

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA**

Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: INSERÇÃO DA
FONOAUDIOLOGIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Maria, RS

2017

Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: INSERÇÃO DA
FONOAUDIOLOGIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Prof^a Dra. Elenir Fedosse

**Santa Maria, RS
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vasconcelos, Karolline
Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Inserção da
Fonoaudiologia no Estado do Rio Grande do Sul /
Karolline Vasconcelos. - 2017.
85 p. ; 20 cm

Orientadora: Elenir Pedross
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2017

1. Fonoaudiologia 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família
3. Estratégia de Saúde da Família 4. Atenção Primária à
Saúde I. Pedross, Elenir II. Título.

©2017 Todos os direitos autorais reservados à Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com a autorização por escrito do autor. Endereço: Rua Tuiuti, 1073, apartamento 08, bairro Centro, Santa Maria, RS, CEP: 97015-661. Endereço eletrônico: karollinecruz2013@gmail.com

Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: INSERÇÃO DA
FONOAUDIOLOGIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Aprovado em 31 de julho de 2017:

Elenir Fedosse, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Liane Beatriz Righi, Dr^a. (UFSM)

Helenice Yemi Nakamura, Dr^a. (UNICAMP)
(Vídeoconferência)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

À minha doce mãe,

Que me ensinou a sonhar e depois, tornou os meus sonhos, seus

Que desenhou o sol, quando tudo era chuva

Que me reconheceu, quando duvidei do meu eu

Que caminhou com os meus pés, quando me perdi

Que me trouxe até aqui, aceitando pacientemente a minha distância

Que conformou-se com os beijos e abraços virtuais e que, acima de tudo, me amou e me abençoou com toda a sua fé.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao meu pai Everaldo, à minha irmã Killiane e ao meu sobrinho Kauan, por serem alicerce dos meus princípios e por sustentar o nosso amor frente à tanta distância, compreendendo da forma mais benevolente a minha ausência.

À minha tia Ceíça pelas orações e por todo amor compartilhado à distância, pelos conselhos e pela conversa amiga de sempre, sua ajuda foi essencial nessa caminhada.

Ao Douglas pelo cuidado, escuta, trocas, paciência, ajuda e amor. O seu apoio e companheirismo foram fundamentais. Obrigada!!!

À minha orientadora Professora Dr^a Elenir Fedosse por acreditar em mim, pelos ricos ensinamentos, por oportunizar vivências essenciais na minha formação e por incentivar sempre, com as suas práticas, o meu sonho de lecionar. Seus ensinamentos foram para além de uma pós-graduação, foram ensinamentos para a vida. Meu eterno agradecimento.

Às professoras Dr^a Helenice Yemi Nakamura e D^a Liane Beatriz Righi, membros da banca orientadora, pelas valiosas contribuições.

Aos meus amigos Jayne Guterres e Alexandre Lessa por serem os maiores incentivadores da minha vinda para Santa Maria e, principalmente, por serem meus exemplos de perseverança, confiança, profissionalismo, dedicação, superação e ética. Muito obrigada pela amizade e amor incondicionais, o incentivo de vocês me trouxe até aqui! Amo vocês!

À minha parceira e amiga Mithiele Araújo por toda ajuda e incentivo nos dias mais difíceis.

À todos os amigos que torceram e aceitaram muitas vezes a minha ausência, o meu muito obrigada!

RESUMO

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

Objetivo: analisar as práticas fonoaudiológicas em Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul e compreender os determinantes e fundamentos teóricos que as orientam. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo e exploratório de cunho qualitativo e quantitativo. Participaram deste estudo 18 profissionais fonoaudiólogos atuantes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2016 e março de 2017 por meio de um questionário do tipo eletrônico e auto-aplicado composto por questões abertas e fechadas organizadas em seis categorias: Identificação sociodemográfica, formação profissional, experiência profissional anterior, experiência profissional atual, caracterização da formação para o sistema público de saúde e caracterização do trabalho no NASF. Os dados coletados foram tratados e analisados quantitativamente por meio de procedimentos da Estatística Descritiva apresentados em média, desvio padrão, números absolutos e percentuais e qualitativamente segundo os preceitos da análise categorial por operações de desmembramento do texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos analógicos. **Resultados:** Participaram 18 profissionais, predominou o sexo feminino, a média de idade foi de 37,78 anos. 12 (66,7%) fonoaudiólogas são provenientes de uma mesma Universidade Pública; 10 (55,6%) concluíram sua graduação após o ano de 2002. A média de tempo de atuação das fonoaudiólogas foi de 3,13 anos; a maioria vivenciou disciplinas teóricas e práticas voltadas para o SUS, porém poucas referiram influência destas em sua prática atual. 14 (77,7%) fizeram algum tipo de pós-graduação. As principais motivações para o trabalho em NASF foram as inclinações pessoais, a identificação com a ideologia, o interesse pelo novo campo de conhecimento e prática (organização do trabalho). A atuação das fonoaudiólogas consiste em intervenções nas equipes de ESF e na população adstrita a partir do apoio matricial e demais ferramentas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS). A maior demanda fonoaudiológica refere-se a crianças com alterações de linguagem (oral e escrita) - tais demandas são abordadas por meio de grupos - e idosos acamados. **Conclusão:** Pode-se dizer, pelos textos/depoimentos das fonoaudiólogas, que a formação foi insuficiente para subsidiar a atuação no NASF, porém, apesar das dificuldades, a maioria das fonoaudiólogas deste estudo realiza suas práticas em consonância com os princípios dos NASF indicados nos documentos norteadores do MS.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, Assistência Integral à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

CENTERS FOR SUPPORTING THE FAMILY HEALTH: INSERTION OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos
ADVISOR: Elenir Fedosse

Objective: to analyze speech and language practices in Family Health Support Centers of the State of Rio Grande do Sul and to understand the determinants and theoretical foundations that guide them. **Materials and Methods:** Descriptive and exploratory qualitative and quantitative study. Participating in this study were 18 speech-language pathologists working in the Family Health Support Centers (NASF) of the State of Rio Grande do Sul. Data collection took place between December 2016 and March 2017 through an electronic and self-administered questionnaire composed of open and closed questions organized in six categories: Sociodemographic identification, professional training, previous professional experience, current professional experience, Characterization of training for the public health system and characterization of work in NASF. The collected data were treated and analyzed quantitatively by means of Descriptive Statistics procedures presented in average, standard deviation, absolute and percentage numbers and qualitatively according to the precepts of the categorical analysis by operations of dismemberment of the text in units or categories, according to analog regroupings. **Results:** 18 professionals participated, women predominated, mean age was 37,78 years. 12 (66,7%) speech therapists come from the same Public University; 10 (55,6%) completed their graduation after the year 2002. The average duration of speech therapists was 3,13 years; Most of them experienced theoretical and practical disciplines focused on SUS, but few mentioned their influence in their current practice. 14 (77,7%) did some type of graduate studies. The main motivations for NASF work were personal inclinations, identification with ideology, interest in the new field of knowledge and practice (work organization). The speech therapists' activities consist of interventions in the FHT teams and in the employed population based on the matrix support and other tools recommended by the Ministry of Health (MS). The greater demand for speech therapy refers to children with language impairments (oral and written) - such demands are addressed through groups - and bedridden elders. **Conclusion:** It is possible to say, through the texts / statements of the speech therapists, that the training was insufficient to subsidize NASF performance, but despite the difficulties, most of the speech therapists in this study perform their practices in accordance with the NASF principles indicated in MS guiding documents.

Keywords: Speech-Language Pathology, Comprehensive Health Care, Primary Health Care, Single Health System, Collective Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tempo de atuação das fonoaudiólogas no NASF (n=20).....	40
Figura 2 – Porcentagem do uso das ferramentas no trabalho no NASF (n=20).....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Distribuição dos NASF que possuem fonoaudiólogos compondo as equipes dispostos em macro-regiões do estado do Rio Grande do Sul (n=18).....	32
Quadro 2 – Caracterização da formação das fonoaudiólogas no nível de pós-graduação (n=14).....	34
Quadro 3 – Categorias profissionais do NASF que mais realizam ações com a Fonoaudiologia (n=6).....	54
Quadro 4 – Categorias profissionais da equipe de ESF que mais realizam ações com a Fonoaudiologia (n=6).....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFFA	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CH	Carga Horária
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PB	Paraíba
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PST	Projeto de Saúde do Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Autorização Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	CAMINHOS DA FONOAUDIOLOGIA.....	16
2.2	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
2.3	A FONOAUDIOLOGIA E OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	25
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1	IDENTIFICAÇÃO, FORMAÇÃO E INSERÇÃO PROFISSIONAL DE FONOAUDIÓLOGOS(AS) EM NASF DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	32
4.2	CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO NO NASF.....	39
4.2.1	A motivação para trabalhar no NASF e para permanecer neste trabalho.....	41
4.2.2	O objetivo do trabalho da fonoaudiologia no NASF.....	47
4.2.3	As ferramentas utilizadas pelas fonoaudiólogas dos NASF.....	50
4.2.4	O trabalho específico da fonoaudiologia nos NASF.....	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
	APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	70
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	71
	APÊNDICE C – CARTA CONVITE DESTINADA AOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	72
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	73
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	75
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	82

1 INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia é uma profissão da saúde e ciência que atua e estuda a comunicação humana, no tocante ao seu desenvolvimento, distúrbios e aperfeiçoamento; ocupa-se das funções referentes à fala, fluência, voz, motricidade orofacial, deglutição, audição (função auditiva periférica e central), função vestibular e aspectos cognitivos (CFFA, 2016).

A Fonoaudiologia no Brasil surge no campo da educação, na década de 20, com o intuito de agregar práticas disciplinadoras da língua à técnicas especializadas, na tentativa de “higienizar as escolas” dos “erros” apresentados pela comunidade escolar. Apesar disso, os primeiros cursos datam da década de 60: Universidade de São Paulo (1961) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962), nos quais inicialmente formavam-se tecnólogos, pois a duração dos cursos era de um ano e em seguida de dois (BERBERIAN, 2000). O Conselho Federal de Educação regulamentou, por meio da Resolução nº54/76, o primeiro currículo mínimo que definia as disciplinas e cargas horárias dos cursos, baseado em disciplinas voltadas para a doença e com foco na reabilitação individual.

Em 1981, a profissão foi regulamentada por meio da Lei nº 6965 de 1981 e, em seguida (1983), foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia (De LIMA 1999; BRASIL, 1981). Em 2002, por meio da Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro, o Ministério da Educação (MEC) aprovou as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, dentre eles as da Fonoaudiologia, com o intuito de formar profissionais voltados para a integralidade do cuidado em saúde. A Fonoaudiologia vem estreitando relações e fazendo parcerias com várias disciplinas, inclusive com a Saúde Coletiva. Em sua história de atuação, observa-se que o fonoaudiólogo vem ultrapassando barreiras na conquista de espaço e reconhecimento do profissional no serviço público de saúde (MOREIRA, 2006) e, assim, aproximando-se dos princípios e operacionalizações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressalta-se que a partir da criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, a atenção à saúde tem passado por transformações ligadas principalmente aos princípios e diretrizes que o organizam e também pelo reconhecimento da saúde como direito social (BRASIL, 1988), o que significa dizer que, atualmente, o Brasil tem a saúde

como direito, objetivando serviços cada vez mais resolutivos, humanizados e integrais (BRASIL, 1990). Diante disso, destaca-se o princípio da integralidade (da condição e do cuidado em saúde), dado que o trabalho, a situação econômica e habitacional, o contexto social, dentre outros, passaram a ser considerados determinantes das condições de saúde e de vida da população, ampliando-se a compreensão dos processos saúde-doença (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, os serviços de Atenção Básica (AB) - definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012a, p.19) - são ponto de partida para a reorganização do SUS em todo o país e tem a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como instrumento prioritário dessa reorientação. A ESF é tida pelo Ministério da Saúde (MS) como:

“...estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”. (BRASIL, 2012a, p.54)

Com o intuito de fortalecer, qualificar, ampliar a abrangência e a resolubilidade da ESF, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Estes são constituídos por uma equipe composta por diferentes profissionais, inclusive fonoaudiólogos, que atuam de maneira integrada com as equipes de ESF. Estas equipes devem ser definidas pelos gestores municipais de saúde a partir das necessidades locais da população, considerando o perfil epidemiológico dos territórios de abrangência dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

As equipes de NASF atuam como apoio matricial e a partir das demandas identificadas pelas equipes de saúde de referência/equipes de ESF. Propõe a superação da fragmentação da saúde para a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) em corresponsabilização com as equipes de ESF. A organização do processo de trabalho do NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando a discussão dos casos, o atendimento compartilhado e interdisciplinar, trocando experiências e

estabelecendo responsabilidades mútuas, bem como a construção conjunta de projetos terapêuticos com ações de prevenção e promoção da saúde, entre outras (BRASIL, 2012a). A propósito, Cunha e Campos (2011) afirmam que um NASF, assentado a partir de equipes de referência e apoio matricial, possibilita, dentre outros benefícios, novas formas de contratos entre os profissionais, os serviços e a comunidade usuária dos serviços de saúde, lançando um olhar ampliado para o cuidado em saúde.

A criação dos NASF tornou-se, portanto, um marco importante na consolidação de um novo modelo de trabalho em equipe multiprofissional, visando produzir saúde, para além do modelo assistencialista individual, por meio de ações coletivas voltadas para o desenvolvimento humano e a promoção da saúde, buscando-se a integralidade da atenção e a corresponsabilização (de equipes e usuários) no cuidado em saúde (MÂNGIA e LANCMAN, 2008).

Diante das inúmeras e positivas mudanças no processo de cuidado à saúde, faz-se necessário que os profissionais de saúde, dentre eles o fonoaudiólogo, incorporem e desenvolvam novas competências e habilidades, possíveis a partir da reflexão e revisão dos modelos formativos, ofertados pelas Instituições de Ensino Superior (IES), que priorizam a especialização, a descrição e o cuidado individualizado sobre os problemas de saúde, ou seja, convém uma formação e atuação para além das técnicas e que fomente a responsabilidade social dos profissionais de saúde. Considerando o referido modelo de trabalho, as mudanças no perfil de formação e atuação dos profissionais envolvidos em NASF, as quais estão previstas nas DCN dos cursos de saúde, tem-se, ainda, restrita produção dessa nova prática desenvolvida por fonoaudiólogos (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010).

Frente à evolução do cenário de saúde brasileiro, da complexidade que envolve o SUS, dos processos de trabalho em NASF e, sobretudo, do potencial de inserção do fonoaudiólogo trazido por esta proposta, pergunta-se: estariam os fonoaudiólogos, integrantes dos NASF dos municípios do estado do Rio Grande do Sul, comprometidos com as políticas públicas de saúde? Estariam eles incorporando o conceito ampliado de saúde, garantindo o acesso aos serviços fonoaudiológicos, realizando ações resolutivas junto à população atendida e, ainda potencializando a atuação da equipe por elas acompanhadas?

No sentido acima, justifica-se a conveniência desta pesquisa. Esclarece-se que esta dissertação decorreu da constatação da autora (fonoaudióloga e especialista – pelo

Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com ênfase em Gestão e Vigilância em Saúde) que atuou no campo da gestão da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, de que é restrita a participação da Fonoaudiologia nos NASF e, de quando há, as práticas adotadas não correspondem aos pressupostos teóricos e metodológicos da AB e do SUS.

Ressalta-se a importância desta pesquisa para a área à medida que se visou conhecer a realidade da atuação fonoaudiológica nos NASF e, assim, produzir reflexões e subsídios acerca dessa nova forma de organização do processo de trabalho em saúde.

Este estudo teve como objetivo analisar as práticas fonoaudiológicas em Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul e compreender os determinantes e fundamentos teóricos que as orientam. Encontra-se organizado em cinco capítulos: este primeiro e introdutório ao tema de estudo; o segundo dedicado a uma Revisão da Literatura; o terceiro voltado aos Materiais e Métodos utilizados, seguido dos Resultados e Discussão da Pesquisa (quarto capítulo). No quinto, encontra-se a Conclusão da Pesquisa e, por fim, as Referências que embasaram o estudo (sexto capítulo).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CAMINHOS DA FONOAUDIOLOGIA

A prática fonoaudiológica brasileira esteve inicialmente focada na saúde escolar, esta considerada, nas décadas de 20, 30 e 40, um lugar que favorecia e influenciava na reorganização da sociedade; assim as práticas na educação, de uma forma geral, permeavam a fixação de limites entre o normal e o patológico, o saudável e o doente (BERBERIAN, A. P., 1995; SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Adiante, entre as décadas de 50 e 70, a atuação fonoaudiológica voltou-se fortemente para as clínicas de reabilitação e consultórios particulares e, concomitante a isso, apareceram os primeiros cursos de Fonoaudiologia com suas grades curriculares que fortaleciam o foco das práticas na atenção à doença e reabilitação clínica individual (LEONELLI et al., 2003; MARIN et al., 2003)

Note-se que a concepção de saúde que predominava era a preconizada pela Organização Mundial de Saúde desde 1948, em que a saúde era considerada um estado de completo bem-estar físico e mental, um estado estanque, praticamente inatingível e que desconsiderava os aspectos dinâmicos e processuais da condição de viver (SCLIAR, 2007). Assim, a atuação no processo saúde/doença era limitada à classificação do sujeito enquanto “doente ou saudável” baseada na realização de testes e exames, no intuito de identificar e posteriormente neutralizar os sintomas observados (PENTEADO e SERVILHA, 2004).

