



O acompanhamento da disfonia infantil na atenção primária: perspectiva dos fonoaudiólogos

The monitoring of childhood dysphonia in primary care: perspective of speech-language therapists

El seguimiento de la disfonía infantil en la atención primaria: perspectiva de los fonoaudiólogos

Lherian Christine Pereira¹

Vítor Della Rovere Binhardi²

Carla Salles Chamouton²

Resumo

A voz é importante para a constituição do sujeito, possibilitando a expressão de emoções e pensamentos. Quando existem dificuldades ou alterações na emissão vocal, que impedem a sua produção adequada, ocorre a disfonia. Nessa perspectiva, o fonoaudiólogo é o profissional competente para o atendimento clínico-terapêutico, para a promoção da saúde da voz e a prevenção de suas alterações, podendo atuar na Atenção Primária à Saúde (APS), o que contribui para a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi verificar a percepção dos fonoaudiólogos da APS do município de Campinas-SP acerca do acompanhamento de casos de disfonia infantil. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo descritivo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número 68427523.2.0000.5404, com amostra composta pelos 13 fonoaudiólogos que integravam a APS do município. A coleta de dados contemplou um questionário de caracterização dos participantes e uma entrevista semiestruturada. A análise dos dados obtidos foi

¹ Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, SP, Brasil.

Contribuição dos autores:

LCP: metodologia; coleta de dados; análise dos dados e escrita do artigo.

VDRB: revisão e formatação do artigo; e tradução dos resumos para Línguas Espanhola e Inglesa.

CSC: orientação; concepção do estudo; metodologia; análise dos dados; escrita do artigo e tradução do artigo para a Língua Inglesa.

Email para correspondência: carla.chamouton@gmail.com

Recebido: 16/01/2026

Aprovado: 03/05/2026



realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados evidenciam que a disfonia infantil na APS é considerada uma questão de saúde pouco prevalente ou inexistente, além da não consideração e desvalorização das queixas vocais na infância pelos profissionais e pelos familiares, o que afeta a integralidade do cuidado. A equipe de saúde em geral apresenta pouco conhecimento sobre o fluxo de cuidado em saúde vocal no município, evidenciando a necessidade de instrumentalização dos profissionais quanto às possibilidades de cuidado para as queixas de voz.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Disfonia; Criança; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Voice is important for the constitution of the subject, as it allows the expression of emotions and thoughts. When there are difficulties or alterations in vocal emission that prevent its adequate production and transmission, dysphonia occurs. Therefore, the speech-language therapist is the professional qualified to provide clinical and therapeutic care, as well as to promote voice health and prevent voice disorders, and may work in Primary Health Care (PHC), thereby contributing to comprehensive care for users of the Brazilian Health System. Thus, the objective was to verify the perception of speech-language pathologists in the PHC of the municipality of Campinas-SP regarding the follow-up of cases of childhood dysphonia. This is descriptive qualitative research, approved by the institution Research Ethics Committee under number 68427523.2.0000.5404, with a sample composed of the 13 speech-language therapists who were part of the PHC of the municipality. Data collection included a questionnaire to characterize the participants and a semi-structured interview. The analysis of the data obtained was carried out using the Collective Subject Discourse technique. The data show that childhood dysphonia in primary health care is considered a health issue with low prevalence or non-existence, in addition to the lack of consideration and devaluation of vocal complaints in childhood by professionals and family members, which affects the comprehensiveness of care. The health team in general has little knowledge about the flow of vocal health care in the municipality, highlighting the need to provide professionals with tools regarding the possibilities of care for voice complaints.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Dysphonia; Child; Primary Health Care.

Resumen

La voz es fundamental para la constitución del sujeto, por la expresión de emociones y pensamientos. Cuando existen alteraciones en la emisión vocal que comprometen su producción adecuada, existe la disfonía. El fonoaudiólogo es el profesional competente para la atención clínico-terapéutica, así como para la promoción de la salud de la voz y la prevención de sus alteraciones, pudiendo actuar en la Atención Primaria de Salud (APS), lo que contribuye a la integralidad del cuidado de los usuarios del Sistema Único de Salud. El objetivo del estudio fue analizar la percepción de los fonoaudiólogos de la APS del municipio de Campinas-SP sobre el seguimiento de los casos de disfonía infantil. Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva, aprobada por el Comité de Ética de la institución (n.º 68427523.2.0000.5404). La muestra estuvo compuesta por los 13 fonoaudiólogos de la APS del municipio. La recolección de datos incluyó un cuestionario de caracterización de los participantes y entrevistas semiestructuradas. El análisis se realizó mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados muestran que la disfonía infantil es percibida en la APS como un problema de baja prevalencia o inexistente. Asimismo, se observa la desvalorización de las quejas vocales en la infancia por los profesionales y familiares, comprometiendo la integralidad del cuidado. También se evidenció un conocimiento limitado del equipo sobre el flujo de atención en salud vocal en el municipio, lo que señala la necesidad de fortalecer la formación y las herramientas disponibles para el abordaje en la APS.

Palabras clave: Patología del Habla y Lenguaje; Disfonía; Niño; Atención Primaria de Salud.

Introdução

A voz é um meio de comunicação que transmite conteúdos, como palavras e mensagens, bem como sentimentos e emoções de seus interlocutores, sendo resultado de diversas características, tais como anatomia, personalidade e cultura do indivíduo¹.

Presente desde o início da vida humana, manifesta-se por meio de choros, risos, gritos, entre outras expressões, permitindo que o indivíduo se relacione com o mundo ao seu redor². Dessa forma, assume papel fundamental na constituição do sujeito, uma vez que também representa uma forma de afirmação de identidade, sendo própria de cada pessoa e possibilitando que o indivíduo se expresse, entre em contato com outras vozes, afete-as e seja por elas afetado².

Embora cada voz seja única, existem padrões de normalidade vocal, os quais se referem ao conceito de “voz adaptada”³. Esses padrões incluem aspectos como qualidade vocal agradável, frequência adequada ao sexo e à idade, intensidade e modulação apropriadas ao contexto, entre outros³. Para a população infantil, utiliza-se o conceito de “voz esperada”, considerando que a voz das crianças pode apresentar desvios esperados de qualidade vocal, como discreta nasalidade, sopro e rugosidade³.

