**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à
Saúde da Família (NASF): compreendendo as
práticas a partir da composição dos processos de
trabalho**

Carla Soleman

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^a. Cleide Lavieri
Martins**

**São Paulo
2012**

O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho

Carla Soleman

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^ª. Dr^a. Cleide Lavieri Martins

**São Paulo
2012**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico este trabalho a

Meu esposo Rafael por todo seu amor e dedicação. Sua compreensão, apoio e incentivo foram essenciais para esta realização.

Meus pais Celio e Marli e meus irmãos Cintya e Celinho, que sempre se orgulharam de cada avanço meu e desta forma me incentivaram e me incentivam a continuar sempre.

Todos os profissionais e pessoas que acreditam e lutam pela concretização do Sistema Único de Saúde (SUS).

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as oportunidades.

À minha orientadora Prof^a Dra^a Cleide Lavieri Martins pela confiança e apoio. Admiro seu jeito preciso e sensível de orientar, prezando sempre pela independência e capacidade do orientando.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de estudos entre julho e dezembro de 2010.

Aos membros da banca de qualificação Prof^o Titular Fernando Lefèvre e Prof^a Dr^a Vera Lúcia Ferreira Mendes pelas valiosas contribuições com o projeto.

Aos fonoaudiólogos de NASF do município de São Paulo pela colaboração em participar desta pesquisa e pela riqueza das respostas que tantas reflexões trouxeram, e ainda aos seus coordenadores que tornaram possível o nosso contato.

Aos membros titulares e suplentes da pré-banca Dr^o Gustavo Tenório Cunha, Prof^a Dr^a Andrea Wander Bonamigo e Prof^a Dr^a Maria Aparecida Miranda de Paula Machado pelas importantes considerações e contribuições que enriqueceram este trabalho.

À querida Professora Cidinha por me “contaminar” pelos encantos e desafios da Saúde Coletiva desde a graduação.

Aos amigos e amigas pessoais, da graduação (FOB-USP), da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UFSCar) pela força e incentivo neste percurso, seja pessoalmente, pelo telefone ou pelas redes sociais.

À minha eterna equipe NASF do Projeto Região Oeste – FFM pelo aprendizado, amizade, companheirismo, pela compreensão e apoio durante as minhas ausências por conta deste trabalho, e por terem compartilhado comigo a vivência profissional mais rica que tive.

A todos os meus familiares (incluindo tios, primos, avós, sogros, cunhados) pelo amor, no sentido mais completo e complexo que esta palavra pode expressar, e pela união que nos mantém próximos apesar da distância geográfica.

Muito Obrigada!

APRESENTAÇÃO

O interesse inicial pelo tema escolhido para este estudo é decorrente da minha vivência durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, processo de formação pelo qual passei ao concluir a Faculdade de Fonoaudiologia, e que me permitiu uma aproximação real dos processos de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Durante minha atuação como fonoaudióloga residente, integrante de uma equipe de apoio matricial da ESF do município de São Carlos, encontrei grandes dificuldades para enxergar o meu trabalho dentro do contexto da Atenção Básica e para inserir os conhecimentos da Fonoaudiologia de forma diferente do modelo clínico individual, fechado em consultório, com recursos físicos e materiais à minha disposição, tal qual aprendi durante a faculdade. Estas dificuldades também me foram referidas diversas vezes pelos outros seis fonoaudiólogos que compunham o programa de Residência, e que tiveram suas formações em diferentes instituições de ensino superior.

Percebi, na prática cotidiana do trabalho, o quanto a formação profissional do fonoaudiólogo, está distanciada das reais necessidades da população e da dinâmica do trabalho na Atenção Primária à Saúde, frente às grandes dificuldades para exercer práticas integrais de promoção, prevenção e atenção à saúde fonoaudiológica da população, bem como na integração das minhas ações em Fonoaudiologia com as ações dos outros profissionais da equipe.

Foram muitos os desafios e inquietações despertados neste contexto da Residência Multiprofissional, fruto da imaturidade profissional, das lacunas da graduação, da dificuldade de compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, das dificuldades operacionais de um modelo de atenção à saúde em implantação, das inéditas possibilidades de atuação do Fonoaudiólogo dentro de um novo campo de trabalho... Ao mesmo tempo, a sensação de privilégio por estar em um universo tão rico e protegido, características de um bom processo de formação, que me possibilitava por meio de incontáveis discussões, aprofundamentos teóricos e trocas de experiências, a recriação do meu trabalho em Fonoaudiologia e a aproximação com os princípios da Atenção Primária à Saúde.

Refletindo sobre estas questões e sobre a forma como a atual política pública tem sido tratada, considerando a forma como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm sido implantados em todo o país, passei a me questionar quanto ao desenvolvimento das práticas dos profissionais fonoaudiólogos inseridos nas equipes de NASF, haja vista que muitos destes profissionais têm apenas a graduação como formação para tal atuação. Os Fonoaudiólogos têm conseguido integrar suas práticas às de outros profissionais da equipe de NASF e da ESF, possibilitando assim um efetivo trabalho em equipe interdisciplinar? Têm atuado em ações coletivas que possibilitem práticas de cuidado que respondam às necessidades da população em geral e não apenas a problemas individuais e isolados? Desenvolvem tecnologias de trabalho em saúde e dispositivos terapêuticos que sejam capazes de minimizar os graves efeitos dos distúrbios de linguagem, voz, motricidade orofacial e audição, bem como cuidar dos processos de adoecimento da população, desenvolvendo ações de promoção e educação em saúde?

A partir de tais inquietações, busquei no mestrado estudar e aprofundar a análise acerca destas questões por meio de uma aproximação com estas experiências de atuação da Fonoaudiologia na Atenção Básica, na Saúde da Família e mais precisamente nos NASF.

Depois de iniciada esta trajetória, tive ainda uma oportunidade de emprego que me possibilitou ampliar a lente, uma vez que passei a vivenciar, inserida em uma equipe NASF como fonoaudióloga, grande parte do que estava sendo relatado pelos respondentes deste estudo.

Considerando todo o contexto, a finalidade deste trabalho é contribuir para o avanço na produção de conhecimento e na sistematização de práticas de cuidado que potencializem o modelo de atenção que se quer concretizar, com uma contribuição efetiva da Fonoaudiologia para a ampliação do acesso da população à Atenção Integral à Saúde.