Na década de 80, o Brasil passou pelo processo de redemocratização e, no final da referida década, houve a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova política que considera e vincula a saúde às condições de vida em sociedade, estabelecendo os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade em saúde, bem como os operacionais de descentralização, regionalização, hierarquização, participação social. O SUS é formado pelo:

“conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta, das fundações mantidas pelo poder público (...). A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar” (BRASIL, 1990, Art.4º § 2º).

Portanto, impôs-se a necessidade de reorganização dos serviços, do modelo de atenção e da formação dos profissionais de saúde, além da contratação de novos profissionais, inclusive fonoaudiólogos, para o serviço público.

Convém ressaltar, que a inserção do fonoaudiólogo no sistema público deu-se por meio das secretarias de Educação e de Saúde entre as décadas de 70 e 90 e, nesta época, ainda eram poucas as experiências concretas da Fonoaudiologia nos serviços de Saúde Pública (SAMPAIO e GONÇALVES, 1980). Após a implantação do SUS, houve um aumento da inserção de fonoaudiólogos no serviço público a partir da realização de concursos pelas Secretarias Municipais de Saúde (MOREIRA e MOTA, 2009). Os fonoaudiólogos foram inseridos nos Centros de Saúde, dando início ao trabalho na Atenção Básica – AB – (nos termos dos autores - Atenção Primária à Saúde - APS¹), um modelo de atenção que visa favorecer acesso ao sistema público de saúde e tenta romper com o enfoque curativo e individual (fortemente instituído nos serviços públicos). A AB afirma a ótica da prevenção, da coletividade e da territorialização (FAUSTO e MATTA, 2007).

Segundo Befi (1997), apesar de estarem inseridos na AB, os fonoaudiólogos, pressionados pela demanda reprimida e pelas crescentes filas de espera, mas sobretudo, baseados em conhecimentos ainda pouco aprofundados nos princípios e diretrizes do SUS, continuaram trabalhando de forma semelhante a dos serviços especializados, ou seja, focados na reabilitação das morbidades instaladas. A referida autora destaca que surgiram inquietações e insatisfações diante dessa prática, tanto por parte dos fonoaudiólogos quanto pelos serviços públicos, fazendo com que os fonoaudiólogos buscassem na epidemiologia ferramentas necessárias para conhecer melhor as características da população a qual atendia e, assim, aprimorarem a organização do seu trabalho. Diante dessa nova situação, as instituições formadoras, no intuito de melhorar a formação e preparação desse profissional para o SUS, passaram a rever e adequar suas grades curriculares.

Como citado na Introdução desta Dissertação, em 2002, o MEC aprovou as DCN dos cursos da saúde – inclusive as da Fonoaudiologia - (BRASIL, 2002). Tais

¹Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” aparecem como sinônimos na literatura (nacional e internacional), porém, adoto neste estudo o termo Atenção Básica, utilizado pelo Ministério da Saúde brasileiro com o intuito de definir claramente, no contexto do SUS, a Saúde da Família como sua principal forma de cuidado primário em saúde.

diretrizes, visando atualizar e garantir a qualidade da formação dos profissionais de saúde para o SUS, afirmam a importância de os cursos de graduação aprofundarem o estudo das bases teóricas do SUS e da legislação correspondente, apropriando-se teoricamente dos determinantes do processo saúde-doença, dos princípios éticos e da epidemiologia. Neste sentido, segundo Haddad et al. (2010, p.396):

“As DCN inovam ao estimularem a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, o que lhe garantirá conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região. A formação deve considerar, além dos referenciais já mencionados, a realidade social, política e cultural, no sentido de garantir o respeito às redes de significados dos fenômenos humanos, às situações sanitária e educacional e à diversidade regional brasileira”.

As DCN dos cursos da saúde marcaram, ao menos teoricamente, mudanças no modelo vigente de formação ao propor uma abordagem inovadora de formação, definindo os princípios, fundamentos, procedimentos e condições desta formação. De acordo com as DCN dos cursos de Fonoaudiologia (BRASIL, 2002), este profissional deve ter uma formação generalista e humanista, no sentido de fomentar o olhar crítico e reflexivo. Além disso, os cursos devem dar base teórica para o desenvolvimento de habilidades como:

“I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos [...] a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo” (BRASIL, 2002, p. 01).

A partir da divulgação desse documento, fica definido ainda que a formação em Fonoaudiologia deve ser regida segundo o sistema de saúde em vigência no país, sob a ótica da atenção integral à saúde, do trabalho em equipe e num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência (BRASIL, 2002). Objetivando, dentre outros aspectos, dar conta das inovações formativas trazidas pelas

DCN, o currículo mínimo do curso de Fonoaudiologia passou a ter 3.200 horas, com duração de, no mínimo, quatro anos (BRASIL, 2009a).

Neste contexto, a formação e a atuação do fonoaudiólogo vêm gradativamente respondendo aos princípios do SUS; hoje, além de práticas de reabilitação, este profissional tende a trabalhar com o coletivo, buscando a promoção e a proteção da saúde. Essas novas práticas estão claras no engajamento de fonoaudiólogos em ações para a valorização da vida, nas pesquisas científicas que objetivam entender e cuidar das pessoas de forma integral. Portanto, essas conquistas são parte de um processo de mudança que não acontece de forma repentina, leva tempo e necessita de muita reflexão a partir do trabalho diário, formação continuada e, principalmente, o enfrentamento e a superação de conceitos encerrados na reabilitação (SERVILHA, 2008).

A propósito do dito acima, destacam-se, a seguir, os fundamentos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a atuação fonoaudiológica nestes núcleos.

2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Em 2006, com a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a AB ficou definitivamente marcada como porta de entrada preferencial do SUS, tendo como prioridade a consolidação e qualificação da ESF como modelo de AB e centro das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006a).

Uma equipe de ESF tem como alicerce o trabalho em equipe e deve, dentre outras coisas, atuar no território: cadastrando a população, fazendo o diagnóstico situacional que embasará o planejamento e a programação das atividades, desenvolvendo ações pactuadas com a comunidade e direcionadas aos problemas de saúde desta população e, assim, tornando-se um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006a).

Preconiza-se que uma equipe de ESF seja composta por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Há ainda a possibilidade de esta

equipe ser ampliada com a Equipe de Saúde Bucal (ESB), contando com um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A ESF é referência para um território pré-definido e seu processo de trabalho deve ser organizado de forma a garantir o maior e o melhor acesso à população, facilitando o vínculo entre a equipe e a população, garantindo a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

Adiante, em 2008, visando ampliar e dar apoio técnico às ações desenvolvidas pela ESF houve a criação dos NASF. Os NASF são regidos e estruturados legalmente por quatro documentos: 1) Portaria Ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008, referente à sua criação e orientação do seu funcionamento; 2) Caderno nº 27 da Atenção Básica, onde são incluídas as Diretrizes do NASF que discorrem sobre o processo e trabalho das equipes (BRASIL, 2009b); 3) Portaria Ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que, ao aprovar a Política Nacional da AB (PNAB), altera a constituição e vinculação de NASF e, por fim, 4) Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, em que o MS cria, além das duas modalidades de NASF até então existentes (NASF 1 e 2), o NASF 3, possibilitando que qualquer município do Brasil, independentemente de sua densidade demográfica, implante equipes de NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).

Os municípios interessados em implantar equipes de NASF podem optar – de acordo com as especificidades de cada território – por três modalidades: NASF 1, composto por profissionais com a somatória da carga horária (CH) mínima de 200h; as ocupações podem ter CH entre 20h/semanais e 80h/semanais. A equipe de um NASF 1 deve estar vinculada a no mínimo cinco equipes de ESF e no máximo nove. O NASF 2, com acúmulo de CH de 120h semanais, sendo que cada ocupação pode ter de 20h a 40h semanais, devendo estar vinculada entre três e quatro equipes de ESF. E, finalmente, o NASF 3, que deve ter o somatório de CH dos integrantes da equipe de, no mínimo, 80h semanais, podendo estar vinculado, no mínimo, a uma ESF e, no máximo, a três. Os profissionais do NASF 3 devem respeitar um encargo semanal entre 20 e 40 horas semanais, como no NASF 2 (BRASIL, 2012a).

As equipes de NASF foram criadas visando superar a fragmentação do cuidado à saúde e qualificar as ações da ESF. Assim, a integralidade do cuidado é considerada a principal diretriz a ser praticada por um NASF:

“A integralidade [...] pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população”. (BRASIL, 2009b, p.16)

As equipes de NASF podem ser compostas a partir do perfil epidemiológico da população – por profissionais de diferentes núcleos de conhecimento – a saber: assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico internista (clínica médica), médico geriatra, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, psicólogo, professor/profissional de educação física, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2012a).

O processo de trabalho de um NASF deve ser norteado por ferramentas como a Clínica Ampliada - o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde do Território (PST) e a Pactuação do Apoio. As intervenções diretas dessa equipe com os usuários e as famílias só devem ser realizadas em situações peculiares, quando as possibilidades de intervenções da ESF tenham se esgotado, por meio de negociação prévia com os profissionais responsáveis (BRASIL, 2009b). Para isto, os profissionais devem atuar a partir da ampliação da clínica, fomentando junto à equipe de ESF a rotina de análise das necessidades de saúde da população e de avaliação-reflexão da eficácia das intervenções realizadas, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2012a).

Convém aqui, destacar o conceito de Clínica Ampliada:

“ transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais” (CUNHA, 2005, p. 27).

No sentido acima, o MS afirma com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b), que a Clínica Ampliada dá subsídios para que os trabalhadores e, também, os usuários do SUS compreendam a complexidade dos sujeitos e as múltiplas razões dos problemas de saúde que afetam as populações, ajudando-os a trabalharem em equipe, considerando a interdependência do trabalho em saúde. Portanto, a Clínica Ampliada possibilita a produção de saúde em diferentes espaços e, sobretudo, o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e das comunidades. Esta autonomia/empoderamento dos sujeitos quanto às suas necessidades, desencadeia gradativamente a sua coresponsabilização no processo de produção de saúde (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Na perspectiva da Clínica Ampliada, respeitam-se os limites do conhecimento de cada profissional, agregando saberes de outras áreas e ajustando os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. As construções dos diagnósticos e das terapêuticas são coletivas, compartilhadas, levando-se sempre em conta a real situação de saúde do sujeito e sua singularidade (BRASIL, 2009b).

O Apoio Matricial, conceituado por Campos (1999) por meio de um denso estudo centrado na reforma das organizações e do trabalho em saúde, tem por objetivo garantir a “retaguarda” especializada para as equipes de ESF, com uma metodologia de trabalho complementar e atuando de forma singular e interativa nos problemas de saúde elencados pela equipe. Esta metodologia de trabalho garante o suporte técnico, pedagógico e também assistencial às equipes (CUNHA e CAMPOS, 2011). Vale ressaltar que, os profissionais atuantes no NASF apoiam a equipe e/ou o profissional de referência, e esta e/ou este tem a responsabilidade longitudinal pela condução dos casos, sejam eles individual, familiar ou comunitário, ampliando assim as possibilidades de construção de vínculo entre os profissionais e os usuários (CAMPOS, 1998).

O Apoio Matricial proporciona espaços de trocas, possibilitando o contato mais íntimo entre os saberes dos profissionais de referência e o especialista apoiador, tornando a comunicação entre eles clara e objetiva e influenciando diretamente na

eficácia do cuidado. Tal apoiador é um especialista que soma conhecimentos do seu núcleo profissional para o desenvolvimento das intervenções com a comunidade atendida, aumentando assim a capacidade de resolução dos problemas identificados pela equipe de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O PTS, por sua vez, deve ser construído pela equipe interdisciplinar com propostas terapêuticas articuladas, que podem ser destinadas a um indivíduo ou a coletivos. Tal ferramenta é geralmente utilizada em situações mais complexas e é organizada em quatro etapas: 1) O diagnóstico, realizado a partir da avaliação orgânico/psicológica/social no intuito de compreender os fatores biológicos para além do corpo, considerando aspectos subjetivos e conseqüentemente comportamentais do sujeito; 2) A definição de metas, realizada com base no diagnóstico da equipe e por meio de propostas de intervenção de curto, médio e longo prazo, previamente negociadas – pelo membro da equipe com vínculo mais próximo com o paciente; 3) A divisão de responsabilidades, que além de ser a pactuação clara das responsabilidades de cada integrante da equipe no caso, define também o profissional de referência no caso, este pode ser qualquer profissional da equipe de referência (independentemente da sua formação), que fica a par e articula o andamento do projeto. Tal profissional será referência também para a família, que poderá procurá-lo quando sentir necessidade e fará as negociações da proposta terapêutica; e 4) Reavaliação, nesta oportunidade realiza-se a análise da evolução da saúde do sujeito em questão, discutem-se as ações realizadas e se o acompanhamento está sendo eficaz (BRASIL, 2009b). Nesta reflexão tem-se a possibilidade de a equipe questionar sua prática e também de propor novos objetivos para o caso.

Assim, a construção de um PTS é tomada, segundo Oliveira (2008, p. 286), como:

“[...] um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Nesse sentido, entende-se que deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos do PTS [...]”.

Note-se que um PST tem o intuito de desenvolver a produção de saúde no território por meio de ações efetivas, articulando os diferentes serviços e políticas sociais para além da saúde, fazendo uso dos equipamentos públicos de forma articulada com a equipe da ESF e outros atores sociais envolvidos (BRASIL, 2009b). Destacam-se, a seguir, os passos para a elaboração de um PST:

“[...] O PST deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe, como uma idosa com “marcas de queda” e que pode ser vítima de violência. Bem como pode ser feita com base na análise da situação em saúde [...] À identificação segue-se a elaboração e consolidação de um entendimento mais aprofundado da situação/necessidade em saúde, no qual se trabalhará com: (a) justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco; (b) compreensão do processo histórico e social singular daquele território que produziu a vulnerabilidade/risco; (c) definição dos objetivos das equipes de saúde com relação à área e/ou população – desejos, limites, possibilidades; (d) estabelecimento das ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos das equipes de saúde; (e) identificação de outros atores sociais e/ou instituições seriam importantes para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos [...]” (BRASIL, 2009b, p. 29-30)

Ressalta-se que a construção de um PST deve ser realizada pela equipe de ESF e de NASF juntas, apoiados na participação social e intersetorialidade, no sentido de promover a saúde com momentos de discussão coletiva a fim de criar estratégias e definir objetivos, baseados nas necessidades locais de saúde. Estes espaços dão oportunidade para que a comunidade se aproprie, interfira e se corresponsabilize pelo projeto junto com as equipes de saúde. Neste sentido, o PST fortalece a rede de atenção à medida que envolve diferentes atores sociais, favorecendo o processo de cogestão e corresponsabilidade entre os envolvidos (BRASIL, 2009b).

A Pactuação do Apoio é outra ferramenta possível de ser utilizada e pode ser operacionalizada antes mesmo da existência física de uma equipe de NASF. Antes de elencar as profissões que farão parte da equipe do NASF é imprescindível que se faça a avaliação da situação de saúde do território. Esta análise deve ser realizada entre o gestor, as equipes de ESF e o Conselho Municipal de Saúde (CMS), por conhecerem as

reais necessidades do seu território, identificando os temas/situações em que mais precisam de apoio, negociando de forma democrática quais profissionais farão parte do NASF. Essa análise deve ser também em outras ocasiões como no caso de ampliação ou modificação da equipe (BRASIL, 2009b).

Outra situação é a pactuação do processo de trabalho, objetivos e metas do trabalho das equipes e que, também, inclui os gestores, a equipe do NASF e as equipes de ESF. Essa pactuação precisa ser uma atividade cotidiana, definindo e redefinindo, os problemas prioritários, os objetivos a serem alcançados, os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos e de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores (BRASIL, 2009b).

A partir desse referencial torna-se possível aumentar a resolubilidade da AB e, conseqüentemente, produzir a redução da demanda para serviços de média e/ou alta complexidade (no sentido de densidade tecnológica). Portanto, é imprescindível que os trabalhadores da AB, das equipes de ESF e das de NASF, conheçam e atuem segundo as diretrizes acima descritas.