Por outro lado, quando há dificuldades ou alterações na emissão vocal que comprometem sua produção e transmissão adequadas, ocorre a disfonia, a qual pode se manifestar por diferentes sinais e sintomas, como esforço vocal, fadiga, falta de volume, baixa resistência vocal, entre outros³.

A disfonia infantil apresenta prevalência variável na literatura, entre 6% e 38%, sendo mais frequente em crianças de cinco a dez anos de idade⁴. Na infância, diversos fatores podem estar relacionados à ocorrência de disfonia, incluindo alterações congênitas, funcionais e organofuncionais, bem como fatores respiratórios, alérgicos, psicológicos, digestivos e ambientais⁵. Observa-se, assim, que as causas da disfonia infantil podem ser orgânicas ou funcionais, além de alterações orgânicas decorrentes do abuso vocal praticado pelas crianças, entre outros fatores⁵. Destaca-se que uma das principais causas identificadas é o comportamento vocal inadequado⁴. Nesse sentido, é comum observar hábitos vocais comuns na infância, como imitar vozes e ruídos de personagens televisivos, rir ou

chorar excessivamente, pigarrear e tossir com frequência, além de competir vocalmente com o ruído do ambiente em que a criança se encontra⁵. Entre os sintomas mais frequentemente observados estão rouquidão, sopro, alterações de loudness e de velocidade de fala, entre outros⁴.

Compete ao fonoaudiólogo o atendimento clínico-terapêutico, bem como a promoção da saúde vocal e a prevenção de suas alterações, incluindo a disfonia, uma vez que esse profissional atua nos campos da comunicação oral e escrita, audição, voz, entre outros⁶. No contexto específico da Atenção Primária à Saúde (APS), a atuação fonoaudiológica envolve a avaliação e o planejamento de procedimentos diagnósticos, intervenção terapêutica, reabilitação, prevenção e articulação com os demais serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{7,8}. A inserção da Fonoaudiologia nesse ponto de atenção ocorre com o objetivo de promover a atenção integral à saúde, fundamentada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, conforme estabelecido pela Lei nº 8.080/1990, que embasa a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.

Ressalta-se que, no âmbito do SUS, foram instituídas as RAS com o objetivo de garantir atenção integral e resolutive à população¹⁰. Essas redes são organizadas em pontos de atenção à saúde e têm a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado¹⁰.

No que se refere à APS, observa-se que esta se encontra próxima ao cotidiano das pessoas, sendo reconhecida como a principal “porta de entrada” do sistema de saúde¹¹. Nesse ponto de atenção, o indivíduo é considerado em sua singularidade e em sua inserção sociocultural, visando à efetivação do cuidado integral. Para isso, são adotados princípios como acesso universal, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, humanização e participação social, entre outros¹¹.

Com o objetivo de ampliar a clínica, a capacidade de intervenção e a resolutividade dos casos, a APS contava com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)⁷, e atualmente, dispõe das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti)¹², enquanto equipes multiprofissionais que podem ser compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros profissionais. Essas atuam de forma integrada às equipes da APS, com vistas a ampliar as iniciativas clínicas, epidemiológicas

e sociopolíticas do território, contribuindo para a prevenção de agravos e a promoção da saúde, e fortalecendo a integralidade do cuidado aos usuários do SUS^{7,11}.

Considerando que os aspectos de saúde devem ser compreendidos no contexto de vida dos sujeitos, a APS assume papel fundamental na intervenção, nas ações preventivas e na ampliação do conhecimento sobre os diferentes componentes da saúde, incluindo a voz¹³. Assim, a atuação dos profissionais de saúde nesse ponto de atenção, com foco na preservação e valorização da produção vocal adequada, pode contribuir para a redução de problemas de saúde pública relacionados às queixas vocais, minimizando prejuízos aos usuários do sistema de saúde¹³.

Diante desse cenário, o presente estudo se justifica pela escassez de literatura sobre o tema e pela necessidade de qualificar o atendimento às crianças com disfonia na APS, considerando a importância da garantia de acesso aos serviços, da integralidade do cuidado e do papel central da voz na vida dos sujeitos.

Os objetivos do estudo foram verificar a percepção dos fonoaudiólogos atuantes na APS do município de Campinas-SP, acerca dos casos de disfonia infantil, bem como caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados e analisar o fluxo de seguimento na rede municipal de saúde.

Método

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo descritivo que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) sob o número 68427523.2.0000.5404.

O presente estudo teve como campo o município de Campinas-SP, o qual é um gestor pleno do sistema e um centro de referência regional no âmbito da saúde. Devido a sua complexidade territorial e populacional, houve o processo de distritalização, ou seja, uma descentralização do planejamento e gestão do que se refere à saúde em áreas. Nesse cenário, o município implementou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2011 e acompanhou as políticas públicas vigentes com o NASF-AB e a eMulti, colaborando para o processo saúde-doença-cuidado, o intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais e o fortalecimento do trabalho em rede.

Assim, a população estudada corresponde aos 13 fonoaudiólogos que atuavam na APS do município no ano de 2023. Enquanto critério de exclusão, foram contemplados profissionais com vínculos temporários com as unidades, como os residentes.

Visando as garantias éticas da pesquisa que envolve seres humanos, os participantes foram convidados a integrar o estudo por meio de carta de apresentação, na qual foram informados dos objetivos da pesquisa e de sua condição de participação voluntária. A todos os participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência e assinatura.

Os procedimentos da coleta de dados incluíram um questionário elaborado para a pesquisa para caracterização dos fonoaudiólogos participantes e uma entrevista semiestruturada.

Após aprovação do projeto pelo CEP, foi realizado um piloto a fim de verificar a viabilidade da pesquisa, a qual foi comprovada. A partir do teste, foram realizados ajustes nos procedimentos da coleta de dados.

O questionário de caracterização compreendeu questões como nome, idade, gênero, tempo de formação, local de formação, grau acadêmico, tempo de atuação na prefeitura e tempo de atuação na APS, além de questões referentes aos profissionais que compõem a equipe em que o entrevistado atua e a quantas unidades e equipes de saúde são atendidas pelo profissional em questão.