Investir em conhecimento rende sempre os melhores juros.
(Benjamin Franklin)

RESUMO

Soleman, C. O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Toma como objeto os processos de trabalho dos fonoaudiólogos inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, recortado diante do quadro teórico do Trabalho em Saúde. Considerando as questões históricas da profissão, a formação insuficiente e a limitada produção de conhecimento acerca dos processos de trabalho, o objetivo foi compreender as características do trabalho do Fonoaudiólogo no NASF e os determinantes que orientam as práticas deste profissional. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, cujo caminho metodológico se delineou por meio da identificação do perfil de formação destes profissionais, da caracterização do trabalho no NASF a partir dos elementos que o compõem: objeto/finalidade, meios e instrumentos, organização e divisão do trabalho, e identificação dos determinantes operacionais que orientam suas práticas. A coleta dos dados se deu por meio de um questionário on-line, do tipo auto-aplicado. Os resultados apontam para uma formação insuficiente em nível de graduação para a maioria dos respondentes, e que apenas os fonoaudiólogos que cursaram Residência Multiprofissional em Saúde da Família (21%) chegaram para atuação no NASF com experiência prévia em Atenção Primária a Saúde. A principal motivação se refere às inclinações pela proposta NASF, pelo campo da Saúde Coletiva e pela forma de organização do trabalho. O objeto do trabalho consiste nas equipes de Saúde da Família e na população adscrita, o meio é o Apoio e os instrumentos consistem nas ferramentas tecnológicas preconizadas nos documentos do Ministério da Saúde. Observa-se variação na conformação das equipes, e a organização do trabalho parte de reuniões onde são compartilhadas as demandas e definidas as ações possíveis. Os determinantes envolvem a demanda e o trabalho em equipe, atravessados muitas vezes por questões como as metas de produção e as cobranças institucionais. Foram identificadas potencialidades que envolvem principalmente questões práticas como a evolução dos processos de trabalho entre as equipes, maior resolubilidade na demanda fonoaudiológica e o matriciamento efetivo em Fonoaudiologia. As dificuldades envolveram principalmente problemas no entendimento da proposta NASF, consequente falta de co-responsabilização pelos processos, falta de estrutura e espaço físico, metas de produção incompatíveis com a realidade e falta de suporte da Rede, principalmente no nível secundário de atenção.

Descritores: Saúde da Família; Fonoaudiologia; Atenção Primária à Saúde, Prática Profissional, Trabalho.

ABSTRACT

Soleman, C. O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho./ The work of Speech Therapists under the Family Health Support Centers (NASF): understanding practices based on the composition of work processes. [Dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

The aim of this study was to describe the work processes of speech therapists engaged in the Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Family Health Support Centers) – NASF, according to the theoretical chart of duties defined for Healthcare Assistance. Past issues of the profession, lack of training and scant knowledge on work processes prompted this study describing the characteristics of the work of Speech Therapists under the NASF and the factors determining practices of this group of health professionals. A descriptive, exploratory study was conducted whose approach involved identifying the qualification/training profile of this group of professionals and characterizing their work at the NASF under the following topics: objective/purpose, means and instruments, organization and division of work, and identification of the operational factors determining work practices. Data collection was performed by application of a self-reporting on-line questionnaire. Results revealed a lack of graduate-level training among majority of respondents, and that only those speech therapists who had completed a Multiprofessional Residency in Family Health (21%) joined NASF with previous experience in Primary Health Care. Main motivators included affinity for NASF goals, the field of Public Health and the organization of the work. The work objective was the Family Health teams and population of service users, the means was the Support provided while the instruments consisted of the technological tools recommended by the Ministry of Health. Differences were observed in the structuring of teams and the organization of work through meetings where workloads are assigned and courses of action decided. Determining factors included the service demand and team work, often influenced by issues such as productivity targets and institutional demands. Potential areas for improvement were identified, predominantly involving practical issues such as refinement of work processes among teams, catering of speech therapy demands and effective matrix-based health strategies in Speech Therapy. Main difficulties involved problems understanding the NASF goals, a resultant lack of co-responsibility for processes, lack of infrastructure and physical space, productivity targets incongruent with reality, and lack of support from the health system network, particularly at the secondary level of health care.

Descriptors: Family Health; Speech, Language and Hearing Sciences; Primary Health Care; Professional Practice, Work.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	16.
1.1. O TRABALHO EM FONOAUDIOLOGIA	16.
1.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	20.
1.2.1. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	22.
1.3. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NASF NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	27.
1.3.1. Modelo de Gestão da Estratégia Saúde da Família em São Paulo.....	29.
1.4. UM NOVO CAMPO DE TRABALHO PARA A FONOAUDIOLOGIA.....	30.
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	35.
2.1. O TRABALHO EM SAÚDE	35.
2.1.1. Processo de Trabalho em Saúde	36.
3 – OBJETIVOS	40.
3.1. OBJETIVO GERAL	40.
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40.
4 – METODOLOGIA	41.
4.1. TIPO DE ESTUDO	41.
4.2. SUJEITOS DE PESQUISA	42.
4.3. ASPECTOS ÉTICOS	44.
4.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	44.
4.4.1. O Instrumento de Pesquisa	47.
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	48.
5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50.
5.1. SOBRE A FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS FONOAUDIÓLOGOS.....	51.

5.1.1. As Limitações da Graduação em Fonoaudiologia para Atuação no NASF	51.
5.1.2. A Relevância da Pós-Graduação na Formação dos Fonoaudiólogos Trabalhadores do NASF	57.
5.1.3. A Experiência Profissional Prévia e a Relevância para o Trabalho no NASF.....	61.
5.1.4. A Prática <i>in Locu</i> Vista como o Melhor Processo de Formação para a Atuação no NASF	62.
5.2. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DOS FONOAUDIÓLOGOS NO NASF	66.
5.2.1. A Motivação para o Trabalho no NASF	68.
5.2.2. O Objeto/Finalidade do Trabalho como Apoiador da Equipe NASF	76.
5.2.3. Meios e Instrumentos do Trabalho	84.
5.2.4. Organização e Divisão do Trabalho no NASF – Diferentes Composições Versus Diferentes Processos	94.
5.3. DETERMINANTES DOS PROCESSOS DE TRABALHO DO FONOAUDIÓLOGO NO NASF – A DINÂMICA ATRAVESSADA POR QUESTÕES EXTERNAS	124.
5.4. POTENCIALIDADES DO TRABALHO DOS FONOAUDIÓLOGOS NAS EQUIPES NASF	128.
5.5. PRINCIPAIS DIFICULDADES DO TRABALHO NO NASF	131.
 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	 143.
 7 – REFERÊNCIAS	 154.
 ANEXOS	 160.
 CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo	42
Figura 2 -	Distribuição Total das Equipes NASF e dos Fonoaudiólogos por Coordenadoria Regional de Saúde.	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição Total das Equipes NASF e dos Fonoaudiólogos por Coordenadoria Regional de Saúde.	43
Quadro 2	Número de equipes NASF em que cada categoria profissional aparece, dentre as equipes dos respondentes.	95
Quadro 3	Periodicidade e Tempo das Reuniões entre NASF e ESF.	101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Relação entre o número de questionários respondidos em cada Coordenadoria Regional de Saúde com o total de profissionais convidados, total de profissionais contratados e número total de equipes.	50
Gráfico 2 -	Tempo de formados pela graduação dos fonoaudiólogos respondentes.	51
Gráfico 3 -	Instituições de Ensino Superior da Graduação dos respondentes.	55
Gráfico 4a	Tipo/Modalidade da Pós-Graduação.	58
Gráfico 4b	Área de Especialidade dos Cursos de Pós-graduação.	59
Gráfico 4c	Tipos/Modalidade da Pós-Graduação em Saúde Coletiva.	60
Gráfico 5	Principal Processo responsável pela capacidade de atuação no NASF, na opinião dos respondentes.	62
Gráfico 6	Organizações Sociais/Instituições pelas quais os respondentes são contratados.	66
Gráfico 7	Tempo de atuação dos respondentes em Equipe NASF.	67