2.3 A FONOAUDIOLOGIA E OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A observação do caminho percorrido pela Fonoaudiologia, especialmente nas últimas décadas, revela o esforço de fonoaudiólogos (cada vez mais persistentes e atuantes) no sentido de sua integração às equipes multiprofissionais e nos variados níveis de atenção à saúde da população. Estas mudanças condizem com as transformações das diretrizes do sistema de saúde brasileiro, da Saúde Coletiva, da concepção de saúde, entre outros fatores (BAZZO, 2007).

O cenário atual pode ser compreendido como resultado da mobilização dos fonoaudiólogos em favor do seu reconhecimento concomitantemente aos avanços científicos que sustentam sua prática e justificam sua presença nos ambientes de Promoção de Saúde. Há de se reconhecer a relação entre a crescente representatividade do trabalho do fonoaudiólogo no SUS com a criação de políticas de saúde, entre elas, a do NASF (FERREIRA et al., 2012).

A iniciativa de criação do NASF, que, conforme dito anteriormente, objetivou ampliar as condições e a qualidade do atendimento na AB, proporcionando a convivência e o diálogo de diferentes especialidades que conseguem, em conjunto, diagnosticar os problemas passíveis de intervenção. A atuação de fonoaudiólogos no NASF propicia um maior conhecimento da Fonoaudiologia pelos profissionais das equipes de saúde da família, pelos gestores e pela população, fatos que trazem benefícios aos profissionais envolvidos e, especialmente, às comunidades (CAVALHEIRO, 2009).

Considerando a importância das práticas que se deve desenvolver neste cenário de atuação (NASF), torna-se fundamental a formação de um profissional crítico, que conheça a realidade de saúde das populações, que se envolva com a Saúde Pública, que compreenda a sua ação para além da prevenção de doenças (LIPAY E ALMEIDA, 2007). Está cada vez mais claro que para o desenvolvimento do trabalho fonoaudiológico em um NASF, que implica interdisciplinaridade e integralidade, faz-se necessário uma reflexão crítica acerca do processo de formação profissional (realizado nas universidades) no sentido de afastar-se do modelo fragmentado que valoriza o conhecimento técnico especializado (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Há tempos já se discute que o fonoaudiólogo, inserido no campo da Saúde Coletiva e Pública, pode atuar promovendo a saúde e a qualidade de vida, o que implica fazer da comunicação e da linguagem uma ação política concreta, visando a produção de saber social. É fundamental o comprometimento com a transformação da realidade da saúde e educação da população, superando as injustiças sociais e melhorando assim a qualidade de vida (PENTEADO e SERVILHA, 2004). Neste sentido, é de extrema importância que os fonoaudiólogos (assim como outros profissionais da saúde) reflitam sobre a finalidade de suas intervenções, (re)construindo o sentido de suas práticas e tornando-as coerentes com a proposta do NASF (FERNANDES et al., 2009).

Neste movimento, observam-se, ainda em número reduzido, estudos desenvolvidos por fonoaudiólogos divulgando experiências vivenciadas em NASF. Tais produções certamente contribuiriam para subsidiar a formação de fonoaudiólogos e a atuação dos integrantes de NASF, de modo a adequarem-se às propostas desses núcleos. Têm-se evidências de que a inserção do fonoaudiólogo no NASF tem exigido o desenvolvimento de habilidades para além das práticas clínicas tradicionais e,

consequentemente, requerido a aplicação dos preceitos da Clínica Ampliada, destacando-se a realização de trabalho em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar (MOLINE-ALVEJONAS et al., 2010). Segundo Souza et. al (2011), a atuação do fonoaudiólogo no NASF caminha entre o campo clínico e o social; sendo possível promover a saúde, fortalecer a rede e estreitar laços com a comunidade por meio dos equipamentos sociais disponíveis (centros sociais, igrejas, associações, escolas, dentre outros). Outros autores, Fernandes et al. (2010) e Fernandes et al. (2013), evidenciam a participação ativa de fonoaudiólogos nas reuniões de equipes e com a comunidade, a realização de diagnósticos da situação de saúde local, a participação em campanhas de saúde e na educação permanente das equipes.

O estudo de Andrade et al. (2014) avaliou as ações de fonoaudiólogos nos NASF do município de Recife (PE) e constatou que as ações desenvolvidas estão em concordância com as normas estabelecidas nos documentos que direcionam a atuação do NASF e que a Fonoaudiologia tem contribuído para fortalecer as equipes de Saúde da Família e de aumentar a integralidade das ações da AB. Em contrapartida, o estudo de Da Costa et al. (2013), que analisou o discurso de 12 fonoaudiólogos sobre suas práticas em equipes de NASF nos municípios da Paraíba (PB), mostra uma atuação fortemente centrada na perspectiva do núcleo profissional. Os autores enfatizam que, para o trabalho fonoaudiológico ser efetivo na perspectiva do SUS e da Saúde Coletiva, faz-se necessário ultrapassar as barreiras do núcleo/do saber específico.

Certamente que, considerando-se as questões históricas da profissão, a formação profissional relativa ao SUS, Saúde Coletiva e Pública, a amplitude e a complexidade que envolve o trabalho no NASF, tem-se necessidade de maiores investimentos na produção de conhecimento referente a esse tema (MOLINE-ALVEJONAS et al., 2010), destacando-se o ponto de vista dos fonoaudiólogos e também dos gestores e de outros profissionais da saúde, com os quais a Fonoaudiologia se relaciona. A propósito, a dissertação de Mestrado (MORETTI, 2015), ocupou-se em reconhecer a participação da Fonoaudiologia e da Fisioterapia nos NASF implantados no Brasil, a partir do ponto de vista dos gestores. A referida pesquisa revelou que até 2014, os fonoaudiólogos ocupavam a quinta posição entre os profissionais de NASF (11,21%), assim como revelou que, segundo os gestores (16,13%), as profissões que a população mais sente falta são a Fonoaudiologia e a Fisioterapia.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo seguiu os princípios da pesquisa descritiva e exploratória, sendo a análise de dados realizada qualitativa e quantitativamente.

Um estudo descritivo, segundo Gil (2007), tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, enquanto que uma pesquisa exploratória favorece uma visão ampla acerca de um determinado fato. Neste sentido, a população pesquisada foram os profissionais fonoaudiólogos atuantes nos NASF do Estado do Rio Grande do Sul, visando conhecer a formação, a experiência e, sobretudo, as práticas desses profissionais no interior dos NASF.

Este estudo escolheu analisar parte dos resultados pelos princípios da pesquisa qualitativa, uma vez que ela possibilita um conhecimento mais aprofundado da realidade investigada, assim como das relações humanas que dela fazem parte e cuja complexidade, muitas vezes, não é contemplada apenas por meio de variáveis numéricas (MINAYO, 2010; FLICK, 2009). Por outro lado, este estudo também se utilizou da abordagem quantitativa cujo objetivo é trazer dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO e SANCHES, 1993).

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os profissionais fonoaudiólogos que estavam inseridos nas equipes de NASF do estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 30 de maio de 2016, havia no estado um universo de 20 fonoaudiólogos inseridos em NASF de 18 municípios do estado. Dos 20 fonoaudiólogos, 18 aceitaram participar desta pesquisa.

Esclarece-se que os critérios de inclusão utilizados foram o de ser fonoaudiólogo(a) integrante de uma equipe de NASF do estado do Rio Grande do Sul e de permanecer nesta função há, no mínimo, três meses. Seriam excluídos os fonoaudiólogos(as) que estivessem afastados do trabalho por licença com duração superior a três meses; porém, no período da coleta (de 01 de dezembro de 2016 a 01 de março de 2017) não existia nenhum fonoaudiólogo afastado.

Inicialmente foi realizado contato telefônico com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) informando o intuito desta pesquisa e solicitando o e-mail institucional dos secretários municipais de saúde para o envio do Termo de Autorização Institucional (TAI) (APÊNDICE A). Nesta ocasião, foi possível falar com os secretários por telefone e apresentar a proposta da pesquisa para apreciação dos mesmos; em seguida, os TAI

foram enviados por email aos secretários de saúde dos 18 municípios que contavam com fonoaudiólogos(as), os quais foram assinados, escaneados e enviados por email, por todos os secretários de saúde. Após a autorização das instituições, deu-se prosseguimento ao registro do projeto na Plataforma Brasil.

Convém esclarecer que a coleta junto aos(às) fonoaudiólogos(as) foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de origem (UFSM) (ANEXO A) sob parecer número 1.838.857. Deste modo, a pesquisa foi desenvolvida respeitando-se as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, ou seja, cumprindo-se os princípios éticos aprovados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As pesquisadoras, por meio do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B), garantiram aos participantes a preservação da privacidade e anonimato dos mesmos; igualmente, garantiram que as informações obtidas serão utilizadas única e exclusivamente nesta pesquisa, serão mantidas com as pesquisadoras por um período de cinco anos sob a responsabilidade da orientadora Prof^a, Dr^a. Elenir Fedosse, armazenadas em banco de dados nas dependências da UFSM.

A coleta de dados foi iniciada a partir de novo contato telefônico com as SMS solicitando o e-mail institucional e/ou pessoal dos(as) fonoaudiólogos(as) dos NASF dos municípios participantes da pesquisa. Assim que as SMS disponibilizavam os nomes e endereços eletrônicos dos(as) fonoaudiólogos(as), a pesquisadora passou a enviar, por email, uma Carta Convite (APÊNDICE C), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) e o questionário (APÊNDICE E).

Ressalta-se que o questionário foi do tipo eletrônico e auto-aplicado, respondido diretamente pelo sujeito da pesquisa sem intervenção do pesquisador. O questionário foi composto por questões objetivas e subjetivas, contendo itens que pudessem responder aos objetivos deste estudo. Desta forma, o questionário contemplou seis categorias, a saber: Identificação sociodemográfica, formação profissional, experiência profissional anterior, experiência profissional atual, caracterização da formação para o sistema público de saúde e caracterização do trabalho no NASF.

Foi solicitado ao(à) fonoaudiólogo(a) que, após leitura do TCLE assinasse-o e o enviasse escaneado, juntamente com o questionário respondido, em até 15 dias. No entanto, cumpriram este prazo apenas sete profissionais. Então, foram enviados novos convites, cada um com o tempo de espera de 15 dias, totalizando, em dois casos, o número de oito convites (a insistência da pesquisadora foi devido ao fato de esses(as) dois(duas) fonoaudiólogos(as) terem manifestado, em um primeiro momento, concordância em participar da pesquisa).

Convém destacar que os profissionais que participaram deste estudo poderiam ter desconforto ou cansaço ao responder o questionário eletrônico, além do trabalho em escanear o TCLE. Foi explicado que se tais desconfortos ocorressem, o(a) colega poderia respondê-lo em partes, ou seja, que fizesse um período de descanso, retornando quando se sentisse disposto e à vontade. Quanto ao trabalho de imprimir e escanear o TCLE, contou-se com a colaboração do(a) colega. Também foi esclarecido que os sujeitos da pesquisa tinham total liberdade para a desistência de sua participação em qualquer momento da pesquisa. Neste sentido, o presente estudo trouxe riscos mínimos aos sujeitos. Quanto aos benefícios, acredita-se que se consistiram na oportunidade de reflexão sobre a prática fonoaudiologia em NASF, assim como no acréscimo dos conhecimentos científicos sobre o tema.

Os dados coletados foram tratados e analisados quantitativa e qualitativamente. Os dados quantitativos foram armazenados no Microsoft Office Excel 2010 e a análise foi processada no Software Statistica 9.1. A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de procedimentos da Estatística Descritiva com números absolutos e percentuais que, segundo Barbetta (2006), tem por objetivo sintetizar uma série de valores da mesma natureza e fornecer a representação dos dados, por meio de tabelas, gráficos, entre outros. Os dados qualitativos foram agrupados segundo argumento e similaridade de respostas e a análise foi realizada segundo os preceitos da análise categorial, proposta por Bardin (2008), que faz parte das técnicas de Análise de Conteúdo.

No sentido acima, as respostas foram agrupadas de acordo com os temas que tratavam, foram efetuadas leitura e releitura das mesmas a fim de interpretar as ideias dos sujeitos participantes da pesquisa. Após a leitura exaustiva foi realizado um fichamento das respostas, marcando-se no texto (com cores diferentes) os subtemas que

emergiram, a partir dos quais foram construídas as categorias e elementos de análise para a interpretação dos conteúdos. Desta forma, a análise categorial deu-se por operações de desmembramento do texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Dentre os tipos de categorização, a análise temática é considerada rápida e eficaz ao se aplicar a discursos diretos e simples (MINAYO, 2006). Segundo a autora, realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem para o objeto analisado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 IDENTIFICAÇÃO, FORMAÇÃO E INSERÇÃO PROFISSIONAL DE FONOAUDIÓLOGOS(AS) EM NASF DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Este estudo, conforme dito anteriormente, ocupou-se de um universo de 18 profissionais, sendo 100% do sexo feminino, corroborando com o estudo de Fernandes et al. (2013) que, ao caracterizar a atuação fonoaudiológica em NASF, também encontrou a prevalência (100%) do sexo feminino; 94,4% das fonoaudiólogas são brancas (apenas uma [5,6%] se autodeclarou negra).

Do total de participantes, 10 (55,55%) responderam corretamente sua naturalidade, quatro fonoaudiólogas confundiram naturalidade com nacionalidade e quatro não a informaram. Foram identificadas fonoaudiólogas dos municípios de Caxias do Sul, Itaqui, Ijuí, Rosário do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santiago e Três de Maio, ou seja, todas naturais de municípios do estado do Rio Grande do Sul. Uma constatação interessante de ser destacada é o fato de que nenhuma das fonoaudiólogas atua em seus municípios de origem. A propósito, apresenta-se, a seguir (Quadro 1), a distribuição dos NASF que possuem fonoaudiólogos compondo suas equipes, dispostos em macro-regiões do estado do Rio Grande do Sul.

Quadro 1 – Distribuição dos NASF que possuem fonoaudiólogos compondo as equipes dispostos em macro-regiões do estado do Rio Grande do Sul (n=18).

Macro-região	Nº de NASF que possui fonoaudiólogo
Metropolitana	4
Norte	1
Serra	1
Sul	0
Centro-Oeste	4
Missioneira	5
Vales	2

Fonte: Dados coletados por meio do questionário de pesquisa

A média de idade das fonoaudiólogas é de 37,78 (Desvio Padrão= 9,06), sendo a idade mínima de 26 anos e a máxima de 61 anos.

Quanto à formação, constatou-se que 12 (66,7%) fonoaudiólogas são provenientes de uma mesma Universidade Pública e as demais (33,3%) foram formadas

em diferentes faculdades privadas do estado. Vale ressaltar que 10 (55,6%) concluíram sua graduação após o ano de 2002, ou seja, posteriormente às Diretrizes Curriculares dos cursos de Fonoaudiologia vigentes (BRASIL, 2002). Este dado corrobora o estudo de Fernandes et al. (2003) que, ao analisar as atribuições dos fonoaudiólogos em NASF na cidade do Recife, constatou que 60% dos sujeitos envolvidos na pesquisa concluíram sua graduação após o ano de 2002.

Em se tratando da formação/graduação e das disciplinas específicas voltadas ao SUS, pode-se constatar que das oito fonoaudiólogas formadas até o ano de 2002, apenas duas (25%) tiveram disciplinas teóricas e práticas com ênfase na Saúde Pública; em contrapartida, das 10 que concluíram a graduação após o ano de 2002, oito (72,7%) afirmaram ter vivenciado disciplinas teóricas e práticas neste campo.

Nas respostas ao questionamento da influência que essas disciplinas exerceram em sua prática enquanto profissionais do sistema público de saúde, constatou-se que, das duas fonoaudiólogas que tiveram formação para o SUS na graduação até o ano de 2002, nenhuma delas considerou que as disciplinas as influenciou em suas práticas no sistema público e, atualmente, no NASF. Das 10 formadas após 2002, oito tiveram formação para o Sistema Público do SUS, no entanto, apenas três (37,5%) consideraram que a formação durante a graduação influenciou suas ações na prática.

Tais resultados indicam que estão sendo cumpridas as determinações das DCN dos cursos da saúde/Fonoaudiologia, as quais visam uma formação que envolve os pressupostos do SUS, no intuito de que os profissionais tenham um olhar integral sobre o sujeito, bem como sejam capazes de considerar a saúde e seus determinantes e condicionantes. Porém, o fato de a maioria não considerar que as disciplinas influenciaram em suas práticas atuais, em NASF, levanta o questionamento quanto à qualidade e o enfoque dessa formação: será que houve, além da apresentação e/ou discussão teórica, oportunidades de vivências práticas em NASF e/ou em territórios abrangidos por ESF?

