamento dos agravos e riscos à saúde existentes (TEIXEIRA, MOLESINI, 2002). Em muitas situações, existe despreparo do gestor da saúde, grande rotatividade e pouca autonomia nas decisões executivas, e também o viés político-partidário na tomada das decisões que acabam interferindo negativamente nas ações relacionadas à saúde (SANTO, GIOVANELLA, 2014).

Com maior autonomia na tomada das decisões, existe também maior responsabilidade frente às demandas de saúde, sendo uma delas a contratação, preparação e a oferta de recursos humanos, já que estes trabalhadores serão

inseridos em um contexto de atuação coletiva, necessitando muito mais do que habilidades técnicas, mas também relacionais, em um ambiente complexo de trabalho.

As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho (SHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009, p. 725)

2.3 Fonoaudiologia na Saúde Pública

A compreensão por parte da gestão quanto à importância do profissional fonoaudiólogo atuante nos serviços, em todos os níveis de atendimento, é fundamental, em especial por ser recente a inserção da Fonoaudiologia no campo das ciências da saúde, especialmente se comparada à história de tantas outras ciências consolidadas (SILVA, BRASIL, REGIS, 2010; PENTEADO, SERVILHA, 2004). O que se observa quanto ao cenário de atuação do profissional fonoaudiólogo, desde a sua regulamentação, são grupos de profissionais ativos, integrados junto as equipes multiprofissionais, participando nos diversos níveis de assistência à saúde da população. Sua atuação vem ao encontro das transformações das diretrizes da saúde coletiva, onde a concepção de saúde ganhou perspectivas muito mais amplas (BAZZO, 2007).

Quando o planejamento é pautado no princípio da integralidade do cuidado, pressupõe ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, além de garantir a participação de todos os envolvidos. Não se deve pautar a atuação de forma fragmentada, priorizando apenas uma das ações prioritárias de saúde na esfera da gestão municipal (SILVA et al., 2015).

De acordo com os princípios norteadores do SUS, a Fonoaudiologia deve atuar nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Os enfoques do nível primário visam à prevenção, à reabilitação e promoção associada à saúde dos indivíduos. Nos níveis secundário e terciário, pode ser observada, por vezes, uma abordagem com foco mais curativo, perspectiva

esta que também vem sendo modificada nos últimos anos, a partir do surgimento de novas propostas em saúde (FERREIRA et al, 2013, p. 673).

As necessidades da população de um determinado território devem ser os norteadores das intervenções de saúde, e estes devem ser constituídos de informações epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas. Estas informações são instrumentos valiosos para a gestão pública, podendo servir de subsídio para as ações em todos os níveis de atenção à saúde (PEREIRA, TOMASI, 2018). Quanto as demandas relacionadas à Fonoaudiologia, há uma crescente necessidade de atuação junto as atuais necessidades de saúde relacionadas à comunicação humana. De acordo com Moreira e Mota (2009), sendo objeto de estudo da Fonoaudiologia, a comunicação merece importante atenção das ações de saúde pública, uma vez que possibilita ao indivíduo se colocar como agente transformador da sociedade e da sua realidade.

O destaque crescente da Fonoaudiologia e sua representatividade em relação ao SUS é consequência das novas perspectivas e propostas relacionadas às políticas de saúde. Observa-se crescimento da atuação associada à criação de políticas de saúde. Como exemplo pode ser citado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, objetiva ampliar as condições e a qualidade dos atendimentos na atenção básica. Favorece a aproximação e o diálogo entre diversas especialidades que são responsáveis pelo diagnóstico de problemas ambientais que são passíveis de intervenção (BRASIL, 2008). A possibilidade de inclusão do profissional fonoaudiólogo no NASF proporcionou que sua atuação se tornasse conhecida entre os profissionais das ESFs, e também para que a população fosse beneficiada com as ações de promoção, prevenção e reabilitação que estes profissionais desenvolvem nas comunidades (CAVALHEIRO, 2009).

A partir deste momento os fonoaudiólogos sentem o desejo e a necessidade de formalizar sua inserção nos demais serviços da instituição e estes tentam organizar propostas de ações a serem executadas junto aos programas de pediatria e puericultura, saúde do adolescente, saúde da mulher, do trabalhador e do idoso, além de sua inserção em creches e escolas da área de abrangência das unidades, mostrando que a Fonoaudiologia na saúde também evoluiu, assim como as questões de saúde no Brasil (MOREIRA e MOTA, 2009, p. 518).

Tendo em vista os altos índices epidemiológicos dos distúrbios de comunicação humana, e seu grande impacto na qualidade da população, a presença do profissional fonoaudiólogo tem se tornado fundamental, sendo que sua atuação deve ser pautada principalmente nos aspectos relacionados à promoção da saúde, para toda a população, em suas diversas fases de vida, e particularidades. Surgem propostas de ações coletivas, com atuação em rede de serviços e o compartilhamento do cuidado, possibilitando para este profissional mais capilaridade dentro dos serviços de saúde, e também no acesso as pessoas, chegando às comunidades e nas cidades onde anteriormente a atuação deste profissional era desconhecida (LIMA et al, 2013, p. 52).

Outro aspecto muito importante a ser considerado é que as ações desenvolvidas em uma unidade de porta de entrada do sistema não são individuais, e sim coletivas. Por isso deve-se ter muito cuidado, porque as coletividades não são iguais, o que é adequado para uma comunidade nem sempre o é para outra. Daí a necessidade de conhecimento da área de abrangência de trabalho para a realização de ações pertinentes às necessidades do local (MOREIRA e MOTA, 2009, p. 519).

Para compor o grupo de profissionais atuantes em um determinado território, como por exemplo uma equipe de NASF, deve-se realizar um levantamento quanto as demandas locais, de acordo com o perfil da população adstrita, e com base nesses dados, realizar a composição da equipe de profissional. A utilização do planejamento como um instrumento de gestão que permite a tomada de decisões sobre prioridades e investimentos que afetam diretamente a organização da rede de serviços de saúde é fundamental (FERREIRA, 2018). De acordo com MISOCZKY (2003), a atuação em rede é mais compatível com a formação de políticas públicas em um cenário federalista, onde existem múltiplos centros de decisão.

Embora a exploração de novas formas de arranjos de gestão seja apenas incipiente no campo da atenção à saúde no Brasil, acredita-se que ela possa vir a desenvolver-se como decorrência de formas mais amadurecidas de participação da sociedade e de relações entre organizações públicas e privadas (MISOCZKY, 2003, p. 350).

Essa perspectiva de saúde possibilita que os problemas deixem de ser analisados a partir da perspectiva individual para serem abordados de forma integral na perspectiva da promoção de saúde, (através da compreensão dos territórios e levantamos de dados epidemiológicos,) e de ser responsabilidade de profissionais específicos, passando para a constituição interdisciplinar. Além disso, é preconizada a formação de parcerias intersetoriais, envolvendo diversos setores da sociedade, na implantação de políticas públicas e ambientes saudáveis para a equidade e melhoria da qualidade de vida (GONÇALVES, PENTEADO, SILVÉRIO, 2005).

No entanto, para poder concretizar o acesso as políticas preconizadas para a saúde, faz-se necessário a disponibilidade de profissionais para atuar em todo perfil de território, dentro de suas diferenças regionais e sociais. Observam-se grandes desigualdades regionais de desenvolvimento, renda disponível e padrões de vida da população brasileira, essas diferenças também geram impacto na oferta dos serviços de saúde e tem gerado várias implicações populacionais negativas. Os contrastes são especialmente fortes entre as regiões mais e menos desenvolvidas.

Essas diferenças no território geram hierarquias marcantes nos níveis de saúde da população. A localização espacial e a classe social se combinam para acentuar dramaticamente as discrepâncias de saúde (SANTOS, 2018). No caso da oferta dos serviços de Fonoaudiologia, essas disparidades podem ser claramente observadas junto a oferta de profissionais de acordo com as regiões. Sendo que nos locais com menor IDHM, a oferta do profissional é menor.