1. INTRODUÇÃO

Este estudo toma como objeto os processos de trabalho dos fonoaudiólogos inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, recortado diante do quadro teórico do Trabalho em Saúde.

Para compreender as especificidades do trabalho de uma categoria profissional, a Fonoaudiologia, dentro de um contexto determinado que seja a Atenção Básica, e mais especificamente dentro de um serviço, a Estratégia Saúde da Família, faz-se necessário uma compreensão inicial de todos os elementos envolvidos neste contexto.

1.1. O TRABALHO EM FONOAUDIOLOGIA

A Fonoaudiologia é a ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana, no que se refere ao seu desenvolvimento, aperfeiçoamento, distúrbios e diferenças, em relação aos aspectos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na função cognitiva, na linguagem oral e escrita, na fala, na fluência, na voz, nas funções orofaciais e na deglutição (CFFa¹).

A prática fonoaudiológica no Brasil se iniciou na década de 30 voltada essencialmente para a saúde escolar. Mais tarde, entre as décadas de 50 a 70, o fonoaudiólogo direcionou seu trabalho para os consultórios particulares e clínicas de reabilitação. O ensino da Fonoaudiologia no país iniciou-se na década de 60, quando foram criados os cursos da Universidade de São Paulo (1961) e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962). Na década de 70, iniciaram-se os movimentos em prol do reconhecimento dos cursos e da profissão (Brasil, 2006).

A formação enfocava principalmente práticas voltadas para a atenção à doença ou para o distúrbio da comunicação e que privilegiavam a reabilitação clínica individual em detrimento de ações preventivas ou de maior alcance. Neste contexto, a concepção de saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde desconsiderava aspectos dinâmicos e processuais da condição de viver uma vez que era tida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Essa concepção obscurecia a formulação de ações e objetivos concretos na realidade

¹ CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia - <http://www.fonoaudiologia.org.br/>

cotidiana já que saúde era um estado estanque, idealizado e praticamente inatingível ou inaplicável à maioria das pessoas. A complexidade do processo saúde/doença na Fonoaudiologia era reduzida à realização de testes e exames e à verificação da sintomatologia, para a classificação dos indivíduos como doentes ou saudáveis e a ação terapêutica era voltada para a neutralização dos sinais e sintomas observados (Penteado e Servilha, 2004).

A inserção do fonoaudiólogo no sistema público se deu entre a década de 70 e 80, por meio das secretarias de educação e de saúde. Segundo Sampaio e Gonçalves (1980), naquela época eram poucas as experiências concretas de atuação da Fonoaudiologia em serviços de saúde pública e desde seu surgimento no Brasil desenvolveu-se primordialmente na área curativa, junto a clínicas, hospitais e instituições do gênero. Os trabalhos eram realizados de forma isolada sem nenhum tipo de integração, por meio de atividades específicas dentro dos locais de trabalho dos profissionais e sem uma proposta abrangente que nortearia todos os fonoaudiólogos. Isto fez com que a efetividade de seu trabalho não pudesse ser observada nem pelos gestores, nem pela população (Befi, 1997).

No final dos anos 80, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), se passou a considerar a saúde vinculada às condições de vida da sociedade e aos princípios doutrinários de Universalização, Integralidade e Equidade. O SUS é formado pelo conjunto de todas as “ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, e pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, ou seja, para todos os brasileiros (Brasil, 1990).

A partir de então é que houve uma significativa inserção de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde, no início da década de 90, com o surgimento de concursos públicos para as Secretarias de Saúde, principalmente em São Paulo. (Moreira e Mota, 2009). Os profissionais contratados foram alocados em Centros de Saúde, iniciando aí a inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde (APS).

A Atenção Primária à Saúde tem sido um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (Fausto e Matta, 2007).

Tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras da Atenção Primária à Saúde, foi a partir da I Conferência de Cuidados Primários em Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata, realizada no ano de 1978, que se buscou a seguinte definição para APS:

Atenção essencial à saúde, baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral de um sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS,1978)

Entretanto, a inserção dos fonoaudiólogos nos serviços de Atenção Primária, na década de 90, pareceu não ter sido planejada nem pelo sistema público nem pela Fonoaudiologia. Até então, os cursos de graduação não contemplavam conteúdos sobre a APS e os documentos oficiais não descreviam as ações a serem executadas pelo fonoaudiólogo nesse nível de atenção. Além disso, a demanda reprimida para atendimento fonoaudiológico contribuiu para que os serviços de Fonoaudiologia na APS fossem organizados de forma semelhante ao serviço especializado, com enfoque no tratamento de morbidades já instaladas em detrimento da prevenção e da promoção de saúde (Befi, 1997).

Foi a partir da inserção neste novo contexto que a Fonoaudiologia passou a estudar e a trabalhar com conceitos da Epidemiologia, buscando o conhecimento das

características da população, o que abriu novas possibilidades de organização do trabalho e fez com que as Universidades passassem a rever suas grades curriculares na tentativa de adequar a formação para essa nova dimensão de atuação (Befi, 1997).

A inserção do fonoaudiólogo no SUS impulsionou este profissional a rever sua práxis, ou seja, aprender a trabalhar com o coletivo, olhar a saúde de forma ampla e não apenas os aspectos relativos à sua área específica de atuação. O foco do trabalho, antes voltado apenas para a reabilitação de doenças, se ampliou para buscar a proteção e a promoção da saúde.