Na sequência, foi realizada uma entrevista semiestruturada que contou com as seguintes questões norteadoras:

- Você tem contato com casos de disfonia infantil na APS? Se sim, qual o perfil dos casos e como chegam até você? Se não, por que acha que isto acontece?
- Quais são as queixas desses sujeitos ou de suas famílias quanto à voz? Existem queixas associadas?
- Qual o fluxo para os casos de disfonia infantil na rede municipal de saúde?
- A equipe de saúde segue o fluxo para os casos de disfonia infantil na rede municipal de saúde? Se não, por quê?
- Quais ações você acha que poderiam ser desenvolvidas na APS em relação às questões vocais na população infantil?

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para análise por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC),

que foi desenvolvida por Lefevre e Lefevre¹⁴, e tem fundamento na Teoria das Representações Sociais que argumenta que um conjunto social possui uma realidade comum.

A técnica permite que os pensamentos, crenças e valores de uma coletividade sobre determinado assunto sejam conhecidos e organiza os dados qualitativos por meio de um discurso-síntese que é elaborado com partes de discursos dos entrevistados que tenham sentidos parecidos.

A análise contempla a verificação das Ideias Centrais (IC) de cada resposta e as Expressões-chave (EC) que contenham o sentido expressado. A compilação das EC resulta no DSC, o que permite que se descubra uma opinião coletiva, sendo uma

camada das representações sociais nas quais os indivíduos estão inseridos¹⁴.

Resultados

Caracterização dos entrevistados

Foram entrevistados os 13 fonoaudiólogos da Atenção Primária à Saúde (APS) do município, com idade média de 37,8 anos ($\pm 8,9$) (Tabela 1), sendo a maioria (92,3%) do gênero feminino. O tempo médio de formação foi de 15,4 anos ($\pm 9,2$); a atuação na prefeitura apresentou média de 4,7 anos ($\pm 6,3$); e a experiência na APS foi, em média, de dois anos ($\pm 8,2$).

Tabela 1. Caracterização dos fonoaudiólogos da Atenção Primária à Saúde quanto à média de idade, tempo de formação, atuação na prefeitura e na Atenção Primária à Saúde

Variável	Média (anos)	Desvio-Padrão	Mínimo (anos)	Máximo (anos)
Idade	37,8	8,9	30	62
Tempo de formação	15,4	9,2	6	41
Tempo de atuação na prefeitura	4,7	68,3	1	23
Tempo de atuação na APS	2	8,2	1	3

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde.

Quanto ao local de formação, 76,9% (n=10) são oriundos de universidades públicas e 23,1% (n=3) de universidades privadas. Em relação ao percurso acadêmico (Tabela 2), a formação

continuada mais frequente foi a especialização, correspondendo a 38,5% (n=5) dos entrevistados, seguida pelo aprimoramento e residência, ambos com frequência de 30,8% (n=4).

Tabela 2. Caracterização dos fonoaudiólogos da Atenção Primária à Saúde quanto ao grau acadêmico

Grau acadêmico	N	%
Somente graduação	1	7,7
Especialização	5	38,5
Aprimoramento	4	30,8
Residência	4	30,8
Mestrado	3	23,1
Pós-graduação não especificada	3	23,1

Ressalta-se que 84,6% (n=11) dos profissionais relataram que realizaram este percurso de estudo antes de assumir a vaga na prefeitura, tendo 15,4% (n=2) realizado uma parte da sua formação antes de entrar na vaga e outra parte após. A área da formação acadêmica destes profissionais variou entre Saúde da Família, saúde da criança e do adolescente, motricidade orofacial, saúde auditiva, psicopedagogia, disfagia, neurologia infantil, saúde coletiva com ênfase em saúde do trabalhador, Saúde Coletiva, inserção social na educação, reabilitação em cabeça e pescoço, linguagem, pediatria e apraxia de fala.

Também foi questionado sobre a experiência anterior ao cargo no concurso público, tendo sido mencionada a atuação em hospitais, instituições as-

sistenciais, atendimentos domiciliares, consultório via convênio e particular, empresas, outras prefeituras, clínica de saúde ocupacional, e docência.

Sobre os profissionais que compunham a equipe da qual os fonoaudiólogos faziam parte, foram mencionados: psicólogo (n=13), farmacêutico (n=11), pediatra (n=10), fisioterapeuta (n=10), psiquiatra (n=9), terapeuta ocupacional (n=8), ginecologista (n=7), assistente social (n=6), nutricionista (n=5), enfermeiro (n=1), profissional de Educação Física (n=1) e dentista (n=1).

Em relação ao número de unidades e equipes de saúde atendidas pelos fonoaudiólogos (Tabela 3), as médias foram de 2,1 ($\pm 0,5$) centros de e 7,3 ($\pm 0,5$) equipes de saúde.

Tabela 3. Caracterização da quantidade de centros de saúde e de equipes de saúde atendidas pelos fonoaudiólogos da atenção primária à saúde no município

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Centros de saúde	2,1	0,5	1	3
Equipes de saúde	7,3	0,5	5	10

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Para a análise das respostas obtidas nas entrevistas, foram selecionadas as Ideias Centrais (IC) para cada pergunta para a construção do DSC.

Na primeira pergunta (Quadro 1): “Você tem contato com casos de disfonia infantil na APS? Se sim, qual o perfil dos casos e como chegam até

você? Se não, por que acha que isto acontece?”, observou-se as seguintes IC: queixa pouco prevalente, queixa inexistente, sujeito encaminhado por outra queixa, não consideração ou percepção da queixa vocal, perfil dos casos e origem dos encaminhamentos.

Quadro 1. Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo das respostas para a pergunta “Você tem contato com casos de disfonia infantil na Atenção Primária à Saúde? Se sim, qual o perfil dos casos e como chegam até você? Se não, por que acha que isto acontece?”.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Queixa pouco prevalente	“Desde que entrei no NASF, tive contato com poucos casos. Em alguns, o profissional não encaminhou devido à disfonia infantil, eu que identifiquei na minha avaliação.” (N=8)
Queixa inexistente	“Em todo o tempo em que estou na prefeitura, acho que nunca recebi nenhum caso de disfonia infantil.” (N=5)
Sujeito encaminhado por outra queixa	“Os pacientes que atendi com questões vocais chegaram até mim encaminhados por outra queixa fonoaudiológica. Houveram casos de distúrbio fonológico, trocas na fala, desvio fonológico e atraso de fala.” (N=6)
Não consideração ou percepção da queixa vocal	“Não sei se há uma naturalização da voz da criança, mas acho que os profissionais não têm um olhar cuidadoso para as questões da voz. Acho que falta um pouco de conhecimento dos profissionais que estão em contato com as crianças. Não é uma queixa que, historicamente, percebo que chega muito para a gente. Se apareceu alguma criança com disfonia, não foi algo que me chamou a atenção” (N=9)
Perfil dos casos	“O perfil dos casos que atendi eram crianças de três a nove anos de idade. A queixa mais prevalente foi a de rouquidão, mas apareceram casos também de instabilidade, sopro, nódulos, fenda submucosa e alteração estrutural mínima.” (N=8)
Origem dos encaminhamentos	“Os encaminhamentos para a fonoaudiologia foram realizados, na maioria das vezes, pelo pediatra. Mas houveram casos de demanda espontânea, da escola e, também, dos agentes comunitários de saúde.” (N=4)

