Gabriella Gonçalves Tupinelli

Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da atenção básica na cidade de São Paulo

São Paulo

2017

Gabriella Gonçalves Tupinelli

Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da atenção básica na cidade de São Paulo

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Versão corrigida. A versão
original encontra-se disponível na
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação
Área de concentração: Comunicação Humana
Orientadora: Profa. Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Tupinelli, Gabriella Gonçalves

Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da atenção básica na cidade de São Paulo
/Gabriella Gonçalves Tupinelli. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientador: Daniela Regina MoliniAvejonas.

Descritores: 1.Saúde pública 2.Saúde da família 3.Fonoaudiologia
4.Atenção primária à saúde 5.Papel profissional 6.Inquéritos e questionários

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais que abdicaram de muito para me oferecer a possibilidade de crescer a cada dia mais e mais.

À minha família, irmão, avós, tios e primos que me proporcionaram vivências privilegiadas, cheias de carinho, alegria, afeto e união que me guiaram até aqui.

Ao meu amor, Estela, que me cativou, ensinando-me a viver e sonhar com muito mais cor.

Agradecimentos

À minha família por toda a base, toda força e apoio.

Ao meu amor, Estela, pela paciência, compreensão, carinho e companheirismo em todos os momentos.

À minha orientadora, Daniela, pela dedicação, orientação e paciência.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pela aposta e disponibilidade.

À todos os colegas fonoaudiólogos que dedicaram parte de seu tempo para participar deste estudo.

Aos amigos que ouviram desabafos e compartilharam ideias.

As pessoas grandes adoram os números (...)

**E eu corro o risco de ficar como as pessoas grandes que
só se interessam por números. Foi por isso que comprei uma
caixa de tintas e alguns lápis também.**

É duro pôr-se a desenhar na minha idade(...)

Sumário

Resumo

Abstract

1.INTRODUÇÃO.....	01
1.1SUS – Sistemas de informação.....	07
1.2 Fonoaudiologia: formação para a saúde – resgate histórico.....	10
1.3 Fonoaudiologia: formação integral para o SUS.....	14
2.JUSTIFICATIVA.....	17
3.OBJETIVO.....	19
3.1Objetivos específicos.....	19
4.MÉTODO.....	20
4.1Casuística.....	20
4.2 Procedimentos.....	21
4.3 Instrumento de pesquisa.....	21
4.4 Análise dos dados.....	22
5.RESULTADOS.....	24
5.1 Mapeamento dos fonoaudiólogos atuantes na cidade de São Paulo.....	24
5.2 Questionário.....	28
5.2.1 Perfil Profissional.....	28
5.2.2 Competências Profissionais.....	30
5.2.2.1 Atividades Desenvolvidas.....	30
6.DISSCUSSÃO.....	34
6.1 Mapeamento dos fonoaudiólogos atuantes na cidade de São Paulo.....	34
6.2 Perfil Profissional.....	35
6.3 Competências Profissionais.....	36
6.3.1 Atividades Desenvolvidas.....	37

6.3.2 Processo de Organização do Trabalho.....	38
6.3.2.1 Como você registra a sua atuação?.....	39
6.3.2.2 No seu programa existem metas a serem cumpridas?.....	41
6.3.2.3 Você participa da realização do diagnóstico e planejamento de ações na comunidade?.....	42
6.3.2.4 Você participa da gestão do cuidado?.....	43
6.3.2.5 Você participa do fortalecimento de políticas públicas?.....	44
6.3.2.6 Você participa do desenvolvimento de ações intersetoriais?.....	45
6.3.2.7 Você participa do desenvolvimento de ações educativas?.....	46
6.3.2.8 Você participa da atuação em diferentes coletividades e trabalho de modo colaborativo e multidisciplinar?.....	48
6.3.2.9 Você participa de Apoio Matricial?.....	49
6.3.2.10 Você participa de Clínica Ampliada?.....	50
6.3.2.11 Você participa de Projeto Terapêutico Singular (PTS)?.....	51
6.3.2.12 Você referencia o usuário para a rede e troca informações com os fonoaudiólogos dos níveis secundário e terciário?.....	53
6.3.3 Atribuições Profissionais.....	53
6.3.3.1 De todas as suas atividades, você acredita que faz algo além ou aquém do previsto na portaria para o profissional da atenção básica? Qual a influência destas atividades na sua prática clínica?.....	53
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

Tupinelli GG. *Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da atenção básica na cidade de São Paulo*. [Dissertação]. São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Resumo

As especializações do fonoaudiólogo na área de saúde coletiva, e saúde pública, ainda são escassas. As universidades focam sua grade curricular nas especialidades, formando um profissional competente em habilidades específicas, mas com falhas na formação do fonoaudiólogo generalista. Este é um paradigma a ser rompido e desta forma, faz-se necessário ter conhecimento sobre o profissional que está atuando na atenção primária à saúde.

O objetivo esta pesquisa é caracterizar o perfil profissional dos fonoaudiólogos inseridos em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de São Paulo. É um estudo qualitativo e quantitativo, de base prospectiva através da aplicação de questionário semi-estruturado dividido em dois grandes eixos, sendo o primeiro Perfil Profissional e o segundo Competências Profissionais. O segundo eixo foi subdividido em três subitens: Atividades Desenvolvidas, Processo de Organização do Trabalho e Atribuições Profissionais.

Foram tabulados e contatados todos os fonoaudiólogos atuantes em Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, através do banco de dados do DATASUS. O instrumento utilizado foi um questionário semiaberto que foi aplicado auto preenchido pelos próprios profissionais.

Os dados foram tabulados em planilhas individuais e analisados estatisticamente, além disso, foi realizada análise de conteúdo das respostas ao questionário.

É notável a insuficiência de profissionais no sistema de saúde público, embora a Fonoaudiologia careça de estudos epidemiológicos que evidenciem esta necessidade, porém esta é uma possível justificativa para a priorização de atividades individuais (consultas e visitas domiciliares) em detrimento à atividades coletivas, o que afasta ainda mais o profissional de sua atuação enquanto apoiador matricial.

É necessário investimento na formação para o SUS possibilitando que, mesmo em condições insuficientes, o profissional esteja fortalecido e empoderado para a atuação na saúde pública e coletiva.

Descritores: Saúde Pública, Fonoaudiologia, Atenção primária à saúde, Papel profissional, Inquéritos e Questionários.

Tupinelli GG. [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

Abstract

The speech pathologist's specialties in the area of public health and collective health are still scarce. The universities focus the curriculum on the specialties, forming a competent professional in specific skills, but with failures in the training of the generalist speech pathologist. This is a paradigm to be broken and in this way, is necessary to produce knowledge about the professional that is acting in primary health care.

The aim of this research is to characterize the professional profile of speech pathologists enrolled in Basic Health Units (UBSs) of the city of São Paulo. It is a qualitative and quantitative study, with a prospective basis by the application of a semi-structured questionnaire divided into two main axes, being the first Professional Profile and the second Professional Skills. The second axis was subdivided into three sub-items: Developed Activities, Work Organization Process and Professional Assignments.

All speech pathologists working in Basic Health Units of the city of São Paulo were contacted and tabulated by the DATASUS database. The instrument used was a semi-structured questionnaire that was applied self-administered by the professionals themselves.

The data were tabulated in individual spreadsheets and statistically analyzed; in addition, a content analysis of the responses to the questionnaire was performed.

It is remarkable the insufficiency of speech pathologists in the public health system, although the Speech and Language Sciences needs epidemiological studies to evidence this need, but this is a possible justification for the prioritization of individual activities (consultations and home visits) to the detriment of collective activities, which further distract the professional from his role as a matrix supporter.

It is necessary to invest in training for SUS, so that, even in insufficient conditions, the professional is strengthened and empowered to act in public and collective health.

Descriptors: Public Health, Speech, Language and Hearing Sciences, Primary Health Care, Professional Role, Surveys and Questionnaires.

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (1946) definiu saúde como: “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, apesar das críticas a este conceito, a definição é de grande importância para as políticas públicas de saúde, visto que leva em conta o processo saúde- doença do sujeito (corpo e mente) em sua interação com o ambiente¹.

Em 1986 foi realizada nova Conferência Nacional de Saúde que propôs novo conceito ampliado de saúde: “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”(Brasil, 1986). Dessa forma a saúde passa a situar-se em âmbito macroestrutural perpassando a determinação social, superando a tradição curativa de sua conceituação^{2,3}.

Chega-se, assim, aos determinantes sociais de saúde (DSS) que, em suas diversas definições, expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde⁴.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham⁴.

Em 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, para que a aconselhasse em como reduzir desigualdades de saúde. O relatório final da Comissão contém três recomendações gerais: melhorar as condições de vida no dia a dia; combater o problema da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e mensurar e compreender melhor as desigualdades de saúde⁵.

Com a incorporação de um novo conceito de saúde baseado na visão holística do indivíduo e suas determinações sociais e a partir da promulgação da Lei 8080 (Lei Orgânica da Saúde), em 19 de setembro de 1990, viu-se a necessidade de mudança no modelo organizacional do sistema de saúde, sendo assim o SUS passou por uma série de rearranjos institucionais, visando a sua efetivação⁶.

O sistema de saúde vigente no Brasil, SUS (Sistema Único de Saúde), é um sistema único e integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia, igualdade da assistência à saúde, o direito a informação, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a participação popular e a descentralização político-administrativa⁷⁻⁹.

Os debates em torno de uma maior integração nos serviços de saúde têm se intensificado desde o Pacto pela Saúde¹⁰, que deu ênfase às necessidades de saúde da população e a definição de prioridades articuladas e integradas para o país como um todo, em detrimento ao detalhamento excessivo e fixação em conteúdos normativos anteriores. Para atingir as metas e prioridades agora estabelecidas, foram necessários debates sobre a reorganização do modelo em que o sistema estava pautado¹⁰.

Modelos de atenção são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde que tem como propósito intervir sobre danos, riscos e necessidades sociais de saúde. De maneira mais ampliada podemos incluir três dimensões dentro destes modelos de

atenção: dimensão gerencial – processos de reorganização de ações e serviços, dimensão organizativa – hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e dimensão operativa – relações entre os sujeitos das práticas¹¹.

Nessa perspectiva, para que a mudança de um modelo de atenção seja concretizada, é necessária conjunção de propostas e estratégias nas três dimensões, pautadas na implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde – propósitos e finalidades/saberes e práticas.

Anteriormente o sistema organizava-se de forma piramidal seguindo o modelo tradicional que trazia como ideias centrais a prática centrada no médico/profissional de saúde, um processo automatizado de cumprimento de tarefas e a redução da complexidade do problema apenas à dimensão biológica, o que resultava em baixa capacidade resolutiva com poucos instrumentos para compreender e agir nos determinantes do processo saúde-doença⁷.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial envolvendo os três níveis de complexidade e diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Dentre seus atributos destaca-se: a atenção básica, estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde¹³.

A Atenção Básica (AB) deve ser o contato preferencial do usuário, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos

e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades¹⁴.

No início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição. Após um período de iniciativas pontuais em vários municípios e estados, começou a haver uma estruturação mais uniforme da AB sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento, que se consolidaram a partir da década de 90 com a municipalização da saúde¹⁵.

No início dos anos 90, foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O programa é uma ferramenta importante para o aprimoramento e consolidação do SUS, e hoje é compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família(PSF)¹⁶.

O PSF foi inicialmente implantado em cidades pequenas, com baixa densidade populacional, escassez de serviços e profissionais de saúde e altos níveis de mortalidade infantil e materna, enfermidades transmissíveis, e baixa expectativa de vida ao nascer, nestes locais o programa apresentou resultados exitosos¹⁷.

Em 1994, chega a grandes centros urbanos (São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre) o Programa Saúde da Família (PSF) com a intenção de melhoria das condições de saúde de indivíduos e grupos sociais, ganhando grande repercussão no país e configurando-se assim, em uma das prioridades do Ministério da Saúde como política de qualificação da atenção básica¹⁸.

Através da Portaria Ministerial nº 648, de 28 de março de 2006, considerando a expansão do Programa Saúde da Família, foi consolidada a Estratégia Saúde da Família, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica em âmbito nacional.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população¹⁹.

O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e o cuidado longitudinal das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população¹⁹.

No Município de São Paulo, a Estratégia Saúde da Família vem se consolidando como estratégia de reorganização das Unidades Básicas de Saúde, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica⁸.