Preocupar-se com o sujeito inserido nos distintos contextos sociais, buscar pela dialogia, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, foram e são conquistas, ainda em processo. As evidências de que a promoção e prevenção já integram as ações do fonoaudiólogo estão expressas na consideração da comunicação como parâmetro de saúde e qualidade de vida, nas pesquisas que buscam compreender e intervir no cuidado integral à saúde, nas publicações científicas, na transdisciplinaridade dos temas dos Congressos de Fonoaudiologia, no engajamento de fonoaudiólogos em ações para valorização da vida e da saúde, na mudança da terminologia adotada pelos profissionais, no compromisso da classe com a difusão do conhecimento fonoaudiológico junto à população e à mídia. Tudo isso identifica um movimento amplo de transformação do profissional fonoaudiólogo, que busca hoje no seu trabalho muito mais a saúde geral do ser humano do que apenas reabilitar sua comunicação ².

Contudo, uma mudança de paradigma não ocorre de forma instantânea e linear. É um processo histórico e progressivo que implica na ação-reflexão-ação do trabalho cotidiano e requer formação constante para o confronto e superação de conceitos, para o conhecimento de indicadores de saúde, adesão às políticas públicas de promoção da saúde, atuação intersetorial e valorização das pessoas. Para que este processo tenha continuidade e se efetive, faz-se necessário não apenas a capacitação técnico-científica, mas a implicação pessoal de cada profissional, com atitudes que busquem a qualidade dos serviços com vistas à saúde de todo o país, e ainda um modelo de gestão que não seja impeditivo ou dificultador desta mudança.

² Mesa Estudo Clínico: “Prevenção E Promoção Em Fonoaudiologia: Análise De Evidências” apresentada por Emilse Aparecida Merlin Servilha no 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia – Campos do Jordão – SP. 2008 – Disponível em <http://www.sbfa.org.br/portal/suplementorsbfa>

1.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde a Constituição de 1988 o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da prática de atenção à saúde em novas bases, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, substituindo o modelo tradicional. É tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Primária à Saúde, de ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. (Brasil, 2011). Inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a Saúde da Família como um programa. Entretanto, a partir de 1996 começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de Estratégia Saúde da Família por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação das práticas de saúde no país.

Em termos históricos, as primeiras iniciativas dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde no Brasil, com ênfase na Atenção Primária, surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96).

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da Atenção Primária à Saúde é a Atenção Básica. Esta designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de “*construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção*” (Brasil, 2003).

Segundo a Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a mais recente Política Nacional de Atenção Básica, este nível de atenção:

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 de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a

manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Política Nacional também aborda os aspectos democráticos e participativos da Atenção Básica, o trabalho em equipe, a responsabilidade sanitária por territórios definidos, as diferentes tecnologias de cuidado de acordo com as necessidades de saúde encontradas no território, e a condição de principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. De acordo com o documento, a Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, e considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2011).

Com base nos princípios do SUS e nas concepções da Atenção Básica, a ESF incorpora as noções de integralidade e universalidade da assistência, equidade, resolubilidade e humanização do atendimento, bem como o estímulo à participação comunitária. Assim como definido por Starfield (2002), em relação à Atenção Primária à Saúde, a ESF representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência dos profissionais para atuação nesta lógica.

A Estratégia Saúde da Família tem se mostrado como caminho possível e promissor no processo de reorganização da Atenção Básica a fim de viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil. Caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (Brasil, 2009).

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. As equipes são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada). Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. De acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Estas pessoas devem ser moradoras do território de referência pelo qual cada equipe de saúde da família é responsável e passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências e nos espaços comunitários. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2011).

1.2.1. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Com o propósito de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria MS/GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Os NASF são constituídos por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre elas a Fonoaudiologia, atuam de maneira integrada e em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando

e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços independentes e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, ou seja, não se constituem como porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim como apoio às equipes de saúde da família. Devem atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de saúde, e de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (Brasil, 2011).

Considerando que os NASF foram criados a fim de qualificar a Estratégia Saúde da Família, os profissionais desta equipe são responsáveis por auxiliar as equipes da Estratégia na promoção de saúde e na prevenção de agravos, no diagnóstico, na definição da terapêutica, na recuperação e na reabilitação, de forma que a ESF seja resolutiva no maior número possível de situações, desde que estas sejam de competência da atenção primária. Com o aumento da resolubilidade da Atenção Primária, espera-se que os níveis de atenção secundária e terciária sejam menos solicitados e, conseqüentemente, com menor demanda, espera-se que os mesmos sejam mais resolutivos (Brasil, 2011).

Frente à diversidade dos municípios e realidades locais, existem duas propostas de implantação. O NASF 1, cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais, sendo que cada equipe deve estar vinculada a no mínimo 8 e no máximo 15 Equipes de Saúde da Família. O NASF 2, cuja soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais, estando cada equipe vinculada a no mínimo 3 e no máximo 7 Equipes Saúde da Família (Brasil, 2011).

As categorias que podem compor as equipes tanto do NASF 1 quanto do NASF 2 são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional

com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (Brasil, 2011).

Vale ressaltar que estas determinações são recentes, da Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica e revoga a Portaria MS/GM Nº 154, de 2008, que instituiu os NASF, bem como as demais portarias nas quais havia determinações diferentes.

Para que se efetive a ampliação e o aumento da resolubilidade da Atenção Básica, os NASF devem estar comprometidos também com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção e reabilitação da saúde, além da humanização dos serviços, educação permanente, participação social, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (Brasil, 2009).

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (Brasil, 2011).

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

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Visa superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de

forma corresponsabilizada com a equipe de saúde da família. Assim, a organização dos processos de trabalho, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando a discussão dos casos, o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidades mútuas, capacitações em espaços de educação permanente, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, construção conjunta de projetos terapêuticos, intervenções no território e na saúde da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc (Brasil, 2011).

O NASF é composto de nove áreas estratégicas que consistem em saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (Brasil, 2009).

Intervenções diretas dos profissionais do NASF frente a usuários e famílias devem ser realizadas apenas em situações em que a equipe de saúde da família já tenha esgotado suas possibilidades e sempre a partir das discussões dos casos com estas equipes onde haverá uma negociação prévia entre os profissionais responsáveis. A organização destes e de outros processos de trabalho do NASF depende de algumas ferramentas tecnológicas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (Brasil, 2009).

O Apoio Matricial é uma tecnologia de gestão que se complementa com o processo de trabalho organizado em equipes de referência. As equipes de referência constituem um arranjo em que a responsabilidade não está focada em atividades e procedimentos, mas sim em pessoas. Neste caso, as equipes de saúde da família são as equipes de referência de um determinado território, ou seja, são responsáveis pela coordenação do cuidado das pessoas que residem neste território. O apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais cujas tarefas consistem em prestar apoio às equipes de referência, no caso, as equipes de Saúde da Família, de forma a assegurar de modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada a estas equipes.