Sob a análise do suporte ao trabalho do IDH, há uma distinção clara entre os municípios, demonstrando que os locais com maior desenvolvimento humano têm maior acesso aos cuidados de saúde na comunicação humana. Os municípios mais pobres têm menor integração em todos os níveis de atenção à saúde e também não garantem a cobertura adequada de todos os problemas potenciais na APS (RECH et al, 2019, p. 4).

Esses contrastes com relação aos territórios acabam interferindo na oferta de formação existente, sendo que nos grandes centros urbanos, existe maior oferta de formação profissional. Essa disparidade expõe a necessidade da realização de articulações entre os municípios, para que abram espaço para “a profusão de novas formas de relação entre Estado e sociedade, colocando no âmbito da discussão pública os alicerces da estrutura de poder, organização e gestão das instituições

políticas vigentes” (FLEURY e OUVÉRY, 2007, p. 11), demonstrando ser fundamental um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária.

No Brasil, o atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Assim, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, desde 1990, em milhares de sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais (VIANA, LIMA e FERREIRA, 2010 *apud* SANTOS e GIOVANELLA, 2014, p. 623).

Adequar a oferta dos serviços de acordo com a região é um atributo dos sistemas nacionais de saúde. Estes devem se organizar para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades existentes, e desta forma garantir o cumprimento dos princípios do SUS de universalidade e equidade (KUSHNIR, CHORNY, 2010). Existe a necessidade de contemplação das disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, desde a formação do profissional, estrutura para sua inserção, possibilidade de atuação e compreensão por parte da equipe gestora de sua necessidade na atuação junto à população.

Paralelamente a este processo, as Universidades vão adequando suas grades curriculares, visando preparar melhor o fonoaudiólogo para essa nova área de atuação. O fonoaudiólogo que atua no SUS deve ser um generalista, capaz de identificar as questões fonoaudiológicas de maior relevância na sua comunidade de abrangência, capaz de elaborar e efetivar ações que visem uma solução, adotando medidas preventivas sempre que possível. Também deve ser capaz de organizar um ambulatório de atendimento que se identifique com a sua unidade de saúde, visando sempre à qualidade no atendimento à população. Além disso, para que o fonoaudiólogo consiga desenvolver um trabalho de acordo com os preceitos da saúde pública é fundamental que ele tenha conhecimento dos assuntos pertinentes ao SUS. Atualmente acredita-se que o papel do fonoaudiólogo se tornou mais amplo, sendo possível projetar ações de prevenção cabíveis a um determinado

grupo, desde que este seja bem conhecido (MOREIRA e MOTA, 2009, P. 519).

Disciplinas de saúde coletiva, epidemiologia e programas de formação para o trabalho em saúde vêm obtendo espaço nas diretrizes curriculares dos cursos de formação. A Fonoaudiologia vem passando por uma mudança de paradigmas em relação ao seu foco de trabalho, ampliando a atuação junto às práticas coletivas.

Essa mudança constitui um grande desafio para as Universidades e para o corpo docente, já que estes foram formados pelas práticas tradicionais, e agora tem o dever de formar de acordo com as atuais diretrizes, sendo assim fundamental a educação permanente dos profissionais de Fonoaudiologia, em todos os níveis de atuação. É fundamental a formação de profissionais de saúde com olhar integrado e sensível aos cuidados humanizados, sabendo colocar em prática os conhecimentos adquiridos, os moldando as suas realidades locais de saúde (SILVA, LIMA, LIMA, 2013).

Com relação às principais demandas fonoaudiológicas encontradas na população, existe uma tendência quanto aos tipos de atendimentos realizados. Oliveira (2017) realizou um levantamento no município de Suzano – SP, e identificou no serviço alterações relacionadas à linguagem, seguidas da motricidade orofacial, audição, voz e distúrbios de aprendizagem. O trabalho de Diniz e Bordin (2011) realizado em Porto Alegre identificou por ordem de motivo da consulta alterações relacionadas à linguagem, motricidade orofacial, voz, distúrbios de aprendizagem, audição. Observa-se que demandas relacionadas a áreas como a disfagia não foram identificadas.

Ambos os estudos foram realizados em ambulatórios de atendimento fonoaudiólogo, através das demandas referenciadas por outros profissionais ou serviços. Porém, devemos pensar que a atuação da Fonoaudiologia não pode ficar pautada na passividade. Ações relacionadas à promoção e prevenção de saúde devem ser realizadas, com o objetivo de evitar alterações posteriores, ou então atuação precoce, minimizando os prejuízos.

A atuação junto as Equipes de Saúde da Família (ESF) vem ampliando a participação ativa do fonoaudiólogo, possibilitando o olhar deste profissional junto a

um número significativo de pessoas. Sua inserção neste contexto ocorre através de sua atuação junto à equipe no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). O fonoaudiólogo tem papel muito importante na manutenção da saúde e da qualidade de vida da população, já que a comunicação está profundamente relacionada com a interação do ser humano com o meio social, a aprendizagem e com fatores emocionais (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010).

Outra forma que vem sendo difundida são os serviços de triagem. Os testes da Orelhinha e da Linguinha já estão estabelecidos nacionalmente (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014), e muitas vezes são o primeiro contato de muitos sujeitos com a Fonoaudiologia. Atividades desenvolvidas junto à escola, como o programa de Saúde na Escola (PSE) também vem ganhando espaço e possibilitando atendimento adequado ao escolar, com olhar relacionado não somente nos aspectos auditivos, mas também de uma forma mais abrangente quanto à aprendizagem e sua relação com a linguagem (BRASIL, 2009).

Ao fazer um levantamento na literatura, sobre a prevalência das principais alterações fonoaudiológicas, percebe-se a grande incidência das alterações relacionadas à comunicação. Andrade (1997) identificou que 4,19% das crianças avaliadas apresentavam alterações fonoaudiológicas nas áreas de fala e linguagem, sugerindo assim formulação de programas estruturados nas áreas preventivas e curativas.

Com relação à população de pessoas com deficiência, o Ministério da Justiça realizou um levantamento e identificou que 14,5% da população brasileira são portadores de alguma deficiência nas seguintes porcentagens: 48,1% delas têm deficiência visual, 41%, deficiências físicas; 8,3%, deficiências mentais; 22,9%, deficiências motoras e 16,7%, deficiência auditiva. Com base nestes dados, a atuação fonoaudiológica relacionada às deficiências indica que em média 50% das pessoas que apresentam deficiência auditiva, deficiência motora e física apresentam problemas de fala. Nas deficiências mentais a atuação do fonoaudiólogo é fundamental durante seu processo de aprendizagem, auxiliando na linguagem oral, leitura, escrita e motricidade para a fala. Com base nestes dados, 4,87% da população possui algum tipo de deficiência em que há necessidade de intervenção fonoaudiológica (BRASIL, 2000 *apud* BAZZO e NORONHA, 2009).

A população com diagnóstico de dislexia também necessita de acompanhamento fonoaudiológico durante o processo mais crítico de seu aprendizado. A forma mais comum é a dislexia do desenvolvimento e segundo estudos afeta de 4 a 8% da população mundial (MUTER, SNOWLING, 2009). Outra patologia que apresenta necessidade de atuação fonoaudiológica são as disfluências, que possui incidência de 5% e prevalência em 1%, com a presença de sua forma crônica. Essa divergência ocorre em especial pela ocorrência da disfluência associada ao desenvolvimento das áreas específicas do cérebro relacionadas à fala (INSTITUTO BRASILEIRO DE FLUÊNCIA).