A proposta da Estratégia Saúde da Família propõe o conceito de clínica ampliada. A clínica ampliada tem como características a compreensão do sujeito em contexto, a formação do vínculo profissional-usuário, a visão territorial com formação de equipes transdisciplinares e a articulação entre os níveis de atenção com a formação de redes de cuidado. Daí surge a necessidade de adaptação da prática profissional para melhor inserção no sistema de saúde, mudando a sua visão clínica assistencialista e reabilitadora e passando a agir de modo integral visando a promoção da saúde¹⁹.

Para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica foram criados, pela portaria 154/2008 do Ministério da Saúde, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), com o objetivo de

ampliar e consolidar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços e ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações^{14, 22}.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à AB, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto²²⁻²³.

A operacionalização do NASF adota, entre algumas concepções, o conceito de matriciamento. Matriciamento é um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária em saúde, além de também poder ter alcance nos diversos setores e secretarias do município, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só sua saúde física, mas também a psíquica e social. Dessa forma, a equipe matriciadora tem o papel de formar uma grande rede de serviços não burocratizada e eficaz. Tal movimento reflete a organização em rede do conceito de Clínica Ampliada, prática política que não perde de vista a importância do acolhimento e do vínculo entre o profissional cuidador e o indivíduo assistido²³.

Entre os profissionais previstos a integrarem o NASF tipo 1 (direcionado a municípios que possuam mínimo de 8 ESF e que devem ser compostos por no mínimo cinco das profissões de nível superior) e o NASF tipo 2 (direcionado a municípios que possuem entre 3 e 7 ESF que deve ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não

coincidentes); está o fonoaudiólogo. Em 2012, pela portaria 3.124 são criados os NASF tipo 3 (vinculado a no mínimo 1 e no máximo 2 ESF). O fonoaudiólogo do NASF atua nas ações de reabilitação, de saúde mental e de saúde da criança^{9, 14, 21-22}.

O documento de Diretrizes e Parâmetros norteadores das ações do NASF, proposto pela Coordenação de Atenção Básica da cidade de São Paulo em 2009, traz uma sugestão de padronização da distribuição das ações a serem desenvolvidas pelos núcleos, a fim de alinhar o trabalho das equipes NASF em todo o município²⁴.

Quadro1 Distribuição percentual de atividades do fonoaudiólogo no NASF

Atividades	Média de Percentual Mensal
Reuniões (ESF, Técnicas, NASF, Gerais, Rede...)	35%
Grupos (compartilhados e específicos)	35%
Consultas compartilhadas	10%
Visitas domiciliares compartilhadas	10%
Consultas específicas	10%

1.1 SUS – Sistemas de Informação

Dentro do processo evolutivo, a utilização de recursos informatizados para o fortalecimento a partir da efetivação dos princípios doutrinários do SUS é essencial. Em 1999 através da PT-SAS 376, foi criado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que seria aprovado e ratificado no ano seguinte através da Portaria 511 da Secretaria de Assistência à Saúde. O CNES é a base para operacionalizar os Sistemas de Informação em Saúde, visto que cria um banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Abrangendo em seu público alvo

estabelecimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas²⁵.

O sistema dá transparência para a sociedade a respeito de toda a infraestrutura dos serviços de saúde no país, automatiza o processo de coleta de dados sobre capacidade física instalada, serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, instrumentalizando os gestores com dados de abrangência nacional para um planejamento e gerenciamento mais eficaz e eficiente. Seu cadastro serve como base para outros sistemas, como por exemplo: Sistema de Informação Ambulatorial; Cartão Nacional de Saúde; Sistema de Informação de Regulação; Sistema de Informações da Anvisa, Sistema de Informações da ANS²⁶.

O CNES propicia conhecimento da realidade da rede assistencial existente, sua potencialidade e capacidade instalada, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população¹³. Neste sentido, é necessário que cada categoria profissional conheça sua realidade dentro da rede para auxiliar o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS, para buscar espaço dentro do sistema, além de fornecer informações importantes para que as grades curriculares dos cursos da saúde sejam modificadas, de forma a envolver a formação do aluno nos três níveis de atenção à saúde, conforme acontece na prática.

Dentro do contexto de conhecer a profissão e os profissionais que trabalham no SUS, em outubro de 2002, após reformulação da primeira edição datada de 1982, foi instituída a portaria ministerial nº 397, que dispõe sobre a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações). A nova edição utiliza uma nova metodologia de classificação e faz a revisão e atualização completas de seu conteúdo, levando em consideração as mudanças ocorridas no cenário cultural, econômico e social do país, que implicam em alterações estruturais no mercado de trabalho. A CBO é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro tendo por finalidade sua identificação no mercado de trabalho, para fins

classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares, além de uniformização administrativa, sem envolver relações trabalhistas ou regulamentares da profissão²⁷.

A profissão de fonoaudiólogo (CBO 2238) foi incluída no sistema em 2008, e em 31 de março de 2013 foram incluídas oito subcategorias. A profissão aparece descrita como: profissionais que “realizam tratamento fonoaudiológico para prevenção, habilitação e reabilitação de pacientes e clientes aplicando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia. Avaliam pacientes e clientes; realizam diagnóstico fonoaudiológico; orientam pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; atuam em programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida; exercem atividades técnico-científicas através da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos”. Tem como condições gerais para o exercício o “trabalho nas áreas de saúde, de educação e de serviços sociais, em caráter liberal e/ou com vínculo empregatício ou ainda na prestação de serviços terceirizados, de forma individual ou em equipes multiprofissionais. Atuação em consultórios, hospitais, ambulatorios, clínicas, escolas, domicílios, clubes, comunidades, escolas e indústrias, em ambientes fechados, em horários diurnos”. Além das exigências de “curso superior na área de Fonoaudiologia, com registro no conselho profissional pertinente. Para as demais ocupações de Fonoaudiólogo, além do curso superior na área de fonoaudiologia, com registro no conselho profissional pertinente, é exigido curso de qualificação profissional na área de mais de 400 horas”²⁶.

A Classificação Brasileira de Ocupações descreve ainda duas tabelas, uma com a definição de oito subcategorias do profissional fonoaudiólogo: geral, educacional, audiolista, disfagia, linguagem, motricidade orofacial, saúde coletiva e voz, e outra com as atividades que devem ser desenvolvidas pelo fonoaudiólogo divididas em nove áreas: realizar tratamento fonoaudiológico, avaliar pacientes e clientes, realizar diagnóstico fonoaudiológico, aplicar procedimentos fonoaudiológico, orientar pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; atuar em

programas de prevenção; promoção de saúde e qualidade de vida; exercer atividades técnico-científicas e administrativas; comunicar-se; demonstrar competências pessoais²⁶.

1.2 Fonoaudiologia: Formação para saúde – Resgate histórico

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº287/98, reconheceu 14 profissões da saúde, a saber: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais²⁸.

Em 7 de agosto de 2001 é aprovada reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde que prevê a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação²⁹.

Em 19 de fevereiro de 2002, através de resolução do Conselho Nacional de Educação foram instituídas as diretrizes curriculares em âmbito nacional para o curso de Fonoaudiologia, tendo como objetivo uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, atendendo ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe³⁰. O Parecer CNE/CES nº 213/2008 estabelece carga horária mínima de 3200 horas para o curso de Fonoaudiologia.

No intuito de alinhar o perfil profissional definido, as DCN têm sido objeto de análise do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES/INEP) e tema relevante de Fóruns de Ensino, organizados pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Academia Brasileira de Audiologia (ABA) e Conselhos Regionais e Federal.

As diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina acabaram de ser revistas, e muita ênfase foi dada para a atenção básica à saúde e para humanização do atendimento. Dentro desta óptica, os coordenadores dos cursos de Fonoaudiologia têm se reunido para elaborar um documento com sugestões de reformulação na DCN.

No início dos anos 80, foi apresentada ampla pesquisa abrangendo todos os continentes: Europa, América Latina, América do Norte, África, Ásia e Oceania³². Neste estudo foram apontadas três categorias básicas referentes à variação do perfil desse profissional: a primeira seria composta por profissionais formados para atuar na educação especial; a segunda refere-se àqueles que trabalham no campo hospitalar, e a terceira categoria é composta por profissionais formados para atuação clínica em consultórios. Essas categorias, apesar de terem sido apontadas no início da década de 80 foram aceitas durante diversos anos e propiciaram uma reflexão sobre a formação e modificação desse profissional.

Em 1989, com o surgimento de cargos públicos oferecidos por estados e prefeituras, inicia-se a inserção do fonoaudiólogo nos serviços públicos de saúde³², com isso fez-se necessária a reformulação dos currículos de graduação e a criação de estratégias de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino que possibilitem mudança no contexto da Fonoaudiologia no SUS.

No final da década de 90, um importante estudo traçou o perfil do fonoaudiólogo no estado de São Paulo, suas conclusões mostraram a relevância de se realizarem pesquisas similares nos demais estados do Brasil³³.

A literatura apresenta poucas pesquisas³³⁻³⁴ com objetivo de delimitar perfis do fonoaudiólogo, além disso, os estudos são altamente regionalizados e compostos por um número baixo de sujeitos, o que diminui a generalização das conclusões obtidas.

Em um dos estudos, os autores descrevem a formação educacional do fonoaudiólogo, constatando que o número de programas de pós-graduação, lato sensu e stricto sensu, para a Fonoaudiologia é baixo (70 e oito, respectivamente)³⁵.

Em outro estudo, os autores registraram o início do processo de implantação do novo currículo do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, descrevendo e analisando a implementação de novas modalidades pedagógicas (seminários interdisciplinares, oficinas técnicas, de escrita e cultural, e tutorias) e concluiu que tal mudança possibilitou a integração de docentes de áreas básicas e profissionalizantes, permitindo a abordagem de questões da clínica fonoaudiológica, mas ressaltaram que ainda é necessária maior aproximação do curso com a comunidade e serviços de saúde do território³⁶.

No estudo realizado pelo Ministério da Educação em 2006, até o ano de 2004 a Fonoaudiologia era o terceiro menor curso na área da saúde, no que tange a número de matrículas e número de concluintes. Outro ponto de destaque é a efetiva participação da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde, já que um forte incentivo para uma formação em consonância com as políticas de saúde vigentes é a presença de profissionais da área atuando no sistema e a perspectiva de oferta de postos de trabalho³⁷.

Para tanto, o Ministério da Saúde tem mostrado iniciativas que permitem ao estudante de graduação o aprofundamento nas discussões acerca dos desafios de implementação do SUS em todo o país e contribuem para reorganizar a formação em saúde sem distanciá-la da necessidade de atender às atuais prerrogativas da prática^{33, 37}.

A valorização dos recursos humanos e a formação de profissionais, mais capazes de desenvolverem uma assistência de alta qualidade e resolutividade, são impactantes para a operacionalização efetiva do SUS³⁸.

Em 2005, através da portaria interministerial 2.101, foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de

Enfermagem, Odontologia e Medicina. O Programa tinha por objetivo reorientar o processo de formação visando melhoria na qualidade e resolubilidade da atenção e oferecer à sociedade profissionais habilitados para atender as necessidades da população brasileira e a operacionalização do SUS³⁸.

Considerando as experiências adquiridas no âmbito do Pró-Saúde, em 2007, sob Portaria Interministerial n.3019, o Programa foi ampliado para os demais cursos de graduação em saúde para incentivar a transformação no processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à comunidade³⁹.

Em 2010, foi implantado o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), regido pela portaria interministerial n. 421, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho e é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino³⁹. O projeto prevê articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de Saúde em três eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica) o que fortaleceria e potencializaria a produção de conhecimento, a formação de recursos humanos e a prestação de serviços no SUS⁴¹.

O curso de extensão VER-SUS (Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil) também se apresenta como uma forma alternativa e complementar ao ensino da graduação. O projeto VER-SUS/Brasil, enquanto dispositivo, pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações e abre espaço para o desenvolvimento de processos de luta dos setores no campo da saúde. O projeto possibilita o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde, abordando temáticas

sobre Educação Permanente em Saúde, quadrilátero da formação, aprendizagem significativa, interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde, reforma política, discussão de gêneros, movimentos sociais, questões que estão intrinsecamente relacionadas à saúde, ao SUS ⁴².