O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte. O suporte assistencial é aquele que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e o suporte técnico-pedagógico vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe de Saúde da Família e para a própria equipe NASF (Campos, 2007). É inevitável que o apoiador matricial tenha também a função de apoiador institucional. Ele deve perceber conflitos na equipe, dissonâncias entre objetos de trabalho, objetos de investimentos, objetivos e instrumentos de trabalho, ajudar a definir prioridades e critérios de avaliação. Para além do conhecimento específico de um recorte profissional, o apoio matricial requer uma sabedoria de apoio no sentido geral.

Colocar em prática a Clínica Ampliada significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários, ou seja, reconhecer os limites do conhecimento de cada profissional e buscar outros conhecimentos de outras áreas. Consiste na compreensão ampliada do processo saúde–doença e na construção de sínteses singulares, transpondo os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde. Consiste ainda na construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, considerando a singularidade de cada sujeito e a situação em que se encontra. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial), mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam ações de uma clínica compartilhada (Brasil, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em uma proposta de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, propicia uma atuação integrada da equipe valorizando vários aspectos e se desenvolve em diferentes etapas sendo estas o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (Brasil, 2009).

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. O desenvolvimento de projetos de saúde no território, bem como, o apoio a grupos, os

trabalhos educativos e de inclusão social, o enfrentamento de situações de violência e ruptura social, as ações junto aos equipamentos públicos, são todas tarefas a serem desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família e demais atores sociais do território. Busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre todos os envolvidos (Brasil, 2009).

Sobre a Pactuação do Apoio, podemos visualizá-la em dois momentos distintos. A atividade de avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de Saúde da Família e conselhos de saúde, antes de definir quais profissionais farão parte do NASF em cada região, e a pactuação do desenvolvimento dos processos de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF e a equipe de Saúde da Família como uma atividade que deve ser rotineira, abrangendo os objetivos a serem alcançados, problemas prioritários a serem abordados, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores, bem como formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (Brasil, 2009).

É importante salientar que o investimento adequado na APS poderá interferir diretamente nos demais níveis de atenção, uma vez que, por se tratar de um sistema de saúde em rede as ações em um segmento podem impactar nos demais níveis. Além disso, o investimento nas ações focadas em prevenção e promoção da saúde pode minimizar e até mesmo evitar agravos à saúde, trazendo maior qualidade de vida à população e desafogando os níveis secundário e terciário de atenção, que requerem investimentos em tecnologias muito mais caras.

1.3. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NASF NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Estratégia Saúde da Família, na época ainda conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF), foi instituída na cidade de São Paulo em 1996 como um projeto piloto com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde. Esta experiência teve início no distrito de Itaquera, fruto de um convênio que reuniu o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e uma organização social sem

fins lucrativos, a Casa de Saúde Santa Marcelina, sendo denominado de Qualis (Qualidade Integral à Saúde) e no qual foram constituídas 40 equipes mínimas (Capistrano Filho, 1999).

A fim de melhorar as condições da assistência, bem como para constituir-se em estratégia de mudança do modelo assistencial e de implantação efetiva do SUS, em 1997 foi proposta a expansão do Qualis para novas áreas da cidade e em novembro daquele ano foi celebrado um acordo com a organização social sem fins lucrativos Fundação E.J. Zerbin, designada gerenciadora do programa. Em 1998 o Qualis/PSF passa a abranger os distritos de Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia, Freguesia do Ó, Parque São Lucas e Sapopemba (Capistrano Filho, 1999).

Frente à diversidade de desafios cotidianos, que traziam além das demandas referentes a gestantes, crianças, indivíduos com hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tuberculose e hanseníase – principais eixos de ação das equipes de saúde da família – tornou-se evidente a necessidade de ampliar a equipe de trabalho³.

Inicialmente, esta ampliação se deu com a implantação das equipes de saúde bucal, compostas por dentistas, técnicos de higiene dentária e auxiliares de cirurgia dentista, que trabalhariam junto às equipes de saúde da família. No entanto, na medida em que as visitas domiciliares eram realizadas, foram surgindo demandas com as quais as equipes não sabiam lidar, como por exemplo pessoas em sofrimento mental, ou com deficiência, restritas a seus lares, e muitas vezes sem nenhum acompanhamento prévio. A fim de propiciar a devida assistência a esta demanda que se encontrava reprimida, em 1998 foi implantada a equipe de saúde mental, composta por terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras e, em novembro de 2000 a “equipe de saúde do deficiente”, ou equipe de reabilitação, composta por fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais⁴.

Ambos os projetos – em saúde mental e reabilitação – foram implantados pela Organização Social Fundação Zerbin e nos dois últimos anos de atuação gerenciados por outra Organização Social sem fins lucrativos, a SPDM (Associação Paulista para

³ Azevedo, H.; Barrales, L.M. **Plano Estratégico para Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF**. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Senac. São Paulo. 2009.

⁴ Azevedo, H.; Barrales, L.M. **Plano Estratégico para Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF**. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Senac. São Paulo. 2009.

o Desenvolvimento da Medicina). Atuaram em um território que compreendia 10 unidades de saúde da família, até novembro de 2008, momento em que foram encerradas suas ações e deram espaço para a implantação dos NASF.

De acordo com o Documento Norteador das ações do NASF, da Secretaria Municipal de Saúde, o processo de implantação do NASF no município de São Paulo, iniciou-se em julho de 2008 com proposta de 86 equipes, e foi desenvolvido em parceria com as Instituições conveniadas e em contrato de gestão com a Secretaria. As Coordenadorias Regionais de Saúde, de acordo com o perfil epidemiológico, quantificação de serviços instalados e estudo das principais demandas, elencaram as categorias profissionais para composição dos NASF, atendendo as necessidades de suas regiões (São Paulo, 2009).

Considerando o extenso território do Município e o elevado número de equipes de Estratégia de Saúde da Família, visualizou-se a necessidade de um profissional para direcionar e integrar o trabalho dos Núcleos, em consonância com as equipes de ESF apoiadas, criando a figura de Coordenador de NASF (São Paulo, 2009).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2009), todo o processo de implantação do NASF foi pautado no entendimento de que a contratação desses profissionais não consistia na inserção de uma rede nova de serviços, mas sim uma estratégia de ampliar e qualificar a assistência, fortalecendo a rede de cuidados existente.

