

# Articulação comunitária e promoção da saúde - perspectivas para a atuação fonoaudiológica

Solange Biegelmeier\*  
Millena Citon Lucchesi\*\*  
Bárbara Niegia Garcia de Goulart\*\*\*  
Brasília Maria Chiari\*\*\*\*

## Resumo

**OBJETIVOS:** apresentar um relato de experiência de atuação comunitária para promoção da saúde desenvolvida em uma comunidade circunscrita. **MÉTODO:** o estudo foi realizado em uma comunidade inserida na região metropolitana de Porto Alegre (RS) entre março e julho de 2005. Foi aplicado um questionário à população referida através de visitas domiciliares. Após concluir a aplicação dos questionários iniciamos a realização das oficinas com o objetivo de orientar a comunidade em relação à atuação fonoaudiológica e à prevenção de distúrbios da comunicação humana. **RESULTADOS:** dos 108 domicílios, 52 foram visitados. No local, 42,3% de moradores apresentam alguma doença crônica e 30,8% fazem uso de medicamento sistêmico. Destes, 75,7% adquirem os medicamentos comprando-os e 24,3% recebem por meio do município ou estado. Dos moradores, 80,8% apresentam água encanada, 69,2% possuem banheiro dentro de casa e, em média, residem 4 sujeitos em cada domicílio ( $dp=2$ ). Em média, cada domicílio possui 1,33 crianças. Dentre os entrevistados, 40,4% referem algum tipo de alteração fonoaudiológica. **CONCLUSÃO:** constatamos que as condições sócio-econômicas desta comunidade estão acima da média nacional. Além disso, a maioria dos moradores não utiliza o poder público para receber a atenção integral à saúde e as questões básicas de saneamento já são disponíveis para a maioria da população.

**Palavras-chave:** promoção da saúde, educação em saúde, participação comunitária, organização comunitária.

## Abstract

**OBJECTIVES:** to present an experience report of community action for health promotion developed in a circumscribed community. **METHOD:** the study was conducted in a community included in the metropolitan area of Porto Alegre (RS), and between the months of March and July 2005, a questionnaire was applied to the population through such visits. After completing the questionnaires we started conducting workshops with the aim of guiding the community in relation to speech-language intervention and prevention of human communication disorders. **RESULTS:** of 108 households in the community, 52

\* Acadêmica de Biomedicina da Feevale. Bolsista de Iniciação Científica na área de Políticas Públicas. \*\* Acadêmica de Fonoaudiologia da Feevale. Bolsista de Iniciação Científica (CNPq). \*\*\* Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). \*\*\*\* Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo, Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia e Livre Docente da Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de São Paulo.

were visited. On site, 42.3% of residents have a chronic disease and 30.8% use systemic medication. Of these, 75.7% purchased drugs and 24.3% received them from the federal or state governments. 80.8% of residents have piped water; 69.2% have at least one bathroom inside their home, and on average, there are 4 subjects residing in each household ( $sd = 2$ ). On average, each household has 1.33 children. Among the respondents, 40.4% reported some type of disorder. **CONCLUSION:** we found that the socioeconomic conditions of this community are above the national average. In addition, most residents do not use government-provided health care entirely, and basic sanitation issues are already available for most of the population.

**Keywords:** health promotion, health education, community participation, community organization.

## Resumen

**OBJETIVOS:** presentar un relato de la experiencia de actuación comunitaria de promoción de la salud desarrolladas en una comunidad circunscrita. **MÉTODO:** el estudio se realizó en una comunidad incluida en la región metropolitana de Porto Alegre (RS), entre marzo y julio de 2005. Se aplicó un cuestionario a la población a través de visitas domiciliarias. Después de completar los cuestionarios se empezó la realización de talleres con el objetivo de orientar a la comunidad sobre la actuación fonoaudiológica y la prevención los trastornos de la comunicación humana. **RESULTADOS:** De los 108 hogares, se visitaron 52. El 42,3% de los residentes tenían alguna enfermedad crónica y el 30,8% usaban medicación sistémica. De estos, el 75,7% adquieren los medicamentos comprarlos y el 24,3% los reciben del municipio o estado. De los residentes el 80,8% tienen agua corriente, 69,2% poseen baño dentro de la casa y un promedio de 4 sujetos que residen en cada hogar ( $dp = 2$ ). En promedio, cada familia tiene 1,33 hijos. Entre los encuestados, el 40,4% reportó algún tipo de trastorno fonoaudiológico. **CONCLUSIÓN:** Se encontró que las condiciones socioeconómicas de esta comunidad están por encima de la media nacional. Además, la mayoría de los residentes no utilizan el gobierno para recibir atención integral a la salud y las cuestiones básicas de saneamiento están ya disponibles para la mayoría de la población.