1.3 Fonoaudiologia: formação integral para o SUS

As transformações pelas quais vêm passando as sociedades atuais trazem a necessidade de análises reflexivas sobre as estruturas curriculares e seus processos de formação acadêmica a fim de alinhar a aquisição do conhecimento científico e o desenvolvimento das ações no cotidiano profissional. Nesta perspectiva, o papel dos cursos de graduação em saúde deve ser estratégico para fornecer competências complexas que possibilitem o engajamento frente a situações adversas e que incitem crescente atualização frente aos avanços tecnológicos, para que os mesmos possam mensurar o que o conhecimento em saúde pode impactar positivamente na atuação e nos resultados ⁴³. Entretanto é notável que o desenvolvimento de tais cursos, dentre eles a Fonoaudiologia tem perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrado em sistemas e tecnologias altamente especializadas⁴⁴⁻⁴⁵.

Atualmente a Fonoaudiologia é uma especialidade integrada no sistema de saúde em seus três níveis de atenção, inserindo-se em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais, além de realizar ações intersetoriais e em outros locais do território. Dessa forma, é necessário que o profissional que atua em serviço público seja capaz de identificar as questões de maior abrangência, no que tange a promoção, proteção e recuperação da saúde, para fornecer a população assistência baseada no modelo de atenção, buscando meios e processos para atingir a eficácia e a eficiência do serviço^{32, 46}.

A especialização do fonoaudiólogo na área de saúde coletiva, saúde pública e saúde da família, ainda é escassa. As universidades focam sua grade curricular nas especialidades, formando um profissional competente em habilidades específicas, mas com falhas na formação do

fonoaudiólogo generalista. Este é um paradigma a ser rompido e desta forma, é necessário ter conhecimento sobre o profissional que está atuando na atenção básica à saúde¹⁹.

Atualmente na cidade de São Paulo existem cinco cursos de Fonoaudiologia regularizados. Sendo três deles ministrados em universidades particulares e dois em universidades públicas (uma federal e uma estadual).

Dos cinco cursos existentes pudemos observar brevemente as grades curriculares de quatro deles, e o espaço dado ao ensino em Saúde Coletiva é bastante restrito, em média 5% da carga horária total dos cursos é voltada para o SUS, sendo geralmente distribuídos em uma disciplina entre o 4º e o 5º semestre e/ou um estágio supervisionado no 8º semestre⁴⁷⁻⁴⁹.

Para pautar a discussão sobre o desenvolvimento profissional em Saúde Coletiva é necessário compreender a necessidade real do sistema de saúde que orientará a formação dos profissionais. Em meados de 2008, ocorreu a Conferência de Galway, que propunha um fórum com colaboração internacional, para explorar melhores estratégias para o desenvolvimento da força de trabalho em promoção de saúde. O encontro foi o passo inicial em pesquisar quais as principais competências para reforçar a promoção à saúde⁵¹.

O resultado final não é focado em competências específicas, mas em domínios que, quando combinados, atingem os objetivos em saúde. São eles:

1. Catalisação de mudanças: capacidade de produzir mudanças e empoderar os indivíduos e as comunidades para a melhora da saúde.
2. Liderança: produzir uma direção estratégica e oportunidades para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão de recursos para a promoção da saúde.
3. Estimativa/Diagnóstico: conduzir avaliação das necessidades da comunidade, identificar e analisar o comportamento, a cultura, o meio social, ambiental e organizacional que podem ser determinantes na promoção ou no comprometimento da saúde.

4. Planejamento: capacidade de estabelecer metas e objetivos mensuráveis em resposta à avaliação das necessidades e identificar estratégias que são baseadas no conhecimento derivado de evidências teóricas e práticas.
5. Implementação: capacidade de realizar de maneira eficaz, eficiente e sensível a cultura e ética, estratégias para garantir o maior número possível de melhorias na saúde, incluindo a gestão dos recursos humanos e materiais.
6. Avaliação: determinar o alcance, a eficácia e o impacto dos programas de promoção da saúde e das políticas. Isso inclui a utilização adequada de métodos de avaliação e de pesquisa para apoiar melhorias no programa, a sustentabilidade e a divulgação.
7. Advocacia: defender a melhora da saúde e bem-estar para indivíduos e comunidades e reforçar suas capacidades para a realização de ações que possam melhorar a saúde e fortalecer a comunidade.
8. Parcerias: promover o trabalho cooperativo entre disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção e políticas de saúde.

2. Justificativa

A atuação da Fonoaudiologia dentro do Sistema de saúde é bastante extensa, apesar disso, estudos que caracterizem, quantifiquem e qualifiquem essa atuação são bastante escassos.

Partindo desse pressuposto, o estudo baseia-se na necessidade de caracterização da atuação do profissional especialista dentro da atenção básica, no caso o fonoaudiólogo, haja visto a necessidade de repensar a formação elementar durante a graduação e a necessidade de aprimoramento e empoderamento sobre o funcionamento do SUS em sua totalidade para validação de seus princípios e diretrizes na rotina de atividades práticas, bem como a necessidade da incorporação de saberes sobre o trabalho em saúde para o desenvolvimento de novas competências e habilidades que tragam eficiência aos processos de cuidado à saúde.

A construção das redes de atenção à saúde é uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. Conhecer os profissionais inseridos neste sistema de saúde integralmente fortalece os processos de cooperação entre distintos atores, por meio da pactuação de responsabilidades complementares e interdependentes sobre a produção de saúde. Dentro do conceito de redes de atenção à saúde, a atenção básica tem o papel de ordenadora¹³. Dessa forma fica clara a necessidade de conhecermos o trabalho destes profissionais que coordenam o cuidado.

Com a coleta dos dados iniciais será possível conhecer os locais de atuação dos profissionais e seu perfil, para que possam ser pensadas estratégias de articulação da categoria para desenvolver futuros projetos para melhoria da qualidade do trabalho.

O preenchimento dos questionários sobre a atuação do fonoaudiólogo na atenção básica possibilita a análise minuciosa das ações realizadas pelos profissionais e mensura seu domínio com relação à prática voltada para a saúde coletiva. Para que possam ser pensadas estratégias de educação permanente para os fonoaudiólogos já inseridos na atenção básica e estratégias

para revisão dos currículos básicos da graduação em Fonoaudiologia, tendo maior ênfase para o conhecimento em saúde coletiva e para a formação holística e generalista.

3. Objetivo

Mapear os fonoaudiólogos inseridos na Atenção Básica da cidade de São Paulo e caracterizar o perfil profissional, correlacionando saberes e práticas em consonância com os princípios do SUS.

3.1 Objetivos Específicos

1. Mapear a rede de serviços onde o profissional fonoaudiólogo está inserido.
2. Caracterizar e analisar:
 - as atribuições dos fonoaudiólogos,
 - o processo de organização do trabalho,
 - as atividades desenvolvidas pelos mesmos.

4. Método

Estudo exploratório, de base prospectiva através da análise das bases de dados acadêmico-científicos, da base de dados CNES/DATASUS e aplicação de questionário semiestruturado autoaplicável dividido em dois grandes eixos, sendo o primeiro Perfil Profissional e o segundo Competências Profissionais, o segundo eixo foi subdividido em três subitens: Atividades Desenvolvidas, Processo de Organização do Trabalho e Atribuições Profissionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo segundo protocolo de pesquisa nº 104/15(Anexo 1), posteriormente foi aprovado pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde (Anexo 2) e recebeu aval da Plataforma Brasil.

Para a pesquisa dos profissionais cadastrados no sistema CNES/DATASUS foi inicialmente, no site do sistema, selecionado o item “consultas” e, em seguida, “profissionais”. Selecionamos o Estado e a Cidade de São Paulo e o CBO Fonoaudiólogo.

Em 22 de maio de 2015, quando foi iniciada a tabulação dos dados, foi encontrado pelo sistema um total de 1468 fonoaudiólogos cadastrados. Esse total sofre alterações constantes, por se tratar de um sistema informatizado e conectado à rede, mas durante o período de tabulação (22/05 a 12/06) foram excluídos apenas três profissionais do cadastro.

4.1 Casuística

Foram tabulados todos os fonoaudiólogos atuantes na Atenção Básica do município de São Paulo, através do banco de dados do CNES/DATASUS. Desta forma, os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa são:

- Atuar em, pelo menos, uma UBS da cidade de São Paulo;
- Atuar em, pelo menos, um programa da AB da cidade de São Paulo;

- Estar devidamente cadastrado no sistema CNES/DATASUS na data de 22 de maio de 2015.

Para a segunda fase da pesquisa, na aplicação do questionário, o único critério de exclusão foi a não concordância em participar da pesquisa. Todos os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) onde estão especificados os objetivos, benefícios e riscos, além da garantia de sigilo de identidade e autonomia para participação.

Para o contato com os profissionais foram utilizados os dados contidos no CNES/DATASUS. Cada profissional foi contatado via telefone de seu local de trabalho (UBS). Após esse primeiro contato, foram obtidos os números de celular e/ou e-mail, sendo que neste contato foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como sua relevância para a categoria profissional. Com este contato, o número de profissionais que responderam ao questionário foi mínimo, portanto foram necessárias novas estratégias de acesso, a primeira delas foi a postagem do questionário via GoogleForms em mídias sociais como o Facebook, mesmo assim ainda era baixo o número de questionários respondidos.

A segunda estratégia utilizada foi o contato direto com os profissionais, que haviam disponibilizado seus números de celular, via Whatsapp. Para que a tarefa fosse cumprida e o questionário devidamente preenchido e enviado, foram enviadas mensagens diárias para auxiliar, tirar dúvidas e lembrar as datas combinadas.

A maior parte dos profissionais concordou em participar do estudo se dispondo a responder ao questionário, mas poucos efetivamente responderam à pesquisa. Alguns profissionais trouxeram como justificativas a falta de tempo e a não autorização de seus superiores (gerentes e/ou instituições).

4.2 Procedimento

Inicialmente, pelo sistema CNES/DATASUS, foi realizada busca de todos os profissionais cadastrados no sistema, e foram tabulados os dados referentes à local de trabalho, regime de contratação, nº CNES do local de trabalho e nº SUS do profissional.

Os fonoaudiólogos atuantes em UBS/AB previamente localizados pelo sistema DATASUS foram contatados, via telefone e/ou e-mail, para verificação de interesse e possibilidade de participação na pesquisa pelo profissional. Em caso afirmativo o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram enviados via mídia digital para os profissionais participantes da pesquisa.

4.3 Instrumento de Pesquisa

O instrumento utilizado foi um questionário semiaberto, desenvolvido exclusivamente para este estudo, (Anexo 4), auto preenchido individualmente pelos profissionais, sem a necessidade de visita ou intervenção das pesquisadoras.

A construção do questionário foi baseada em estudos anteriores que abordaram o tema^{12,52}. As questões foram elaboradas, a partir destes estudos, para contemplar os temas descritos no caderno norteador do NASF e são baseadas na atuação dos profissionais já inseridos na Atenção Básica.

O primeiro eixo do questionário aborda o Perfil Profissional, que diz respeito ao histórico profissional do fonoaudiólogo e abrange questões sobre: ano de formação, escola de formação, especializações/cursos e experiência prévia dentro e fora da área de saúde coletiva.

O segundo eixo do questionário abrange as Competências Profissionais, subdivididas nos seguintes itens: *Atividades Desenvolvidas* (dentro desse tópico são abordadas questões concernentes às atividades que o profissional realiza diariamente dentro da Unidade Básica de

Saúde, como por exemplo: atendimentos individuais, atendimentos em grupo, elaboração de relatórios, reuniões multidisciplinares); *Processo de Organização do Trabalho*(realização de diagnóstico e planejamento de ações na comunidade, organização do cuidado, desenvolvimento de ações intersetoriais, fortalecimento de políticas públicas, desenvolvimento de ações educativas, atuação em diferentes coletividades e trabalho de modo colaborativo e multidisciplinar, bem como o uso de ferramentas como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio) e, por fim, *Atribuições Profissionais*(relação entre as atribuições do profissional fonoaudiólogo descritas em portaria e a aplicação das mesmas no contexto da rotina de trabalho).

4.4Análise dos Dados

Os dados foram tabulados em planilhas individuais e analisados quanti e qualitativamente.

Os profissionais foram divididos em subcategorias de *local de atuação*: clínicas/consultórios; hospitais privados (rede de saúde suplementar); ONG/Centros de Reabilitação/Entidades sem Fins Lucrativos e SUS (de acordo com os níveis de atenção) esubcategorias por *regime de contratação*: autônomo, celetista, estatutário ou proprietário.

Após a análise inicial os profissionais atuantes na rede SUS foram subdivididos por Coordenadorias de Saúde (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Leste e Norte).