1.3.1. Modelo de Gestão da Estratégia Saúde da Família em São Paulo

No modelo de gestão de saúde do município de São Paulo o gerenciamento dos serviços de saúde é realizado por Organizações Sociais (OSs), que são entidades reconhecidas por lei como instituições privadas de utilidade pública. As Organizações Sociais devem atender as normas previstas pela Lei municipal 14.132/06 , que estabelece os critérios para a sua atuação, e seguir as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

As OSs qualificadas para atuarem no sistema de saúde do município cumprem regras estabelecidas por um contrato de gestão e metas, de acordo com a política pública determinada para o setor. Elas devem atender às exigências impostas

⁵ Secretaria de Saúde do Município de São Paulo - <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/>

pelas características epidemiológicas de cada região da cidade e comprovar atuação de, pelo menos, cinco anos na área da saúde pública (Ibãñez e Vecina Neto, 2007).

O Contrato de Gestão conceitualmente é um instrumento jurídico-legal de parceria entre o poder público e o setor privado para a implementação e operacionalização de serviços de saúde oferecidos à população dentro do modelo previsto pelo SUS. Pelo acordo, o Poder Público faz o repasse dos recursos e bens necessários, e as instituições contratadas garantem a execução das atividades seguindo uma lógica de autonomia, flexibilidade e agilidade. Para gerir esses contratos, cabe ao poder público fazer o controle da prestação dos serviços, com base no cumprimento de metas, de prazos e da análise de indicadores de produção, de cobertura da população e de qualidade e eficiência dos serviços contratados⁶.

Atualmente o cenário de parceria institucional entre as entidades qualificadas como OSS e a SMS/SP se caracteriza por grande diversidade de contratos que participam de forma complementar e integrada da rede pública de saúde, no âmbito da Atenção Básica, Especializada, Atenção Hospitalar e Serviços de Diagnóstico por Imagem⁵.

As Instituições responsáveis por gerenciar equipes NASF no município de São Paulo são OS Santa Casa, OS Associação Saúde da Família (ASF), OS Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), OS Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), OS Instituição Israelita Albert Einstein (IIAE), OS CEJAM, OS Casa de Saúde Santa Marcelina (OSSM), OS Associação Congregação Santa Catarina (ACSC), Fundação Faculdade de Medicina-USP (FFM), Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (IRSSL), OS Associação Comunitária Monte Azul (ACMA) e OS Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI).

1.4. UM NOVO CAMPO DE TRABALHO PARA A FONOAUDIOLOGIA

A atuação da Fonoaudiologia junto à Estratégia Saúde da Família teve início muito antes de a Portaria GM nº 154, que institui os NASF, ser promulgada. Em 2001 foi incorporada às Unidades do Projeto Qualis uma equipe de reabilitação que

⁶ Secretaria de Saúde do Município de São Paulo – www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude

era composta por Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Estas equipes tinham como atribuições a terapia individual, terapia em grupo, atendimento domiciliar, inclusão escolar, inclusão no trabalho, reuniões com as equipes de saúde da família, de saúde bucal e de saúde mental, capacitações à equipe técnica, atividades educativas com a comunidade, acompanhamento de estágio e ações intersetoriais (Rodrigues, 2003).

Segundo Rodrigues (2003), o trabalho do fonoaudiólogo no Programa de Saúde da Família não se limitava ao atendimento dos que buscavam ajuda, sendo necessário que a equipe atuasse no sentido de identificar as necessidades e sensibilizar as famílias e os sujeitos quanto à sua condição. Ao contrário do que acontecia, e ainda acontece, em muitos serviços particulares ou especializados, o fonoaudiólogo no PSF não selecionava seus pacientes, mas era convocado a atender todos os casos encaminhados.

De acordo com Gurgueira (2009), os fonoaudiólogos necessitam ter disponibilidade para atuação a partir das necessidades da população local e não do interesse próprio ou formação. É importante que não só o fonoaudiólogo, mas todos os outros profissionais reflitam conjuntamente sobre a finalidade da sua prática, reconstruindo o sentido das suas ações, a fim de torná-las coerentes com a proposta do NASF e tendo sempre em mente o que compete à Atenção Básica.

Devido às positivas mudanças na produção dos processos de cuidado em saúde desde o início da Reforma Sanitária, faz-se necessário que os profissionais de saúde incorporem, cada vez mais, saberes sobre o trabalho em saúde e que desenvolvam novas competências e habilidades. A capacidade de trabalho em equipe de forma transdisciplinar, de criar e conduzir projetos terapêuticos a partir dos conceitos da clínica ampliada e do apoio matricial, de criar novos dispositivos terapêuticos que atendam às demandas de forma resolutiva, bem como a apropriação dos conceitos, princípios e diretrizes do SUS, e ainda das políticas públicas, são competências fundamentais para o trabalho no NASF (Molini-Avejonas et al., 2010).

O termo “Reforma Sanitária” foi usado nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, abrangendo não

apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população⁷.

Em seu estudo sobre o atendimento domiciliar do fonoaudiólogo no contexto do PSF, como integrante da equipe de reabilitação do Qualis/PSF, Rodrigues (2003) já atentava para o fato de que é preciso desenvolver certo perfil profissional que se adeque ao modo como funciona este modelo de atenção, ao trabalho em equipe, ao conhecimento do território, às visitas domiciliares, à realidade sócio-econômica da população, às condições de vida bastante complexas, enfim, o que exige uma atuação profissional mais humanizada, interdisciplinar e com um olhar muito mais ampliado. A autora destaca o fato de que a formação acadêmica não preparava o fonoaudiólogo para compreender e atuar nestas circunstâncias, pois era mais centrada nos atendimentos individuais, mesmo quando o estágio ocorria em instituições públicas.

A instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio da Portaria GM nº 154, vem consolidar este espaço de atuação do Fonoaudiólogo dentro da Atenção Primária à Saúde, e se caracteriza como principal campo de trabalho dentro deste nível de atenção.

No contexto da Estratégia Saúde da Família, o fonoaudiólogo deve apoderar-se de informações sociodemográficas, epidemiológicas e ambientais do território advindas dos sistemas de informação para a construção de ações compartilhadas com outros profissionais e equipes de saúde da família. Reconhece-se no NASF um espaço de atuação consolidado para que o fonoaudiólogo atue no contexto familiar e social, contribuindo para a transformação da assistência à saúde. No entanto, para isto é necessário que esse profissional esteja instrumentalizado pela clínica ampliada, para que seja capaz de atuar de modo interdisciplinar e formular projetos terapêuticos que considerem as pessoas e suas necessidades.