**Palabras claves:** promoción de la salud, educación en salud, participación comunitaria, organización comunitaria.

## Introdução

Há muitas décadas está sedimentado o conceito de que a saúde deve contemplar o bem-estar biopsicosocial, algo além da ausência de doenças (Goulart, 2003a).

Historicamente, a Fonoaudiologia vem exercendo suas atividades na reabilitação dos transtornos da comunicação humana e, mais recentemente, contribuindo para a prevenção de distúrbios de comunicação e melhoria das condições e habilidades comunicativas do sujeito, seja pela voz, fala, audição, leitura ou escrita (Goulart, 2003a).

Apresentamos uma breve revisão de conceitos relacionados à promoção da saúde e desenvolvimento de ações para manutenção e promoção da saúde comunitária, bem como possibilidades de

aliar o saber fonoaudiológico para a promoção integral da saúde da população.

### *A Comunicação Humana no Contexto da Saúde-Doença*

A comunicação é uma característica humana observada ao longo de toda vida, compreendendo expressões verbais e não-verbais, sendo que o domínio das habilidades de comunicação influencia na relação do indivíduo com o meio (Andrade, 1996; Goulart, 2002; Goulart, 2003a; Goulart e Chari, 2007).

Em estudo de base populacional (Goulart, 2002), constatou-se que aproximadamente 25% das crianças que frequentam regularmente a primeira série do ensino fundamental de escolas municipais apresentam desordens de fala detectáveis.

De qualquer forma, ainda faltam estudos de base populacional para determinar a prevalência dos vários tipos de distúrbios da comunicação humana, quer seja gagueira, distúrbios vocais, surdez, alterações miofuncionais orais, dislexia, entre outros (Goulart, 2003a; Goulart, 2003b; Chiari e Goulart, 2009).

A fonoaudiologia preventiva reúne medidas que buscam evitar ou minimizar os distúrbios da comunicação, concentrando ações de prevenção para atenção à saúde. Nas ações preventivas, é possível aproximar a comunidade de um conhecimento comum, em que possa compreender e praticar as condutas de identificação e “tratamento” dos distúrbios da comunicação, sendo de grande importância considerar a realidade sócio-cultural desta comunidade (Goulart, 2002; Goulart, 2003b).

Falar dos processos de saúde e doença lembra o desejo latente de evitar os agravos. No entanto, frequentemente termina-se por cuidar dos danos que o viver implica, devido ao embate pelas agressões do ambiente contra o ser humano (Cavani-Jorge, 2001; Goulart, 2003b).

A promoção (e manutenção) da saúde implica no acesso e manutenção de um ambiente físico adequado a este fim; implica em saneamento básico, em oportunidades e condições sociais e de trabalho, além de condições democráticas, necessários tanto para permitir a sadia expansão da personalidade do sujeito individualmente, quanto para permitir-lhe organizar-se politicamente e participar de mudanças sociais no interesse daquela expansão no seio da sociedade (Cavani-Jorge, 2001).

Ao longo das últimas décadas, o crescimento rápido e pouco planejado dos centros urbanos, aliado aos avanços tecnológicos e às mudanças estruturais globais, resultou em novas formas de produção e ocupação territorial, consolidando mudanças nos hábitos da população e criando novos padrões de consumo (Augusto, 2003).