Ainda com relação às alterações identificadas durante a infância, o autismo vem sendo amplamente estudado, pois as pesquisas atuais vêm demonstrando grande aumento em sua incidência, sem identificação dos fatores de predisposição de uma forma conclusa. Atualmente uma em cada 59 crianças pertence ao grupo do espectro autista. Isso equivale a 1,68% da população. É necessário ressaltar que não é uma doença, mas sim uma condição humana que acompanha o indivíduo durante a vida. O estudo de Baio et al (2014) indica que a intervenção precoce é fundamental para a melhora nas ações relacionadas a tríade: linguagem, interação social e comportamento. Existe uma perspectiva de aumento na prevalência de casos de autismo no mundo. No Brasil não existe estudo quando a sua prevalência, somente estimativas com base em estudos internacionais.

Com relação ao público idoso, a maior demanda de procura por acompanhamento fonoaudiológico está associada aos acidentes vasculares cerebrais (AVC). O estudo de Bensenor et al (2013) identificou prevalência de 1,5% da população geral. Deste grupo, em média 55% apresenta alteração relacionada à comunicação humana, e necessitam da intervenção fonoaudiológica (GOULART et al, 2016). Outra alteração relacionada com o AVC é referente à disfagia, que apresenta prevalência em 42% dos casos (JACQUES, CARDOSO, 2011). Levando em consideração de as alterações podem ocorrer de forma isolada ou em conjunto pode-se deduzir que em média 1% da população vai necessitar de intervenção fonoaudiológica após um AVC.

Outra demanda que acaba sendo comum são as queixas vocais relacionadas a profissionais que utilizam a voz como instrumento de trabalho, em especial o

professor. O estudo de Preciado, Pérez e Calzada (2005) identificou prevalência de mais de 50% de alterações vocais nesta população. Levando em consideração que em média 1,2% da população atua como professor, 0,6% da população, só de professores, apresenta alteração relacionada com a voz (AGENCIA BRASIL, 2018) Também dentro das alterações relacionadas a voz, existem as relacionadas às neoplasias de cabeça e pescoço, que apresentam grande prevalência, sendo que a atuação fonoaudiológica nestes casos é fundamental durante todo o processo de avaliação, o momento pós- cirúrgico e o acompanhamento terapêutico de reabilitação.

Tabela 2.1 – Prevalência das principais demandas fonoaudiológicas

DEMANDAS FONOAUDIOLÓGICAS	PREVALENCIA	PUBLICO
Fala e linguagem	4,19%	Infantil
Pessoa com deficiência	4,87%	Geral
Dislexia	4 – 8%	Infantil
Autismo	1,68%	Geral
Disfluência	1%	Geral
Acidente vascular cerebral	1%	Idoso
Voz	0,6%	Adultos

Fonte: Andrade (1997); Brasil (2000) *apud* Bazzo e Noronha (2009); Muter, Snowling (2009); Instituto Brasileiro de Fluência; Baio et al (2014); Bensenor et al (2013); Preciado, Pérez e Calzada, (2005).

Essa é somente uma parcela das possibilidades fonoaudiológicas, e estão pautadas na reabilitação. Pode-se acrescentar ainda alterações relacionadas a motricidade orofacial como o grupo de respiradores orais, as disfagias, demências, alterações relacionadas ao envelhecimento, alterações relacionadas aos traumatismos crânio-encefálicos, entre outras possibilidades onde a atuação deste profissional é de extrema importância. Uma delas refere-se às questões auditivas, onde a atuação do fonoaudiólogo possui contingências em todas as fases da vida. Somente nas principais demandas levantadas, mais de 20% da população necessita de intervenção fonoaudiológica terapêutica em algum momento da vida.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia preconiza o tempo de tratamento fonoaudiológico através de seu instrumento balizador, de acordo com as diferentes áreas de especialidades. Este deve servir de referência quanto à estruturação dos serviços (CFFa 2013). Sua classificação leva em consideração a especialidade fonoaudiológica (com relação à patologia apresentada, utilizando como base a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima revisão (CID-10)), o tempo de tratamento, a frequência e a duração da consulta.

A Fonoaudiologia possui atualmente 11 áreas de especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Dentre estas as que possuem maior quantitativo de demandas são as relacionadas a audição, voz, motricidade orofacial, linguagem e disfagia.

Figura 2.1 – Parâmetros de tempo, frequência e duração do tratamento fonoaudiológico

Especialidades	Tempo de Tratamento	Frequência de Atendimento	Duração da Consulta
Audiologia	< 6 meses Entre 6–12 meses 24 meses	2x/semana	30 minutos
Linguagem	6 meses a > 1ano	2x/semana	45 minutos
Motricidade orofacial	3 meses 6 meses < 6 meses < 12 meses > 12 meses	2x/semana	30 minutos
Disfagia		2x/semana	30 minutos
Voz	2 a 3 meses 2 a 4 meses 4 a 6 meses 6 meses	1 a 2x/semana 1x ou 2 a 2 x/semana 1 a 2x/semana 1 a 2x/semana ou 2 a 3x/semana	30 minutos 30 minutos 45 minutos 30 minutos

Fonte: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2013.

A forma de acesso aos serviços prestados pela Fonoaudiologia é ampla, sendo comum através dos serviços de saúde oferecidos pelas prefeituras municipais. Porém outras formas são possíveis, dependendo da região. As associações privadas denominada Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) possuem grande representatividade e possibilitam atendimento multiprofissional para um grupo específico de pessoas com demandas variadas. Muitos planos de saúde, além do SUS, cobrem essa especialidade, e são formas de acesso principalmente nos grandes centros urbanos. Além disso, ele também é oferecido pela iniciativa privada, entre outras possibilidades.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho apresenta um estudo descritivo com levantamento de dados secundários de domínio público. Os dados referentes à lista completa dos municípios do RS, a população relativa ao último censo demográfico e os dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foram coletadas no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012). Já as informações referentes ao número de profissionais fonoaudiólogos atuantes nos municípios do RS foram extraídas do sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2018) nos registros municipais, tendo como período de referência novembro de 2018.

Foi possível identificar o tipo de gestão pretendida, se por estado ou município e a competência. No documento gerado são apresentadas informações como o nome do profissional, município de atuação, descrição do Cadastro Brasileiro de Ocupações, o estabelecimento em que atua, sua natureza jurídica, o vínculo estabelecido e a carga horária, entre outras informações. Ainda nesse mesmo documento, são disponibilizadas todas as profissões da área da saúde.

Um filtro foi utilizado para que somente profissionais fonoaudiólogos fossem identificados. Além deste cadastro, algumas informações foram retiradas dos Portais da Transparência dos municípios gaúchos, a fim de confrontar as informações contidas no CNES, para maior veracidade dos dados.

Com esses dados elaborou-se uma tabela utilizando o programa *Excel*® para armazenamento, observação dos dados, aglutinações pertinentes conforme o objetivo desta pesquisa. Essa tabela construída, além das informações citadas, classificou os municípios conforme sua mesorregião, microrregião, o número total de profissionais que atua através das prefeituras municipais, o tipo de vínculo (se estatutário ou outra forma de contratação) e a carga horária total. Com base nestes dados foi possível identificar o número total de profissionais por cidade, mesorregião e microrregião, a relação de profissionais e população, de carga horária e população e a média de IDHM.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A tabela 4.1 que segue apresenta o número de fonoaudiólogos no Brasil e por estado em relação à população. Essa relação demonstra certa simetria quanto à oferta de fonoaudiólogos e a população, quando observamos esse quantitativo em âmbito nacional (BRASIL, 2018).