Devido às peculiaridades do NASF, nota-se que a Fonoaudiologia, bem como outras categorias profissionais, encontra dificuldades para se inserir e atuar na lógica proposta, haja vista a formação profissional básica que ainda não contempla muitas das concepções e ferramentas já citadas aqui como essenciais para a organização do trabalho neste serviço. Tradicionalmente formados e atuantes para as especialidades, os fonoaudiólogos classicamente atuam na reabilitação com técnicas específicas para

⁷ Sanitarista – Biblioteca Virtual Sergio Arouca - <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

tratamentos individualizados, o que dificulta a visão e atuação como profissional de apoio à Saúde da Família. Para muitos profissionais, a interação com uma equipe multidisciplinar, ou mesmo com as famílias e lideranças comunitárias, bem como ações mais voltadas para a articulação intersetorial e para os coletivos, implicam em um aprendizado sobre uma nova forma de atuar. Entretanto, vale ressaltar que há escolas de Fonoaudiologia que priorizam em suas grades curriculares, já há algum tempo, as questões sociais e coletivas dos distúrbios da comunicação, embora sejam exceções.

Para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, com vistas à integralidade, nos moldes em que o NASF propõe, é preciso que haja uma crítica revisão acerca dos processos educativos e formativos que são desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior, que são fortemente caracterizados pela fragmentação do conhecimento e com enfoque no conhecimento técnico especializado (Nascimento e Oliveira, 2010).

Há na atualidade muitos trabalhos que relatam novas experiências realizadas neste contexto. Em especial na Fonoaudiologia há uma preocupação inclusive por parte dos Conselhos de Classe (Regionais e Federal) em divulgar o que tem sido feito pelos profissionais que já atuam em equipes de NASF por todo o Brasil, bem como a opinião destes profissionais a respeito desta atuação, a fim de dar subsídios aos que ainda buscam meios de se adequar a este serviço.

Já existe um movimento de adequação da formação profissional em todas as categorias da área da saúde para atuação na APS, desde a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996, até a criação de programas como o Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (2005) e o Pet-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (2008) dos Ministérios da Saúde e Educação. Tais iniciativas têm por objetivo a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da Atenção Básica, possibilitando a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como um 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. No entanto, estes programas ainda estão sendo colocados em prática nas Universidades, e a grande maioria dos profissionais que já atuam nos serviços de APS e mais especificamente nos NASF, não teve a oportunidade de fazer parte destes programas durante a graduação.

Além da adequação das grades curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, é de suma importância o investimento na pós-graduação, principalmente nos moldes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). A avaliação dos processos formativos para os trabalhadores do NASF indica que a RMSF é uma das estratégias mais positivas para a formação de profissionais com perfil para o trabalho com as ferramentas propostas pelo NASF, pela imersão no contexto da prática ao longo do processo de formação (Nascimento e Oliveira, 2010).

Diante de toda a complexidade que envolve a Atenção Primária à Saúde, bem como às especificidades dos processos de trabalho que caracterizam os NASF, e considerando questões históricas da profissão, a formação ainda insuficiente dos profissionais de saúde inseridos neste serviço e a limitada produção de conhecimentos acerca dos processos de trabalho do fonoaudiólogo nesse novo campo de atuação profissional, faz-se necessário investir na produção de conhecimentos que tragam subsídios a estas novas formas de organização do trabalho em saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho é uma atividade exclusivamente humana, uma vez que somente o homem consegue antever em sua mente o produto final, ou seja, no fim de um processo de trabalho obtém-se um resultado que antes já havia sido imaginado pelo trabalhador (Marx, 1987).

De acordo com Marx (1987), os elementos do processo de trabalho são: *a atividade orientada para um determinado fim, ou seja, o próprio trabalho, o objeto* (aquilo que será transformado por meio do trabalho) e os *meios* (instrumentos utilizados pelo trabalhador para que o objeto seja transformado no produto final). O produto caracteriza o término do processo de trabalho e passa a constituir um valor de uso, ou *uma matéria adaptada às necessidades humanas mediante a transformação da forma inicial*. O objeto do trabalho vai adquirir sentido, ou se tornar o produto final, pela ação intencional do trabalhador através de seu trabalho com as suas ferramentas, seus meios de trabalhar e o modo como organiza o trabalho.

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços e se caracteriza como essencial para a vida humana. É um trabalho da esfera de produção não-material que se completa no ato de sua realização e não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto do trabalho em saúde é indissociável do processo que o produz, sendo a própria realização da atividade (Pires, 2000).

Todo trabalhador da saúde carrega consigo uma *caixa de ferramentas* para fazer o seu trabalho, que Merhy (1997) denomina *tecnologias em saúde*. As *tecnologias duras* compreendem os instrumentos, as *tecnologias leve-duras* compreendem o saber técnico estruturado, e as *tecnologias leves* compreendem as relações entre os sujeitos.

Segundo Merhy (1997), todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. O autor denomina o trabalho feito em ato de “*trabalho vivo em ato*” e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto, de “*trabalho morto*”. A produção na saúde realiza-se, sobretudo, por

meio do *trabalho vivo em ato*, ou seja, pelo trabalho humano no exato momento em que é executado e assim determina a produção do cuidado. No entanto, o *trabalho vivo* envolve, a todo momento, instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho no qual interagem diversos tipos de *tecnologias* e estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Deste modo, dependendo da forma como estas tecnologias se comportam no processo de trabalho, pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica das *tecnologias duras*, como os instrumentos. A efetivação da *tecnologia leve* do *trabalho vivo em ato* na saúde se expressa, principalmente, como o processo de produção das relações entre o agente e o usuário final, que é quem representa a intencionalidade do trabalho através das necessidades de saúde.

De acordo com Campos (2011), a análise do trabalho em saúde deve adotar outras racionalidades, além da tecnológica, para se pensar as mediações entre conhecimento e prática, que seriam as racionalidades da práxis e da arte. A razão tecnológica imagina que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber previamente acumulado, de preferência consolidado como ciência, e opera com redução máxima da autonomia do agente. A razão da práxis é a lógica dialética que reconhece contradições e paradoxos, buscando orientar a ação humana a partir de sínteses construídas pelos autores envolvidos em cada processo. Segundo Campos, é a mais adequada sempre quando o objeto com que se lida são relações humanas e o objetivo é agregar algum valor ao ser humano ou à sociedade. A racionalidade artística objetiva valores estéticos, e a relação do artista com o conhecimento e os padrões instituídos. Necessita ser a mais livre possível, já que se espera originalidade no produto do trabalho artístico.

2.1.1. Processo de Trabalho em Saúde

O conceito *processo de trabalho em saúde* diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (Peduzzi, 2003).

O autor que formulou o conceito de *processo de trabalho em saúde*, a partir da análise do processo de trabalho médico foi Mendes Gonçalves, aplicando a teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Segundo o autor, esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

O objeto representa o que vai ser transformado, a “matéria-prima”, que no setor saúde são as necessidades humanas de saúde. Portanto, o objeto será aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Um certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, ou seja, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um olhar que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto (Mendes Gonçalves, 1992).