As questões ambientais, as demandas da população (de diferentes faixas etárias e com interesses variados) dentro de uma mesma comunidade circunscrita geograficamente, além de todo o contexto que a envolve interna e externamente devem ser conhecidos e considerados quando da proposição de ações de saúde (Goulart, 2003b; Goulart e Chiari, 2006; Chiari e Goulart, 2009).

### *Promoção e Educação em Saúde*

Em meados dos anos 80 foi introduzido no Brasil idéias sobre promoção de saúde, nutrida em torno dos debates sobre a reforma Sanitária. Em 1986, essas idéias tiveram destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujos objetivos e conceitos a favor da sociedade brasileira se assemelhavam aos propostos durante a 1ª Conferência Global sobre Promoção de Saúde em Ottawa, Canadá (Carvalho, 2008).

Atualmente, a saúde pública é desenvolvida a partir de um sistema universal e gratuito para todos os brasileiros. O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das principais inovações da reforma do Estado brasileiro, sendo fruto de um amplo processo de discussão em relação à situação de saúde do país, o qual envolveu o Governo, os profissionais de saúde e a população (Dimenstein, 2001; Goulart, 2003b).

No Brasil, a atenção à saúde tem apostado na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, isto para que se priorize ações de melhoria da qualidade de vida das pessoas. Em 2005, o Ministério da Saúde, definiu um conjunto de compromissos sanitários, a Agenda de Compromissos pela Saúde, que se apóia em três eixos **O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão**. Dentre as prioridades do conjunto está a melhoria dos serviços prestados pelo Sistema Único de saúde (SUS) com ênfase na Saúde da Família, promoção de atividade física, promoção de hábitos saudáveis em alimentação e vida, controle do tabagismo e bebida alcoólica além de cuidados com o envelhecimento.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a promoção de saúde, uma das estratégias da produção de saúde, contribui em ações que contemplam às necessidades sociais em saúde.

Em 2009 o Centro de Promoção em Saúde definiu Promoção em Saúde como um processo de educação da comunidade para participar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida propondo uma sociedade saudável com igual acesso dos cidadãos (Carvalho e Gastaldo, 2008).

A apreensão da verdade/realidade não é realizada por um único olhar. Os vários olhares se completam permitindo uma abordagem “perspectivista” (Augusto et al, 2003). A maior implicação desses fatos é o processo de intensa degradação ambiental que estamos vivenciando, degradação esta que tem

conseqüências diretas sobre a qualidade de vida e as condições de saúde das populações. Os autores ainda referem que vivemos hoje um momento em que as influências do meio ambiente na saúde vêm merecendo preocupação crescente (Augusto et al, 2003).

As desigualdades em saúde refletem desigualdades sociais e que a igualdade no acesso e uso dos serviços de saúde não é suficiente para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer existentes entre grupos sociais (Pelegrini et al, 2005). Trabalhamos com a noção de necessidades diferentes entre distintos grupos sociais, determinadas tanto pela diversidade (sexo, idade, raça) como pela injustiça social (renda, acesso a bens e serviços) ou mesmo por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos (Goulart, 2003b; Pelegrini et al, 2005).

O processo de construção de comunidades saudáveis foi caracterizado como uma estratégia de promoção da saúde, em que se buscou agregar diferentes abordagens e consensos, articulando-os na direção de uma melhor qualidade de vida e ao acesso da população ao conhecimento, comportamentos positivos (Sperandio et al, 2004). E, como reforçam os autores, hoje, conhecimentos não mais apenas relacionados à saúde.

É nesse contexto que as questões relativas à avaliação e à satisfação do usuário com o serviço de saúde tornaram-se importantes, pois, considera-se que a modificação do modelo assistencial hegemônico e a melhoria real no atendimento à saúde passam necessariamente pelo desenvolvimento de serviços mais próximos da população, das suas necessidades e prioridades (Dimenstein, 2001). Para isso, é exigida uma nova mentalidade profissional e organizacional, participação e compromisso na busca da qualidade da saúde. Este autor refere uma concepção de saúde a partir da noção de “operador” trazida por Rotelli et al. (1990), isto é, pessoas capazes de reconstruir a história de vida dos usuários para além do diagnóstico e do sintoma, trabalhadores ativos no processo de reelaboração do sofrimento e reinvenção da vida. O “operador”, nessa perspectiva, volta-se para a qualidade do cuidado, a qual pressupõe acolhida e responsabilidade pela atenção integral da saúde coletiva e individual, e para a criação de estratégias de modificação da realidade dos usuários. Esses sujeitos são capazes de investir na produção de formas heterogêneas de cuidado, bem como na singularização da atenção, respeitando a diversidade cultural e subjetiva dos

usuários, criando vínculos e responsabilidade para com a saúde do público (Rotelli et al., 1990).