Legenda: NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Na segunda pergunta (Quadro 2): “Quais são as queixas desses sujeitos ou de suas famílias quanto à voz? Existem queixas associadas?”, as IC foram:

família sem queixas, queixas vocais da família e outras queixas fonoaudiológicas.

Quadro 2. Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo das respostas para a pergunta “Quais são as queixas desses sujeitos ou de suas famílias quanto à voz? Existem queixas associadas?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Família sem queixas	“A família dos sujeitos que atendi não tinha queixa vocal. Nunca vi uma família se queixar, não era uma demanda. Às vezes eles nunca perceberam, ou se percebem não encaram como um problema.” (N=7)
Queixas vocais da família	“A família percebia, sim, questões vocais na fala da criança. Tinham a queixa de que a voz ficava rouca, que perdia a voz ou mesmo que ela ficava fraca.” (N=2)
Outras queixas fonoaudiológicas	“Os pacientes chegaram até a Atenção Primária devido a outras queixas associadas, como distúrbio fonológico, trocas na fala, desvio fonológico, atraso de linguagem, questões comportamentais, disfluência e dificuldades na aprendizagem.” (N=6)

A terceira pergunta (Quadro 3): “Qual o fluxo para os casos de disfonia infantil na rede municipal de saúde?”, teve como IC: encaminhamento para o Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação “Dr.

Gabriel Porto” (CEPRE/UNICAMP), encaminhamento para as clínicas-escola de Fonoaudiologia do município, fluxo na unidade, ausência de fluxo para cuidado em saúde vocal.

Quadro 3. Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo das respostas para a pergunta “Qual o fluxo para os casos de disfonia infantil na rede municipal de saúde?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Encaminhamento para o CEPRE/UNICAMP	“O nosso fluxo para disfonia em geral, independente se for para adulto ou infantil, é o Ambulatório de Voz do CEPRE/UNICAMP, por meio do Pronto Atendimento Vocal, o PAV.” (N=9)
Encaminhamento para as clínicas-escola do município	“Acho que atualmente temos apenas as universidades, o que é ofertado a partir dos estágios na PUCC e UNICAMP.” (N=3)
Fluxo na unidade	“Há um fluxo padrão do NASF. A pessoa que precisar de um atendimento de saúde passará primeiramente por um acolhimento, geralmente feito por uma enfermeira ou técnica de enfermagem da Unidade Básica, e, dependendo da queixa, há discussão com a equipe de Saúde da Família, a qual dá continuidade na articulação dentro da unidade.” (N=2)
Ausência de fluxo para saúde vocal	“Não temos nenhum serviço próprio da prefeitura para que sejam encaminhadas pessoas com disfonia, não temos um fluxo definido, seja para adulto ou para a infância. Não temos um documento validado pela prefeitura que diga oficialmente qual é o fluxo, não é nada oficial” (N=4)

Legenda: CEPRE/UNICAMP – Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação “Dr. Gabriel Porto”/Universidade Estadual de Campinas; PAV – Pronto Atendimento Vocal; PUCC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Na quarta pergunta (Quadro 4): “A equipe de saúde segue o fluxo para os casos de disfonia infantil na rede municipal de saúde? Se não, por quê?”, verificou-se as seguintes IC: equipes de saúde não seguem o fluxo, equipes de saúde seguem

o fluxo, encaminhamento para o fonoaudiólogo da APS, encaminhamento para o médico otorrinolaringologista, equipe de saúde não se atenta às questões vocais e desconhecimento do fluxo pela equipe.

Quadro 4. Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo das respostas para a pergunta “A equipe de saúde segue o fluxo para os casos de disfonia infantil na rede municipal de saúde? Se não, por quê?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Equipes de saúde não seguem o fluxo	“Na realidade, com certeza as equipes de saúde não seguem o fluxo.” (N=5)
Equipes de saúde seguem o fluxo	“Em geral, acredito que a equipe segue o fluxo.” (N=3)
Encaminhamento para o fonoaudiólogo da APS	“O que acontece muito quando há demandas fonoaudiológicas é que os profissionais geralmente encaminham para a gente primeiro e nós damos continuidade no fluxo. Ou acabam vindo até nós para pedir suporte, tirar alguma dúvida ou conferir se o fluxo é adequado.” (N=5)
Encaminhamento para o médico otorrinolaringologista	“O que pode acontecer é um encaminhamento diretamente para o otorrinolaringologista, o qual encaminha para a fonoaudióloga depois de sua avaliação.” (N=2)
Equipe de saúde não se atenta às questões vocais	“Acredito que a equipe de Saúde da Família não identifica essa queixa. Percebo que eles não se atentam muito para essa questão, não tem uma atenção em relação a isso. Se a família não traz a queixa, a equipe não levanta isso, e acho que a população não enxerga a disfonia infantil como um problema” (N=5)
Desconhecimento do fluxo pela equipe	“Acredito que a equipe não esteja tão apropriada ou desconheça o fluxo da Fonoaudiologia.” (N=4)

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde.

Para a quinta pergunta (Quadro 5): “Quais ações você acha que poderiam ser desenvolvidas na APS em relação às questões vocais na popula-

ção infantil?”, observou-se como IC: promoção da saúde e prevenção de disfonias, ações na escola e discussão com a equipe.