A formação inicial na maioria dos cursos de saúde ainda é marcada pela fragmentação do conhecimento e esta metodologia reflete diretamente na prática, dificultando a construção do olhar integral sobre o cuidado do sujeito (FEUERWERKER, 1998). O trabalho na AB requer que tanto a formação inicial dos profissionais de saúde quanto educação permanente desses profissionais, neste âmbito,

deem base e despertem habilidades e competências suficientes para a compreensão das condições de vida e de saúde dos grupos sociais (do nosso ponto de vista, já adstritos e/ou dos a serem adstritos por meio de busca ativa – uma importante ação para o efetivo cuidado em saúde na AB). Note-se que a formação (na graduação e por educação permanente) é fundamental para sustentar a prática dos profissionais de saúde na elaboração do diagnóstico situacional, no planejamento de ações efetivas no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, na assistência prestada à população (OLIVEIRA, 2004). Esta autora também afirma a formação em AB qualifica o desenvolvimento de ações educativas que estimulam o autocuidado e a emancipação das pessoas.

Neste mesmo sentido, o estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2010) apresentou reflexões acerca das competências profissionais necessárias para o trabalho no NASF, destacando, como no presente estudo, a evidência de um distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e a realidade vivida na AB. Os autores ressaltam que, na construção das propostas pedagógicas dos cursos de saúde, há um distanciamento dos serviços de AB, fato que dificulta a aproximação da graduação com questões fundamentais da proposta do NASF, como: o vínculo, o acolhimento, a escuta e o trabalho em equipe multiprofissional.

No quesito pós-graduação, pode-se constatar que 14 (77,7%) a fizeram, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização da formação das fonoaudiólogas na pós-graduação (n=14).

Sujeito	Tipo de Pós-Graduação	Ano de Conclusão	Tema/Área do Trabalho
F1	Aperfeiçoamento	2015	**/Fonoterapia
	Especialização	2017	Saúde da Família/Atenção Básica
F2	Especialização	2007	Reflexo cócleo-palpebral em neonatos/Audiologia
	Mestrado Acadêmico	*	Triagem Auditiva Neonatal/Audiologia
F3	Especialização	2010	Audiologia Ocupacional/Audiologia
F4	Especialização	1987	**/Fonoterapia
F5	Especialização	*	Audiologia Ocupacional/Audiologia
F6	Especialização	2002	**Motricidade Orofacial
F7	Especialização	2007	Desvio Fonológico/Linguagem-Fala
	Residência	*	Pré-natal e Puérperas/Atenção Básica

	Mestrado	*	Desvio fonológico/Linguagem-Fala
	Doutorado	*	Avaliação fonológica/Linguagem-Fala
F10	Especialização	2013	NASF/Atenção Básica
	Mestrado	*	Distúrbios de fala/Linguagem-Fala
F11	Atualização	*	**/**
	Especialização	2003	Estimulação de sucção em bebês/Motricidade Orofacial
	Residência	*	Triagem auditiva neonatal/Atenção Secundária-Terciária/Atenção Básica
F12	Atualização	*	**/**
F14	Atualização	2016	Disfagia infantil/Disfagia
	Especialização	2004	Eletronistagmografia/Audiologia-Equilíbrio
F15	Aperfeiçoamento	*	**/**
	Especialização	2013	**/Motricidade Orofacial
F17	Especialização	2000	**/Fonoterapia
F18	Especialização	2010	**/Motricidade Orofacial

Fonte: Dados coletados por meio do questionário de pesquisa

Legenda: * Ano de conclusão não informado pela respondente

** Tema e/ou área do trabalho de conclusão da pós-graduação não informado pela respondente

Das fonoaudiólogas que fizeram pós-graduação, 13 (92,8%) optaram pela especialização *Lato Sensu* (especialização e/ou residência), sendo que destas, sete fizeram mais de um tipo de pós-graduação. Destas, nove (69,2%) realizaram pesquisas voltadas para a área clínica/reabilitação e apenas quatro (30,8%) realizaram pesquisas que envolvem a AB. Note-se que se destacou a formação voltada à terapêutica da linguagem e motricidade orofacial (áreas tradicionais de atuação da Fonoaudiologia) e em Audiologia (formação em Triagem Auditiva Neonatal e em Audiologia Ocupacional), esta última atualmente suportada por Políticas Públicas de Saúde (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c) que, do nosso ponto de vista, podem ser desenvolvidas em Ambulatórios e também na AB, por equipes de NASF. No entanto, não foram encontrados, na literatura consultada, estudos que revelassem atuação fonoaudiológica em NASF relativas à realização de triagem auditiva neonatal e/ou desenvolvimento de ações junto aos trabalhadores da AB e/ou de equipamentos de educação localizados no entorno das unidades de ESF cobertas por equipes de NASF.

Em relação ao tempo de prática fonoaudiológica anterior ao NASF, encontrou-se a média de 9,6 anos de atuação (Desvio Padrão = 7,1), sendo que três (16,7%) fonoaudiólogas não tinham nenhuma experiência anterior e oito (44,4%) tinham mais de 10 anos de experiência. Das 15 que tinham prática fonoaudiológica anterior ao NASF,

apenas uma (6,7%) declarou ter trabalhado exclusivamente no SUS (AB e Atenção Secundária), uma (6,7%) teve sua prática anterior exclusivamente no sistema privado (consultório) e 13 (86,6%) tiveram prática anterior ao NASF tanto no sistema público (Atenção Secundária) como no privado (consultório).

Note-se que a atuação clínico-reabilitadora no setor privado é forte na experiência profissional das fonoaudiólogas deste estudo, coincidente com a formação em pós-graduação acima discutida. Em termos de mercado profissional tem-se, ainda, na atualidade, o setor privado como maior empregador, os concursos públicos para fonoaudiólogos, em quaisquer níveis do sistema de saúde, ainda são restritos. A propósito, um estudo recente realizado por Teixeira et al. (2013) que analisou aspectos da trajetória profissional de egressos de Fonoaudiologia formados nos últimos dez anos na Universidade Federal de Minas Gerais, constatou que a maior parte (41,8%) destes egressos atuam com vínculo empregatício em forma de contrato ou prestação de serviços e apenas 19,41% são concursados no funcionalismo público municipal ou estadual.

Ainda hoje, existem fonoaudiólogas no sistema público contratadas, o que caracteriza vínculos empregatícios precários. Encontrou-se neste estudo a existência de cinco (27,8%) contratadas, sendo a maior parte (13) das fonoaudiólogas dos NASF são concursadas (72,2%).

Quanto à forma de inserção no NASF, constatou-se que quatro (30,8%) das concursadas fizeram concurso com vaga definida para o NASF, duas (15,4%) foram convidadas a trabalhar em NASF e optaram por integrar esta equipe e seis (46,1%) se inseriram no NASF por determinação da gestão (quatro já eram servidoras da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) atuantes na média complexidade e duas receberam a ordem mediante a sua chamada no concurso). Um fato interessante é que apenas uma (7,7%) fonoaudióloga, já concursada e no quadro de servidores da SMS, desencadeou e elaborou junto com a equipe de profissionais e gestora o projeto para implantação do NASF em seu município.

Das cinco fonoaudiólogas que possuem vínculo empregatício em forma de contrato, quatro (80%) foram contratadas para a vaga no NASF e uma (20%) declarou que já trabalhava no município na área de reabilitação quando o NASF foi implantado, sendo inserida no NASF por ordem da gestão.

Ao inserir-se numa equipe de NASF, o fonoaudiólogo é desafiado a atuar numa perspectiva para além do núcleo e das ações centradas na clínica individual, restrita ao consultório ou ao espaço da pessoa que demanda os seus serviços. O fonoaudiólogo deve estar preparado e disposto para o trabalho na AB, que exige dele conhecimentos acerca da clínica ampliada e o desenvolvimento de ações tanto na perspectiva de núcleo quanto de campo (DA COSTA et al., 2013).

O trabalho no NASF, por se diferenciar das práticas tradicionais clínico-reabilitadoras, pode tornar-se um desafio ainda maior para os fonoaudiólogos que são inseridos neste espaço por imposição da gestão e sem a possibilidade de escolha. Neste caso, o ideal é que haja a possibilidade uma discussão horizontal entre o a gestão e o fonoaudiólogo a ser inserido no NASF, acerca da preparação dele para exercer tal função e também a respeito da disponibilidade/vontade pessoal deste profissional para essa mudança em seu processo de trabalho (da atenção-reabilitação para práticas da clínica ampliada).

Sabe-se que uma relação horizontal entre a gestão e os profissionais da saúde aumenta as chances de sucesso do trabalho em equipe na AB e, também, um olhar sensível do gestor, no momento de selecionar os profissionais que irão compor as equipes de NASF é, do nosso ponto de vista, fundamental para a maior efetividade do trabalho nestes moldes. Tais cuidados, além de fortalecer o vínculo entre os atores envolvidos e fortalecer a corresponsabilização, evitando percalços como a falta de interesse do profissional em apreender novos conteúdos ou até mesmo sua desistência em trabalhar no NASF, o que tenderia a levar a uma grande rotatividade de profissionais, o que, por sua vez, dificulta a vinculação da Fonoaudiologia com a equipe e a população adstrita. Neste sentido, o estudo de Nicácio Martinez et al. (2016), com o objetivo de analisar o processo de implantação do NASF em Goiânia, considerando as percepções dos profissionais e gestores, constatou que alguns profissionais, por falta de afinidade com a proposta de trabalho no NASF, desistiram no primeiro ano de atuação, em especial, os médicos, que questionaram a prioridade no apoio às equipes de ESF em detrimento ao atendimento clínico diretamente à população.

Em relação ao tipo de NASF que estas fonoaudiólogas estão alocadas, constatou-se que as modalidades I (44,4%) e II (44,4%) são as mais frequentes, tendo apenas duas (11,1%) fonoaudiólogas atuantes no NASF modalidade III.

Quanto ao número de equipes de ESF vinculadas aos NASF, encontrou-se a média de 5,7 equipes (Desvio Padrão=3,3); a maior parte (44,4%) das respondentes apoiam de cinco a nove equipes de ESF, conforme previsto na legislação pertinente. É importante destacar que duas respondentes afirmam ultrapassar a recomendação do MS quanto ao número de equipes de ESF apoiadas: uma fonoaudióloga (alocada num NASF tipo I) afirmou apoiar 12 equipes de ESF, quando o limite para esta modalidade é de nove equipes e outra fonoaudióloga (alocada num NASF modalidade II) afirmou apoiar 5 equipes de ESF, quando o limite para esta modalidade é de 4 equipes.

Frente a isso, fica claro que o número de equipes de ESF a serem matriciadas ultrapassa, em alguns casos, a meta estabelecida pela Portaria nº 3.124/2012 que estabelece a quantidade mínima e máxima de equipes de ESF para cada modalidade de NASF. Esta Portaria define que o NASF I deve se envolver com no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF; o NASF II envolve-se, no mínimo, com três e no máximo com quatro equipes de ESF, e o NASF III, com uma ou duas equipes (BRASIL, 2012d). Vale ressaltar que em 2008, na primeira versão publicada da proposta do NASF, um NASF I poderia apoiar, no mínimo, oito e, no máximo, vinte equipes de ESF. Provavelmente, após avaliações de desempenho das equipes, essa relação foi alterada e em 2012, reduzindo-se o apoio dos NASF entre cinco e nove equipes de ESF (BRASIL, 2012d).

O descumprimento da recomendação do MS quanto ao quantitativo de equipes de ESF apoiadas, encontrado no presente estudo, corrobora com o estudo realizado por Magalhães (2014), que ao analisar o entendimento de profissionais e gestores dos NASF do Distrito Federal (DF) têm sobre o Apoio Matricial, constatou que algumas equipes de NASF deste estado também ultrapassam a meta estabelecida pelo MS quanto ao número máximo de equipes de ESF que podem ser apoiadas pelos NASF. A autora ressalta que a recomendação do MS quanto ao número de equipes a serem apoiadas aponta para a garantia da qualidade de trabalho de apoio prestado pelos NASF, garantindo maior vínculo e presença das equipes de NASF às equipes de referência e que descumprir tal recomendação pode acarretar em problemas no desenvolvimento das atividades das equipes (MAGALHÃES, 2014).

Tal situação mostra que as condições de trabalho em alguns NASF do Rio Grande do Sul não são favoráveis e pode diminuir a abrangência das atividades das

equipes, este fato pode estar relacionado a fatores como a falta de profissionais, as dificuldades orçamentárias dos municípios contratantes, dentre outras. O estudo de Andrade et al. (2012), realizado no estado de Santa Catarina, revelou que os profissionais de NASF e de ESF tinham dificuldades no trabalho diante do amplo território adstrito. Resultados similares foram encontrados no estudo de Nicácio Martinez et al. (2016): a precária condição de trabalho, decorrente do reduzido número de equipes de NASF (por falta de profissionais/equipes incompletas) no município, fez com que a gestão aumentasse o número de equipes de ESF apoiadas pelos NASF (para além do que é recomendado pelo MS) para que todas tivessem o apoio, o que gerou dificuldades no desenvolvimento das atividades dessas equipes de NASF.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO NO NASF

Para a análise dos processos de trabalho das fonoaudiólogas dos NASF, do estado do Rio Grande do Sul, faz-se necessário dizer que mesmo que todas as equipes sigam um documento norteador em comum, existem múltiplos fatores que podem influenciar suas práticas, por exemplo, o tempo de atuação profissional e em equipes de NASF, considerando-se que quanto mais experiência se tem em determinado campo, mais maduros tendem a serem os processos de trabalho.

A média de tempo de atuação das fonoaudiólogas, deste estudo, em NASF foi de 3,13 anos (Desvio Padrão = 1,9), entretanto a variação encontrada foi de 0,5 ano (6 meses) a nove anos de atuação. Pode-se notar que a maior parte das respondentes (13) tem de dois a quatro anos de atuação em NASF. A Figura 1 apresenta a distribuição desses dados referente ao tempo de atuação no NASF.

Figura 1 – Tempo de atuação das fonoaudiólogas no NASF (n=20).



Fonte: Dados coletados por meio do questionário de pesquisa

No que se refere ao tempo de atuação no NASF, chama-se a atenção para o número de respondentes com dois ou mais anos de experiência (88,9%). Este dado mostra que a grande maioria das profissionais tem tempo de experiência suficiente para compreender os princípios que norteiam o trabalho no NASF e a operacionalização do trabalho em uma equipe nesses moldes. Tais resultados corroboram com o estudo de Soleman (2012), que investigou o trabalho fonoaudiológico em NASF na cidade de São Paulo e constatou que grande parte dos sujeitos (26%) possui mais de três anos de experiência em NASF.

Vale ressaltar que, apesar de as fonoaudiólogas, deste estudo, terem um tempo relativamente suficiente para ajustar suas práticas nos moldes do trabalho em NASF, existem outros fatores que podem influenciar suas práticas, dentre eles, imposições da gestão no funcionamento interno das equipes de NASF. A esse respeito, o estudo de Soleman (2012), citado anteriormente, apontou que um dos fatores que influenciam no processo de trabalho das equipes de NASF diz respeito às metas pré-definidas e cobranças impostas pela gestão (SMS). Este estudo comprovou que a padronização do cumprimento de metas, além de não levar em conta as necessidades específicas de saúde de cada território, interfere na dinâmica de trabalho dessas equipes, que muitas vezes, tomam estas metas como objeto de trabalho.

Neste sentido, vale destacar a importância do coordenador do NASF na liderança e no fortalecimento da autonomia das equipes. Segundo Moline-Avejonas et al. (2010), quando o coordenador não entende ou não lidera as equipes, deixa-as à mercê das imposições institucionais que, muitas vezes, baseiam-se em metas quantitativas. As autoras salientam que os coordenadores são líderes e, nesta posição, tornam-se fundamentais para nortear o processo de planejamento baseado nas necessidades da população adstrita, fomentando o trabalho interdisciplinar e compartilhado.