A análise dos questionários foi realizada qualitativa e quantitativamente. Para análise, todos os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas. Os dados quantitativos foram analisados segundo elementos da Estatística Descritiva, para geração de gráficos e tabelas.

A análise qualitativa dos dados foi realizada segundo preceitos da Análise Categorical proposta por Bardin (2008)⁵³. As respostas de cada questão foram lidas e relidas para apreensão e interpretação das ideias expressas pelos participantes. As categorias de análise seguiram a

divisão prévia dos eixos (Perfil Profissional; Competências Profissionais) e subitens do questionário (Atividades Desenvolvidas; Processo de Organização do Trabalho e Atribuições Profissionais), além disso, durante o processo de análise foi inserida a categoria de Dificuldades e Desafios.

5. Resultados

5.1 Mapeamento dos fonoaudiólogos atuantes na cidade de São Paulo

Dos 1465 profissionais foram tabulados, em planilhas eletrônicas, os seguintes dados: nome completo; local de trabalho, regime de contratação, número de registro no CNES/DATASUS do local de trabalho e número SUS do profissional.

Para tabulação, os profissionais foram divididos em subcategorias de local de atuação (Tabela 1): clínicas/consultórios; hospitais privados (rede de saúde suplementar); ONG/Centros de Reabilitação/Entidades sem Fins Lucrativos e SUS (de acordo com os níveis de atenção).

Tabela 1- Distribuição dos fonoaudiólogos por local de atuação.

Fonoaudiólogos – Locais de Atuação	
Hospitais (Público + Privado)	445
SUS – Atenção básica e secundária	309
Consultórios e Clínicas	348
ONG/Centros de Reabilitação/Entidades sem Fins Lucrativos	363
TOTAL	1465

Na Tabela 1, podemos notar concentração dos profissionais em estabelecimentos clínicos (clínicas, consultórios, centros de reabilitação, ONGs), quase a metade do total de profissionais cadastrados (48,5%) atua em serviços especializados, tal proporção nos revela a reabilitação como principal foco da atuação fonoaudiológica e demanda preocupação com a formação para o SUS.

Abaixo estão demonstradas as subcategorias por regime de contratação: autônomo, celetista, estatutário, ou proprietário, conforme Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição dos fonoaudiólogos por regime de contratação.

Fonoaudiólogos – Regime de Contratação	
Autônomo/Informal	769
Celetista	265
Estatutário	203
Emprego Público CLT	53
Proprietário	22
Bolsa/Estágio/Residência	59
Sem Subtipo	94
TOTAL	1465

Na Tabela 2 nota-se que mais da metade dos profissionais estão atuando com regime de contratação informal ou autônomo, 52,5% do total, o que demonstra a falta de estabilidade profissional da categoria, em contrapartida, apenas 17,4% dos profissionais ocupam cargos públicos.

A divisão dos profissionais com relação ao nível de complexidade na atuação no Sistema Único de Saúde está descrita abaixo, na Tabela 3.

Tabela 3-Distribuição dos fonoaudiólogos por nível de complexidade.

Fonoaudiólogos – nível de complexidade SUS	
Atenção Básica/UBS	165
Atenção Secundária	144
TOTAL	309

A proporção de profissionais (Tabela 3) inseridos na atenção básica e secundária do SUS é de aproximadamente 21% do total, destes, 53,4% na AB e 46,6% na AS.

Após a análise inicial, os profissionais atuantes na rede SUS (atenção básica e secundária) foram subdivididos por Coordenadorias de Saúde (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Leste, Norte), conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4-Distribuição dos fonoaudiólogos por coordenadorias de saúde.

Fonoaudiólogos – Coordenadorias de Saúde	
Sul	74
Sudeste	74
Centro-oeste	36
Norte	71
Leste	54
TOTAL	309

Na Tabela 4, os profissionais estão dispostos entre as Coordenadorias de Saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde que mais possuem profissionais fonoaudiólogos são Sul e Sudeste com aproximadamente 24% do total, cada uma. Já a CRS Centro-Oeste mantém apenas 36 profissionais atuando, ou seja, 11% do total.

Dos 165 profissionais localizados inseridos em UBS/AB, a Coordenação da Atenção Básica informou que 96 estão atuando em equipes NASF, e o restante, 69, são profissionais inseridos em UBS Tradicionais. Na Tabela abaixo, os 165 profissionais estão distribuídos entre as Regiões de Saúde.

Tabela 5 - Distribuição dos fonoaudiólogos por coordenadorias de saúde, atuantes em UBS Tradicional ou ENASF.

Fonte: Secretária Municipal de Saúde

CRS	Fonoaudiólogos NASF	Fonoaudiólogos em UBS Tradicionais
Sul	30	3
Leste	23	12
Oeste	4	13
Norte	18	26
Centro	2	2
Sudeste	19	13
TOTAL	96	69

Na Tabela 5 podemos notar que a maior parte das CRS tem, proporcionalmente, quantidade de profissionais NASF maior ou igual aos fonoaudiólogos de UBS Tradicionais, com exceção das regiões Norte e Oeste.

Tabela 6 - Proporção de fonoaudiólogos por UBS.

Fonte: Secretária Municipal de Saúde

	Nº total de equipamentos de saúde	Nº de UBS	Nº de fonoaudiólogos	Proporção de fonoaudiólogos
Centro- Oeste	95	36	30	0,8 : 1
Leste	217	87	54	0,6 : 1
Norte	181	70	71	1,01 : 1
Sudeste	202	70	74	1,05 : 1
Sul	219	107	74	0,69 : 1

A Tabela 6 mostra a proporção entre profissionais fonoaudiólogos e UBS, as regiões Leste e Sul apresentam os números mais baixos dentre as Coordenadorias.

5. 2. Questionário

A análise dos questionários foi realizada a partir de seus dois eixos de sustentação – Perfil Profissional e Competências Profissionais, e seus subitens.

O uso de questionários semiestruturados, nos remete a questão “em qual sentido a fala de um é representativa da fala de muitos?” Mas para Bourdieu,

Todos os membros do mesmo grupo são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de

particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros (BOURDIEU, 1973 apud MINAYO, 2004, p. 111)⁵³.

5.2.1 Perfil Profissional

Dos 165 profissionais atuantes na Atenção Básica, 22 enviaram o questionário totalmente preenchido.

Inicialmente, pudemos observar que a variação entre as universidades e o ano de formação é muito grande, com profissionais formados de 1985 a 2012, em escolas públicas e privadas, na capital e no interior do Estado.

Conforme Tabela 7, o tempo de formação dos profissionais e o tempo de atuação na AB são bastante variados, sendo o primeiro com valor mínimo de dois e valor máximo de 29 anos, e o segundo com valor mínimo de um e valor máximo de nove anos.

Tabela 7 Tempo de formação e de atuação na AB dos profissionais respondentes.

	Norte			Sul			Leste			Oeste			Centro		
	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx
Tempo de Formação	4	8,6	13	2	8,75	17	4	6,75	9	7	14	29	2	2	2
Tempo de Atuação na AB	1	5,4	11	1	4,5	8	1	8	3	5	6,75	9	2	2	2

Todos os profissionais consultados possuem algum nível de pós-graduação, embora poucos tenham sido voltados à Saúde Coletiva. Do total de 25 títulos distribuídos entre os 22 profissionais, apenas onze são voltados para o SUS (Saúde da Família, Saúde Mental, Gestão em Saúde, entre outros), conforme descrito na Tabela 8.

Tabela 8 -Formação dos profissionais respondentes.

		Norte	Sul	Leste	Oeste	Centro	Total
Formação	Graduação em Escola Pública	4	3	1	2	0	10
	Graduação em Escola Privada	1	5	3	2	1	12
	Pós-graduação (exceto em SC)	4	6	4	4	3	21
	Pós-graduação em Saúde Coletiva	2	5	0	4	0	11

Na Tabela 9 temos que, do total de 22 profissionais, três atuam em UBS Tradicionais, com regime de contratação estatutário e 19 atuam em núcleos de apoio a saúde da família, onde o regime de contratação é celetista. A estratégia de organização do sistema preconizada pelo Ministério da Saúde é a Estratégia Saúde da Família que inclui as equipes NASF.

Tabela 9- Regime de contratação e Local de atuação dos profissionais respondentes.

		Norte	Sul	Leste	Oeste	Centro
Regime de Contratação	Estatutário	0	0	1	1	1
	Celetista	5	8	3	3	0
Local de Atuação	UBS Tradicional	0	0	1	1	1
	NASF	5	8	3	3	0

5.2.2 Competências Profissionais

5.2.2.1 Atividades Desenvolvidas

Abaixo, na Tabela 10, é possível visualizar a quantidade de atendimentos domiciliares específicos, compartilhados com outros integrantes da equipe NASF e compartilhados com as equipes de estratégia saúde da família, referidos pelos profissionais respondentes ao questionário em cada região de saúde.

As regiões Leste e Sul apresentam similaridade em seus números, já na região central os profissionais respondentes não realizam atendimentos domiciliares. Nesta região os profissionais

respondentes atuam em UBS Tradicionais, modalidade onde as atividades de trabalho não contemplam o atendimento domiciliar, já nas regiões Leste e Sul, a maior parte dos profissionais participantes atua em equipes NASF, que tem dentre suas atribuições a realização de visitas domiciliares.

Tabela 10 - Distribuição de Atendimento Domiciliares por Região de Saúde

	Norte			Sul			Leste			Oeste			Centro		
	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx
AD Específicos	0	16	10	3	8,25	20	0	8,75	20	0	10,25	16	0	0	0
AD NASF	2	4	15	0	5,87	10	0	5	5	0	4,5	10	0	0	0
AD ESF	2	8	18	0	7,75	20	0	8,75	15	0	8,75	6	0	0	0
TOTAL	6	19,2	22	10	21,87	40	0	21,25	35	0	15,5	22	0	0	0

A Tabela 11 aponta os números mínimo, máximo e médio de consultas específicas, compartilhadas com profissionais NASF e compartilhadas com profissionais da ESF, distribuídos por região de saúde.

Tabela 11 - Distribuição de Consultas por Região de Saúde

	Norte			Sul			Leste			Oeste			Centro		
	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx
Consultas Específicas	12	54,4	100	10	19	30	0	53,25	140	50	95	150	0	80	80
Consultas NASF	12	23,4	45	10	17,25	25	0	12	20	0	13,25	40	0	0	0
Consultas ESF	2	7	15	5	21,5	35	0	12,25	18	5	22,5	45	0	0	0
TOTAL	39	84,8	118	41	57,75	90	52	77,5	140	63	130,75	180	0	80	80

É notável que na maior parte das regiões a atividade predominante, dentre as consultas, é a consulta específica, apenas na região Sul, as consultas compartilhadas com a equipe de saúde da família superam o número das consultas específicas.

As reuniões de rede estão contempladas na Tabela 12, com números mínimos, máximos e médios.

A região central, por conta do menor número de participantes nesta pesquisa e pelo regime de contratação predominantemente estatutário, é a que apresenta menor número de reuniões.

Tabela 12 - Distribuição de Reuniões por Região de Saúde

	Norte			Sul			Leste			Oeste			Centro		
	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx
Reuniões NASF	4	5,4	8	2	5,75	15	0	15	24	0	3,25	4	0	0	0
Reuniões ESF	10	20	25	12	21,75	30	0	18,5	26	0	10,5	16	0	0	0
Reuniões Rede	2	20	5	0	5,5	28	0	2,75	6	2	3,25	6	0	1	1
TOTAL	16	29,4	37	20	28,875	40	0	36,25	52	2	17,25	26	0	1	1

Na Tabela 13, estão pontuadas as atividades coletivas (grupos/agrupamentos) em cada região de saúde. A região central apresenta média díspar em relação às demais regiões, as regiões norte e leste apresentam grandes intervalos mínimo-máximo.

Tabela 13- Distribuição de Grupos por Região de Saúde

	Norte			Sul			Leste			Oeste			Centro		
	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx	Mín	Média	Máx
Grupos	10	49	80	10	20,875	32	0	17,75	30	10	14,25	16	120	120	120

A Tabela 14 sintetiza todas as atividades realizadas pelos fonoaudiólogos que responderam ao questionário. É notável que as atividades não sejam realizadas numa mesma proporção, as consultas, especialmente as específicas, ainda são a estratégia predominante de desenvolvimento do trabalho.