Desta forma, se deve reconhecer a tendência da saúde coletiva em confundir-se com todo o campo da saúde (Campos, 2000). Tal tendência indicaria uma visão de mundo fundada em categorias absolutas e transcendentais. Para alguns autores, a saúde coletiva se constitui numa espécie de meta discurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde. Nesse sentido, ela forneceria meta explicações auto-suficientes sobre a tríade saúde, doença e intervenção. Por outro lado, seu discurso constitutivo tenderia a hiper valorizar a determinação social dos processos saúde/ doença, desqualificando os fatores de ordem subjetiva e biológica. Neste caso, a saúde coletiva não é vista como um modo de intervenção sobre o real, mas como um novo paradigma ou um modelo alternativo aos demais (Campos, 2000).

O estabelecimento de estratégias de lazer, de ensino, de cultura e de pesquisa configura uma proposta de saúde coletiva baseada num modelo de vida ativa com cidadania (Delfino, 2004; Dimenstein, 2001; Veras e Caldas, 2004).

Veras e Caldas (2004) citam que a saúde coletiva é um campo científico no qual se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto “saúde”, no qual operam distintas disciplinas. Além disso, os autores referem que no âmbito das práticas se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’.

A aplicação de medidas preventivas se torna fundamental sobre o enfoque da saúde pública deste país, conforme as justificativas apresentadas acima. As “medidas preventivas” são descritas como todas aquelas ações utilizadas para evitar as doenças ou suas conseqüências, quer ocorram sob forma esporádica, endêmica ou epidêmica (Goulart, 2003a; Goulart, 2003b).

As medidas preventivas se apresentam em três níveis, sendo que estas possuem a finalidade de organizar as ações propostas pela sociedade no intuito de influir na ocorrência da doença. São elas: prevenção primária – ações aplicadas antes do início da doença, ou seja, para a manutenção da saúde; prevenção secundária – ações tomadas após o início da doença, no período patológico e em fase de progressão; prevenção terciária – medidas usadas em níveis mais avançados da doença, no

intuito de prevenir deterioração ainda maior do estado clínico, ou seja, consiste na reabilitação do sujeito (Buss, 2000; Goulart, 2003b).

A promoção de saúde está ligada ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle desse processo (Lenz et al, 2006).

Educação para a saúde é muito mais que informar; é criar condições para que as pessoas se conscientizem e se capacitem para reconhecer suas necessidades de saúde e possam expressá-las (Goulart e Chiari, 2006; Lenz et al., 2006; Marin et al., 2003). Educar é oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem a autonomia na tomada de decisões (Buss, 2000; Lenz et al, 2006; Marin et al, 2003). As pessoas, conscientes sobre os aspectos que afetam seu processo de saúde/doença e, conseqüentemente, sua vida social, podem ser consideradas educadas em saúde.

Neste contexto, se torna apropriado incluir a Fonoaudiologia nessa perspectiva. Principalmente porque o início da atuação do fonoaudiólogo na área da saúde coincide com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS (1988), fazendo com que estes profissionais criem novas perspectivas de atenção à saúde, dando ênfase na prevenção e na promoção da Saúde, tornando possível o acesso integral e universal (Goulart, 2003b; Lenz et al., 2006; Marin et al., 2003).

A Fonoaudiologia comunitária busca promover ações inovadoras e atentas à realidade social. Desloca-se do enfoque centrado no atendimento de um único indivíduo com comprometimentos na comunicação, para lugares em que é construído o processo saúde/ doença da coletividade, ou seja, a atuação se dá em grupos comunitários como escolas, creches, grupos familiares (Lenz et al., 2006; Marin et al., 2003).