4.2.1 A motivação para trabalhar no NASF e para permanecer neste trabalho

Quanto à motivação das fonoaudiólogas para trabalhar no NASF, pode-se identificar que diversas foram as razões disparadoras desse processo na vida das respondentes, predominando as inclinações pessoais, satisfação de ideologias e o interesse pelo novo campo de conhecimento e prática. Conforme indicado a seguir, sete fonoaudiólogas tiveram motivação compatível com os princípios da atuação prevista em um NASF:

O que me motivou a trabalhar no NASF foi a possibilidade de fazer o diferente, de fazer mais, de atuar integralmente e em equipe multiprofissional. Além disso, considero que tenho perfil de trabalho em equipe e compartilhado. Não consigo atuar de portas fechadas no ambulatório. (F1)

A oportunidade de aproximar o trabalho da fonoaudiologia da AB e da comunidade. (F2)

A oportunidade de interação profissional, equipe multiprofissional, trabalho interdisciplinar, triagem e o encaminhamento a especialidade competente. (F3)

Em um primeiro momento o que me motivou foi o gosto pela saúde pública, e poder atuar tanto na promoção, prevenção, como na reabilitação dos usuários (F5)

Considerando o longo tempo de permanência no ambulatório pude perceber a necessidade de um trabalho junto à AB e a necessidade do trabalho de promoção e prevenção. Contudo, junto a um coletivo de trabalhadores apresentamos a proposta ao gestor e construímos o projeto. (F10)

A possibilidade de trabalhar em equipe interdisciplinar, o desafio do trabalho no modelo do NASF e na saúde pública, com a comunidade. (F17)

Poder trabalhar a integralidade através de uma equipe interdisciplinar foi o que me motivou, podendo assim aumentar meus conhecimentos. (F18)

Por outro lado, o mesmo número significativo (sete fonoaudiólogas - 38,8 %), apontou o fato de terem sido inseridas no NASF inicialmente por ordem ou necessidade da gestão, não demonstrando um motivo particular para trabalhar neste espaço.

Entrei nesta equipe por ordem da gestão. (F4)

Decisão da gestão. (F8)

Quando iniciei o meu trabalho em saúde pública o município ainda não havia aderido ao NASF, porém foi o recurso financeiro que o projeto traz que influenciou a adesão. Assim os profissionais que já pertenciam ao município também passaram a compor a equipe de NASF, sob ordens da gestão. (F9)

Fui inserida logo depois que o município implantou o NASF por decisão da gestão. (S11)

Vim trabalhar no NASF por necessidade da gestão que aderiu ao programa e necessitava de profissionais estatutários para completar o nº de horas estabelecidas pelo programa para garantir o repasse do recurso por parte da união. (F12)

Quando comecei a trabalhar na prefeitura a fonoaudióloga anterior a mim também fazia parte dessa equipe e quando entrei fui encaminhada para o lugar dela. (F14)

Eu já trabalhava no município quando a prefeitura aderiu ao NAS, mas não fiz parte da primeira equipe que começou o trabalho. Depois de um tempo uma colega saiu e a gestão decidiu me colocar no projeto, apesar de ficar assustada no começo, gosto muito desse trabalho diferente. (F16)

Note-se que a motivação que levou as fonoaudiólogas a trabalharem nos NASF, variou em dois pontos. O primeiro – e principal – revelou identificação das fonoaudiólogas com a ampliação do campo de conhecimento e prática fonoaudiológica. As fonoaudiólogas usam os termos “equipe multiprofissional”, “interdisciplinar” e

“integralidade” em seu discurso, além de “a possibilidade de fazer diferente, de fazer mais” e do “desafio”, o que demonstra conhecimento acerca dos pressupostos teóricos que norteiam o trabalho no NASF.

Tal trabalho é tomado como um desafio, um espaço que possibilita o “fazer diferente”, o que implica sair do modelo tradicional de cuidado - reabilitação - para colocar em prática o desafio da Clínica Ampliada. As fonoaudiólogas veem no desafio a oportunidade de crescimento pessoal e profissional a partir da apropriação de novos conhecimentos como a integralidade do cuidado e o trabalho interdisciplinar.

A integralidade é a principal diretriz a ser praticada pelos profissionais “nasfianos”² e sua prática implica profundas modificações tanto no modelo do cuidado à saúde como na forma de gestão dos processos de trabalho, vigentes até hoje. Tal diretriz pode ser contemplada a partir de três sentidos: 1) O olhar integral sobre o indivíduo, o que implica considerar o contexto social, familiar e cultural que o envolve, e a garantia do cuidado longitudinal; 2) As práticas de saúde que integrem ações tanto de promoção como de prevenção, reabilitação e cura; e 3) A organização do sistema de saúde de acordo com as necessidades da comunidade, garantindo assim o acesso efetivo às redes de atenção (BRASIL, 2009b).

Segundo Mattos (2009), é fundamental ter a integralidade como base para o trabalho na saúde, tomando-a como um atributo do que se quer com o SUS. A atenção integral está para além da sustentação dos corpos em atividade, nela, há a busca incessante pelo atendimento ampliado das necessidades das pessoas e dos grupos populacionais.

Posto isto, pode-se compreender a articulação das ações e das políticas públicas intersetoriais como ponto fundamental para o exercício da integralidade, no intuito de atender efetivamente às demandas de sujeitos e coletivos a partir da ótica biológica, cultural e social. A atenção integral dar-se no trabalho cotidiano das equipes de saúde, no fomento à autonomia e na produção de transformações emancipatórias na vida dos sujeitos, considerando-o sujeito histórico, social e político, que se insere a um

² Permitimo-nos criar este neologismo, à medida que entendemos que as competências de um profissional de NASF são muito singulares e, portanto, apenas uma adoção convicta de seus propósitos possibilitará a efetivação das ações neles propostas. Neste sentido, o nasfiano é aquele profissional que conhece e se envolve intensamente com os princípios do NASF, ou seja, é constituído profissionalmente por seus princípios.

determinado contexto familiar e ambiental, e a uma determinada sociedade (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010; LIMA et. al 2013).

O trabalho em equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, foi colocado por algumas fonoaudiólogas como motivação para atuação em NASF, pode-se dizer que a interdisciplinaridade é uma forma possível de articulação entres as disciplinas e ações profissionais. Porém, sabe-se que o trabalho interdisciplinar não pode ser tomado como a soma de disciplinas ou sobreposição de núcleos de conhecimentos e ações (o que caracteriza a multiprofissionalidade). No trabalho interdisciplinar, objetiva-se a superação da fragmentação do cuidado a partir da produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários e da quebra dos obstáculos organizacionais à comunicação (BEZERRA et al., 2010).

O trabalho interdisciplinar, segundo Almeida Filho (2005) tem como objetivo a interação de diferentes disciplinas científicas e adota uma perspectiva teórico-metodológica comum para os diferentes núcleos de saber envolvidos, promove a integração dos resultados obtidos buscando assim a solução para as questões de saúde por meio da articulação destes núcleos. Está dado que a interdisciplinaridade é uma necessidade incontestável, entretanto, sua aplicação na prática depende da superação de alguns paradigmas, assim como da correta apropriação teórica. Independentemente do que é previsto teoricamente e o que é aplicado na prática, as fonoaudiólogas identificam-se com o modelo de trabalho no NASF e os desafios do trabalho interdisciplinar passam a ser motivadores, assim como a satisfação pessoal em atuar nestes moldes, no campo da saúde coletiva.

A segunda motivação, e aqui pode ser tomada como “razão”, para trabalhar no NASF, não refere a uma motivação própria por parte das fonoaudiólogas e sim, em razão de ordem advinda da necessidade e interesse da gestão municipal.

É importante ressaltar no discurso das fonoaudiólogas, inseridas nessa segunda categoria de motivação, a referência ao recurso financeiro que o NASF possibilita ao município e também à necessidade de “profissionais estatutários” como disparadores do processo de inserção das profissionais, já atuantes em outros níveis do sistema, nas equipes de NASF. Tal situação demonstra que estas equipes não foram formadas a partir da ferramenta de Pactuação do Apoio, que por recomendação do MS deve ser efetuada antes mesmo da formação da equipe de NASF.

A Pactuação do Apoio, como foi exposta no referencial teórico deste trabalho, deve começar antes mesmo da definição da equipe de NASF, por meio da avaliação coletiva da situação do território, envolvendo na discussão os gestores, a equipe de ESF e o Conselho de Saúde e, sobretudo, os profissionais a integrarem os NASF. Os atores envolvidos devem discutir e negociar estrategicamente, a partir de dados epidemiológicos e do conhecimento da população adstrita, quais são os profissionais fundamentais para atuar nos temas/situações em que a equipe de ESF mais precisa de apoio. Inclusive, esta reflexão deve acontecer não apenas no momento da implantação, mas também ao longo do tempo, em momentos de ampliações, modificações e transformações (BRASIL, 2009b).

Além da motivação que as levaram a trabalhar no NASF, as fonoaudiólogas responderam também quais as motivações que as fazem permanecer no NASF. Pode-se constatar que há um predomínio das questões relacionadas à forma de organização do trabalho, à proposta do NASF além da possibilidade de crescimento profissional.

Acredito nesta forma de trabalho, nas ferramentas de trabalho do NASF, na saúde da família e comunidade, na equipe mínima e na equipe ampliada de cuidado que é o NASF. Além de acreditar, amo o que o NASF me proporciona. (F1)

A visão de que esta forma de trabalho pode contribuir para melhorar os índices de saúde da população pela atuação específica com prevenção. (F2)

O desafio diário na busca pela qualidade de vida dos usuários e o trabalho em equipe atuando com diferentes profissionais. (F5)

O trabalho em equipe buscando a integralidade na promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Maior resolutividade das dificuldades encontradas pela população, além da vasta experiência profissional que este trabalho me proporciona. (F7)

A proposta de NASF vem de encontro às demandas necessárias para uma saúde pública de qualidade. Antes da adesão o município realizava muitos atendimentos clínicos individuais, tendo esses como prioridade. Após a adesão ganhamos mais força para questionar essa prática e assim inserir grupos de promoção e prevenção. Utilizar essa forma de trabalho é o que me motiva a permanecer, essa proximidade tanto com equipes como com o usuário e ver a transformação de uma saúde antes curativista para outra que se preocupa com o indivíduo de forma singular é realizador. (F9)

O desafio. A cada dia uma ação nova; a necessidade de romper com a lógica da clínica que está presente não só em nós, como na equipe, o trabalho interdisciplinar, a proximidade com a comunidade, o aprendizado e crescimento diário. (F10)

O crescimento profissional, que hoje se interrelaciona com outras áreas de conhecimento (psicologia, enfermagem, farmácia, médico da família, ACS, etc.) e permitem reorganizar o cuidado das condições de saúde principalmente na atenção primária. (F11)

O desafio de trabalhar com promoção, prevenção e educação em saúde junto à demandas tão diversas como os usuários das ESF que não são acostumados com esse tipo de abordagem que os retira dos consultórios médicos e os faz repensar seus hábitos, atitudes e responsabilidades com a própria saúde. (F12)

Trabalhar a partir do apoio matricial, com grupos, educação em saúde e a proximidade com a ESF e também com a população dá sentido ao meu trabalho e me motiva, pois consigo enxergar a verdadeira necessidade da população. (F17)

Analisando as respostas quanto à motivação para permanecer trabalhando no NASF, pode-se constatar que as fonoaudiólogas acreditam na efetividade da proposta do trabalho nas formas do NASF e em suas ferramentas a medida que referem em seus discursos o “apoio matricial”, a “equipe mínima e ampliada de saúde”, bem como o “trabalho em equipe”, a “integralidade”, a “promoção”, a “prevenção” e a “educação em saúde”. Pode-se constatar que os termos que aparecem em seus discursos são condizentes com documentos oficiais que norteiam o trabalho no NASF como o caderno nº 27 da AB e a própria PNAB (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2012a).

Assim, cabe esclarecer que o NASF tem como objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na AB promovendo mudanças na atuação das equipes de ESF, incluindo em suas práticas as ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção e reabilitação, bem como realizar ações de humanização dos serviços, educação permanente e promoção da integralidade. Embasados nessas premissas, os profissionais “nasfianos” devem atuar no apoio à equipe de ESF com práticas voltadas para os territórios adstrito das equipes de referência (BRASIL, 2009b).

O apoio é uma ferramenta central na proposta do NASF, a tecnologia de gestão denominada de Apoio Matricial é complementada a partir do processo de trabalho com

equipes de referência (BRASIL, 2009b). Segundo Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial desenvolve-se a partir do conceito de núcleo e campo, onde um profissional com seu núcleo de saber apoia outros profissionais com outros núcleos de conhecimento, proporcionando assim a ampliação e eficácia da atuação destes profissionais.

A partir do conceito acima destacado, o Apoio Matricial tende a proporcionar às equipes de referência uma retaguarda assistencial, bem como um suporte técnico-pedagógico. As equipes de referência são as equipes de ESF vinculadas aos NASF e o profissional de referência é um integrante da equipe de ESF que tem a responsabilidade do cuidado longitudinal na condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Tal profissional possibilita a construção do vínculo entre os profissionais e os usuários (CAMPOS e AMARAL, 2007).

A gestão do trabalho em saúde a partir do Apoio Matricial e da Equipe de Referência possibilita a prática da Clínica Ampliada, assim como a integração entre as profissões e seus distintos núcleos de saber. Neste sentido, considerando que o trabalho isolado de um profissional em sua especialidade não pode assegurar uma abordagem integral no cuidado à saúde, o apoio matricial às equipes de referência aumentam as possibilidades da ampliação do trabalho clínico e sanitário (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Tais conceitos puderam ser percebidos nos discursos de várias respondentes, quando estas referem a “proximidade com as equipes de ESF”, o “crescimento profissional” a partir da relação com “outras áreas de conhecimento” e do trabalho em equipe “interdisciplinar” que permite ver a “real necessidade da população” e também, como na fala de F9, esta metodologia de trabalho proporciona a “transformação de uma saúde antes curativista para outra que se preocupa com o indivíduo de forma singular”.

4.2.2 O objetivo do trabalho da fonoaudiologia no NASF

O trabalho no NASF, independentemente do núcleo profissional, consiste em matriciar as equipes de ESF para assegurar, além do suporte assistencial na atuação direta com os sujeitos, o suporte técnico pedagógico e, assim, contribuir para que as equipes de ESF alcancem os objetivos da AB junto à população.

Ao analisar o que as fonoaudiólogas entendem acerca do papel da fonoaudiologia no NASF, nota-se que o objetivo do seu trabalho encontra-se diluído num discurso em que ora deixam claro o seu papel como apoiador das equipes de ESF e ora aparecem ações voltadas para a própria equipe e aos usuários do serviço:

Ser acima de tudo, um profissional com olhar integral sobre o usuário e capaz de trabalhar em equipe compartilhando seu conhecimento e aumentando a abrangência do cuidado. Deve ser um fonoaudiólogo generalista, ter conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Deve atuar de forma propositiva junta à equipe de ESF e à população. (F1)

Desenvolver ações junto à equipe, complementando a AB e trabalhando dentro dos princípios de equidade, integralidade e universalidade para com o usuário. (F5)

A atuação fonoaudiológica dentro do modelo de trabalho no NASF deve ser desenvolvida com ações estratégicas de cuidado à saúde, entre as quais destaco: reuniões de matriciamento, atendimentos individuais e compartilhados, grupos, visitas domiciliares e sempre que necessário, realizar encaminhamentos a outros serviços de saúde. (F7)

(...) o fonoaudiólogo deve se integrar aos demais profissionais para que seu saber seja compartilhado, sendo assim, a área da linguagem, fala e tudo que envolve o processo de comunicação, tanto de promoção, prevenção ou reabilitação são de sua competência, mas não apenas sua e esse é um ponto importante para o profissional que adere as equipes de NASF. Devemos ter consciência que o usuário e sua qualidade de vida são nosso objetivo, portanto não podemos vê-lo fragmentado, devemos realizar um trabalho dinâmico e integral, para que obtenhamos resultados positivos. (F9)

O papel do fonoaudiólogo no NASF é dar conta tanto da questão técnico pedagógica quanto assistencial. É de escuta e auxílio no planejamento de ações de acordo com as demandas dos territórios e da equipe, é de estar para as exigências da AB não só enquanto fonoaudiólogo, mas como agente de saúde. (F10)

Divulgar junto aos profissionais da Saúde o potencial da fonoaudiologia nas diferentes etapas de desenvolvimento do ser humano, desde os primeiros meses à idade senil, compartilhar saberes junto à comunidade quanto a questões relacionadas à

prevenção e atuação frente aos distúrbios de comunicação. (F12)

Reuniões de matriciamento, atendimento individual e compartilhado, grupos com enfoque terapêutico e educativo, visita domiciliar e campanhas educativas. Enfim, não só a fonoaudiologia, mas as equipes de NASF tem um papel importante na implementação de ações junto à ESF, considerando os diferentes segmentos populacionais, como gestantes, recém-nascidos, pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos. Vale destacar que as ações devem ser delineadas e planejadas de acordo com as necessidades e realidades locais das ESF. (F13)

Apoiar e matriciar as equipes de ESF, orientando quanto às questões fonoaudiológicas realizando um trabalho compartilhado. (F16)

Dar apoio técnico e pedagógico junto com a equipe multiprofissional às ESF no sentido de promover a saúde e qualificar a atuação dessas equipes. (F18)

As ações que as respondentes citam por meio do apoio às equipes de ESF demonstram o empenho na formação das equipes no sentido de construir novos saberes, de compartilhar o que é do núcleo da Fonoaudiologia para o campo de conhecimento de toda a equipe, com foco nas necessidades de saúde da população adstrita e por meio de ações coletivas. A partir dessa análise, fica claro que o objeto de trabalho é tanto as equipes de ESF como a comunidade atendida pelas fonoaudiólogas, e este entendimento acerca do trabalho no NASF é condizente com as diretrizes expressas no documento norteador deste trabalho:

“O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde” (BRASIL, 2009b, p. 10-11).