Tabela 14- Distribuição Total de Atividades Desenvolvidas

	Mínimo	Média	Máximo
Consulta Específica	10	49,86	150
Consulta NASF	0	16,18	45
Consulta ESF	0	15,72	45
Consulta Total	25	81,77	180
Grupos	0	29,5	120
AD Específicos	0	7,36	20
AD NASF	0	5,27	15
AD ESF	0	6,82	20
AD Total	0	19,45	40
Reunião NASF	0	6,32	24
Reunião ESF	0	17,63	28
Reunião Rede	0	2,95	6
Reunião Total	0	26,95	52

6. Discussão

6.1 Mapeamento dos fonoaudiólogos atuantes na cidade de São Paulo

Em 2005, foi realizado estudo que aponta a relação de conveniência de 1 (um) fonoaudiólogo na AB para cada 10.000 habitantes e 1(um) fonoaudiólogo para cada 50.000 habitantes na Atenção Secundária e/ou Especializada⁵⁵.

Com base nestes números notamos que, tanto a quantidade, quanto a proporção de profissionais (Tabela 3), é diferente do proposto. Segundo dado do IBGE (2011), a cidade de São Paulo possui 11.253.503 habitantes, seriam esperados 1125 fonoaudiólogos na Atenção Básica e 225 profissionais para Atenção Secundária e/ou Especializada, porém os números evidenciam a realidade atual da saúde, onde os recursos humanos são escassos, o que compromete o pleno funcionamento do sistema como um todo ⁵⁶.

Os problemas relacionados à força de trabalho da saúde são recorrentes desde a década de 1970 até os dias atuais, a distribuição geográfica desequilibrada, a centralidade no profissional médico - e consequente limitação no desenvolvimento das demais categorias - e a tendência à formação especializada, centrada em tendências desvinculadas das necessidades do sistema de saúde, são exemplos presentes na realidade do sistema em nível nacional que se capilarizam nos níveis micro políticos⁵⁷.

A complexidade do campo dos recursos humanos deve ser considerada no processo de planejamento, observando não apenas a dimensão da educação/formação, que conforma a oferta de profissionais, mas, também, a dimensão do trabalho, que estabelece a demanda; pactuando a participação dos diversos sujeitos envolvidos (cidadãos-profissionais-organizações)⁵⁸.

Nas tabelas 4, 5 e 6, ao analisarmos a distribuição dos fonoaudiólogos por Coordenadoria Regional de Saúde, notamos que a quantidade de profissionais inseridos em cada uma das regiões está relacionada à quantidade de equipamentos de saúde, especialmente às UBS. Porém, a proporção destas quantidades varia de 0,6 a 1,01 dentre as CRS. As regiões Sul e

Leste, que apresentam as proporções mais baixas, também são as que apresentam maior quantidade de profissionais NASF em comparação aos profissionais de UBS Tradicionais, as regiões mais periféricas e vulneráveis do município estão predominantemente cobertas pela ESF, e conseqüentemente pelo NASF, onde a lógica matricial é ampliada permite ao profissional estar inserido em diversas unidades de saúde.

Para a efetivação e eficácia do NASF, e da atuação em Atenção Básica de maneira geral, é necessário que a formação destes profissionais esteja alinhada ao sistema de saúde, conforme DCN 2002²⁹.

6.2 Perfil Profissional

O eixo de abertura do questionário teve como meta geral buscar dados objetivos a respeito da formação e experiência do fonoaudiólogo atuante na AB. Os dados apresentados mostram grande variação no tempo de formação e de atuação na Atenção Básica.

Na última década, com o advento das políticas da atenção básica e do NASF e o processo de reformulação das diretrizes curriculares, as escolas passaram a dedicar progressivamente maior carga horária voltada para o sistema de saúde vigente. Do total de respondentes, doze profissionais têm seu ano de formação igual ou superior a 2006, porém temos profissionais atuantes com sua graduação anterior aos processos de reorientação do sistema de saúde e à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

O processo de reforma das grades curriculares dos cursos de Fonoaudiologia não deve tratar da revisão de disciplinas e ementas, mas de instaurar um modo de organização do trabalho pedagógico no qual o estudante possa se preparar para buscar ativamente os conhecimentos necessários para resolver os problemas encontrados no exercício da profissão, contemplando as diretrizes curriculares propostas pela resolução CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que propõe um profissional egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que

atenda ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe²⁹.

Em relação à distribuição de títulos de pós-graduação entre os respondentes, dos 32 títulos, 11 são voltados para a saúde coletiva. A oferta de cursos especialização/aprimoramento, programas de residência, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva e Saúde da Família/Comunidade tem crescido nos últimos anos, mas não foram localizados estudos que quantifiquem os profissionais fonoaudiólogos que possuem essa titulação. Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), atualmente existem 48 profissionais contemplados com o título de especialista em saúde coletiva no Brasil, sendo 13 com registro ativo no município de São Paulo⁵⁹. Estes números parecem incompatíveis com a realidade e a quantidade de profissionais, tanto no Brasil, quanto em São Paulo, pois neste estudo foram referidas apenas 11 pós-graduações completas em saúde coletiva.

Uma das justificativas encontradas é a burocracia para solicitar a validação deste título via conselho federal, ou ainda o desconhecimento, por parte dos profissionais, deste mecanismo de requerimento. Ou ainda, a falta de interesse nesta especialidade por parte dos profissionais, devido à formação essencialmente clínica e centrada nas relações terapêuticas profissional-paciente.

6.3 Competências Profissionais

O objetivo do segundo eixo do instrumento foi demonstrar como os conhecimentos são mobilizados para dar subsídios ao trabalho em saúde, e como se expressam no dia-a-dia das práticas profissionais⁶⁰.

O desenvolvimento de competências em saúde incentiva a reflexão crítica, e é capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania⁶¹.

O conhecimento e a habilidade em traduzir a teoria política e a pesquisa em ação efetiva são pontos fundamentais para a qualificação dos recursos humanos. Para o sucesso do desempenho do sistema de saúde é necessário refletir sobre políticas e metas organizacionais que podem auxiliar ou construir barreiras para o desenvolvimento profissional que, em saúde pública, especialmente, carrega a necessidade de engajamento e competência para o alcance das exigências do trabalho^{62,63}.

6.3.1 Atividades Desenvolvidas

O reconhecimento das atividades desenvolvidas é de fundamental importância, possibilita visualizar as lacunas existentes e, pode trazer elementos que possam contribuir para um desempenho gerencial mais criativo, inovador, participativo, crítico e mais próximo do conhecimento das reais necessidades do trabalho na atenção básica.

Quando pensamos no desenvolvimento da atuação do NASF, temos o Caderno de Atenção Básica número 39 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família volume 1 e as diretrizes, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado em 2014, como norteador para a definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos⁶⁴.

O atendimento domiciliar desponta amplo campo de atuação na Atenção Básica, possibilita o conhecimento mais detalhado das características do território, do sujeito e do lugar social que o indivíduo ocupa nesta sociedade, permite o planejamento e execução de ações mais efetivas e diretamente relacionadas à gestão do cuidado. Segundo o documento norteador deve ocupar entre 5-15% da carga horária mensal do fonoaudiólogo (8-24 horas\mensais).

Assim como as visitas domiciliares, as consultas específicas e compartilhadas, também devem ocupar 5-15% da carga horária mensal do trabalho cada. Além disso, os grupos e as reuniões devem ocupar aproximadamente 70% da carga horária destes profissionais.

Analisando os dados deste estudo é possível notar que essa proporção não é devidamente seguida pelos respondentes. Os dados apontam que a estratégia prioritária de intervenção e atuação é a consulta, em especial a consulta específica.

Este é um sintoma da dificuldade em validar a mudança de paradigma no planejamento e na oferta do cuidado ampliado em saúde. A lógica, historicamente, reabilitadora da Fonoaudiologia ainda é a principal via de entendimento terapêutico, em detrimento à lógica matriciadora proposta pelo NASF, que entende a troca de saberes e o cuidado compartilhado como ferramentas extremamente eficazes na promoção à saúde.

Outro fator importante para considerarmos é a deficiência da rede de atenção especializada que dá retaguarda e subsídio para o trabalho promotor de saúde da atenção básica, o elevado tempo de espera para a terapia fonoaudiológica contínua e, muitas vezes, as dificuldades do acesso a estes equipamentos empurram a necessidade de suprir esta demanda aos serviços de atenção básica.

6.3.2 Processo de Organização do Trabalho

O processo de organização do trabalho envolve dimensões técnicas e sociais, que caracterizam o enfoque sócio técnico, a partir do qual desenvolvemos a pesquisa. Este eixo do questionário continha perguntas relacionadas ao redimensionamento da prática assistencial, que se volta ao indivíduo e não ao procedimento, ampliando os saberes e práticas das diversas profissões, fundamentais para a construção de um modelo que atenda à necessidade de saúde dos cidadãos. O processo de trabalho em saúde e, em especial, na AB não é específico de cada categoria profissional, mas sim da equipe, e deve ser tomado como política.

A análise das respostas aos questionamentos seguiu os preceitos da Análise de Conteúdo, segundo Bardin⁵¹.

Inicialmente, foi realizada a pré-análise dos dados, como primeira fase de organizações e intuições com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais.

A segunda fase da análise, a exploração do material em si, deu-se pela tabulação das respostas em planilhas individualizadas para cada sujeito e para cada questão.

O tratamento dos resultados – terceira fase da análise – inferências, classificações e interpretações estão descritas para cada questão em subitens abaixo.

Cada questão presente no questionário tinha como intuito a reflexão sobre as práticas diárias e sua intersecção com o saber de cada profissional respondente. Abaixo estão os objetivos e as respostas-alvo de cada questão.

6.3.2.1 Como você registra sua atuação? Elaboração de relatórios? Preenchimento de prontuário?

Esta questão tinha por objetivo conhecer as estratégias de monitoramento e registro, utilizadas pelos fonoaudiólogos, de práticas na AB. A resposta esperada deveria envolver anotações em prontuários, registros individuais, planilhas de controle de casos e fichas oficiais (fichas de produção, atas de reuniões, mapas de grupo).

O registro da atuação é necessário em todos os níveis de atenção e equipamentos de saúde, possibilita a documentação das ações realizadas, a apropriação do processo de cuidado por todos os integrantes da equipe de saúde e o amparo legal para profissional e paciente, no caso da Fonoaudiologia, sob regimento da resolução nº 415 de 12 de maio de 2012, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que dispõe sobre o registro de informações e procedimentos fonoaudiológicos em prontuários⁶⁵.

Dos 22 respondentes, apenas um não respondeu de maneira satisfatória a questão, ou seja, 95,4% dos entrevistados registram sua atuação dentro do esperado. Algumas respostas

continham também informações sobre onde eram realizadas as anotações e seus horários de preenchimento.

Algumas respostas obtidas:

A atuação é registrada no prontuário, há preenchimento de folha de produção diária, relatórios para escolas, em caso de solicitação de avaliação da mesma, preenchimento de mapa de grupo.

Relatórios, prontuários, fichas de atividade em grupo... são duas, agenda semanal entregue à recepção, fichas de produção, planejamento anual. Deve ter mais. É muito registro.

Os profissionais inseridos na AB usufruem de horário administrativo garantido em agenda, não condizente com a realidade da necessidade de preenchimento burocrático. Atualmente, para fonoaudiólogos NASF, o espaço reservado para atividades administrativas, reuniões NASF, reuniões gerais e programação e realização de educações permanentes é de 10% da carga horária mensal, ou seja, 16 horas/mês. A necessidade de anotações e registros em prontuários e outras bases de dados, que é tarefa fundamental para a documentação das ações propostas ou realizadas, fica comprometida com tempo inferior a uma hora/diária para estes trabalhos, além disso ações de planejamento, avaliação e reavaliação das propostas permitem um trabalho de maior efetividade.

Os profissionais atuantes em UBS Tradicionais e outros programas municipais não possuem documento norteador que descreva sua distribuição de agenda mensal.

6.3.2.2 No seu programa de atuação existem metas a serem batidas? Como é realizado o controle dessas metas?

A meta é um mecanismo gerencial de monitoramento das atividades e da qualidade da prestação do serviço, atualmente não existem metas numéricas além das proporções sugeridas nos documentos norteadores do NASF.

Dos 22 profissionais, 59% afirmaram não ter mais este controle, mas 41% afirmam ainda haver este tipo de cobrança por parte da gestão imediata. A Secretaria Municipal de Saúde afirma que o controle da distribuição de verbas para o NASF não é realizado com base na quantidade de atividades realizadas, mas é notável que ainda algumas instituições utilizam este dado como indicador para o trabalho do NASF.