Tabela 4.1 – Número de Fonoaudiólogos no Brasil por estado e sua relação com a população

UF	Nº FONO	%	POPULAÇÃO	%
SP	12.577	29,65%	45.538.936	22,1%
RJ	5.802	13,68%	17.159.960	8,1%
MG	4.249	10,02%	21.040.662	10,2%
PR	2.315	5,46%	11.348.937	5,5%
RS	2.296	5,41%	11.329.605	5,5%
PE	1.677	3,95%	9.496.294	4,6%
BA	1.622	3,92%	14.812.617	7,4%
SC	1.425	3,36%	7.075.494	3,4%
GO	1.241	2,92%	6.921.161	3,2%
CE	1.188	2,80%	9.075.649	4,4%
DF	885	2,09%	2.974.703	1,4%
PA	788	1,83%	8.513.497	4,0%
ES	765	1,80%	3.972.388	1,9%
AM	756	1,78%	4.080.611	1,9%
MA	658	1,55%	7.035.055	3,4%
PB	642	1,51%	3.996.496	1,9%
RN	599	1,41%	3.479.010	1,7%
PI	557	1,31%	3.264.531	1,6%
MS	524	1,23%	2.748.023	1,3%
MT	500	1,18%	3.441.998	1,6%
SE	397	0,93%	2.278.308	1,1%
AL	341	0,80%	3.322.820	1,6%
RO	322	0,76%	1.757.589	0,9%
TO	140	0,33%	1.555.229	0,7%
AP	108	0,25%	829.494	0,4%
RR	61	0,14%	576.568	0,2%
AC	48	0,11%	869.265	0,4%
TOTAL	42.420	100%	208.494.900	100%

Fonte: Quantitativo de Fonoaudiólogos do Brasil (CFFa 2017); Estimativa da população residente no Brasil e Unidades da Federação Jul 2018 – IBGE (BRASIL, 2018).

De acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), o Rio Grande do Sul possuía em dezembro de 2017, 2.296 profissionais registrados, estando atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná (CFFa, 2017). Esse percentual equivale a 5,41% do total de fonoaudiólogos brasileiros. O RS também ocupa a 5ª posição quanto à densidade populacional do país, com 5,5% do total de habitantes, de acordo com as estimativas para 2018.

O RS possui atualmente sete cursos de Fonoaudiologia distribuídos em seu território, sendo que três são Universidades Federais (CFFa, 2018).

Tabela 4.2 – Distribuição dos cursos de Fonoaudiologia no RS de acordo com as mesorregiões

MESORREGIÃO	CIDADE	QUANTIDADE	POPULAÇÃO	POSIÇÃO
Metropolitana	Porto Alegre	3	1.409.939	1°
	Canoas	1	324.025	4°
Nordeste	Caxias do Sul	1	435.482	2°
Centro Ocidental	Santa Maria	1	261.027	5°
Noroeste	Passo Fundo	1	184.869	12°

Fonte: Ensino Superior (CFFa, 2018); Estimativa da população residente no Brasil e Unidades da Federação Jul 2018 – IBGE (BRASIL, 2018).

Ao examinar a distribuição quanto às mesorregiões, somente quatro destas possuem a presença da formação do fonoaudiólogo. As mesorregiões Sudeste, Sudoeste e Centro Oriental não possuem cursos de Fonoaudiologia em seu território. Outra observação refere-se a sua distribuição, sendo que das sete ofertas de cursos, 6 estão concentrados nos 5 maiores municípios do RS.

Conforme os dados analisados, 52,71% dos municípios gaúchos possuem a Fonoaudiologia em seu quadro de profissionais, sendo que do total, somente 43,3% são servidores efetivos. Dos 497 municípios do RS, 37,62% possuem somente um profissional fonoaudiólogo. A tabela apresenta a quantidade de municípios e de profissionais por mesorregião do RS.

Tabela 4.3 – Número de fonoaudiólogos e cidades por mesorregião

MESORREGIÃO	N° CIDADES	N° FONOAUDIÓLOGOS
Noroeste	216	149
Metropolitana	98	151
Nordeste	54	44
Centro Oriental	54	45
Centro Ocidental	31	22
Sudeste	25	28
Sudoeste	19	44
Total	497	483

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Se observarmos as três regiões com a maior concentração de cidades, estas concentram 71,22% do total de profissionais atuantes nos municípios do RS. Sendo que temos concentrados 74,04% dos municípios gaúchos nestas regiões, e seis das sete Universidades existentes no território gaúcho. Essas três regiões concentram 72,42% da população rio-grandense.

Cada uma das sete mesorregiões apresenta características bem particulares, que serão estudadas individualmente. Serão apresentados os dados referentes ao

IDHM médio, mínimo e máximo, população, e perfil da distribuição do profissional fonoaudiólogo. A ordem de apresentação segue o total populacional.

4.1 Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre

A Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre engloba 98 municípios, e possui população total de 4.743.784 milhões de habitantes. Seu IDHM médio é de 0,701, considerado elevado. Possui o melhor e o pior IDHM do RS, sendo a capital Porto Alegre com o melhor índice, de 0,805, e Dom Feliciano com o pior índice do estado, de 0,587. É dividida em seis microrregiões, com características bem distintas quanto à distribuição de fonoaudiólogos.

Tabela 4.4 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Metropolitana

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS	EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Porto Alegre	3.629.049	79	53	27	2444
Osório	341.246	23	10	13	454
Montenegro	202.709	23	7	16	384
Gramado-Canela	296.668	12	9	3	257
São Jerônimo	143.682	10	6	4	248
Camaquã	130.470	4	2	2	100
Total	4.743.784	151	87	65	3887

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Possui como característica um maior número de cargos efetivos, o que difere dos achados em nível estadual. Também apresenta a maior concentração de fonoaudiólogos atuantes no serviço público, e concentra quatro cursos de graduação em Fonoaudiologia em seu território.

4.2 Mesorregião Noroeste

A Mesorregião Noroeste é que apresenta a maior concentração de cidades, englobando 216 municípios, sendo também o 2º maior aglomerado populacional, com 1.946.970 milhão de habitantes. Seu IDHM médio é de 0,712, considerado elevado. O melhor IDHM é o de Ipiranga do Sul, com índice de 0,791, e o pior é o de Lajeado do Bugre, com índice de 0,613. Ambas as cidades possuem menos de três mil habitantes. É dividida em treze microrregiões.

Tabela 4.5 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Noroeste

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Passo Fundo	327.778	21	9	418
Erechim	211.685	22	11	412
Santo Ângelo	197.014	6	4	141
Ijuí	183.938	20	4	142
Frederico Westphalen	174.621	12	1	274
Carazinho	159.981	9	5	205
Santa Rosa	157.299	12	1	361
Cruz Alta	150.229	11	5	231
Três Passos	143.804	4	3	116
Soledade	71.504	5	1	126
Cerro Largo	66.075	2	1	50
Sananduva	60.635	11	5	214
Não-Me-Toque	42.227	6	3	111
Total	1.946.970	141	54	2953

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Essa região possui a maior concentração de fonoaudiólogos no serviço público por habitante do estado. Observa-se que as formas alternativas de contratação são prevalentes nesta região, em consonância com a característica estadual. Possui um curso de graduação em Fonoaudiologia em seu território.

4.3 Mesorregião Nordeste

Engloba 54 municípios, e possui população total de 1.057.056 milhão de habitantes. Possui o melhor IDHM médio entre todas as regiões, sendo de 0,733, considerado elevado. O melhor IDHM é o da cidade de Carlos Barbosa, sendo de 0,796 e o pior índice é o de Jaquirana, sendo de 0,614. É dividida em três microrregiões.

Tabela 4.6 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Nordeste

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Caxias do Sul	772.457	28	19	607
Vacaria	157.373	7	3	200
Guaporé	127.233	9	2	168
Total	1.057.056	44	24	975

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Apesar de possuir o melhor IDHM do estado, esta mesorregião possui grande quantitativo de habitantes por profissional. Possui mais profissionais com vínculo

efetivo em relação a formas alternativas de contratação. Possui um curso de graduação em Fonoaudiologia no seu território.

4.4 Mesorregião Sudeste

Engloba 25 municípios, e possui população total de 911.751 mil habitantes. Possui o pior IDHM médio entre todas as regiões, sendo de 0,672, considerado médio. O melhor IDHM é o da cidade de Rio Grande, sendo de 0,744 e o pior índice é o de São José do Norte, sendo de 0,623. É dividida em quatro microrregiões.