Em vista disso, os profissionais de NASF devem dar apoio às equipes de ESF, no sentido de contribuir para a integralidade do cuidado à comunidade (por meio da

ampliação da clínica), ajudando no amadurecimento das análises dos casos e intervenções sobre as necessidades da população. Este apoio pode ser desenvolvido por meio de atendimentos compartilhados ou não, educação permanente, discussão de casos, intervenções no território, interconsulta, construção conjunta de planos terapêuticos, discussão do processo de trabalho da equipe, ações de promoção e prevenção, ações intersetoriais e etc. (BRASIL, 2012a).

Ainda sobre o papel da fonoaudiologia no NASF, pode-se identificar em alguns casos, certo reducionismo acerca do objetivo do trabalho fonoaudiológico, não permitindo afirmar que o papel da fonoaudiologia no NASF esteja claro para todas as respondentes deste estudo.

Realizar ações preventivas a fim de evitar as longas listas de espera para terapia fonoaudiológica, levar a fonoaudiologia mais próxima da população. (F2)

Triagem inicial e tratamento necessário. (F3)

De grande valia, porque atinge o acompanhamento desde a gestante até o idoso relacionados a fala, a voz e a audição. (F4)

Auxiliar dentro na nossa área, que o paciente e sua família sejam vistos e tratados de uma forma integral, visando o melhor desenvolvimento e cura. (F8)

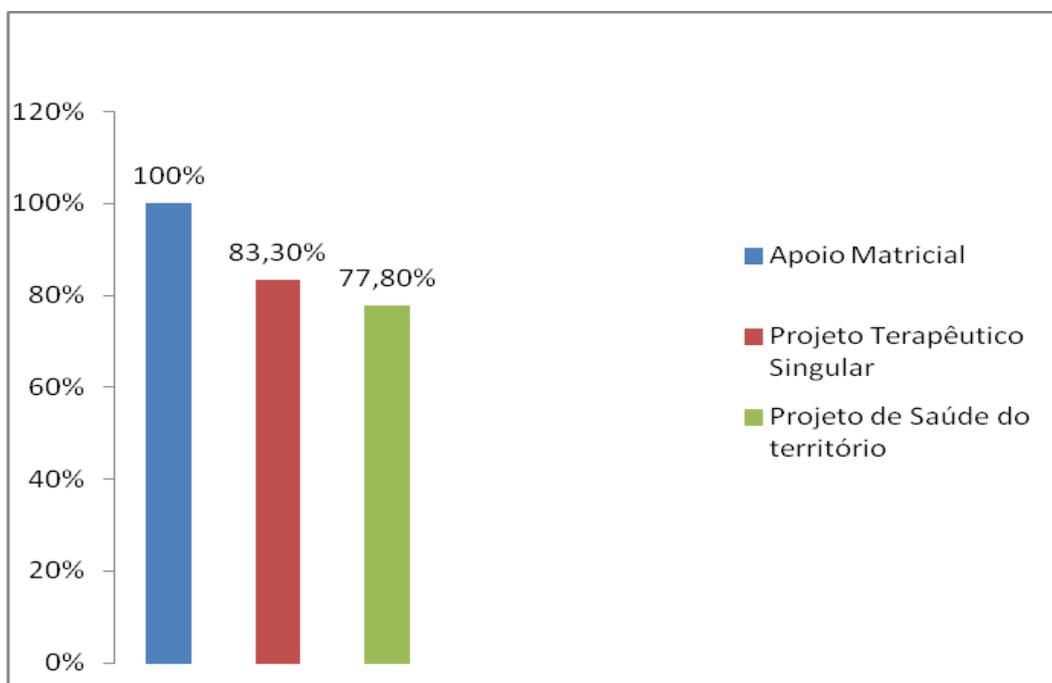
A ocorrência de respostas como estas pode decorrer da indisponibilidade momentânea para responder detalhadamente sobre o papel da Fonoaudiologia em NASF, mas também pode decorrer do fato de que nem todas as fonoaudiólogas inseridas em NASF têm clareza acerca do seu papel nas equipes.

O papel do apoiador, segundo Oliveira (2008), é construir o cuidado de forma partilhada e partindo das demandas trazidas pelos diferentes interlocutores, compartilhando saberes do seu núcleo de conhecimento, experiência profissional e de vida. No apoio deve haver o processo de escuta com o coletivo, a análise da situação, a definição de objetivos e metas e a criação de redes de responsabilização.

4.2.3 As ferramentas utilizadas pelas fonoaudiólogas dos NASF

Os princípios e diretrizes do NASF orientam as ações a serem desenvolvidas pela equipe e devem refletir no processo de trabalho das equipes de ESF. O Apoio é o meio pelo qual as equipes de NASF atuam com as equipes de ESF e com a população adstrita; para isto, fazem uso de algumas ferramentas tecnológicas preconizadas para a organização dos processos de trabalho da equipe, como o PTS e o PST. Os sujeitos desta pesquisa foram questionados quanto ao uso dessas ferramentas sugeridas pelo MS no cotidiano do seu trabalho, estes dados estão distribuídos na Figura 2.

Figura 2 – Porcentagem do uso das ferramentas no trabalho no NASF (n=20)



Fonte: Dados coletados por meio do questionário de pesquisa

Note-se que todas as fonoaudiólogas inseridas em NASF do estado do Rio Grande do Sul realizam Apoio Matricial junto às equipes de ESF vinculadas; a maior parte afirma construir PTS (83,3%) e PST (77,8%) com as equipes de ESF.

Pode-se dizer que o apoio matricial é o meio mais comum pelo qual as equipes de NASF auxiliam as equipes de ESF na construção, reformulação e concretização do PTS e do PST. Estudo realizado a partir de levantamento bibliográfico apontou que o Matriciamento foi eficaz no aumento da resolubilidade dos serviços, assim como no efeito de corresponsabilização gerado nestes serviços; possibilitou a construção de protocolos de registro e de organização da demanda a partir de critérios, envolvendo

nesta prática diversos serviços da rede (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010). No referido estudo, constatou-se ainda que a Fonoaudiologia fortaleceu-se em algumas ações como na discussão de casos, na construção de PTS, na referência qualificada, na consulta compartilhada e ações intersetoriais.

Segundo Campos e Amaral (2007), o PTS consiste em uma discussão de caso, seguida de diálogo/negociação com o usuário/família/comunidade envolvida; nesta oportunidade devem ser pactuados os procedimentos a serem realizados assim como a divisão de responsabilidades. Tudo isso acontece a partir da avaliação compartilhada de risco e de vulnerabilidade do caso em discussão. O autor ressalta que apesar de ser possível descrever tal atividade de uma forma “singela”, não é simples, na prática, tomar decisões e definir tarefas de modo compartilhado. Essa ferramenta deve ser utilizada nas situações elencadas pela equipe de ESF como as mais complexas; devem-se considerar os contextos singulares dos sujeitos, pois é a partir dessa singularidade que vai partir a ação oferecida com o objetivo de produzir saúde (OLIVEIRA, 2008).

Além do PTS, boa parte das fonoaudiólogas (14) afirmou ter o PST como ferramenta de sua prática no NASF. O uso de tal ferramenta está para além de simples ações no território baseadas na investigação epidemiológica. Para ocorrer um PST, faz-se necessário a construção conjunta da equipe de ESF com o NASF - compartilhamento de ações, informações e também decisões junto à população (BRASIL, 2009b).

O PST incentiva a produção de saúde a partir de ações direcionadas à redução de vulnerabilidades em um dado território, investindo na qualidade de vida de comunidades e no protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2009b). Para isso, deve-se refletir acerca dos fatores socioeconômicos, da oferta de serviços, e dos processos históricos e sociais que conferem singularidade a cada território, tomando como foco a promoção da saúde, a participação social e a intersetorialidade (VERDI et al., 2012).

A maior parte das fonoaudiólogas (94,4%) afirmou realizar ações compartilhadas com a equipe de ESF. Ao analisar os tipos de ações realizadas, notou-se que a maioria das fonoaudiólogas referiu trabalhar junto com as equipes de ESF a partir dos grupos tanto terapêuticos, quanto educativos. Além disso, foram referidas atividades como consulta compartilhada, visitas domiciliares e atividades envolvendo o Programa Saúde na Escola, corroborando novamente com os documentos norteadores do trabalho no NASF (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2012a).

Grupos de gestantes, cuidadores, treinamento auditivo, tabagismo, reeducação alimentar, amamentação, além de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: Campanha da voz, saúde auditiva, amamentação, saúde do trabalhador. (F1)

Grupos com pacientes, consulta compartilhada, visitas domiciliares, capacitação dos profissionais, construção e implantação de protocolo de Aleitamento Materno, PTS, dentre outras. (F2)

Grupos, Programa de Saúde na Escola; consultas compartilhadas entre as equipes; - Atividades em grupo com agentes comunitários e grupos realizados nas ESF. (F7)

Grupos de tabagistas, ações junto a academia de saúde. (F8)

Visita domiciliar, ações de educação em saúde, consulta compartilhada, grupos terapêuticos. (F10)

Grupo terapêutico de desenvolvimento da Linguagem no espaço das USF, participação em Grupos de Reeducação Alimentar, Grupos da Terceira Idade e Grupos de Gestantes. (F12)

Realizo junto com a ESF grupos terapêuticos e educativos, visita domiciliar, consulta compartilhada, educação em saúde para com a equipe sobre assuntos fonoaudiológicos. (F16)

Grupos com adolescentes e idosos, grupo de linguagem com crianças, visita domiciliar compartilhada e PSE. (F17)

Os resultados acima expostos corroboram com o estudo realizado por DA COSTA (2013), que analisou o discurso dos fonoaudiólogos sobre a prática desenvolvida em equipes de NASF em municípios da Paraíba e evidenciou o enfoque do trabalho com grupos. Tal estudo constatou ainda que a formação desses grupos é realizada pela equipe NASF em conjunto com os outros profissionais da equipe de referência, mesmo que a temática seja por vezes específica da área da fonoaudiologia, o que os autores consideraram ser um ponto positivo para a integração das ações.

É sabido que a atuação no NASF exige o uso de tecnologias e ferramentas de trabalho para o coletivo, esta prática visa reduzir as vulnerabilidades sociais a partir de ações de promoção de saúde. O olhar qualificado do fonoaudiólogo deve nortear o desenvolvimento de um processo de trabalho amplo na AB. São vastas as possibilidades

de ações de promoção da saúde, dentre essas possibilidades encontra-se o trabalho com grupos, que mostra-se eficiente para a melhoria das condições de vida de sujeitos e grupos sociais que antes não tinham acesso ao fonoaudiólogo (DA COSTA, 2013).

O trabalho com grupos na fonoaudiologia inicialmente se restringia a terapias como opção viável para redução das filas de espera (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010), porém sabe-se que o trabalho com grupos na Fonoaudiologia proporciona espaços fundamentais de trocas e construção compartilhada de conhecimentos (PANHOCA e LEITE, 2003), tornando-se assim uma potente estratégia de ampliação da resolubilidade da AB.

Ainda sobre essas ações compartilhadas com a equipe de ESF, as fonoaudiólogas foram questionadas quanto aos profissionais com quem mais realizam essas ações, constatou-se que as respondentes referiram realizar ações tanto com os profissionais da equipe de ESF quanto com os profissionais do NASF (Quadro 3 e 4).

Quadro 3 – Categorias profissionais do NASF que mais realizam ações com a Fonoaudiologia (n=6)

Categoria Profissional do NASF	Número fonoaudiólogas que a referiu	%
Nutricionista	9	52,94%
Psicólogo	8	47,0%
Educador Físico	4	23,5%
Assistente Social	3	17,6%
Fisioterapeuta	2	11,7%
Farmacêutico	1	5,8%

Fonte: Dados coletados por meio do questionário de pesquisa

Quadro 4 – Categorias profissionais da equipe de ESF que mais realizam ações com a Fonoaudiologia (n=6)

Categoria Profissional da equipe de ESF	Número fonoaudiólogas que a referiu	%
Enfermeiro	11	64,7%
Agente Comunitário de Saúde	9	52,9%
Dentista	4	23,5%
Médico	4	23,5%
Técnico de enfermagem	4	23,5%
Auxiliar de Dentista	1	5,8%

Fonte: Dados coletados por meio do questionário de pesquisa

Pode-se constatar que dentre as categorias profissionais do NASF relatadas, a nutrição é a que mais realiza ações junto com as fonoaudiólogas, citada por 52,94% das respondentes, seguida da psicologia, referida por 47%. Das categorias profissionais da ESF todos foram citados, porém, 64,7% das respondentes afirmaram trabalhar com o enfermeiro, seguido do ACS referido por 52,94% das fonoaudiólogas.

A respeito da maior atuação das fonoaudiólogas deste estudo com os profissionais da nutrição e psicologia, pode-se associar este fato à forma como são construídas as equipes de NASF no Brasil quanto à composição profissional. A partir do estudo realizado por MORETTI (2015) que analisou os processos de implantação de NASF nos municípios brasileiros, pode-se constatar grande prevalência de contratação de psicólogos nos NASF em todo o Brasil. Em outro estudo realizado na região Sul do Brasil, constatou-se que os profissionais psicólogos (17,44%) e nutricionistas (16,14%) são respectivamente os profissionais mais presentes na composição das equipes de NASF desta região, depois da fisioterapia (22,65%) (TOMASI e RIZZOTO, 2013).

Além de ações compartilhadas com a equipe de ESF, 77,8% das fonoaudiólogas afirmaram realizar também ações intersetoriais (especialmente, na escola, por meio do PSE). No entanto, a maioria das ações ocorre no próprio setor saúde, sem a participação de outros setores do município. Destacam-se, a seguir, as ações intersetoriais desenvolvidas pelas fonoaudiólogas dos NASF:

Palestras em escolas (Educação e Saúde). (F5)

Triagens fonoaudiológicas em escolas. (F6)

Ações do Programa saúde na Escola, reunião de rede, reunião com a secretaria da educação. (F7)

Realizamos uma ação uma vez por mês em parceria com a Secretaria de Assistência Social, Educação e Cultura, quando nessa ocasião nos deslocamos para a zona rural para um dia com atividades de saúde, leitura e dança dentre outros. (F16)

Ações em parceria com a assistência social, quando temos a oportunidade de falar sobre os cuidados com a saúde para idosos e gestantes que estão nos programas sociais dessa secretaria. (F17)

A intersectorialidade busca a integração das diferentes facetas que interferem no processo de saúde e adoecimento de indivíduos e coletividades na tentativa de responder aos problemas elencados em um específico território. Neste sentido, a intersectorialidade ultrapassa a tentativa de resolução isolada dos problemas, sendo tomada a partir da integração e articulação entre diversos setores, agregando assim as áreas de interesse estratégico para a saúde, envolvendo políticas e programas que potencializem a produção de saúde no trabalho com áreas não pertencentes ao âmbito do SUS (VERDI et al., 2012).

A partir do olhar ampliado para os problemas sociais envolvidos, a intersectorialidade possibilita a otimização dos recursos financeiros e serviços disponíveis, evitando duplicidade de meios para o mesmo fim, a partir de um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 2004). Para Machado (2012), a intersectorialidade configura-se como uma nova prática social à medida que aciona diversos setores na realização das ações. Compreender a intersectorialidade para refletir e propor trabalho social em rede constitui-se, hoje, em um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas, em especial, de saúde (MACHADO, 2011).

4.2.4 O Trabalho específico da Fonoaudiologia nos NASF

O fluxo de entrada dos casos para o NASF deve ser pactuado entre a equipe de NASF e as equipes de ESF, consistindo em uma dos pontos da Pactuação do Apoio. É definido que os casos sejam discutidos em primeira instância entre a equipe de ESF para elencar as prioridades, posteriormente, esses casos devem ser discutidos entre a equipe de ESF e os profissionais do NASF, no sentido de contar com diferentes olhares sobre o caso e possa ser realizado o planejamento e construção dos Projetos Terapêuticos Singulares.

Entre as fonoaudiólogas respondentes deste estudo, 72,2% afirmam que a demanda fonoaudiológica chega exclusivamente a partir da equipe de ESF. Isso mostra que a maioria das equipes de NASF seguem as recomendações do MS acerca do fluxo de entrada de casos para as equipes. Neste sentido, vale ressaltar que ao seguir este

fluxo fomenta-se a responsabilização compartilhada dos casos entre as equipes e possibilita a reflexão acerca do encaminhamento, ampliando esta prática para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal sob responsabilidade das equipes de referência, fortalecendo seu papel enquanto coordenadora do cuidado nas RAS (BRASIL, 2012a).