6.3.2.3 Você participa de realização de diagnóstico e planejamento de ações na comunidade?

O diagnóstico e planejamento de ações na comunidade possibilitam a potencialização do trabalho conjunto entre equipes nucleares e equipes de apoio por meio do reconhecimento constante do território e da realidade local em ato, contribuição para a construção de ações coordenadas e adequadas às necessidades de saúde da população. Essa estruturação minimiza a possibilidade de fragmentação da atenção e maximiza o fortalecimento e consolidação de relações horizontalizadas, pautadas na integração entre as equipes⁶⁴.

O diagnóstico e planejamento de ações na comunidade é atribuição básica da equipe de estratégia saúde da família. Em linhas gerais, a reorientação do modelo técnico-assistencial proposta pela ESF, desloca o eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas em seu contexto comunitário-familiar, tendo como suporte técnico a promoção e a vigilância em saúde. Neste sentido, os serviços de saúde da família devem se organizar de maneira a contemplar o cuidado às demandas da população e suas necessidades de saúde.

Dessa forma, as equipes de apoio (NASF) devem participar de forma ativa e propositiva de pactuações constantes sobre os fluxos norteadores, situações prioritárias, tanto em aspectos gerais, quanto dentro da especificidade profissional, definição de critérios de risco para acionamento das redes de apoio, critérios de encaminhamento e atendimento.

O objetivo desta questão foi verificar a participação e inserção do NASF nas atividades de planejamento e monitoramento da ESF (reuniões de equipe, planejamento anuais, PMAQ, por exemplo), bem como conhecer a conceituação dos profissionais a respeito dessas atribuições.

Dos 22 profissionais respondentes 63,6% responderam satisfatoriamente, definindo sua participação em reuniões semanais, técnicas, planejamentos anuais, propondo, avaliando e reavaliando ações em saúde coletiva, e procedimentos específicos de absorção das demandas específicas de cada categoria profissional.

Sim, durante toda a minha prática, compartilhada ou específica, reavaliamos o território e planejamos ações coerentes com a necessidade da nossa população.

Dos 36,4% restantes, é notável a confusão conceitual entre parecer fonoaudiológico e diagnóstico em saúde, e esbarra na necessidade de ampliação do olhar altamente especializado, construído ao longo do processo de formação, característico das ciências biológicas.

Sim, faço diagnósticos na avaliação fonoaudiológica, mas não realizo planejamento de ações na comunidade.

Sim. Estas ações são determinadas em discussões de caso com as ESFs e com a rede. Participo das discussões somando minhas observações e opiniões quando são cabíveis e quando é possível e minhas ações quando é necessário.

A potencialidade das ações conjuntas entre NASF e ESF está na análise das necessidades e potencialidades do território, que contribui para o direcionamento das ações a serem realizadas e amplia as possibilidades de intervenção, potencializando os resultados a serem alcançados⁶⁴.

6.3.2.4 Você participa de gestão do cuidado?

Entenderemos por gestão do cuidado, a forma com que as relações intersubjetivas entre profissionais e usuários, se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro⁶⁶.

A gestão do cuidado em saúde pode ser entendida, ainda, como a oferta e disponibilização de tecnologias baseadas nas necessidades singulares de cada indivíduo em cada momento de sua vida, visando seu pleno desempenho da cidadania, por meio do bem-estar, segurança e autonomia⁶⁷.

Ao contrário das três questões anteriores, 59% dos respondentes não compreenderam ou não responderam satisfatoriamente à pergunta.

Sim, principalmente se sou referência da equipe da UBS, e porque sou profissional de 40 horas. Muitas equipes não assumem o cuidado com o paciente e núcleo familiar, o que acaba aumentando o nível de stress.

A percepção, e compreensão da gestão do cuidado em saúde deve dar conta da complexidade e heterogeneidade do seu “objeto”, que se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos.

Sim, acredito que a gestão de cuidados está posta em todas as relações, seja nos matriciamentos com os colegas de trabalho ou nos atendimentos dos usuários, trata-se de acolher, construir vínculos, compartilhar conhecimentos, buscar os atendimentos necessários, em um espaço onde todos podem contribuir, todos aprendem e ensinam. O objetivo é atingir um espaço de potência, visando as estratégias de atendimento mais adequadas ao paciente e buscando a autonomia, participação ativa desse paciente no cuidar da sua saúde.

6.3.2.5 Você participa de fortalecimento de políticas públicas (tanto na elaboração quanto no cumprimento das mesmas)?

O Sistema Único de Saúde se baseia em um conjunto de recomendações técnicas e organizacionais orientadoras da configuração geral do sistema em todo o território nacional. As práticas e os profissionais de saúde carregam como objetivo o cumprimento de seus princípios e diretrizes, para assegurar o direito à saúde dos cidadãos.

Na perspectiva de construir um processo de pactuação de compromissos pela saúde, que tenha como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas foram firmados o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e de gestão¹⁰.

Uma das políticas implementadas para a reorganização e fortalecimento da Atenção Básica, responsável por quase 70% da resolutividade do sistema de saúde, é a Política Nacional de Atenção Básica (2012) que por sua vez se ramifica em diversas leis, decretos, cadernos norteadores e protocolos que orientam a formação e a prática profissional a fim de assegurar o alcance aos objetivos propostos⁸.

Por seu papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, devido ao estabelecimento de relações contínuas com a população, os profissionais da AB devem estar engajados e apropriados das relações políticas que moldam a realidade organizacional do Sistema de Saúde em sua totalidade.

Neste sentido, conhecer a micropolítica das relações locais onde se produz o cuidado e onde, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde é tão importante, quanto ampliar o olhar para a formulação destas políticas gestoras nos panoramas Estatal e mundial de suas concepções⁶⁸.

Sim, o fortalecimento das políticas públicas se faz presente nas ações do dia a dia do trabalho, nas ações e cuidados prestados

diretamente aos usuários e ao território. E quando necessário, por meio das reuniões dos conselhos gestores locais de saúde.

Sim, em PSE juntamente a estagiarias de psicologia e CAPSi. O foco principal, atualmente, está no comportamento e saúde mental infantil, leitura e escrita e outros temas.

A maior parte dos profissionais respondentes (63,6%), apresentou respostas negativas à questão, ou ainda se limitou a descrever ações de programas específicos realizados em suas práticas, o que demonstra a pouca compreensão sobre as funções políticas envolvidas no trabalho em saúde. Apenas um dos respondentes, citou sua participação junto a conselhos gestores e a importância deste espaço.

Nota-se ainda que alguns profissionais se referiram a políticas específicas muito próximas do cotidiano do trabalho, como o PSE. Já outros profissionais, conseguiram discorrer sobre a política em seu âmbito mais amplo.

6.3.2.6 Você participa de desenvolvimento de ações intersetoriais (saúde e educação, por exemplo)?

A construção de redes pode proporcionar ao usuário a garantia da integralidade no cuidado à saúde. No âmbito das práticas profissionais, busca-se considerar o sujeito em diferentes dimensões da vida, muito além da prática reducionista entre profissional e usuário.

Define-se por intersectorialidade a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas⁶⁹. Da definição deste conceito emerge uma forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementaridade de setores e na superação da fragmentação.

Para esta questão, 66,8% dos fonoaudiólogos afirmaram realizar ações em parceria com outros setores, deste total aproximadamente 70% articulam suas ações apenas com o setor de educação, através do PSE.

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração permanente entre saúde e educação desde 2007 pactuando ações e redes de corresponsabilidade⁷⁰. Porém, a atuação do fonoaudiólogo não deve se restringir a um modelo pautado apenas no cumprimento de ações pré-determinadas.

Embora muito se tenha falado sobre a necessidade de uma gestão intersetorial das políticas públicas e sua importância para a qualidade de vida da população, a intersetorialidade ainda se estabelece como um processo desafiador.

Sim, fico responsável pela interlocução com as escolas do território. Há um ano temos a parceria do NAAPA para compartilhar ações nas escolas, repensando os processos de trabalho e parcerias educação e saúde; também desenvolvemos juntamente a ação #tamojunto (Uso de drogas); reuniões de rede; além do PSE e compartilhamento de casos e quando necessário, capacitações.

Sim, atuação na articulação com os serviços por meio de reuniões, telefonemas ou relatórios. Tanto para discussão de casos como de ações mais amplas ou processos de trabalho.

6.3.2.7 Você participa de desenvolvimento de ações educativas?

Dos 22 profissionais respondentes, apenas dois responderam negativamente à questão (9%), estes profissionais pertencem a UBS Tradicionais, ou seja, que não trabalham sob o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

O modelo assistencial preconizado pelo Ministério da Saúde atualmente é a Estratégia Saúde da Família, que possibilita mudanças na forma de organização das práticas dos profissionais de

saúde, reconhecendo a família como estrutura, se distanciando da racionalidade clínica do normal/patológico, abrindo espaço para o multiculturalismo, o respeito à diversidade e as diversas dinâmicas de vida. Além disso, objetiva-se a integralidade do cuidado, a prevenção, promoção proteção e recuperação em saúde, trabalhando em âmbito individual e coletivo.

As ações educativas são realizadas juntamente com as equipes da ESF e os principais temas abordados são os temas: aleitamento materno, saúde auditiva, respiração oral, importância do vínculo, do brincar e da interação com as crianças principalmente na primeira infância...

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde⁷¹.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde e no âmbito da ESF, figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais, incluindo o fonoaudiólogo^{72,73}.

O fonoaudiólogo inserido na ESF/NASF tem como competências: valorizar os princípios do acolhimento, vínculo e responsabilização pela comunidade junto à Equipe Multiprofissional; estimular o autocuidado; apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, epidemiológicas e ambientais do território, identificando também os fatores de risco para os distúrbios fonoaudiológicos; e buscar soluções para os problemas encontrados, inclusive com o estabelecimento de prioridades pactuadas com a comunidade e com as equipes de saúde, potencializando a resolutividade das ações⁷⁴.

Entretanto, a atuação do fonoaudiólogo na Atenção Básica é marcada pela falta de formação profissional para atuar no nível da promoção da saúde e pela necessidade de investimento em conhecimento científico que fundamentem o crescimento da Fonoaudiologia voltada para uma visão preventiva e coletiva⁷⁵.

6.3.2.8 Você participa de atuação em diferentes coletividades e trabalho de modo colaborativo e multidisciplinar?

Com uma visão holística de conceito de saúde e seu objetivo de atingir integralidade do cuidado, o campo da saúde coletiva, em especial a atenção básica, exige dos profissionais constantes arranjos interdisciplinares, que valorizam a prática de saberes compartilhados, em detrimento às lacunas historicamente deixadas por um modelo biomédico fragmentado⁷⁶.

Em contrapartida, a Fonoaudiologia é uma ciência que se estabeleceu com um modelo de atendimento clínico-reabilitador, altamente especializado, que até pouco tempo estava centralizado nos serviços de atenção secundária e terciária.

Como na questão anterior, apenas dois profissionais participantes desta pesquisa responderam não realizar seu trabalho de forma multidisciplinar (9%). Dos 91% que responderam afirmativamente, seis profissionais citaram as redes de apoio e/ou os demais serviços presentes no território, e este mesmo percentual(30%), pontuou dificuldades em compartilhar ações com as equipes de saúde da família.

Analisando os dados apresentados nas tabelas 6, 7 e 10, é possível verificar numericamente esta dificuldade, uma vez que o número de ações, tanto atendimento domiciliares, quanto consultas, realizadas de forma compartilhada é significativamente menor do que as ações realizadas entre profissionais NASF e específicas.

Sim, tanto dentro da equipe NASF quanto junto às equipes de CAPS, NAAPA, ESFs. Procuro buscar as opiniões dos colegas, pedir auxílio e auxiliar no que for possível

Sim. No geral, todo meu trabalho tende a ser coletivo, colaborativo e interdisciplinar. Procuro articular atendimentos e ações junto a outros profissionais da saúde e de outros campos de saberes e práticas.

6.3.2.9 Você participa de Apoio Matricial?

O apoio matricial é uma das ferramentas que baseia o trabalho na AB, em especial nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

O conceito foi proposto por Campos (1999) prevê retaguarda especializada, nos âmbitos clínico-assistencial e técnico-pedagógico, a equipes e profissionais de saúde⁷⁷. O uso desta ferramenta depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais de referência e a equipe que oferece o apoio matricial, esta metodologia de trabalho objetiva a ampliação dos vínculos entre os profissionais e os usuários, partindo da definição de responsabilidades mútuas na gestão do cuidado⁷⁸.