A saúde de um sujeito não depende apenas de cuidados médicos, existem inúmeros fatores que influenciam no aparecimento ou não de doenças (Buss, 2000; Goulart e Chiari, 2006). Dentre esses fatores pode-se citar nutrição e moradia adequadas, ambiente familiar tranquilo e estilo de vida digno. Sendo assim, todos os profissionais da saúde podem atuar não somente em suas clínicas, diagnosticando e tratando patologias, mas também levando informações sobre saúde a populações que têm pouco ou nenhum acesso à mesma (Goulart e Chiari, 2006; Lenz et al, 2006).

Além de reflexões ancoradas pela bibliografia publicada na última década, apresentamos um relato de experiência de inserção da fonoaudiologia em uma comunidade circunscrita para desenvolvimento de ações para promoção da saúde e auto-cuidado.

## Método

Para o início das atividades na comunidade foi realizada uma reunião organizada pela Associação de Moradores da comunidade, juntamente com a equipe de fonoaudiologia, constituída por acadêmicos e professor supervisor. O objetivo inicial deste encontro foi apresentar as possibilidades de inserção da fonoaudiologia junto à comunidade, bem como levantar os anseios e demandas desta população.

Após registradas as necessidades referidas pelos moradores, elaborou-se um questionário que abrangesse aspectos relacionados a estas necessidades. Os questionários foram aplicados em visitas domiciliares realizadas por duplas de acadêmicos de fonoaudiologia.

Foram levantados dados sobre número de moradores em cada domicílio, idade, grau de escolaridade, ocupação, condições de saneamento, tempo de moradia na comunidade, número de crianças, adolescentes e adultos em cada moradia, eletrodomésticos existentes e distúrbios na comunicação humana. Além disso, realizou-se três perguntas abertas sobre as coisas que consideram mais importantes na vida, as maiores dificuldades e três questões referentes à saúde que consideram necessárias para sua família. As entrevistas foram realizadas com um morador de cada família.

As orientações de saúde geral e os encaminhamentos fonoaudiológicos foram realizados conforme a demanda apresentada pela população no decorrer do estudo. Os casos cuja competência não era fonoaudiológica foram encaminhados às Unidades Básicas de Saúde da região. Depois de constatadas as principais necessidades da referida população fez-se necessário traçar objetivos de cunho preventivo, objetivando minimizar ou até evitar distúrbios da comunicação humana. Tais objetivos foram alcançados através da realização de encontros cujos propósitos foram de conscientizar os sujeitos e/ou sua família, orientar sobre as formas de prevenção e/ou manejo e educar quanto às providências necessárias caso seja constatado algum dos distúrbios referidos nestes encontros.

Foram realizadas oficinas para confecção de jogos e brinquedos a partir de materiais alternativos, oficina de aprimoramento e estimulação psicomotora, oficina de estimulação da linguagem no idoso, além de jogos diversos para as crianças e atividades para estimulação de leitura e escrita na sede da associação de moradores dessa comunidade.

O público-alvo das oficinas eram crianças, jovens e adultos que estivessem interessados e presentes na comunidade na data e no horário em que as mesmas ocorreram. Cada oficina teve o tempo de duração de duas horas por manhã, semanalmente, por até seis semanas consecutivas.

As oficinas foram avaliadas através das observações feitas ao término das mesmas e do relato dos participantes, na tentativa de delimitar possíveis indicadores de efetividade do trabalho desenvolvido (Goulart e Chiari, 2006).

## Resultados e Discussão

Na reunião realizada inicialmente, quando todos os moradores da comunidade foram convidados a comparecer, contamos com aproximadamente 30 deles. Optou-se por realizar visitas domiciliares aplicando um questionário, a fim de verificar dados mais específicos ligados à saúde, adquirindo subsídios concretos para dar início ao trabalho fonoaudiológico na comunidade.