Entretanto, essa é uma conquista ainda em processo, pois duas (11,1%) relatam que a demanda fonoaudiológica no NASF ainda é livre, ou seja, não passa pelo filtro e discussão na equipe de ESF e pode vir de qualquer outro serviço de saúde e de outros setores.

Sabe-se que os NASF não são de livre acesso para atendimento seja individual ou coletivo, tais atendimentos quando considerados de extrema necessidade devem ser regulados pelas equipes de ESF. Assim, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (BRASIL, 2012a).

Três (16,7%) fonoaudiólogas afirmam que esta demanda vem das duas formas (tanto da equipe de ESF, como livre).

Os sujeitos desta pesquisa foram questionados quanto ao tipo de demanda que recebem específica da fonoaudiologia e também acerca das estratégias utilizadas para trabalhar com essa demanda. A partir da análise das respostas, pode-se dividir esta demanda em dois tipos: crianças com diferentes alterações e idosos, estes acamados.

A demanda relacionada às crianças envolve o campo do desenvolvimento da linguagem oral e escrita, além de alterações na fala. Os acometimentos de linguagem oral, que englobam o atraso do desenvolvimento da fala e os distúrbios fonéticos/fonológicos, foram referidos por 88,8% das fonoaudiólogas, seguidos pelos acometimentos da linguagem escrita, que englobam as dificuldades no processo de aprendizagem e as dificuldades de leitura e escrita, referidos por 83,3% das respondentes.

Quanto aos idosos, 12 (66,6%) fonoaudiólogas afirmaram ser uma demanda frequente no NASF, destas, oito fonoaudiólogas afirmaram que esta demanda vem em decorrência de Acidente Vascular Cerebral e quatro apenas mencionaram serem “idosos acamados”.

A maior demanda do fonoaudiólogo no NASF vem da escola, crianças com dificuldade de aprendizagem, distúrbios da fala e linguagem oral e escrita. (F5)

Na minha realidade de alguns meses de atuação no NASF a maior demanda são crianças com alterações de linguagem e fala, bem como idosos após AVC. (F7)

Atendimento clínico de crianças com distúrbios de fala e linguagem e idosos acamados. (F10)

A demanda varia de acordo com o território de que procede o paciente, em alguns existe o predomínio de idosos acamados por doenças crônicas e em outros crianças com atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem e queixas relacionadas ao desempenho escolar. (F12)

Idosos com sequelas tanto de linguagem quanto de deglutição relacionadas ao AVC, além disso, crianças com atraso na linguagem oral e escrita e distúrbios na fala. (F16)

A maior demanda que recebo são as crianças com alterações na fala, atraso de linguagem tanto oral quanto escrita. (F18)

No âmbito da AB, o fonoaudiólogo pode atuar de diferentes formas, caminhando no campo da promoção da saúde em geral, na prevenção de agravos nos diferentes ciclos de vida, na educação em saúde e também na reabilitação (PENTEADO e SERVILHA, 2004). Tal atuação será definida a partir da demanda identificada por meio das características epidemiológicas da população adstrita.

Num estudo realizado por Diniz e Bordin (2011) sobre a demanda fonoaudiológica num serviço público municipal na região Sul do Brasil, foi identificada uma prevalência de crianças em idade escolar, a maioria delas encaminhadas por queixas relacionadas a alterações na linguagem oral. Outro estudo, realizado por Barros e Oliveira (2010), traçou o perfil dos pacientes cadastrados e atendidos pelo setor de Fonoaudiologia de um serviço público na cidade de Recife, revelou que a demanda mais frequente para a fonoaudiologia foram referentes aos desvios fonológicos e atrasos de linguagem. Tais estudos corroboram com os achados referentes à demanda específica das fonoaudiólogas atuantes em NASF no estado do Rio Grande do Sul.

Quando questionadas acerca das estratégias que utilizavam para trabalhar com essa demanda, a maior parte (88,8%) das fonoaudiólogas referiu o trabalho com grupos terapêuticos, ou seja, atendimento de coletivos, além disso, muitas afirmam realizar orientações aos pais e nas escolas junto aos professores. Um fato importante é que duas (11,1%) respondentes afirmaram trabalhar com essa demanda exclusivamente por meio de atendimento individual.

Uma possibilidade viável do trabalho fonoaudiológico na ação direta com os usuários é a ação com grupos. O ato de reunir-se em grupos está na essência dos seres humanos. Segundo Souza et al. (2001), o trabalho com grupos mostra-se eficaz na lógica tanto da promoção e prevenção, quanto nas ações de reabilitação. As autoras ressaltam a importância do trabalho com grupos como meio não só para reduzir as filas de espera, mas também e principalmente como potencializador da autonomia dos sujeitos pelo compartilhamento que o grupo proporciona. Esse processo terapêutico em grupo segundo as autoras, proporciona o despertar dos sujeitos para assuntos desconhecidos, possibilitando a reflexão e transferência destes conhecimentos para a vida, os quais os impulsionarão a serem agentes de sua própria saúde.

São muitas as experiências exitosas documentadas e publicadas acerca do trabalho da Fonoaudiologia com grupos (MARIN et al, 2003; LEONELLI. et al, 2003; PANHOCA e BAGAROLLO, 2007; SANTANA et al., 2007; GUARINELLO e LACERDA, 2007; LEITE e PANHOCA, 2008; SILVA et al., 2012), as quais demonstram que essa metodologia de trabalho vem ganhando espaço e afirmando-se enquanto um espaço privilegiado de construção coletiva de conhecimento, trocas e resignificações (LEITE E PANHOCA, 2008). Tais estudos, possivelmente, têm servido de referências às práticas das fonoaudiólogas de NASF que integraram esta pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ocupou-se da análise das práticas fonoaudiológicas em NASF do estado do Rio Grande do Sul e procurou compreender os determinantes e os fundamentos teóricos que as orientam. Para isso, foram pesquisadas questões referentes à história profissional das fonoaudiólogas com ênfase na formação na graduação, pós-graduação, experiências prévias, assim como as características acerca do desenvolvimento e processo de trabalho em NASF.

Nesta seção final, destaca-se inicialmente a formação das fonoaudiólogas, tal como apresentado na seção dos Resultados e Discussão. Das 18 fonoaudiólogas integrantes de NASF do Rio Grande do Sul, grande parte (66,7%) formou-se em uma mesma Universidade Pública do referido estado. A maior parte (66,7%) concluiu sua graduação após o ano de 2002, ou seja, posteriormente às Diretrizes Curriculares dos cursos de Fonoaudiologia vigentes.

Constatou-se que as fonoaudiólogas formadas após o ano de 2002 tiveram mais disciplinas voltadas para o SUS do que as que se formaram antes desse período, porém apenas duas consideram que estas disciplinas influenciaram em suas práticas no NASF. A maioria considerou que a formação relativa ao SUS foi insuficiente no tocante às competências para a atuação na AB/NASF, pois apesar da inclusão de disciplinas voltadas para o SUS, a partir das mudanças propostas pelas DCN, os depoimentos das fonoaudiólogas deste estudo revelaram que estas ainda estão aquém das reais necessidades de como atuar no SUS, especialmente no sistema público de Saúde. Tal constatação é preocupante pelo fato de as práticas serem realizadas no campo da AB, por meio de estratégias consideravelmente novas (embasadas por uma política específica que exige o desenvolvimento de processos de trabalho específicos), ainda não efetivamente contempladas na formação em Fonoaudiologia.

No quesito pós-graduação, constatou-se que 77,7% das fonoaudiólogas a fizeram, destacando-se a modalidade *Lato Sensu* em forma de especialização, e prevalecendo a realização de pesquisas voltadas para a área clínica/reabilitação (áreas tradicionais de atuação da Fonoaudiologia, como a linguagem, motricidade orofacial e audiolgia) em detrimento das pesquisas que envolvem a AB.

A motivação que levou as fonoaudiólogas a trabalharem nos NASF envolveu duas situações: 1) a identificação das fonoaudiólogas com a ampliação do campo de conhecimento e de prática fonoaudiológica e 2) por ordem advinda da necessidade e interesse da gestão municipal. Na primeira situação, as fonoaudiólogas demonstraram conhecimento acerca dos pressupostos teóricos que norteiam o trabalho no NASF, considerando-o um desafio (sair do modelo tradicional de cuidado - reabilitação – e colocar em prática a Clínica Ampliada); encontraram a oportunidade de crescimento pessoal e profissional, sobretudo, pela apropriação de novos conhecimentos (a integralidade do cuidado e o trabalho interdisciplinar). Na segunda, as fonoaudiólogas referiram que as exigências legais (“profissionais estatutários”) e os benefícios dos recursos financeiros advindos com a implantação de equipes de NASF foram os principais motivos para seus deslocamentos de outros níveis do sistema para a AB/NASF. Estes dados demonstraram que estas equipes não foram formadas a partir da ferramenta de Pactuação do Apoio, que por recomendação do MS deve ser efetuada antes mesmo da formação da equipe de NASF.

Sobre as motivações que as fizeram permanecer no NASF houve predomínio de justificativas relacionadas à organização do trabalho em NASF, associadas à possibilidade de crescimento profissional (fato que indica que as fonoaudiólogas acreditam na efetividade das propostas dos NASF).

Quanto às ações desenvolvidas, constatou-se que são condizentes com as diretrizes expressas nos documentos norteadores do trabalho no NASF, pois afirmaram realizar apoio às equipes de ESF (ações voltadas para a própria equipe e aos usuários), desenvolvendo novos saberes (foco nas necessidades de saúde da população adstrita e desenvolvimento de ações coletivas) e compartilhando os saberes da Fonoaudiologia..

Todas as fonoaudiólogas deste estudo realizam Apoio Matricial, a maior parte constrói PTS (83,3%) e PST(77,8%). A maior parte das fonoaudiólogas realizam ações compartilhadas com a equipe de ESF (realizam grupos terapêuticos e educativos, consultas compartilhadas, visitas domiciliares e atividades envolvendo o PSE (aqui apareceram a maioria das ações intersetoriais)..

As fonoaudiólogas se relacionam com diversos profissionais, predominando os da Nutrição e da Psicologia (nos NASF) e os da Enfermagem, seguido pelos ACS (nas ESF).

A maioria das fonoaudiólogas seguem as recomendações do MS acerca do fluxo de entrada de casos para as equipes de NASF (filtro da equipe de ESF), duas (11,1%) relatam que a demanda fonoaudiológica no NASF ainda é livre, ou seja, não passa pelo filtro e discussão na equipe de ESF e pode vir de qualquer outro serviço de saúde e de outros setores.

As maiores demandas para as fonoaudiólogas nasfianas, deste estudo, são: crianças com alterações de linguagem (oral e escrita) e idosos acamados. A estratégia utilizada, pela maior parte das fonoaudiólogas, para trabalhar com a demanda infantil são os grupos terapêuticos e realização de orientações aos pais e aos professores. Quanto aos idosos acamados, realiza-se atendimento domiciliar e individualizado.

Este estudo possibilitou compreender os desafios que a Fonoaudiologia em NASF tem a enfrentar na AB e também refletir sobre a urgente necessidade de melhor preparação para esta prática, durante a graduação e pós-graduação. Certamente, mantém-se a necessidade de outros estudos que aprofundem as reflexões deste, visando fortalecer a prática da Fonoaudiologia no campo da AB/NASF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde . **Saude soc.** vol.14, n.3, p.30-50, 2005.
- ANDRADE, A. F. D. et al. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. **Audiol., Commun. res**, 19(1), 52-60, 2014.
- ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 6ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC. 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª Ed. Editora 70, 2008.
- BARROS, P. M. de L.; DE OLIVEIRA, P. N. Perfil Dos Pacientes Atendidos No Setor De Fonoaudiologia De Um Serviço Público De Recife-Pe. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 1, 2010.
- 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, 6(2):190-6, 2007.
- BEFI, D. **A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. In: Befi D, organizador. Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo: Lovise p. 15-36. 1997.
- BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação**. Plexus Editora, 1995.
- BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. 2º ed. São Paulo: Summus, 2000.
- BEZERRA, R. S. S. et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Saúde p. Deb.**, Rio de Janeiro, p. 51-9, 2010.
- BRASIL. Lei nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo e, determina outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília : DF, 09 dez. 1981. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm > Acesso em: 20 mar. 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Resolução nº CNE/CES 5 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia. Brasília: DF. **Diário Oficial da União**, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p.3, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf 6. Acesso em 16 mar. 2017.

BRASIL. Resolução nº CNE/CES 4/2009 de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009a.

BRASIL. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012c.

BRASIL. **Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012d. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em 20 mar. 2017.

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

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, 4:393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. de Saúde Pública**; 14:863-70, 1998.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

Conselho Federal de Fonoaudiologia – <http://www.fonoaudiologia.org.br/> Acesso em 20 de mar de 2017.

CUNHA, G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2005. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005, p.27.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DA COSTA, L. S. et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **Rev CoDAS**, 25(4): 381-387.2013.

DE LIMA, P. S. **Histórico da fonoaudiologia**. 1999. Monografia (Especialização em Motricidade Geral). Fortaleza, 1999.

DINIZ, R. D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo. Vol. 16, n. 2 (abr./jun. 2011), p. 126-131, 2011.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. MOROSINI, M. V. G. C., organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-67, 2007.

FERNANDES, F. D. M. et al. **Tratado de Fonoaudiologia**. 2a ed. São Paulo: Roca; 2009.p.619-26.

FERNANDES, E. L. et al. A inserção da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família: relato de caso. **Rev APS**. 2010;13(3):380-5.

- FERNANDES, T. L. et al. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev CEFAC**. 2013;15(1):153-9.
- FERREIRA, C.L. et al. Distribuição dos fonoaudiólogos na atenção à saúde no Estado de Minas Gerais entre 2005 e 2010. **Rev CEFAC**, v. 14, n. 2, p. 196-205, 2012.
- FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface: Comun Saúde Educ*. 1998;2(3):51-71.
- FLICK, U. **O desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 Ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc Saúde Colet**. 2010;15(3):757-62.
- GUARINELLO, A. C.; LACERDA, C. B. F. **O grupo de familiares de surdos como espaço de reflexão e de possibilidades de mudança**. In: Santana AP, Berberian AP, Massi G, Guarinello AC. *Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações*. São Paulo: Plexus; 2007. p.105-20.
- HADDAD, A. E. et al . Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 3, p.386, 2010 .
- JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.
- LEITE, A. P. D.; PANHOCA, I. Avaliação vocal em crianças disfônicas antes e após intervenção fonoaudiológica em grupo. **Rev Salus-Guarapuava**. 2008; 2(1):69-74.
- LEONELLI, B. S. et al. Fonoaudiologia comunitária da UNIMEP: ações fonoaudiológicas em serviços de saúde/educação. **Saúde em revista**, v. 5, n. 11, p. 57-63, 2003.
- LIMA, M. M. et al. Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm**. 2013; 22(1): 106-13.
- LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Rev. Ciênc. Méd.** 2007;16(1):31-41.
- NICÁCIO MARTINEZ, J. F. et al. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, 2016.
- MACHADO, L. A. **Construindo a intersetorialidade**. [Online] 2011. Disponível em: portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com, acesso em 22/05/2017.
- MAGALHÃES, C. C. B. **Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador**. 2014. Tese de Doutorado.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev Ter Ocup.** 2008;19(2):i-i.

MARIN, C. R. et al. Promoção da saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 8, n. 1, p. 35-41, 2003.

MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da Integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. in: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2009.

Mesa de Estudo Clínico: “**Prevenção e Promoção em Fonoaudiologia:** Análise de Evidências” apresentada por Emilse Aparecida Merlin Servilha no 16º Congresso de Brasileiro de Fonoaudiologia – Campos do Jordão – SP. 2008 – Disponível em <http://www.sbfa.org.br/portal/suplementorsbfa>

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINI-AVEJONAS, D.R. et al. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. soc. bras. fonoaudiol**, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

MOREIRA, D.R. Fonoaudiologia: sentido produzido por acadêmicos da área da saúde. **Rev Estudos.** 2006;33(3):397-424.

MOREIRA, M.D.; MOTA, H.B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde-SUS. **Rev CEFAC**, v. 11, n. 3, p. 516-21, 2009.

MORETTI, P. G. S. **Processo de implantação de núcleos de apoio à saúde da família no Brasil:** Um destaque às profissões de fisioterapia e fonoaudiologia. 2015. 195 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2015.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C.. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto:** a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 89 p

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto Terapêutico Singular**. In: CAMPOS, G. W. DE S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC, 2008, p.286.