O questionamento aos profissionais a respeito do Apoio Matricial teve por objetivo conhecer qual é o entendimento e a aplicação desta ferramenta na prática profissional.

Os fonoaudiólogos atuantes em UBS Tradicionais responderam não utilizar esta ferramenta em seu trabalho. Os demais, todos atuantes em equipes NASF pontuaram que o Apoio Matricial é a base de sua atuação, e que o compartilhamento de saberes ocorre em diversos espaços, como consultas, visitas domiciliares e reuniões. Porém, talvez devido à formulação da questão ou ainda à utilização prática muitas vezes distanciada do saber teórico-conceitual, nenhum profissional discorreu sobre a teoria que embasa o matriciamento.

Sim, acredito que o apoio matricial seja a ferramenta mais valiosa do NASF. Apoiamos e matriciamos as ESF em reuniões semanais, assim como realizamos reuniões de núcleo com a rede, onde também damos o apoio Matricial e também recebemos, normalmente das especialidades.

O trabalho do NASF está embasado no apoio matricial e as ações saem das reuniões de matriciamento principalmente, no entanto, não exclui ações planejadas e rediscutidas fora das reuniões oficiais de matriciamento.

6.3.2.10 Você participa de Clínica Ampliada?

Muitos são os desafios para qualificar a atenção a saúde, com relação às práticas clínicas, um dos maiores problemas é a fragmentação do cuidado, dessa forma, o fonoaudiólogo se defronta com o desafio de desenvolver práticas destinadas à coletividade no contexto do SUS, fazendo uso de conhecimentos sobre as necessidades da população segundo a concepção da determinação social de saúde. Para alcançar este objetivo, a clínica ampliada propõe tratar o sujeito de maneira integral, em sua totalidade.

Ao realizar a busca bibliográfica em bases de dados como Scielo e Bireme, utilizando como descritores “Clínica Ampliada” e “Fonoaudiologia”, não foi localizado nenhum artigo pertinente ao tema, ou seja, podemos refletir sobre as consequências de uma atuação fonoaudiológica, na maioria das vezes, clínica e pouco voltada para a saúde coletiva.

Ao contrário da questão anterior, nesta resposta, oito participantes se debruçaram sobre o conceito de Clínica Ampliada para embasar sua prática. Apenas 18% dos respondentes, não utiliza esta ferramenta em sua prática habitual.

Sim. Faço e visualizo a Clínica Ampliada em atendimentos clínicos onde os profissionais não se preocupam somente com seus saberes específicos, mas com o paciente em seu contexto mais amplo

A clínica ampliada trata-se de atender um paciente para além do atendimento tradicional, com foco apenas na queixa visando uma especialidade. Ex.: Caso é apresentado no matriciamento por uma enfermeira da equipe ESF como demanda para psicologia devido roer unhas e queixa de ansiedade, trata-se

de uma criança de 6 anos de idade. Ao ser questionada sobre o contexto familiar, a ACS referiu que a criança chegou ao território a pouco tempo, a família é boliviana e ao chegar da Bolívia estão morando em condições precárias, 12 pessoas em uma casa pequena, há relatos de brigas constantes entre os adultos, existe uma questão de trabalho escravo envolvido. A abordagem tradicional seria o agendamento da consulta com a psicóloga. Na clínica ampliada em discussão interdisciplinar entendemos a importância de conhecer melhor o contexto social, familiar e realizar uma visita domiciliar com a psicóloga, fono e assistente social. Para além das questões voltadas para a queixa da criança, foram pensadas nas seguintes ações após a visita: facilitar o acesso das crianças para matricularem-se nas escolas, verificar possibilidades de legalizar a situação de imigração, entre outras.

6.3.2.11 Você participa de Projeto Terapêutico Singular (PTS)/ Projeto de Saúde no Território (PST)?

O conceito de Projeto Terapêutico Singular pode assumir vários aspectos, segundo diversos autores, mas em linhas gerais, envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito e envolve uma pactuação entre esses mesmos atores⁷⁹.

O termo PTS, apoia-se na ideia de que o projeto terapêutico pode ser construído para indivíduos e coletivos, mas sempre levando em conta suas singularidades.

A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, é o lócus onde, em função de um ser humano singular ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde, daí a necessidade da participação ativa tanto da equipe de referência do cuidado quanto do sujeito⁸⁰.

O fonoaudiólogo do NASF desempenha o papel de apoiador da gestão e da atenção à saúde. Para isso, lança mão de ferramentas tecnológicas que consistem, dentre outras coisas, na elaboração conjunta de projetos terapêuticos, projetos de saúde no território e pactuação do processo de trabalho. O uso de tais ferramentas aumenta a possibilidade de resolução dos casos

ainda na atenção primária, reduzindo, assim, os encaminhamentos aos serviços de referência em Fonoaudiologia, tão escassos em algumas regiões e que, na maioria das vezes, não suprem a demanda da população⁸¹.

Mais uma vez, os trabalhadores atuantes em UBS Tradicionais, que representam 13,6% do total, responderam não utilizar ou não conhecer esta ferramenta.

Os demais profissionais responderam à questão de forma afirmativa, mas mostraram confusão conceitual com relação ao PTS/PST, todos referiram utilizar essa ferramenta apenas em reuniões, ou seja, sem a participação do usuário.

Sim, nas reuniões de matriciamento, onde discuto cada caso a ser matriciado.

Sim, principalmente durante as reuniões de discussão de casos para a construção do mesmo e, no acompanhamento longitudinal de cada caso.

É notável que haja insuficiências, principalmente em termos de instrumentos para compreender e formular ações frente à complexidade das situações-problema enfrentados.

A consequência geral dessas dificuldades gera o processo de redução da complexidade dos problemas das pessoas novamente à dimensão biológica, o que evidencia a necessidade essencial e estratégia de readequação da formação profissional para a saúde de forma geral, incluindo a Fonoaudiologia.

6.3.2.12 *Você referencia o usuário para a rede e troca informações com as fonoaudiólogas dos níveis secundário e terciário?*

Esta questão apresentou diversidade de respostas, sendo que apenas um participante referiu não realizar encaminhamentos ou trocas de informações com a rede. Dos 21 outros participantes que responderam realizar essa atividade, 59% discorreram sobre dificuldades encontradas neste processo como falta de vagas e profissionais, e a dificuldade em manter uma comunicação ativa com os profissionais da rede.

Na tabela 3 podemos notar que a proporção de fonoaudiólogos na rede básica e secundária é de quase um para um, os profissionais atuantes na Atenção Básica devem contar com retaguarda especializada suficiente para que possam realizar prioritariamente ações de prevenção e promoção à saúde sem a preocupação de suprir as demandas não absorvidas pela rede. Não existem estudos que possam quantificar qual a real demanda da Fonoaudiologia no SUS, para que a gestão possa reorganizar a distribuição de serviços e profissionais.

Sim, acredito que para mim a maior dificuldade é conseguir a vaga para o paciente, filas de espera enormes.

Sim, mas depende muito do profissional que está no programa. Alguns profissionais selecionam o tipo de Atendimento pela sua experiência de vida profissional, e exclui diversas patologias. Em nosso território não temos referência em fonoaudiologia, temos o CER que é de outro território que nos “emprestam” algumas vagas e mesmo assim há muita exclusão de pacientes.

6.3.3 Atribuições Profissionais

6.3.3.1 *De todas as suas atividades, você acredita que faz algo além ou aquém do previsto na portaria para o profissional da atenção básica? Qual a influência destas atividades na sua prática clínica?*

O fonoaudiólogo inserido no NASF pode encontrar obstáculos para o trabalho em equipe, e intersetorialmente, mas esse é mais um paradigma a ser rompido pela Fonoaudiologia. Sua atuação deve priorizar o coletivo, contribuindo assim para o resgate da cidadania, o fortalecimento do apoio social e integração da comunidade⁸².

Sinto que atuo na atenção básica, mas não realizo um atendimento de atenção básica. Realizo muito mais intervenções terapêuticas, nas mais variadas patologias, que muitas vezes não me sinto tecnicamente apta para tanto, tenho estudado muitas coisas, pois a abrangência da UBS é muito grande, estou atendendo deficientes auditivos, autista leve, gagueira, voz, fonologia, leitura e escrita, deficiente intelectual leve.

De um modo geral a fonoaudiologia muitas vezes em face da gravidade e vulnerabilidade de usuários e famílias a atuação fonoaudiológica aparece como coadjuvante e/ou fazemos uma atuação de forma que tentamos um acesso a essa família ou usuário para primeiro minimizar a vulnerabilidade e depois tentarmos uma atuação mais específica.

Como profissional do NASF faço além do que é previsto quando tento suprir uma demanda fonoaudiológica que seria para acompanhamento ambulatorial. No entanto, o serviço ambulatorial da região é deficitário e muitos casos realizo o acompanhamento terapêutico necessário dentro dos limites de espaço físico e frequência de atendimento. Faço além do previsto quando encontro resistência de algumas equipes em compartilhar ações e muitas ações que seriam compartilhadas acabam acontecendo de forma específica. A troca de saberes, a qualificação do encaminhamento, o aprendizado coletivo e as ações compartilhadas ficam prejudicadas. Outra questão que interfere no trabalho é a falta de espaço físico em algumas unidades.

Para garantir e atingir os objetivos do SUS são necessárias competências profissionais bastante específicas a este seguimento, mas este “norte” nem sempre está em consonância com as propostas universitárias que tendem a formar profissionais altamente especializados, voltados para a pesquisa acadêmica, na maioria das vezes com pouca aplicabilidade efetiva na prática, e despreparados para o mercado de trabalho atual.

O desenvolvimento destas competências está intimamente relacionado à formação profissional elementar e ditará o processo de construção do sujeito profissional em serviço, contribuindo para uma maior motivação para o trabalho e consequente desenvolvimento interesse no “pensar sobre o fazer”, que por sua vez exerce papel decisivo na transformação social.

Nesta questão fica evidente a falta de apoio e retaguarda a que os profissionais da AB estão expostos, os fonoaudiólogos referem dificuldades em atender a toda a demanda dos territórios adscritos. Sobre este fato podemos refletir que a lógica terapêutica individualizada, mesmo quando em atendimentos grupais, de atendimento, centrada no profissional e em seu conhecimento ainda rege o processo de trabalho na Atenção Básica.

7. Considerações Finais

A abordagem teórica e prática da temática – Atenção Básica e SUS - representa a possibilidade de enriquecer a literatura fonoaudiológica, visto que ainda são poucas as publicações que tratam a respeito do tema.

Com base no método proposto por Bezerra, Cazarin e Alves⁸³, podem ser atribuídas pontuações, definidos critérios e padrões para cada dimensão a ser avaliada.

A realização de pesquisas avaliativas neste contexto contribui fornecendo informações que auxiliam na identificação de possíveis problemas, a fim de assegurar o desenvolvimento de uma intervenção, conforme preconizado.

É notável que a quantidade de profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde é insuficiente, a reflexão dos fonoaudiólogos atuantes e as informações numéricas disponíveis nas bases de dados apontam para tal. Porém, não dispomos de pesquisas epidemiológicas que quantifiquem e evidenciem esta necessidade sentida.

A predominância de atividades clínicas individuais, em detrimento à grupos e reuniões, traz à tona a reflexão sobre a compreensão do profissional sobre sua real atuação no sistema de saúde e, mais do que isso, sobre a viabilidade em realizar o trabalho de apoiador matricial sem uma rede devidamente organizada para suportar as demandas levantadas.

O questionário pôde revelar diferenças importantes na conceituação de instrumentos básicos para o trabalho com: PTS e clínica ampliada, bem como um afastamento da responsabilidade micropolítica que todo profissional do sistema possui.

A Fonoaudiologia carece de estudos que apontem epidemiologicamente quais as necessidades da população e quais as possíveis formas de trabalho preventivo mais eficientes, porém é notável a necessidade da construção de estratégias de articulação entre os profissionais que atuam em

serviços de saúde coletiva para potencializar e evidenciar a real necessidade científica da categoria.

Dessa forma, é importante pensar sobre os caminhos de formação profissional que estão sendo seguidos, para que seja possível oferecer, ao sistema de saúde, profissionais devidamente empoderados sobre sua prática para a saúde e sobre sua responsabilidade cidadã.