Quadro 5. Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo das respostas para a pergunta “Quais ações você acha que poderiam ser desenvolvidas na atenção primária à saúde em relação às questões vocais na população infantil?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Promoção da saúde e prevenção de disfonias	“Poderiam ser feitas ações de promoção e prevenção visando a conscientização e sensibilização das questões relacionadas à disfonia infantil, como por exemplo o abuso vocal e a rouquidão. Essas ações poderiam ser feitas em momentos de campanhas clássicas, também, como o Dia da Voz ou a Semana da Voz e do Ruído” (N=6)
Ações na escola	“Acho que podemos fazer ações nas escolas do território, como palestras, orientações, ações educativas e preventivas, entre outras. Porque talvez o professor vai perceber a queixa antes da família e também é um local onde há muito ruído e abuso vocal.” (N=9)
Discussão com a equipe	“Acredito que seja necessário discutir com as equipes de saúde sobre os fluxos e sobre a disfonia infantil. Isso pode ser realizado dentro dos matriciamentos, nas reuniões ou discussões de casos com os pediatras e outros profissionais que trabalham com a infância, pois é importante trabalhar a conscientização desse assunto.” (N=6)

Discussão

As limitações deste estudo não se restringem a aspectos metodológicos, mas expressam, também, as próprias tensões e contradições do processo de cuidado vocal no contexto da APS. O recorte qualitativo, circunscrito a um único município e baseado em uma amostra numericamente reduzida, ainda que correspondente à totalidade dos fonoaudiólogos da APS local no período, reflete a organização concreta dos serviços e evidencia desigualdades estruturais na inserção da Fonoaudiologia nas redes de atenção.

A centralidade atribuída exclusivamente às percepções desses profissionais, embora coerente com o objetivo do estudo, revela a ausência de escuta de outros atores estratégicos do cuidado, como demais membros das equipes multiprofissionais, gestores e famílias, cuja participação é fundamental para a compreensão ampliada dos fluxos, das barreiras de acesso e da desvalorização das queixas vocais na infância. O predomínio de dados autorreferidos e a não incorporação de fontes documentais ou indicadores assistenciais limitam a análise à dimensão discursiva, o que, por si só, já denuncia a invisibilidade institucional da disfonia infantil na APS. Assim, mais do que fragilidades, tais limitações explicitam a necessidade de abordagens investigativas intersetoriais, participativas e longitudinais, capazes de articular discurso, prática e política pública no enfrentamento das lacunas do cuidado em saúde vocal infantil.

Em relação aos dados obtidos, mostra-se a predominância do gênero feminino entre os fonoaudiólogos, o que pode estar relacionado ao fato de que, historicamente, as áreas envolvidas com o processo de reabilitação têm sido vistas como profissões femininas. Relaciona-se esse dado à questão de que a sociedade tende a ver as mulheres como figuras associadas ao cuidado e, assim, capazes de aplicar essa postura na prática profissional¹⁵.

Na Fonoaudiologia, especificamente, observa-se que a questão do gênero feminino predominante aparece desde sua criação, o que também corrobora com a visão de que determinados papéis são mais vistos como femininos, até mesmo no mercado de trabalho da área da saúde¹⁶. Além disso, não é apenas a graduação que possui esse perfil, mas a pós-graduação em diversas áreas da Fonoaudiologia também se mostra com maior presença de mulheres¹⁶.

Percebe-se que, na área da saúde, os profissionais têm buscado uma formação continuada, uma vez que procuram e sentem a necessidade da capacitação além do curso de graduação¹⁵. Estes profissionais buscam uma maneira de dar continuidade em seus estudos acadêmicos¹⁶, ou de se capacitarem por meio da prática aliada à teoria¹⁵, o que se relaciona com o dado observado de que a maioria dos fonoaudiólogos da APS do município possui alguma pós-graduação.

Como também visto no presente estudo, as áreas de formação continuada podem ser diversas e nem sempre estão relacionadas com a prática atual do profissional. O que se observa é que a área em que o profissional trabalha nem sempre é



a mesma na qual este se especializou, já que são diversas as oportunidades de trabalho disponíveis, principalmente ao início da carreira¹⁶. Este fato é visto mais frequentemente no setor público que, por possibilitar estabilidade, boas remunerações, plano de carreira e diversos benefícios, se torna atrativo aos profissionais.

Apesar dos profissionais terem trajetórias com tendência de especialização, espera-se do fonoaudiólogo atuante no setor público, um perfil generalista, o qual é desenvolvido em sua graduação, em concordância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, para que possa identificar as questões fonoaudiológicas juntamente às demandas de saúde em geral, a fim de elaborar ações e soluções para as necessidades encontradas no território¹⁷.

O fonoaudiólogo inserido no contexto da APS, tem o contato com diversas áreas e profissionais, que atuam juntamente às equipes de Saúde da Família. Estes profissionais devem seguir as diretrizes das políticas públicas, as quais abordam a integralidade, a educação permanente em saúde, a ação interdisciplinar e intersetorial, a humanização, entre outras. Assim como observado, a presença de diferentes profissionais da área da saúde consolida o trabalho interdisciplinar enquanto pressuposto da APS, fazendo com que haja uma troca entre diferentes saberes e práticas para auxiliar na ampliação e resolutividade do cuidado e do trabalho em rede¹⁸.

Dessa forma, é dever dos gestores de cada município definir as prioridades de cada local a fim de compor uma equipe adequada para cada território¹⁸. A Política Nacional de Atenção Básica¹¹ recomenda uma população de 2.000 a 3.500 pessoas adscritas por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família. Já a Portaria nº 256, de 11 de março de 2013¹⁹ recomenda que cada NASF deveria estar vinculado ao mínimo de cinco e máximo de nove Equipes de Saúde da Família. Na Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023¹², é estabelecido que as eMulti devem ser vinculadas a uma ou mais equipes de saúde, havendo variação de um a 12 equipes de acordo com a modalidade.

Os dados encontrados no presente estudo, mostram que os trabalhadores eram responsáveis pelo atendimento de mais de um CS e mais de sete equipes de saúde, havendo profissionais que relataram um número maior de equipes do que o preconizado nas políticas públicas vigentes, evidenciando o envolvimento com uma alta demanda populacional. A relação entre um grande quantitativo de usuários e

a frequente falta de dimensionamento profissional, pode levar a uma sobrecarga de trabalho²⁰.