Tabela 4.7 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Sudeste

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Pelotas	484.438	15	7	330
Litoral Lagunar	259.697	5	3	140
Serra de Sudeste	114.230	6	6	143
Jaguarão	55.386	2	0	32
Total	911.751	28	16	645

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Possui a pior concentração de fonoaudiólogos atuantes no serviço público por habitante e também a pior relação entre número de horas por habitante. Isso pode ser compreendido pelo fato de não possuir cursos de graduação em seu território, e possui as cidades mais distantes dos locais de formação do RS.

4.5 Mesorregião Centro Oriental

Engloba 54 municípios, e possui população total de 778.892 mil habitantes. Seu IDHM médio é de 0,707, considerado elevado. O melhor IDHM da região é o da cidade de Lajeado, sendo de 0,778 e o pior índice é o de Herveira, sendo de 0,616. É dividida em três microrregiões.

Tabela 4.8 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Centro Oriental

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Santa Cruz do Sul	320.231	18	8	263
Lajeado-Estrela	305.651	23	5	255
Cachoeira do Sul	152.980	4	3	100
Total	778.892	45	16	618

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Possui a segunda melhor concentração de profissionais fonoaudiólogos do estado, atrás apenas da região noroeste. Não possui cursos de graduação em Fonoaudiologia em seu território, porém possui localização estratégica, ficando entre as mesorregiões Metropolitana de Porto Alegre, Nordeste, Noroeste, Centro Ocidental e Sudeste. As formas alternativas de contratação são maioria na região, com grande disparidade entre as mesmas.

4.6 Mesorregião Sudoeste

Engloba 19 municípios, e possui população total de 723.295 mil habitantes. O seu IDHM médio é de 0,697, considerado médio. O melhor IDHM da região é o da cidade de Uruguaiana, sendo de 0,744 e o pior índice é o de Hulha Negra, sendo de 0,643. É dividida em três microrregiões. É a região com a menor concentração de municípios.

Tabela 4.9 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Sudoeste

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Campanha Ocidental	364.352	17	9	415
Campanha Central	185.124	5	2	112
Campanha Meridional	173.819	12	4	266
Total	723.295	34	15	793

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Possui a terceira melhor concentração de profissionais fonoaudiólogos do estado, ficando atrás apenas das regiões Nordeste e Centro Oriental e não possui curso de graduação em Fonoaudiologia em seu território. As formas alternativas de contratação são maioria na região.

4.7 Mesorregião Centro Ocidental

Engloba 31 municípios, e possui população total de 537.134 mil habitantes. Possui IDHM de 0,699, considerado médio. O melhor IDHM da região é o da cidade de Santa Maria, sendo de 0,784 e o pior índice é o de Jari, sendo de 0,631. É dividida em três microrregiões.

Tabela 4.10 – Características do quantitativo fonoaudiológico da mesorregião Ocidental

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	FONOAUDIÓLOGOS	EFETIVOS	OUTROS	CH TOTAL
Santa Maria	363.176	11	7	4	300
Santiago	110.704	5	4	1	162
Restinga Seca	63.254	6	4	2	122
Total	537.134	22	15	7	584

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Uma característica importante desta região é a presença de um curso de graduação de Fonoaudiologia em uma Universidade pública, o único fora da mesorregião Metropolitana. Apesar disso possui um dos piores índices de profissionais por habitante, ficando atrás apenas das mesorregiões Sudeste, que não possui formação em seu território, e da Metropolitana de Porto Alegre, que possui a maior concentração de cursos em seu território, sendo dois em instituições públicas e dois em instituições particulares, porém possui o maior aglomerado populacional.

Ao analisarmos a relação dentre a quantidade de fonoaudiólogos por habitante nas mesorregiões, é possível identificar grande diferença entre as mesmas. Por exemplo as regiões Noroeste e Sudeste possuem uma discrepância de 135%.

Tabela 4.11 – Relação do número de habitantes por fonoaudiólogo no serviço público

MESORREGIÃO	POPULAÇÃO	Nº FONOAUDIÓLOGOS	MÉDIA DE HAB. POR FONOAUDIÓLOGO
Metropolitana	4.743.784	149	31.416
Noroeste	1.946.970	141	13.808
Nordeste	1.057.056	44	24.024
Sudeste	911.751	28	32.563
Centro Oriental	778.892	45	17.309
Sudoeste	723.295	34	21.273
Centro Ocidental	537.134	22	24.415
Total	10.698.882	465	23.008

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

Outra discrepância encontrada refere-se ao número de profissionais atuantes no serviço público por município. Sendo que das cidades que possuem fonoaudiólogo, a maioria possui apenas um profissional, indiferente do quantitativo populacional. A variação populacional em que existe apenas um profissional por prefeitura varia de 1.528 habitantes, como é o caso de Coqueiro Baixo, que fica na mesorregião Centro Oriental, como até 95.230 habitantes, como é o caso da cidade de Guaíba, na mesorregião Metropolitana.

Tabela 4.12 – Distribuição dos municípios conforme o número de fonoaudiólogos atuantes no serviço público municipal

NÚMERO DE FONOAUDIÓLOGOS	QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS
0	234
1	189
2	34
> 2 e ≤ 5	31
>5 e ≤ 10	6
> 10	3

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

De acordo com o número populacional, é possível classificar os municípios em pequeno, médio e grande porte, em dividir estas categorias em I, II e III. A categoria prevalente no RS é a de pequeno porte, que refere-se a municípios com até 20 mil habitantes, Ela representa 79,88% dos municípios gaúchos, mas possui somente 45,38% do número de fonoaudiólogos atuantes no serviço público. Há somente um município de grande porte, de classificação I, que possui 4,73% do número total de profissionais atuantes no serviço público.

Tabela 4.13 – Classificação dos municípios segundo o porte populacional e o quantitativo de fonoaudiólogos

PORTE DOS MUNICÍPIOS DO RS	QUANTIDADE	% MUN.	Nº FONOAUDIÓLOGOS	% FONO
PEQUENO PORTE	397	79,88%	211	45,38%
I (até 5 mil hab)	228	45,87%	108	23,22%
II (de 5 a 10 mil hab)	104	20,92%	62	13,33%
III (de 10 a 20 mil hab)	65	13,08%	41	8,82%
MÉDIO PORTE	99	19,92%	232	49,90%
I (de 20 a 50 mil hab)	58	11,67%	70	15,05%
II (de 50 a 100 mil hab)	24	4,83%	71	15,27%
III (de 100 a 500 mil hab)	17	3,42%	91	19,57%
GRANDE PORTE	1	0,2%	22	4,73%
I (a partir de 500 mil hab)	1	0,2%	22	4,73%
Total Geral	497	100%	465	100%

Fonte: Extração de dados de profissional (Datusus, 2018); Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, IPEA, & FJP, 2012).

A maior concentração de profissionais refere-se aos municípios de porte médio, que concentra 49,90% do total de profissionais, e corresponde a 19,92% do quantitativo de municípios. Deve-se levar em consideração que quanto menor o município, e este tiver a presença do fonoaudiólogo, em especial se inserido em ações de promoção de saúde, maiores a chance de a população ser beneficiado com a atuação deste profissional.

5. DISCUSSÃO

Ainda é expressiva a quantidade de municípios que não possui o profissional fonoaudiólogo em seu quadro de servidores. Este profissional está inserido em diversas políticas de saúde, como por exemplo, na ESF através do NASF, na saúde infantil, saúde mental, saúde do escolar e do adolescente, e com especial atuação dentro da Política Nacional de Saúde Auditiva (MOREIRA, MOTA, 2009; JOHNSON, 2006; BARROS, OLIVEIRA, 2010; LANZETTA, FROTA, GOLDFEL, 2010).