Anexo 1. Aprovação do comitê de ética da FMUSP **APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 06/05/2015, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 104/15 intitulado: "PERFIL DE ATUAÇÃO DOS FONOAUDIÓLOGOS DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE SÃO PAULO" apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Daniela Regina Molini-Avejonas

Pesquisador (a) Executante: Gabriella Gonçalves Tupinelli

CEP-FMUSP, 11 de Maio de 2015.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2. Carta de Anuência do Comitê de Ética da SMS-SP. **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA****Carta de Anuência Institucional**

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "**Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da Atenção Básica na cidade de São Paulo**", sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Daniela Regina Molini Avejonas, Programa Ciências da Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a ser executado em unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo.

A presente pesquisa tem como objetivo caracterizar os fonoaudiólogos que trabalham nas unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo e está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos objetivos específicos serão caracterizados e analisados: as atribuições dos fonoaudiólogos; o processo de organização do trabalho; e atividades desenvolvidas pelos mesmos. Sua execução é relevante para a saúde pública, considerando-se a pertinência do tema e escassez de pesquisas relativas ao mesmo.

Dedaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, 08 de dezembro de 2014.

REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde

RCG/MS

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque - CEP 01223-010 - Telefone: 3397-2213

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O título de nossa pesquisa é “**Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da Atenção Básica na cidade de São Paulo**”. Essa pesquisa tem como objetivo caracterizar os fonoaudiólogos que trabalham nas unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo e está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e compreenderá responder a um questionário para descrever suas atividades na Atenção Básica.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a **Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas** e a pesquisadora executante é a **Fga. GabriellaTupinelli** que podem ser encontradas no endereço Rua Cipotania, 51 – Cidade Universitária – São Paulo; Telefone(s): 30917455 ou 30917452. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar – sala 36 – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP: 01246-000. Tel: 3893-4401/3893-4407 –

e-mail: cep.fm@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal da Saúde –email: smscep@gmail.com – Tel: 33972464.

Sua participação nessa pesquisa não implica em nenhum risco para sua saúde, mas apenas na disponibilidade de tempo para a entrevista. Caso venha a sentir algum desconforto em relação ao fornecimento de informações, os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Ressaltamos que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Sua participação no estudo não lhe trará despesas pessoais e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Eu discuti com a Dra. Daniela Regina Molini-Avejonas ou com a Fga. GabriellaTupinellisobre a minha decisão em participar voluntariamente desse estudo e acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Perfil de atuação dos fonoaudiólogos da Atenção Básica na cidade de São Paulo**”.

Assinatura do Entrevistado

Data

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador responsável

Data

Anexo 4: Questionário

1. Perfil Profissional

Nome:

Data de Nascimento:

1.1 Formação

Escola de Formação:

Ano de conclusão do curso superior:

1.2 Formação Complementar

Pós-graduação(Mestrado/Doutorado):

Ano de conclusão:

Escola:

Tema/Título do projeto:

Cursos e especializações na área de saúde coletiva/saúde da família:

Demais cursos e especializações:

2. Experiência Profissional

2.1 Há quanto tempo atua como fonoaudióloga(o)?

2.2 Há quanto tempo trabalha na área de atenção básica?

2.3 Qual o regime de contratação?
2.4 Atua em outros lugares ou instituições (clínica, hospital, consultório particular...)?
2.5 Qual(is) a(s) UBS(s) ou região de atuação?
2.6 Qual(is) programas você atua?
2.7 Se você trabalha no NASF, quantas ESF são atendidas pela equipe NASF?

3. Competências Profissionais

3.1 Competências Desenvolvidas(metas)

3.1.1 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos domiciliares específicos?
3.1.2 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos domiciliares compartilhados com equipe NASF?
3.1.3 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos domiciliares compartilhados com ESF?

3.1.4 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos individuais?
3.1.5 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos clínicos compartilhados com equipe NASF?
3.1.6 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos clínicos compartilhados com ESF?
3.1.7 Durante o mês, você realiza (em média) quantos atendimentos em grupo? (específicos e compartilhados)
3.1.8 Durante o mês, você participa (em média) de quantas reuniões NASF?
3.1.9 Durante o mês, você participa (em média) de quantas reuniões de ESF?
3.1.10 Durante o mês, você participa (em média) de quantas reuniões de rede?
3.1.11 Como você registra sua atuação? Elaboração de relatórios? Preenchimento de prontuário?
3.1.12 No seu programa de atuação existem metas a serem batidas? Como é realizado o controle dessas metas?

3.2 Processo de Organização do Trabalho

3.2.1 Você participa de realização de diagnóstico e planejamento de ações na comunidade?

Se sim, descreva sua participação.

3.2.2 Você participa de gestão do cuidado?

Se sim, descreva sua participação.

3.2.3 Você participa de desenvolvimento de ações intersetoriais (saúde e educação)?

Se sim, descreva sua participação.

3.2.4 Você participa de fortalecimento de políticas públicas (tanto na elaboração quanto no cumprimento das mesmas)?

Se sim, descreva sua participação.

3.2.5 Você participa de desenvolvimento de ações educativas?

Se sim, descreva sua participação.

3.2.6 Você participa de atuação em diferentes coletividades e trabalho de modo colaborativo e multidisciplinar?

Se sim, descreva sua participação.

<p>3.2.7 Você participa de Apoio Matricial?</p> <p>Se sim, descreva sua participação</p>
<p>3.2.8 Você participa de Clínica Ampliada?</p> <p>Se sim, descreva sua participação.</p>
<p>3.2.9. Você participa de Projeto Terapêutico Singular (PTS)?</p> <p>Se sim, descreva sua participação</p>
<p>3.2.10 Você participa de Projeto de Saúde no Território (PST)?</p> <p>Se sim, descreva sua participação.</p>
<p>3.2.11 Você referencia o usuário para a rede e troca informações com as fonoaudiólogas do secundário e terciário?</p>

3.3 Atribuições Profissionais

3.3.1 De todas as suas atividades, você acredita que faz algo além ou aquém do previsto na portaria para o profissional da atenção básica? Qual a influência destas atividades na sua prática clínica?

8. Referências Bibliográficas

1. WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra. Constituição da Organização Mundial de Saúde(OMS/WHO) 1946.
2. Brasil. Ministério da saúde.VII Conferência Nacional de saúde. 1986. Relatório final.
3. Lunardi VL. Problematizando o conceito de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. R. gaúcha Enferm. 1999;20(1):26-40.
4. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1):77-93.
5. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH) Documento técnico. 2011
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília 1990.
7. Bleicher L. Esse tal de SUS. In: Saúde para todos, já! Salvador: Étera; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006.
11. Teixeira, CF, Solla, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.
12. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. Rev. CEFAC. 2013; 15(1):153-159

13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
14. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92-6.
15. Lavras Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc*. 2011; 20(4): 867-874.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS. 2001.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos Saúde da Família, v. 1, n. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
18. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008;19(2):i-i.
19. Mendes VLF. Fonoaudiologia, Atenção Básica e Saúde da Família. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas AL. *Tratado de Fonoaudiologia*, 2a ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 612-8.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.
22. Campos GW. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2004.

23. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. Rev. CEFAC. 2013; 15(1):153-159
24. Brasil. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. NASF – Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos núcleos de apoio a saúde da família. 2009.
25. Cabral SAAO, Nóbrega JYL, Oliveira SA, Santos DP, Neto IPA, Caja DF, Silva FMS. A utilização do e-sus atenção básica (ab) no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do sus. Intesa Pombal. 2015; 9(1): 01-04.
26. CNES/DATASUS – Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>
27. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº397 de 09 de outubro de 2001.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 285 de 8 de outubro de 1998.
29. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CES 583/2001, de 7 de agosto de 2001.
30. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia.
31. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 213/2008. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial.
32. Moll KL. Training programs in logopedics. FoliaPhoniatriLogop. 1983;35(5):198-219
33. Goulart BNG. A fonoaudiologia e suas inserções no sistema único de saúde: análise prospectiva. Rev. Fono Bras. 2003;2(4):29-34.

34. Conselho Regional de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo. 2ª região Perfil do fonoaudiólogo no estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo. 2ª região; 1997
35. Behlau M, Gasparini G. Education of speech–language pathologists and audiologist in Brazil *Folia PhoniatrLogop*. 2006;58(1):14-22.
36. Trenche MCB, Barzaghi L, Pupo AC. Cambio curricular: construcción de um nuevoproyecto pedagógico de formación em el área de Fonoaudiología. *Interface -Comunic., Saúde, Educ*. 2008; 12(27):697-711.
37. Haddad AE, organizador. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.
38. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2101, de 3 de novembro de 2005.
39. Portaria Interministerial n. 3019 de 26 de novembro de 2007.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edição nº 18, de 16 de setembro de 2009. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-SAÚDE. Diário oficial da união Nº 178, quinta-feira, 17 de setembro de 2009.
41. Portaria Interministerial nº421, de 3 de março de 2010.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. VER-SUS.
45. Mendes VLF. Atuação fonoaudiológica no NASF. In: 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;(SuplEsp).

46. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências Rev SocBrasFonoaudiol. 2010;15(3):465-74
47. Molini-Avejonas DR, Aboboreira MS, Couto MIV, Samelli AG. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. CoDAS 2014;26(2):105-11
48. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Matriz Curricular. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/cursos-graduacao/cursosgraduacao/fonoaudiologia>.
49. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Matriz Curricular. Disponível em: http://www.pucsp.br/sites/default/files/download/graduacao/cursos/fonoaudiologia/matriz_curso_fonoaudiologia.pdf
50. Universidade Federal de São Paulo. Matriz Curricular. Disponível em: <http://www.unifesp.br/reitoria/prograd/index.php/ensino-menu/cursos/matriz-curricularusp>
51. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre, MC, Taub A. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. Global Health Promotion. 2009; 16(2):5-11.
52. Soleman, C. O trabalho do fonoaudiólogo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
53. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. 1977.
54. Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
55. Lessa FJD, Miranda GMD. Fonoaudiologia e Saúde Pública. In: Brito ATB de (org.). Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2005.
56. <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=355030&search=sao-paulo|sao-paulo|infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%E1dio>

57. Carvalho, M, Santos, NR, Campos, GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate*, 2013. (37)98: 372-387.
58. Quintana PEB, Rígole, F, Padilha, M. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. In: Negri, B, Faria, R, Viana, ALD. (Org.) *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. São Paulo: Unicamp – NEPP. 2002; 189-220.
59. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Lista de especialistas por área. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/especialista-por-area/> acesso em 31/10/2016.
60. Oliveira, MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva. [tese livre –docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
61. Witt, RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
62. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1):92-6.
63. Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A et al .A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promot*. 2009; 16(2):12-20.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

65. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução nº 415 de 12 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro de informações e procedimentos fonoaudiológicos em prontuários, revoga a Recomendação nº 10/2009, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/legislacaoPDF/Res.%20CFFa%20n.%20415-2012%20Prontuarios.pdf>)
66. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(4): 1025-35.
67. Cecilio, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Comunicação Saúde e Educação*. 2011; 15(37): 589-99.
68. Cecilio, LCO. A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.
69. Junqueira, LA; Inojosa, RM; Komatsu, S. Descentralização e intersectorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. Caracas: UNESCO/CLAD, 1998.
70. Brasil. Ministério da Saúde e da Educação. Decreto nº6286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o PSE e dá providências.
71. Alves, VSA. Health Education Model for the Family Health Program: towards comprehensive healthcare and model reorientation. *Interface - Comunic. Saúde, Educ*. 2005; 9(16):39-52.
72. Costa, M.; López, E. Educación para La salud. Madrid: Pirámide. 1996; 25-58.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
74. Medeiros EA, Maia RM, Cedro MO, Barbosa MLC, Correia RBF, Tavares PM, Araujo, MEC. A inserção da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família: Vivências em Sobral-CE. *S A N A R E*. 2009; 8(2):07-15.

75. Moreira, MD, Mota, HB. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Rev. CEFAC. 2009; 11(3): 516-521.
76. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Junior MD, Carvalho YM. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Tratado de Saúde Coletiva. 2006; 1: 53- 92.
77. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4:393-404
78. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública 1998; 14:863-70.
79. Oliveira GN. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
80. Oliveira, GNO. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
81. Namen VC, Garcia GM. Demanda de casos específicos para o fonoaudiólogo do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) na região sudeste do município de São Paulo. 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2009; Salvador. Brasil. Rev SocBrasFonoaudiol. (SuplEsp):1936
82. Bezerra RSS, Carvalho MFS, Silva TPB, Silva FO, Nascimento CMB, Mendonça SS, et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. Divulgação em Saúde para Debate. 2010;(46):51-9.
83. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria a operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Medbook, 2011; 65-87.