Além disso, ressalta-se que, para compor a APS, os profissionais são alocados nas equipes por vínculos diversos, como concurso público, remanejamento voluntário, residência ou remanejamento compulsório. Com isso, os profissionais podem apresentar pouca experiência trabalhando na APS, como mostram os dados da pesquisa, seja por terem trabalhado sob outro modelo na prefeitura ou por terem ingressado há pouco tempo no cargo²⁰.

O pouco tempo de atuação no serviço impacta diretamente na organização do processo de trabalho, no vínculo com a unidade e com o território. Warmling e Gasperin²¹ evidenciam que os trabalhadores do SUS atuam sempre em conjunto, compartilhando saberes, valores, opiniões e memórias. Por isso, o trabalho coletivo necessita de tempo de permanência no serviço de saúde, uma vez que as relações entre funcionários e usuários é construída com o investimento de tempo para a elaboração de ações que levam em conta as realidades vividas no local²¹.

Nesta perspectiva, estabelece-se o vínculo com o território, elemento necessário para que haja maior eficácia em saúde e, também, uma participação mais efetiva do usuário no seu processo de cuidado, por meio do compartilhamento de ações entre profissional e usuário. Percebe-se que há uma relação entre o vínculo e a continuidade dos atendimentos em saúde, reforçando que é um fator de extrema importância para o processo de cuidado^{22,23}. O profissional deve fazer uso das ferramentas de aproximação do território, considerando a cultura local, o contexto social e também as dinâmicas familiares, associadas aos conhecimentos específicos de sua profissão⁷.

Dessa forma, os profissionais que atuam na APS devem sempre visar a integralidade e a cooperação com a equipe, realizando ações de saúde nas unidades, nos domicílios e na comunidade, o que faz com que as ações mostrem-se abrangentes e com grande potencial de intervenção nas demandas da população. O trabalho interdisciplinar é realizado por meio de atendimentos compartilhados ou mesmo individuais de cada área da saúde, grupos sobre temas ou demandas da população, elaboração de linhas de cuidado e promoção da saúde, ou seja, há uma responsabilidade assistencial e educacional a ser dirigida a um território específico, considerando suas características⁷.



A integração entre os profissionais deve ampliar o raciocínio clínico, epidemiológico e sociopolítico sobre a realidade do território, de forma a identificar os meios mais efetivos para prevenir agravos e promover a saúde da população. O fonoaudiólogo atua na promoção da saúde, na prevenção de alterações, na reabilitação, orientação e conhecimento para usuários e equipe, visando a resolubilidade dos casos. Assim, este profissional trabalha na APS em uma perspectiva generalista, como já mencionado, podendo atuar nas diversas áreas do núcleo da Fonoaudiologia, como linguagem oral e escrita, voz, distúrbios da comunicação, motricidade orofacial, entre outros, além de poder realizar também ações individuais, compartilhadas, visitas domiciliares ou visitas escolares²⁰.

No DSC, obteve-se, dentre as Ideias Centrais, a queixa pouco prevalente ou mesmo inexistente e a não consideração da queixa vocal, além da maior demanda para outras queixas fonoaudiológicas. Isso pode ser relacionado ao fato de que muitos profissionais, assim como a população em geral, desconhecem o trabalho da Fonoaudiologia em outras áreas além da linguagem infantil, o que limita a prática em saúde²⁴. Historicamente, as queixas fonoaudiológicas mais recorrentes na APS decorrem do desenvolvimento ou atraso da linguagem oral e escrita e os distúrbios fonéticos/fonológicos²⁰, o que corrobora com os achados de que o sujeito é encaminhado para atendimento devido a outras queixas fonoaudiológicas e a queixa vocal aparece como pouco prevalente ou mesmo inexistente neste contexto.

Além disso, observa-se que há uma escassez de literatura mencionando a disfonia infantil no cenário específico da APS. Longo et al.²⁴ buscaram identificar a prevalência das alterações fonoaudiológicas na APS da região oeste de São Paulo. No levantamento de 525 prontuários de crianças, apenas onze mencionaram a hipótese fonoaudiológica de disfonia²⁴, o que corrobora os relatos dos entrevistados que evidenciam a invisibilidade da queixa vocal entre as crianças e a necessidade de sua valorização.

A voz é um dos meios naturais que o ser humano tem para se comunicar¹ e um importante fator de constituição do sujeito², assim, a disfonia infantil pode afetar aspectos referentes à comunicação, inserção social, vida escolar e expressividade das crianças. As queixas da infância podem refletir futuramente na vida adulta, uma vez que, se a

demanda não for percebida e cuidada, poderá ter efeito em outras dimensões da vida do indivíduo⁴. Dessa forma, a consideração das questões vocais se faz necessária para garantir a integralidade do processo de cuidado e a qualidade de vida do usuário. Não cuidar da voz, é não cuidar da saúde do sujeito.

Os dados obtidos mostram também que as próprias famílias apresentam um desconhecimento da voz enquanto relevante para o cuidado em saúde, uma vez que sete dos entrevistados mencionam que os familiares de usuários com disfonia não possuíam esta queixa. A literatura mostra que pais de crianças com disfonia consideravam a voz de seu filho como normal e não percebiam ou a viam como questão de saúde, notando alguma alteração apenas quando este gritava muito ou voltava de festas com a voz muito diferente^{4,5,20}. Este dado mostra, assim, como a queixa vocal infantil é pouco valorizada e até mesmo normalizada pelos familiares, sendo necessário o investimento em ações de promoção da saúde vocal e de educação em saúde.

No que tange a identificação de demandas vocais, como é preconizado que o fonoaudiólogo tenha uma atuação generalista na APS, seu conhecimento específico sobre saúde vocal possibilita que perceba a disfonia infantil, mesmo quando as crianças não lhes foram encaminhadas devido a esta condição de saúde, conforme o discurso dos entrevistados. As respostas mostram, também, que há uma centralidade do acompanhamento na figura do pediatra, o qual é, na maioria das vezes, quem encaminha as crianças para o atendimento fonoaudiológico. Associado a isso, observa-se o constante fato de que os profissionais encaminham os usuários com queixa vocal, primeiramente para o fonoaudiólogo ou para o médico otorrinolaringologista. Aqui, é necessário ressaltar que toda a equipe de saúde é parte do processo de cuidado e responsável coletivamente pela comunidade, o que deve incluir também a saúde vocal¹⁸. Dada a pluralidade de composição das equipes multiprofissionais na APS, a responsabilidade pela manutenção e promoção da saúde é de todos os profissionais, conjuntamente²³ e depende dos saberes e das experiências profissionais de cada um¹⁸.