O responsável pelo planejamento do sistema municipal de saúde é o gestor da área. Este deve ocorrer com base na territorialização e nas condições de saúde da população. Devem-se identificar diferenciais epidemiológicos e sociais e as propostas devem objetivar ações que sejam direcionadas ao enfrentamento dos agravos e riscos à saúde existentes (TEIXEIRA, MOLESINI, 2002).

O fato de ainda muitas cidades possuírem apenas um profissional demonstra a falta de conhecimento com relação às formas de inserção deste profissional, além de suas possibilidades tanto na promoção, prevenção e na reabilitação da saúde. Não existe atualmente um apontamento do dimensionamento profissional feito pelas entidades de classe da Fonoaudiologia. Isso acaba impactando na oferta dos serviços e na inserção do profissional nos municípios (NASCIMENTO, NAKAMURA, 2018).

Para garantir atenção universal, integral e com equidade, de acordo com os princípios do SUS, a quantidade de profissionais fonoaudiólogos atuantes na atenção básica deveria ser de um para cada 10.000 habitantes. Contando com rede de apoio na média e alta complexidade, sendo de um fonoaudiólogo para cada 50.000 habitantes na média complexidade e um fonoaudiólogo para cada 100.000 habitantes na alta complexidade (LESSA, MIRANDA, 2005).

Dentro desta perspectiva, o número de profissionais atuantes no serviço público no RS seria de 1.070 profissionais na atenção básica, atuando nas prefeituras municipais. Hoje esse número é de 465, ou seja, 43,45% do número necessário para suprir a necessidade. Se observarmos o número de profissionais existentes no estado, de acordo com o CFFa, é de 2.296, ou seja, suficiente, mesmo levando em conta as necessidades da média e alta complexidade, que seriam de 214 profissionais na média complexidade e 107 na alta complexidade.

Santos et al. (2012) realizou um estudo no estado de Minas Gerais, com o objetivo de analisar a inserção dos fonoaudiólogos no SUS e sua distribuição no

território, identificou déficit na oferta do serviço, com grande disparidade na distribuição do profissional, sendo que a maior concentração dos profissionais estava nas cidades mais populosas. O estudo conclui que existe um estrangulamento da assistência Fonoaudiologia. O mesmo ocorre no RS, já que existe grande diferença quanto à distribuição deste profissional no estado.

Dos 497 municípios do RS, apenas 163 possuem o número suficiente de profissionais fonoaudiólogos para dar conta de suas necessidades populacionais, levando em consideração a atenção básica. Isso equivale a 32,7% dos municípios. Analisando entre as mesorregiões, a que possui o maior número de cidades com a quantidade ideal de fonoaudiólogos é a Noroeste, onde 52,48% dos municípios apresentam o número ideal, já o pior índice encontra-se na mesorregião sudoeste, onde apenas 11,7% dos municípios apresenta o quantitativo de acordo com a necessidade.

Sobre a presença do profissional fonoaudiólogo nos municípios do RS, dos 42 municípios que possuem mais de 50 mil habitantes, somente dois não possuem o profissional fonoaudiólogo atuando no serviço público municipal. Já entre os municípios entre 5 e 50 mil habitantes 53,30% dos municípios possui o profissional fonoaudiólogo atuante no serviço público, e nos municípios com até 5 mil habitantes, apenas 44,44% possui fonoaudiólogo em seu quadro de funcionários municipais.

O estudo de Nascimento e Nakamura (2018) feito em São Paulo identificou que todas as cidades com mais de 50 mil habitantes possuíam fonoaudiólogo, já as cidades entre 5 e 50 mil habitantes possuíam o profissional na maioria das cidades, e entre os municípios com até 5 mil habitantes menos da metade das cidades possuíam o profissional, o que corrobora com os dados encontrados. Cabe destacar que São Paulo é o estado com o maior quantitativo de profissionais, com mais de 12 mil fonoaudiólogos.

As diferenças encontradas regionalmente acabam tendo grande relação com o número de oferta de cursos no estado, em especial pela sua localização. Já que existe uma concentração maior de profissionais próximo dos centros de formação. Outra informação observada é que os centros de formação estão todos concentrados em mesorregiões onde a média dos IDHM foi considerada alta, sendo que nas demais 3 regiões, todas apresentaram IDHM considerado médio.

Essa distribuição quanto à formação contribui para a concentração deste profissional em determinadas regiões. Essa característica ocorre também em outros

lugares do Brasil. Um estudo feito por Silva et al. (2017) apresenta a distribuição dos fonoaudiólogos que atendem ao SUS no estado da Paraíba, verificou que 52% dos municípios possuíam este profissional na rede pública de saúde entre os anos analisados, e identificou distribuição irregular, com maior concentração em algumas regiões, como a capital.

Há uma tendência de maior quantitativo de profissionais nos municípios com melhores IDHM. Dos 163 municípios que apresentam quantitativo adequado, apenas 53 possuem IDHM abaixo de 0,700. Isso equivale a 32,5%. Esses municípios de forma geral equivalem a 36,6% do quantitativo total do estado. Quando observamos as possibilidades de formação do profissional fonoaudiólogo e sua distribuição através do território nacional, há uma tendência quanto a sua concentração junto aos grandes centros urbanos (DINIZ, BORDIN, 2011).

As necessidades da população devem servir de subsídio para as intervenções de saúde, partindo de indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos (PEREIRA, TOMASI, 2016). Além disso, a Fonoaudiologia possui como seu objeto de estudo a comunicação, e este merece destaque nas ações de saúde pública, já que possibilita para o indivíduo sua colocação como agente transformador da sociedade e de sua realidade (MOREIRA, MOTA, 2009).

Assim, locais que apresentam maiores índices de necessidades deveriam ter maior apoio com relação a suas demandas. Não é o que se observa no estado, já que de forma geral, as regiões que apresentam os piores IDHM são as que apresentam também o pior quantitativo de profissionais. Em partes isso se deve a questão financeira, já que este indicador possui como uma de suas dimensões a renda, sendo esse um dos principais fatores do consumo e da arrecadação dos municípios. O valor mínimo que os municípios devem investir na saúde em seu território é de 15% da arrecadação dos impostos identificados na Constituição Federal (CF) (BRASIL, 2012). Além disso, o estado e a União também possuem valores mínimos a serem empregados na saúde.

Com relação à forma como o profissional está inserido no serviço público, existe uma tendência no estado em formas alternativa em comparação ao cargo efetivo dentro da estrutura municipal. Isso faz com que estes não possuam um plano de carreira, o que poderia ser uma forma de atrair mais profissionais para atuar no serviço público. Entre as formas alternativas o contrato por prazo determinado acaba sendo o prevalente. Municípios com melhor estrutura quanto ao plano de carreira e

quanto à estrutura para permanência do profissional em seu espaço são fatores a serem considerados.

O que se observa com frequência é a permanência temporária de muitos profissionais em determinadas regiões, em especial as mais afastadas dos grandes centros, no aguardo de melhores oportunidades de trabalho e moradia. Talvez por isso exista um quantitativo grande de formas alternativas de contratação deste profissional, na necessidade de suprir demandas em um curto espaço de tempo.

Um exemplo é o que ocorre no município do Chuí. O mesmo não possui profissional fonoaudiólogo em seu quadro de profissionais. Em 2012 o município realizou um concurso público onde possuía uma vaga para Fonoaudiólogo, entretanto a remuneração quando comparada com a carga horária estavam defasados quanto à oferta em nível estadual. Além disso, a cidade está localizada distante de grandes centros urbanos. Desta forma, não houve profissionais aprovados no concurso (OBJETIVA CONCURSOS, 2012).

Em 2013, no município de Canoas, realizou-se concurso para atuação junto à Fundação Municipal de Saúde de Canoas, com carga horária de trabalho maior que a do Chuí, porém com salário 150% maior, em um município que possui curso de graduação em Fonoaudiologia em seu território. Conseqüentemente 35 profissionais foram aprovados no concurso (FUNDAÇÃO LA SALLE, 2013).