Por meio da aplicação do questionário enfatizamos os seguintes aspectos: condições de moradia, grau de escolaridade, ocupação profissional, estado de saúde, distúrbios da comunicação humana, número de pessoas que residem no domicílio, uso de medicação sistêmica e forma de aquisição desta quando necessário. Dos 108 domicílios existentes, o questionário foi aplicado em 52, pois os demais estiveram fechados nas três tentativas de visita. A partir deste estudo foi possível constatar que 80,8% dos moradores apresentam água encanada, 69,2% possuem banheiro dentro de casa e em média, residem 4 sujeitos em cada domicílio ( $dp=2$ ). Nos domicílios pesquisados foram encontradas 69 crianças com até 12 anos de idade; 59 adolescentes com idade de 13 e 18 anos e 124 adultos com mais de 19 anos de idade. Em média, cada domicílio possui 1,33 crianças. Dentre os entrevistados, 84,6% possuem fogão, refrigerador e televisão em casa. Encontrou-se 42,3% de moradores que apresentam alguma doença crônica e 30,8% que fazem uso de medicamento sistêmico. Destes, 75,7% adquirem

os medicamentos comprando-os e 24,3% recebem por meio do município ou estado. Quando questionados sobre a existência de morador com distúrbio da comunicação, verificou-se que 40,4% referem algum tipo de alteração fonoaudiológica.

Após concluir a aplicação dos questionários iniciamos a realização das oficinas. Devido ao percentual de queixas referentes aos distúrbios da comunicação, oficinas para sanar estas dificuldades foram pensadas.

A oficina de confecção de jogos e brinquedos a partir de materiais alternativos com enfoque cuidadoso nas questões de linguagem foi criada. As crianças participantes interagiram bem, respondendo às expectativas de melhora em algumas questões que permeiam a comunicação. Produziam toda semana algo novo com os materiais alternativos, porém, observou-se o mau cuidado das produções que, de uma oficina para a outra, eram extraviados, perdidos ou sujos.

A oficina de jogos diversos para as crianças teve uma boa aceitação dos participantes. Foram utilizados jogos como memórias, trilhas, quebra-cabeça, Lince, forca, alfabeto móvel, bingo, sequência lógica, entre outros. Além da estimulação da linguagem foram priorizadas questões de socialização.

A oficina de estimulação psicomotora foi planejada com atividades dinâmicas, competitivas e divertidas nas quais as crianças participaram ativamente.

A oficina de linguagem do idoso não correspondeu às expectativas dos proponentes pela pouca participação dos moradores. Questões de memória foram trabalhadas no primeiro encontro e nos demais foi realizada conversas de conscientização e educação em saúde devido à desistência da grande maioria dos participantes.

Realizamos também a visita nas casas com o intuito de orientar as famílias quanto à higiene geral, à importância da frequência escolar das crianças e algumas maneiras de educá-las e cuidá-las adequadamente.

Na oficina de leitura e escrita observamos muito interesse e participação das crianças. Utilizamos diversas atividades entre trilhas, palavras-cruzada, caça-palavras, textos para completar, palavras, frases e textos enigmáticos. Observamos que as crianças não apresentaram dificuldades nas tarefas escritas, mas na compreensão das ordens para a realização das mesmas.

## Considerações Finais

Pela observação e confrontando a realidade dessa comunidade com os dados da literatura, constatamos que as condições sócio-econômicas dessa população estão acima da média nacional. Além disso, a maioria dos moradores não utiliza o poder público para receber a atenção integral à saúde e as questões básicas de saneamento já são disponíveis para a maioria da população, mesmo sendo uma área irregular (Veras e Caldas, 2004). Salientamos que para propor ações comunitárias é essencial conhecer as demandas de todos os envolvidos no processo e que as propostas sejam construídas em conjunto. Ressaltamos também que a comunicação humana não parece ser uma prioridade entre os moradores da comunidade, tampouco a Fonoaudiologia (re) conhecida, como já destacado em outros estudos semelhantes (Veras e Caldas, 2004).

A disseminação de informações esclarecedoras é essencial para a compreensão das questões ligadas aos processos de saúde, doença e desenvolvimento da cidadania.

Reforçamos a importância da atuação do fonoaudiólogo na comunidade priorizando a orientação e esclarecimento da população sobre aspectos gerais de cidadania e direitos fundamentais, contribuindo com o desenvolvimento social e promoção da saúde individual e coletiva.