Dessa forma, objetivando-se a integralidade e a longitudinalidade enquanto preceitos estabelecidos pelo SUS, quando esgotadas as possibilidades de cuidado na APS, é dever da equipe de saúde ter um olhar atento e realizar o encaminhamento qualificado para atenção especializada²⁵, como é o caso da

disfonia infantil, visto os efeitos na qualidade de vida das crianças e a necessidade do atendimento específico.

Em relação a isso, verificou-se a Ideia Central da possibilidade de encaminhamento para o atendimento especializado das crianças com disfonia para o CEPRE/UNICAMP, para realização do Pronto Atendimento Vocal (PAV). O CEPRE/UNICAMP é a clínica-escola do curso de Fonoaudiologia da instituição, onde é realizada uma triagem dos usuários com queixas vocais que serão inseridos na lista de espera para o atendimento no Ambulatório de Voz. Além disso, também foi mencionado o fato de haver encaminhamentos para as clínicas-escola do município em geral, incluindo a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC).

Estas possibilidades de encaminhamento encontram-se no Protocolo de Fonoaudiologia²⁶ do município direcionado a todos os profissionais da rede pública de saúde para que estes se apropriem e conheçam os fluxos para acesso aos serviços disponíveis. Dessa forma, a Ideia Central apresentada pelos fonoaudiólogos entrevistados de que há uma ausência de fluxo para a saúde vocal demonstra desconhecimento do fluxo definido para o município, que descreve a UNICAMP e a PUC como sendo os serviços preconizados para o acompanhamento de casos de disfonia infantil.

Ainda quanto ao fluxo, aparecem pontos que novamente chamam a atenção para o fato já mencionado de que toda a equipe de saúde necessita do compartilhamento de saberes e da participação no processo de cuidado. A maioria dos profissionais entrevistados mencionou que as equipes de saúde não seguem o fluxo para disfonia infantil, sendo relatado também que a equipe não se atenta às questões vocais e até mesmo desconhece o fluxo.

Esse desconhecimento do fluxo de saúde para a disfonia infantil, seja pelos fonoaudiólogos ou pelos diversos profissionais que compõem a rede de saúde, causa um comprometimento na resolatividade e na continuidade da assistência dos sujeitos com a queixa, havendo uma não responsabilização pelo processo de cuidado.

A fragmentação do cuidado, que acontece pelo desconhecimento do fluxo adequado e a desatenção às questões vocais, causa prejuízo na vida da criança que não tem acesso ao atendimento necessário e em momento oportuno, podendo haver consequências, não apenas em sua qualidade vocal, mas também em aspectos sociais e emocionais⁴.

Devido ao efeito da não consideração das questões vocais, preconiza-se o diagnóstico e intervenção precoce para que não ocorram interferências em sua comunicação futura e para que seja realizado um tratamento adequado⁴. Assim, percebe-se que os profissionais da APS necessitam de instrumentalização quanto à linha de cuidado para as questões referentes à voz.

Nesta temática, o conceito de educação permanente em saúde faz-se muito importante na saúde pública em geral e em específico na APS, dada sua alta capacidade de resolatividade no sistema de saúde. Trata-se de uma estratégia para a formação dos trabalhadores do SUS, na qual há uma articulação conjunta do trabalho e do ensino, por meio de reflexões e vivências coletivas e sociais, com o objetivo de qualificar os processos em saúde²⁷. Dessa forma, enquanto diretriz do trabalho multiprofissional na APS, a educação permanente visa também que essas transformações nos processos de trabalho se reflitam no conhecimento e no empoderamento da população, uma vez que uma maior articulação entre os profissionais e as equipes faz com que os usuários recebam orientações mais qualificadas acerca do que necessitam e do que procuram, favorecendo a assistência prestada¹⁸.

Além disso, a APS também conta com a ferramenta do matriciamento²⁸, que está intimamente ligado à educação permanente em saúde¹⁸. O matriciamento possui uma dimensão assistencial, quando se atua diretamente com os usuários do sistema de saúde, ou técnico-pedagógica, quando se objetiva suporte educativo para as equipes ou juntamente com elas¹⁸. Ambas as manifestações podem e devem coexistir¹⁸ e visam que conhecimentos e experiências de diferentes profissionais sejam integrados a fim de que haja uma horizontalidade e complementaridade na abordagem das questões de saúde²⁸.

Dessa forma, pode-se inferir que os conceitos de educação permanente em saúde e matriciamento são maneiras efetivas de instrumentalizar as equipes de saúde para que facilitem o acesso da população à informação e ao cuidado, sendo meios de tratar questões específicas, como a saúde vocal infantil, favorecendo sua divulgação, valorização e consideração na APS.

Os profissionais entrevistados também levantaram como possibilidades de ampliação de conhecimento sobre saúde vocal infantil as ações

de promoção da saúde e prevenção de disfonias, além de ações nas escolas do território.

As ações de promoção da saúde são estratégias com o objetivo de produzir autonomia em saúde para a população, seja no contexto individual ou coletivo, e também equidade nos modos de viver^{18,29}. Essas estratégias possuem como característica o fato de levarem em consideração que a população possui influência de diversos fatores em sua constituição, contemplando aspectos políticos, sociais, ambientais e culturais^{18,30}. Partindo dessa concepção, as ações a serem realizadas devem ser determinadas de acordo com a organização da APS e das demandas observadas pelos profissionais no território²⁹.

Uma vez que os processos de trabalho organizados pela APS possuem como foco o território no qual sua equipe está inserida e o que ele necessita, podem ser realizadas ações conjuntas com os diversos dispositivos sociais, como organizações, igrejas, escolas, creches, entre outros¹⁸. Neste contexto, a escola se constitui como equipamento potente no território para o fazer em saúde e como *locus* de cuidado. As instituições de ensino são importantes locais para o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde, pois auxiliam no enfrentamento das vulnerabilidades presentes no cotidiano da comunidade escolar, empoderam esses indivíduos quanto ao conhecimento de sua saúde, identificam as necessidades desta população e contribuem para o acompanhamento em saúde³⁰. Assim, observa-se a necessidade de articulação entre o setor da saúde e da educação, com o fortalecimento das ações intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola³⁰, o que vai ao encontro das possibilidades de ações de saúde mencionadas pelos profissionais entrevistados.