A má distribuição de profissionais é um problema de saúde relatado principalmente na classe médica. Estudos mostram que existe uma tendência para concentração profissional em determinadas regiões, gerando um resultado socialmente indesejado, mesmo em locais onde existe adequado número de profissionais médicos por habitante (PÓVOA, ANDRADE, 2006; NOGUEIRA et al, 2016). O acesso aos serviços acaba sendo comprometido pela carência e má distribuição geográfica dos profissionais de saúde.

É necessário que mudanças ocorram, desde a formação profissional do fonoaudiólogo, acabando com a lógica de concentração em determinados locais, com uma formação focada na necessidade social. Se a lógica da atenção está cada vez mais voltada para a promoção e prevenção, como isso vai ocorrer se não existe o profissional disponível, nem na quantidade mínima para atuação. Voltamos ao caso da cidade do Chuí: se o concurso de 2012 tivesse um profissional aprovado, o mesmo estaria de acordo com o número mínimo de profissionais, já que a cidade possui menos de 10 mil habitantes.

Outro item fundamental é a estrutura para a adequada permanência deste profissional nos territórios, seja pela estrutura de trabalho, pela necessidade de formação continuada que acaba sendo mais restrita nos locais mais afastados. Sem contar nos demais aspectos que envolvem a particular decisão quando se opta em viver em determinado local, e o mínimo de infraestrutura que cada um considera necessário para sua instalação.

Além disso, os gestores municipais necessitam compreender a importância da atuação do profissional fonoaudiólogo, para sua adequada colocação, já que nos municípios que contam com a presença do profissional, muitos apresentam inadequada proporção entre a oferta e a demanda. Na maioria das cidades há um estrangulamento nesta relação, o que sobrecarrega o profissional, contribuindo para a precarização do serviço. A atuação de forma integral, com possibilidade de atuação não somente na assistência, mas em ações de promoção e prevenção devem ser objetivadas e planejadas. Menos tempo dentro de consultórios e mais tempo em ações coletivas, em atividades de campo, em espaços públicos devem ser planejadas e fazer parte da rotina do profissional, com apoio dos gestores.

6. CONCLUSÃO

A importância da profissional de Fonoaudiologia atuante no serviço público é inquestionável, já que os problemas relacionados à comunicação acabam interferindo nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, e o fonoaudiólogo que antes não era conhecido pela maioria da população, está cada dia mais inserido dentro dos múltiplos contextos. A população de uma forma geral está tendo mais possibilidade de acesso a seus serviços, em especial através da inserção deste profissional junto a saúde pública. Porém, estamos ainda caminhando para que o acesso ocorra de forma universal no Rio Grande do Sul.

É deficitário o número de profissionais fonoaudiólogos no serviço público dos municípios gaúchos. Atualmente, somente 52,51% dos municípios dispõem de tal profissional, indiferente do quantitativo populacional e das demandas existentes nos territórios, levando em consideração os dados epidemiológicos. Existe grande disparidade na distribuição dos profissionais, sendo mais comum sua concentração nas cidades com maior porte e próximo dos centros de formação, desta forma existe limitação no amparo profissional junto ao serviço público, em especial nas cidades mais distantes de centros urbanos e também nas localidades com menores índices de IDHM, que conseqüentemente acabam apresentando maior necessidade, levando em consideração os condicionantes da saúde de uma população (alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, entre outros).

No momento existe um fonoaudiólogo atuante no sistema público para cada 23.000 gaúchos, número muito aquém do mínimo necessário para que a oferta seja adequada com a demanda. Além da necessidade de mobilização profissional é também necessária compreensão dos gestores quanto à atuação deste profissional para que a assistência possa ser oferecida de acordo com as necessidades da população e também com o que está estabelecido nas legislações vigentes, através da inserção do Fonoaudiólogo em diversas políticas.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, garantido na Constituição, e deve ser oferecida de forma integral, universal e com equidade, porém não é o que observamos quando ampliamos nosso olhar quanto a oferta de muitos serviços. Os motivos disso relacionam-se a fatores financeiros, falta de informações e de

planejamento quanto as reais necessidades da população, pouca oferta de profissionais em determinadas regiões, entre outros aspectos.

Observando o RS, identificamos grande disparidade quanto à oferta dos serviços, ao mesmo tempo em que é observado que faltam muitos profissionais, também encontramos locais onde a oferta está adequada, onde a população tem acesso a ações de promoção, prevenção e assistência. Estamos no caminho, e ainda há muito para ser feito, desde a adequada formação, passando pela divulgação da profissão, e a garantia de seu acesso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. R. F. Prevalência das Desordens Idiopáticas da Fala e da Linguagem em Crianças de um a onze Anos de Idade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p-495-501, out. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2314.pdf>>. Acesso em: 06 dez 2018.

BAIO, J.; WIGGINS, L.; CHRISTENSEN, D. L. et al. Prevalência do Transtorno do Espectro do Autismo entre Crianças com 8 Anos de Idade - Rede de Monitoramento de Incapacidades do Autismo e do Desenvolvimento. Estados Unidos, 2014. **MMWR Surveill Summ** 2018; 67 (No. SS-6): 1–23. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm?s_cid=ss6706a1_w. Acesso em 23 nov 2018.

BARROS P. M. L.; OLIVEIRA. P. N. Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE. **Rev. CEFAC** 2010; 12(1): 128-33.

BATELLA W. B.; DINIZ A. M. A. Desenvolvimento humano e hierarquia urbana: uma análise do IDH-M entre as cidades mineiras. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**. 2008; 6(2):367-74.

BAZZO L. M. F. Privação da oferta de serviços fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma do Estado: a mediação do Debate. **R. C. méd. biol.**, Salvador. 2007;6(2):190-6.

BAZZO, L. M. F.; NORONHA, C. V. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1553-1564, Oct. 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430026>>. Acesso em 17 dez 2018.

BENSENOR, I. M.; GOULART, A. C. SCWARCWALD, C. L.; VIEIRA, M. L. F. P.; MALTA, D. C.; LOTUFO, P. A. Prevalência de acidente vascular cerebral e incapacidade associada no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. **Arq. Bras. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 73, n.9, p.746-750, setembro de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000900746&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 de dezembro de 2018.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação**. 1 de julho de 2018.

_____ **Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas**. Volume I. Rio de Janeiro, 1990.

BRASIL. Lei nº 6965, de 09 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-6965-9-dezembro-1981-356567-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em 18 dez 2018.

BRASIL. Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL, Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Aceso em 01 jan 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria n. 399/2006.

_____ Lei n. 8080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 dez. 2018.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 06 abr. 2019.

_____ Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília; 2008. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____ Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf. Acesso em 06 abr. 2019.

_____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Censo 2000. **O Brasil quer saber quantos são os portadores de deficiência**.

BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. de. Movimentos sociais, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND-JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.** São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 abr. 2019.

CAVALHEIRO M. T. P. Fonoaudiologia e saúde da família. *Rev. CEFAC*. 2009;11 (2):4-5.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abri. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Contribuição da Fonoaudiologia para o Avanço do SUS**. 2015. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2018/09/Cartilhasus.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

_____. **Quantitativo de Fonoaudiólogos no Brasil**. Número de Fonoaudiólogos no Brasil por Estado. Dezembro de 2017.

_____. **Ensino Superior**. 2018. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/ensino-superior/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

_____. **Balizador de Tempo de Tratamento em Fonoaudiologia**. 2013. Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/BALIZADOR%20DE%20TEMPO.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos De Saúde. Extração de Dados de Profissional. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>>. Acesso em 10 dez 2018.

DINIZ, R. D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região sul do Brasil. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 126-131, Jun 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151680342011000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez. 2018.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÕES. Brasil tem mais de 2,5 milhões de professores. Outubro de 2010. **Agência Brasil**. Brasília. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2018-10/brasil-tem-mais-de-25-milhoes-de-professores>>. Acesso e, 08 dez 2018.