PANHOCA, I.; LEITE, A. P. D. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. **Distúrb Comun**. 2003;15(2):289-308. 25.

PANHOCA, I.; BAGAROLLO, M. F. **Sujeitos autistas em terapêutica fonoaudiológica grupal**. In: Santana AP, Berberian AP, Massi G, Guarinello AC. Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações. São Paulo: Plexus; 2007. p.121-37.

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

SAMPAIO, M. M.; GONÇALVES, A. Fonoaudiologia em saúde pública: apreciações preliminares a propósito de experiência pioneira em São Paulo, SP (Brasil). **Rev Saúde pub**. S. Paulo, 14:215-23, 1980.

SANTANA A. P. et al. **O afásico e seu cuidador**: discussões sobre um grupo de familiares. In: Santana AP, Berberian AP, Massi G, Guarinello AC. Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações. São Paulo: Plexus; 2007. p.11-38.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, N. M. et al. Grupos e deficiência auditiva infantil: trabalhando com mães e crianças. **Revista da SPAGESP**, v. 13, n. 2, p. 56-67, 2012.

SMEKE, E. L. M. e OLIVEIRA, N. L. S. **“Educação em saúde e concepções de sujeito”**. In: VASCONCELOS, E. M. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo, Hucitec, 2001.

SOLEMAN, C. **O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**: compreendendo a prática a partir da composição dos processos de trabalho. 2012. 173p. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2012.

SOUZA A. P. R. et al. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. **Rev CEFAC**. 2011;13(1):140-151.

TEIXEIRA, L. C. et al. Trajetória profissional de egressos em Fonoaudiologia. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1591-1600, 2013.

TOMASI, A. R. P.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. **Saúde debate**, v. 37, n. 98, p. 427-36, 2013.

VERDI, M. I. M. et al. **Projeto de saúde no território** [Recurso eletrônico].
Universidade Federal de Santa Catarina. 1. ed. – Florianópolis. 2012.

APÊNDICE A – Termo de Autorização Institucional

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA DE _____

Termo de Autorização Institucional

Município, __ de _____ de 2016

Vimos por meio deste, solicitar a autorização para execução do projeto de pesquisa: “NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PRÁTICA FONOAUDIOLÓGICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL”, o qual será realizado pela mestranda do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos, sob a orientação da Profª. Drª Elenir Fedosse, junto à Coordenação Estadual da Atenção Básica.

A execução deste projeto visa analisar as práticas fonoaudiológicas em Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul e compreender os determinantes e fundamentos teóricos que as orientam. A pesquisa será realizada por meio de questionário on-line, os sujeitos da pesquisa receberão todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e serão convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução 466/12 do CNS. No TCLE constará: o título do estudo, o nome da orientadora e da pesquisadora responsável pela pesquisa e seus respectivos telefones para contato, o objetivo principal e a justificativa da pesquisa, os procedimentos que serão usados, os benefícios e riscos, a possibilidade de esclarecimentos sobre a pesquisa e retirada do consentimento, mesmo depois da adesão ao termo, sem que isso traga prejuízos de qualquer ordem aos participantes. Além disso, os mesmos serão informados de que será mantida a privacidade e confidencialidade pelos pesquisadores.

Comprometemo-nos após o término da realização do mesmo, em dar-lhes o retorno através da divulgação impressa dos resultados. No caso de qualquer dúvida, estamos a disposição pelos contatos: Karolline - (55) 96815953 e Elenir – (55)91510973. Antecipadamente, agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Elenir Fedosse
Orientadora

Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos
Mestranda

De acordo,

Secretário(a) Municipal de Saúde de _____

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Titulo do projeto Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise da prática fonoaudiológica nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador responsável: Elenir Fedosse

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 91510973

Local da coleta de dados: Santa Maria

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de questionários online – enviados para fonoaudiólogos atuantes em Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, no período de setembro a novembro de 2016.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima. Os questionários respondidos online serão impressos e mantidos no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Fonoaudiologia, sala 1434, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Elenir Fedosse. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria, 10 de Agosto de 2016.

Elenir Fedosse

ELENIR FEDOSSE

Prof.ª Elenir Fedosse
CRP 007019-0 TIRS
Departamento de Fonoaudiologia
SIAPE 1712-34

APÊNDICE C – Carta Convite destinada aos sujeitos de pesquisa

Prezada _____ ,

Estou realizando uma pesquisa sobre o trabalho do Fonoaudiólogo no NASF do estado do Rio Grande do Sul, sob orientação da professora Dr^a Elenir Fedosse (Universidade Federal de Santa Maria) e seu contato foi passado pelo Secretário Municipal de Saúde do município em que você atua, este já está ciente da pesquisa e já assinou o Termo de Autorização Institucional.

Este estudo tem o objetivo de analisar as práticas fonoaudiológicas em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e compreender os determinantes e fundamentos teóricos que as orientam e com ele esperamos conhecer a realidade da atuação fonoaudiológica nos NASF e, assim, produzir reflexões e subsídios acerca dessa nova forma de organização do processo de trabalho em saúde. Além disso, esperamos também com este estudo estimular outros secretários municipais de saúde a implantar novos NASF e investir no trabalho fonoaudiológico nestes núcleos.

Você, enquanto fonoaudiólogo inserido em uma equipe de NASF aqui do estado do Rio Grande do Sul pode dar a sua colaboração respondendo a um simples questionário que está sendo enviado em ANEXO neste e-mail, além disso, para que sua participação seja efetivada é IMPRESCINDÍVEL a leitura e assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO que está também em anexo neste e-mail. Pedimos que leia, imprima, assine e envie escaneado por email junto com o seu questionário respondido.

Informamos que o questionário é simples e caso haja qualquer dúvida sobre o estudo ou dificuldades entre em contato pelo telefone (55) 96815953 ou pelo email karollinecruz2013@gmail.com.

O prazo para resposta dos questionários é de 15 dias, lembramos que sua participação é IMPRESCINDÍVEL neste estudo a fim de colaborar com a atuação fonoaudiológica no SUS.

OBS: lembramos que suas informações são confidenciais e seu nome não deve entrar no questionário.

Agradeço imensamente sua atenção e colaboração,
Att
Karolline Cruz

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Análise da Prática Fonoaudiológica nos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul

Pesquisadores responsáveis: Elenir Fedosse e Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos

Telefone das pesquisadoras: Elenir Fedosse (55)91510973 e Karolline Cruz (55)96815953

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Fonoaudiologia

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-0000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Fonoaudiologia, sala 1434, 97105-970 - Santa Maria - RS

Local da coleta de dados: Santa Maria, RS.

Eu Elenir Fedosse e Karolline Cruz Sérgio Vasconcelos responsáveis pela pesquisa Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Análise da Prática Fonoaudiológica nos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende analisar as práticas fonoaudiológicas em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e compreender os determinantes e fundamentos teóricos que as orientam.

Acreditamos que ela seja importante pois diante da evolução do cenário de saúde brasileiro, da complexidade que envolve o SUS e o processo de trabalho no NASF e, sobretudo, do potencial de inserção do fonoaudiólogo trazido por esta proposta, faz-se necessário conhecer a realidade da atuação fonoaudiológica nos NASF e, assim, produzir reflexões e subsídios acerca dessa nova forma de organização do processo de trabalho em saúde.

Para sua realização será realizada a coleta de dados por meio de um questionário *on-line* do tipo auto-aplicado, respondido diretamente pelo sujeito da pesquisa e sem intervenção do pesquisador. A análise dos dados quantitativos será realizada por meio de procedimentos da Estatística Descritiva e os dados qualitativos serão agrupados segundo argumento e similaridade de respostas e a análise será realizada segundo os preceitos da Análise Categorical proposta por Bardin.

Sua participação constará de dois passos: O primeiro, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e o segundo, responder ao questionário Online elaborado exclusivamente para esta pesquisa.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: por se tratar de um questionário, a pesquisa apresenta riscos mínimos, como desconforto e/ou cansaço. Caso tais desconfortos ocorram sugerimos que se faça um período de descanso, retornando a responder quando se sentir disposto e a vontade, e deixamos claro também que você tem total liberdade para a desistência da pesquisa. Você poderá enviar um email informando seus desconfortos e desistência, sendo que isso não acarretará nenhum dano ou punição a você e/ou sua instituição. Os benefícios que esperamos como estudo consiste no acréscimo aos conhecimentos científicos sobre a prática fonoaudiológica no NASF.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS -
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Elenir Fedosse – pesquisadora responsável
Santa Maria

APÊNDICE E – Questionário de Pesquisa

Questionário Online de Pesquisa

1) Identificação Sociodemográfica:

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento:

Cor: () Branco () Negro () Pardo () Amarelo

Naturalidade:

2) Formação profissional:

• Graduação

Ano de formação: ___/___/___

Instituição

formadora: _____

Título _____ do _____ trabalho _____ de
conclusão _____

• Pós Graduação:

() Atualização

() Aperfeiçoamento

() Especialização

Instituição

formadora: _____

Ano de formação: _____

Título _____ do _____ trabalho _____ de
conclusão _____

() Especialização/Residência

Instituição

formadora: _____

Título do trabalho de
conclusão _____

Mestrado profissional

Instituição formadora: _____

Título TCC _____

Mestrado acadêmico

Doutorado

Instituição formadora: _____

Título do trabalho de
conclusão _____

3) Experiência profissional anterior:

Tempo de atuação em fonoaudiologia:

Locais e tempo de atuação:

Clínica Particular – entre os anos de _____ à _____

Clínica Pública – entre os anos de _____ à _____

Consultório Particular – entre os anos de _____ à _____

Ambulatório de – entre os anos de _____ à _____

OUTRO _____ entre os anos de _____ à _____

4) Experiência profissional atual:

Vínculo Empregatício: Contratado Concursado

Carga Horária: _____h/semana

Local e Tempo de atuação:

() Ambulatório: entre os anos de _____ à _____

() NASF: entre os anos de _____ à _____

Tipo de NASF: () I () II () III

Nº de ESF vinculadas ao NASF:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9

Carga horária de atuação semanal no NASF: _____h/semana

5) Caracterização da formação para o Sistema Público de Saúde:

- Você teve, durante a graduação, disciplinas teóricas sobre saúde pública e/ou saúde coletiva?

() Não

() Sim

Quais: _____

Conteúdos abordados _____

- Você teve, durante a graduação, disciplinas práticas em Saúde Pública e/ou saúde coletiva?

() Não

() Sim

Onde _____ foram _____ as
práticas? _____

Quais as práticas realizadas? _____

- Você teve, durante a pós-graduação, disciplinas teóricas sobre saúde pública e/ou saúde coletiva?

() Não

() Sim

Quais: _____

Conteúdos abordados _____

- Você teve, durante a pós-graduação, disciplinas práticas em Saúde Pública e/ou saúde coletiva?

() Não

() Sim

Onde _____ foram _____ as
práticas? _____

Quais as práticas realizadas? _____

- Você considera que a sua formação na graduação e/ou na pós graduação (se tiver) influenciou na sua atuação no NASF?

() Não

() Sim, na graduação.

() Sim, na Pós Graduação

6. Caracterização do trabalho no NASF:

- O que o (a) motivou a trabalhar no NASF?
- O que o (a) motiva a permanecer neste trabalho?
- Quais são os profissionais que compõe a equipe do NASF que você trabalha?

Médico Acupunturista Assistente Social Educador Físico
 Farmacêutico Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Médico
Ginecologista/obstetra Médico Homeopata Nutricionista Médico
Pediatra Psicólogo Médico Psiquiatra Terapeuta Ocupacional
 Médico Geriatra Médico Internista Médico do Trabalho Médico
Veterinário Profissional com formação em arte e educação
 Profissional de Saúde Sanitarista

- Você realiza reuniões de matriciamento com todas as equipes de ESF vinculadas ao NASF?

Não
 Sim

- Qual a frequência das reuniões com cada equipe?

Bimestral
 Mensal
 Semanal
 Mais de 1 vez por semana
 Outras _____

- Qual a duração das reuniões?

Menos de 1 hora
 De 1 hora à duas horas
 De 2 horas à 3 Horas
 Mais de três horas

- A sua equipe de NASF elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) junto com a Equipe de ESF?

Não
 Sim

- A sua equipe de NASF elabora Projeto de Saúde no Território (PST) junto com a Equipe de ESF?

() Não

() Sim

- Você acha que a sua atuação e a dos demais integrantes da equipe, segue as diretrizes que o Ministério da Saúde preconiza para o trabalho no NASF?

() Não

() Sim

Quais? _____

- Antes de trabalhar no NASF, você já conhecia essa proposta de trabalho?

() Não

() Sim

- Quais as potencialidades e as dificuldades que você encontrou no trabalho no NASF?

- Quais as ferramentas mais utilizadas pela sua equipe no trabalho no NASF?

- Qual é a maior demanda do fonoaudiólogo no NASF?

- Como essa demanda chega até você?

() Demanda livre

() Por intermédio da ESF

- Quais as estratégias utilizadas para trabalhar com essa demanda?

- Pra você o que é determinante na organização do seu processo de trabalho no NASF? Por quê?

- Você realiza ações compartilhadas com a ESF?

() Não

Sim

Quais?

- Quais os profissionais com quem você mais realiza essas ações?
- Em sua jornada no NASF, você já realizou ações intersetoriais?

Não

Sim

Quais?

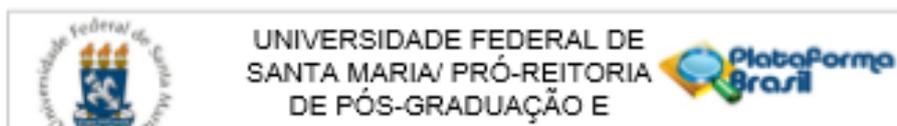
- A sua equipe de NASF tem autonomia na organização do seu trabalho e no desenvolvimento das ações, perante a gestão municipal?

Não

Sim

- Como o trabalho da sua equipe de NASF é encarado pelas equipes de ESF?
- Como o trabalho da sua equipe de NASF é encarado pela população?
- Para você, Qual o papel do fonoaudiólogo no NASF?

ANEXO A – Parecer do comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER COM SUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PRÁTICA FONOAUDIOLÓGICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Elenir Fedosse

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59600016.1.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.838.857

Apresentação do Projeto:

A Fonoaudiologia é uma profissão da saúde e professa ciência que atua e estuda com a comunicação humana, no tocante ao seu desenvolvimento, distúrbios e aperfeiçoamento; ocupa-se das funções referentes à fala, fluência, voz, motricidade orofacial, deglutição, audição (função auditiva periférica e central), função vestibular e aspectos cognitivos. Inserida no campo da Saúde, vem estreitando relações e fazendo parcerias com várias disciplinas, inclusive com a Saúde Coletiva. O Brasil tem a saúde como direito, objetivando serviços cada vez mais resolutivos, humanizados e integrais. Neste sentido, os serviços de Atenção Básica (AB) são ponto de partida para a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país e tem a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como instrumento prioritário dessa reorientação. Com o intuito de fortalecer, qualificar, ampliar a abrangência e resolubilidade da ESF, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), estes são constituídos por uma equipe composta por diferentes profissionais, inclusive fonoaudiólogos, que atuam de maneira integrada com a ESF. A organização do processo de trabalho do NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando a discussão dos casos, atendimento compartilhado e interdisciplinar, trocando experiências e responsabilidades mútuas, a construção conjunta de projetos terapêuticos com ações de prevenção e promoção da saúde. Frente às inúmeras e

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Cidade: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-9352 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Certificação do Parecer: 1.838.857

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_787708.pdf	23/11/2016 23:07:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoKaroline.pdf	23/11/2016 23:06:47	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	tabai.PDF	23/11/2016 23:05:03	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	santiago.jpg	23/11/2016 23:04:47	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	santaacruzdosul.PDF	23/11/2016 23:04:24	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	rodolobonito.jpg	23/11/2016 23:04:01	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	quaraí.jpg	23/11/2016 23:03:38	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	osorio.pdf	23/11/2016 23:03:13	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	novaramadocul.pdf	23/11/2016 23:02:57	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	novapetropolis.pdf	23/11/2016 23:02:42	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	matoleitao.jpg	23/11/2016 23:02:24	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	itaqui.pdf	23/11/2016 23:02:02	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	esteio.jpg	23/11/2016 23:01:47	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	colorado.pdf	23/11/2016 23:01:32	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	charqueadas.PDF	23/11/2016 23:01:15	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	cscequi.pdf	23/11/2016 23:00:50	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	bossoroca.jpg	23/11/2016 23:00:29	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	boavistadoburica.jpg	23/11/2016 23:00:09	Elenir Fedosse	Aceito
Outros	alegria.pdf	23/11/2016 22:59:42	Elenir Fedosse	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Cidade: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (97)3220-8362

E-mail: capufem@gmail.com