Ressalta-se que as ações realizadas nas escolas possuem como foco toda a comunidade escolar, o que inclui não somente os alunos, mas também os pais e professores¹⁸. Assim, incentivar a promoção da autonomia nesses atores facilitará a aproximação com as equipes de saúde e seus profissionais, além da ampliação do alcance das ações de cuidado realizadas em todos os contextos.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam que a disfonia infantil apresenta baixa visibilidade no contexto da APS, sendo frequentemente percebida

como uma queixa pouco prevalente ou secundária frente a outras demandas fonoaudiológicas, especialmente aquelas relacionadas à linguagem. Observou-se que tanto as famílias quanto parte das equipes de saúde tendem a não reconhecer a voz como dimensão relevante do cuidado em saúde, o que contribui para a subnotificação das queixas vocais e para fragilidades na identificação precoce dessas alterações.

Embora existam fluxos institucionais definidos para o encaminhamento e acompanhamento dos casos na rede municipal estudada, verificou-se desconhecimento ou não adesão a esses fluxos por parte de profissionais da rede, o que pode comprometer a continuidade e a resolutividade do cuidado.

Nesse cenário, destaca-se a importância de fortalecer ações de educação permanente, matriciamento e promoção da saúde vocal no território, bem como de ampliar a articulação interprofissional e intersetorial, especialmente com o setor educacional. Tais estratégias podem contribuir para a valorização da saúde vocal infantil, para o reconhecimento precoce da disfonia e para a consolidação de práticas de cuidado mais integrais e resolutivas no âmbito da APS.

Referências

1. Behlau, M, Pontes, P, Moretti, F. *Higiene Vocal: cuidando da voz*. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.
2. Pinheiro MG, Cunha MC. Voz e psiquismo: diálogos entre fonoaudiologia e psicanálise. *Distúrb. Comun.* 2004; 16(1): 83-91.
3. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Conceito de voz normal e classificação das disfonias. In: *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 53-79.
4. Noronha A, Toneli TE, Ferro D, Zart P, Ardenghi LG. Disfonia infantil: Análise dos distúrbios vocais em grupo de escolares. *Pubsáude*. 2020; 3:1-9.
5. Paixão CLB, Silvério KCA, Berberian AP, Mourão LF, Marques JM. Disfonia infantil: hábitos prejudiciais à voz dos pais interferem na saúde vocal de seus filhos?. *Rev CEFAC* [Internet]. 2012; 14(4): 705-13.
6. Brasil. Lei Nº 9.965, de 09 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1981.
7. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) diretrizes e processos secretaria de estado da saúde do paraná [Internet]. 2018.



8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.
9. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.
10. Oliveira, NRC. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes [Internet]. UNA-SUS/UFMA. São Luís. 2015.
11. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. DF: Ministério Da Saúde; 2017.
12. Brasil. Ministério da Saúde (GM/MS). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 22 maio 2023.
13. Andrade LDF, Lacerda Junior FCX, Medeiros HA, Gonçalves RL. A Importância Da Saúde Vocal Em Diferentes Categorias Profissionais: Uma Revisão Integrativa. Rev Univ Vale Rio Verde. 2015; 13(1): 432-41.
14. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface (Botucatu) [Internet]. 2006; 10(20): 517-24.
15. Lima MGS, Mourão AM, Couto É de AB, Vicente LCC. Perfil e trajetória profissional dos fonoaudiólogos egressos de um programa de residência multiprofissional. Audiol, Commun Res [Internet]. 2021; 26: e2535.
16. Santos CMO dos, Chiari BM. Perfil de egressos de um programa de pós-graduação em distúrbios da comunicação. Distúrb Comun [Internet]. 2022; 34(2): e56474.
17. Telles MWP, Noro LRA. Training and work of speech-language-hearing public health professors in public higher education institutions in Brazil. Rev CEFAC [Internet]. 2022; 24(5): e6222.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília -DF 2010 Diretrizes do NASF: Cadernos de Atenção Básica [Internet].
19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Brasília, DF, 2013.
20. Campinas. Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores [Internet]. 2021.
21. Warmling CM, Gasperin C. Trajetórias de longo vínculo de trabalho no sistema único de saúde: práticas de gestão da subjetividade. Trab. Educ. [Internet]. 2022; 31(2): 133-46.
22. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT da, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2019; 23: 1-14.
23. Sales WB, Cordeiro de Oliveira AS, Pereira LEA, França JGM de, Marcelino MC, Gerônimo CA da S, Constatino AEA, Silva RBTB da, Silva RLM da, França DCM de. A importância da equipe NASF/AB - enfrentamentos e multidisciplinaridade: uma revisão narrativa/crítica. REAS [Internet]. 2020; (48): e3256.
24. Longo IA, Tupinelli GG, Hermógenes C, Ferreira LV, Molini-Avejonas DR. Prevalência de alterações fonoaudiológicas na infância na região oeste de São Paulo. CoDAS [Internet]. 2017; 29(6): e20160036.
25. Vendruscolo C, Ferraz F, Dalcanele Tesser C, de Lima Trindade L. Family health support center: an intersection between primary and secondary health care. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2019; 28:1-14.
26. Campinas. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria de Saúde. Câmara Técnica de Especialidades: Protocolo de fonoaudiologia [Internet]. 2019.
27. Ogata MN, Silva JAM da, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. Rev esc enferm USP [Internet]. 2021; 55: e03733.
28. Batista Canovas L, Costa Ramirez A, Lopes Ferreira L, Valadão Ferreira de Lira L, Montanini Baptista Nunes L, Malta de Oliveira da Rosa P, Cristina Pereira Maia L. A importância do matriciamento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. RECISATEC [Internet]. 2022; 2(4): e24123.
29. Farias JM de, Minghelli LC, Soratto J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. Cad saúde colet [Internet]. 2020; 28(3): 381-9.
30. Araújo MJAG, Nogueira EAM, Santos VR, Machado SC, Vieira IB, Freitas Rodrigues G, Quadros JFC, Freitas TCC, Oliveira JNA de, Rodrigues GF, Brito AM, Moraes DS, Teixeira NA, Moreira LG. Health program at school: experiences and challenges in primary health care. RSD [Internet]. 2021;10(10): e255101017816.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