ESPINOSA, R. M. Descentralização. In: CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. **Dicionário de Políticas Públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 117 – 119.

FERREIRA, C. L.; SILVA, F. R.; MARTINS-REIS V. O.; FRICHE, A. A. L.; SANTOS, J. N. Distribuição dos fonoaudiólogos na atenção à saúde no estado de Minas Gerais entre 2005 e 2010. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 672-680, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abr 2019.

FERREIRA, J.; CELUPPI I. C.; BASEGGIO, L. GEREMIAS, D. S.; MADEREIRA, V. S. F.; SOUZA, J. B. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, Jan. 2018.

FLEURY S.; OOVERNEY A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.

FUNDAÇÃO LA SALLE. Concurso Público. Edital de Abertura nº 01/2013. Disponível em: <<https://fundacaolasalle.org.br/concursos/?filtro=encerrados>>. Acesso em 01 jan 2019.

FUSSIGER, C. C. **A inserção do Profissional de Fonoaudiologia no SUS – Relatório de Experiência no Município de São Vendelino** – RS. Especialização de Gestão em Saúde. UFRGS. Porto Alegre, 2012. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72179/000882766.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

GONÇALVES, C. G.; PENTEADO, R. Z.; SILVÉRIO K. C. A. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. **Saúde em revista**. Piracicaba,7(15): 45-51,v.7, 2005, 73p.

GOULART, B. N. G.; ALMEIDA, C. P. B.; SILVA M. W.; OENNING N. S. X.; LAGNI, V. B. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 21, e1603, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312016000100314&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 dez 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE FRUÊNCIA. **Epidemiologia da Gagueira**. Disponível em: < http://www.gagueira.org.br/conteudo.asp?id_conteudo=31>. Acesso em 31 dez 2018.

JACQUES, A.; CARDOSO, M. C. A. F. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. **Rev Neurocienc** 2011;19(2):229-236. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1902/originais%2019%2002/452%20original.pdf>>. Acesso em 24 nov 2018.

JOHNSON, A. Promoting the Value of Audiology and Speech-Language Pathology in health Care. **The ASHA Leader**. 2006;10(17):52-3.

KUSHNIR R.; CHORNY A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Cienc Saúde Coletiva**. 2010;15(5):2307-16.

LANZETTA, B.P.; FROTA, S.; GOLDFELD, M. Acompanhamento da adaptação de próteses auditivas em crianças surdas. **Rev. CEFAC** 2010;12(3): 360-70.

LESSA F. J. D.; MIRANDA, G. M. D. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**. In: Brito ATB, organizador. Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 379-84.

LIMA, M. L. L. T.; TEIXEIRA, C. F.; MACEDO, C. A.; NASCIMENTO, C. M. B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Aspectos Normativos e panorama no Brasil. In: SILVA, V. L.; LIMA, M. L. L. T.; LIMA T. F. P.; ADVÍNCULA K. P. **A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde**. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2013. Cap. 2, p. 43 – 54.

MISOCZKY, M. C. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca de equidade em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 335-354, 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6490>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, CIBELLE A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MOREIRA, M. D.; MOTA H. B. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. **Rev. CEFAC**. 2009;11(3): 516-21.

MUTER, V.; SNOWLING M. J. Children at familial risk of dyslexia: practical implications from an at-risk study. **Child Adol Mental Health**. 2009; 14(1):37-41. Disponível em < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1475-3588.2007.00480.x>>. Acesso em 14 dez 2018.

NASCIMENTO, C. L.; NAKAMURA, H. Y. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde do estado de São Paulo. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 179-185, 2018.

NOGUEIRA, P. T. A.; BEZERRA, A. F. B.; LEITE, A. F. B. L.; CARVALHO, I. M. S. C.; GONÇALVES, R. F.; SILVA, K. S. B. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2889-2898, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jan. 2019.

OBJETIVA CONCURSOS. Concurso Público Para Provimento de Cargos. Município de Chuí. Edital de Concurso nº 028/2012. Disponível em:<<https://www.objetivas.com.br/concurso/853>>. Acesso em 01 jan 2019.

OLIVEIRA, J. T. **Possibilidades e limites da atuação fonoaudiológica frente às demandas das unidades básicas de saúde do município de Suzano/SP.** Universidade Federal de Campinas. Campinas, SP: [S.N.], 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330642/1/Oliveira_JoyceTeodoroDe_M.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Facet definitions and questions.** Geneva: OMS, 1995.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez., 2006. Disponível em: <<http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em 07 abr 2019

PENTEADO R. Z.; SERVILHA E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*. 2004;16(1):107-16.

PEREIRA, B. S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/xUuH6k>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad Saude Publica** 2006; 22(8):1555-1564.

PRECIADO, J.; PÉREZ, C.; CALZADA M. Frecuencia y factores de riesgo de los trastornos de la voz em el personal docente de la Rioja. **Acta Otorrinolaringol Esp** 2005; 55:161-170. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651905785939>. Acesso em 01 dez 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DO CHUÍ. Portal da Transparência. Disponível em: <<http://170.150.105.163/pronimtb/index.asp?acao=4&item=5>>. Acesso em 31 dez 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR. Portal da Transparência. Disponível em: <<https://servicos.santavitoriadopalmar.rs.gov.br:9870/pronimtb/index.asp?acao=4&item=1>> Acesso em 31 dez 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO. Portal da Transparência. Disponível em: <<http://transparencia.novabassano.rs.gov.br/>> Acesso em 31 dez 2018.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, & Fundação João Pinheiro - FJP. (2012). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013.** Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>. Acesso em: 10 dez. 2018.

RECH, R. S.; HUGO, F. N.; SCHMIDT, J. G.; GOULART, B. N. G. HILGERT, J. B. Oferta fonoaudiológica e atenção primária à saúde no Brasil: uma análise baseada no desenvolvimento socioeconômico. **CoDAS**, São Paulo, v. 31, n. 1, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822019000100302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abr 2019.

SANTOS, J. N.; MACIEL, F. J.; MARTINS, V. O. RODRIGUES, A. L. V.; GONZAGA, A. F.; SILVA, L. F. Inserção dos fonoaudiólogos no SUS/MG e sua distribuição no território do estado de Minas Gerais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 196-205, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jan 2019

SANTOS, J. A. F. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, junho de 2018.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, Aug.2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abr 2019.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abr. 2019.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 abr 2019.

SILVA, B. F. S.; WANDEKOKEN, K. D.; DELBELLO-ARAUJO, M. BENITO, G. A. V. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 183-196, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/Wr3AAAn>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

SILVA, L. J. M.; CASTRO, R. D.; CRUZ, E. C. F. R.; MACEDO, M. L. M.; LUCKWU-LUCENA, B. T. Distribuição dos Fonoaudiólogos que atendem ao SUS no estado da Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 21, n. 4, p. 299-306, 2017.

SILVA, M. E. Sistema Único de Saúde – SUS. In: CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. **Dicionário de Políticas Públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 436 – 439.

SILVA M. E. M. L.; BRASIL C. C. P.; REGIS A. C. F. Desafio do Núcleo de Atenção Médica Integrada diante da Necessidade de inserção de fonoaudiólogo na rede municipal de Saúde de Fortaleza. **Saúde soc.** 2010;19(4):838-51.

SILVA, V. L; LIMA, M. L. L. T.; LIMA A formação profissional do fonoaudiólogo para a atenção primária à saúde In: SILVA, V. L; LIMA, M. L. L. T.; LIMA T. F. P.; ADVÍNCULA K. P. **A Prática Fonoaudiológica na Atenção Primária à Saúde.** São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2013. Cap. 11, p. 181 – 190.

SIMIONATTO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita**, Brasília: CFESS, n. 1, p. 15-20, 1997.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 6, n. 1/2, p. 29-40, 2002.

VIANA A. L. A.; LIMA L. D.; FERREIRA M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Cienc Saúde Coletiva.** 2010;15(5):2317-26.