## Referências

- Augusto, L.G.S.; Câmara, V.M.; Carneiro, F.F.; Cândia, J.; Gouveia, N. Saúde e ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.6, n. 2, p. 87-94, 2003.
- Buss, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.
- Campos, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.
- Carvalho, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 4-5, 2008.
- Carvalho, S. R.; Gastaldo, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estrutural. *Ciência & saúde coletiva*, v. 13, suppl.2, p. 2029-2040, 2008.
- Cavani-Jorge, A.L. Um Remédio Contra a Exclusão: Maledetta Follia? Uma Revisão. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v.17, n.3, p. 211-223, 2001.
- Chiari, B.M.; Goulart, B.N.G. The role of research methodology in the rational use of technology in monitoring and preventing communication disorders. *An. Acad. Bras. Ciênc.*, v.81, n. 3, p. 497-502, 2009.
- Delfino, M.R.R. ; Patricio, Z.M.; Martins, A.S.; Silverio, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.
- Dimenstein, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, v. 6, n.2, p. 57-63, 2001.
- Feevale. *Política de Desenvolvimento Institucional*. Novo Hamburgo: Feevale; 2005.
- Goulart, B.N.G. *Teste de Rastreamento de Distúrbios Articulatorios de Fala em Crianças da 1ª Série do Ensino Fundamental Público [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina ; 2002.
- Goulart, B.N.G. *Perspectivas da Atuação Fonoaudiológica na Atualidade*. In L Ribas (org.). *Anuário de Fonoaudiologia Feevale*. Novo Hamburgo: Feevale, 2003a. p. 28-32.
- Goulart, B.N.G. A Fonoaudiologia e suas Inserções no Sistema Único de Saúde: análise prospectiva. *Revista Fonoaudiologia Brasil*, v.2, n. 4, p. 29-34, 2003b.
- Goulart, B.N.G.; Chiari, B.M. Construção e Aplicação de Indicadores de Saúde na Perspectiva Fonoaudiológica - contribuições para reflexão. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v.11, n.3, p.194-204, 2006.
- Goulart, B.N.G.; Chiari, B.M. Prevalência de Desordens de Fala em Escolares e Fatores Associados. *Rev Saúde Pública*, v.41, n. 5, p. 726-731, 2007.
- Lenz, A.J.; Gernhardt, a.; Goulart, B.N.G.; Zimmer, F.; Rocha, J.G.; Vilanova, J.; Zwetsch, L.B.; Wolf, M. Acolhimento, Humanização e Fonoaudiologia - relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). *Boletim da Saúde*, v.20, n. 2, p. 59-69, 2006.
- Marin, C.R.; Chun, R.Y.S.; Silva, R.C.; Fedosse, E.; Leonelli, B.S. Promoção da Saúde em Fonoaudiologia: Ações Coletivas em Equipamentos de Saúde e de Educação. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v.8, n. 1, p. 35-41, 2003.
- Pelegrini, M.L.M.; Castro, J.D.; Drachler, M.L. Equidade na Alocação de Recursos para a Saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 2, p. 275-286, 2005.
- Rotelli, F.; Leonardis, O.; Mauri, D. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: Nicácio, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- Sperandio, A.M.G.; Correa, C.R.S.; Serrano, M.M.; Rangel, H.A. Caminho para a Construção Coletiva de Ambientes Saudáveis – São Paulo, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 3, p. 643-654, 2004.
- Veras, R.P.; Caldas, C.P. Promovendo a Saúde e a Cidadania do Idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 2, p. 423-432, 2004.

**Recebido em novembro/09; aprovado em dezembro/09.**

### Endereço para correspondência

Barbara Niegia Garcia de Goulart  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Curso de Fonoaudiologia  
Rua Ramiro Barcelos, 2600 sala 211  
Santana, Porto Alegre, RS, Brasil  
CEP: 90035-003 - Caixa-Postal: 90035003

**E-mail:** [bgoulart@via-rs.net](mailto:bgoulart@via-rs.net)