Os instrumentos de trabalho também não são naturais, mas sim constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto (Marx, 1987). Mendes Gonçalves (1992) analisa, no processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais, e constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual, sendo também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados como elementos do processo de trabalho intermediados pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto,

instrumentos e atividade. Portanto, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal (Peduzzi, 1998).

Ao expressar a intermediação entre ciência e trabalho, Mendes Gonçalves (1992) remete à dimensão tecnológica do “saber”, introduzindo a categoria *saber operante*. Formula o saber como o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho, ou seja, o saber operante permite apreender o agente do trabalho como mediador, que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos. Na prática cotidiana do trabalho, o agente utiliza o saber operante mediando a conexão entre o objeto, os instrumentos e a atividade do trabalho (Peduzzi, 2003).

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), os processos de trabalho são também re-produção das necessidades humanas, ou seja, tanto reiteram as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las quanto podem criar novas necessidades e respectivos processos de trabalho e modelos de organização de serviços. O autor também refere-se aos aspectos dinâmicos e relacionais do processo de trabalho em saúde, necessários para pensá-lo não apenas como estrutura de sociabilidade, mas como prática social.

Ao introduzir a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura), Merhy (1997) nos auxilia a compreender a potencialidade de esse trabalho vivo em ato questionar, no próprio processo de trabalho, a intencionalidade e a finalidade do trabalho em saúde e de seus modos de operar os modelos tecno-assistenciais. A dimensão processual e transformadora do trabalho vivo em ato na saúde é atribuída à característica desse trabalho que tem a sua essencialidade na ação e tem como foco o cuidado em saúde, e como tal será fonte de tecnologias, na medida em que o trabalho em ato possibilitar a recriação do que já está instituído.

Segundo Campos (2011), mais do que buscar tecnologias apropriadas trata-se de buscar racionalidades, métodos e teorias apropriadas. O processo de trabalho ou de intervenção em saúde exige do agente autonomia, capacidade reflexiva e de tomada de decisões, uma vez que os seres humanos são heterogêneos, ativos e o

processo saúde-doença depende de múltiplos planos, o que aumenta o grau de incerteza sobre o resultado das práticas. A utilização mecânica de tecnologias não se adéqua a este tipo complexo de prática ou de trabalho. Por outro lado, não há práxis sem conhecimento prévio e uso em ato de técnicas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as características do Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF e os determinantes que orientam as práticas deste profissional.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar elementos da história destes profissionais, quanto à formação e experiências anteriores ao NASF, que possam influenciar as práticas realizadas neste novo campo de trabalho;
- Caracterizar o Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF discriminado pelos elementos que o compõem: objeto/finalidade, meios e instrumentos, organização e divisão do trabalho;
- A partir do trabalho do fonoaudiólogo, identificar quais os determinantes operacionais externos ao profissional que orientam as práticas realizadas no NASF;
- Identificar novas tecnologias incorporadas ao processo de trabalho tradicional do fonoaudiólogo, para o trabalho no NASF em ações coletivas, de promoção e educação em saúde fonoaudiológica.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa para a coleta e análise dos dados.

Segundo Gil (2007) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, ou seja, apresentam o estado em que se encontra o objeto de interesse. As pesquisas exploratórias têm a finalidade proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, sendo realizada principalmente quando o tema escolhido é pouco explorado, sendo difícil formular hipóteses precisas sobre ele.

Na visão de Minayo e Sanches (1993) a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis e deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos. Já a abordagem qualitativa adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

O estudo aqui apresentado traz em seus objetivos aspectos contemplados por ambas as abordagens, o que vai ao encontro do que acreditam os autores Minayo e Sanches (1993), segundo os quais o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa. Os dados apresentados quantitativamente englobaram a caracterização geral dos respondentes, formação profissional, composição das equipes e alguns aspectos práticos do processo de trabalho. Já os dados qualitativos, referiram-se às perguntas abertas acerca de questões mais amplas e específicas destes processos de trabalho, bem como dos determinantes e das ações do fonoaudiólogo do NASF.

De acordo com Tanaka (2004), existe um interesse cada vez maior em combinar abordagens quantitativas e qualitativas, o que significa, no mínimo, realizar um estudo mais abrangente. A Estratégia Saúde da Família apresenta algumas características que reforçam a necessidade de utilizar ambas as abordagens, dentre

elas o enfoque interdisciplinar e o caráter coletivo do trabalho em saúde, a necessidade de descrever, explicar e interpretar alguns fenômenos e ações.

4.2. SUJEITOS DE PESQUISA

O universo deste estudo é constituído pelos profissionais fonoaudiólogos integrantes das equipes NASF do município de São Paulo-SP. De acordo com a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na época da coleta dos dados deste estudo o município contava com 87 equipes NASF, entre as quais estavam alocados os 70 fonoaudiólogos contratados. Estas equipes estavam distribuídas nas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (Figura 1) do município conforme o Quadro 1, apresentado a seguir.

Figura 1: Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo - SP.

* Mapa extraído do site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SP:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

Quadro 1: Distribuição Total das Equipes NASF e dos Fonoaudiólogos por Coordenadoria Regional de Saúde.

Coordenadoria Regional de Saúde	Equipes NASF	Fonoaudiólogos
Norte	14	12
Sul	30	22
Leste	20	19
Centro-Oeste	08	05
Sudeste	15	12
Total	87	70

*** Dados Fornecidos pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em Dezembro de 2011.**

A Figura 2 ilustra a distribuição das Equipes NASF e dos profissionais fonoaudiólogos nas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo.

Figura 2: Distribuição Total das Equipes NASF e dos Fonoaudiólogos por Coordenadoria Regional de Saúde.

4.3. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 1), e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo 2).

A realização do estudo envolvendo os profissionais fonoaudiólogos das Equipes NASF foi autorizada pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e contou com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde na interlocução com as Instituições contratantes destes profissionais.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa, quanto à liberdade de participação ou desistência em qualquer momento sem que lhes fosse imposta qualquer penalidade, da autorização para divulgação dos dados em publicações científicas e foram assegurados quanto à garantia de sigilo e anonimato.

O questionário *on-line* era precedido de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), de acordo com as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e o acesso do participante ao questionário de pesquisa, bem como o envio das respostas, só foi possível mediante aceitação deste termo, o que garante que todos os participantes respondentes estavam de acordo com os termos descritos e autorizaram a utilização dos dados para o estudo.

4.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados se deu por meio de questionário disponibilizado aos fonoaudiólogos por meio da internet.

A identificação dos profissionais fonoaudiólogos que compõem as equipes NASF do município de São Paulo foi realizada com o apoio da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, que forneceu a relação das equipes NASF existentes por região no município e, posteriormente das Coordenadorias Regionais de Saúde do município, que forneceram os contatos de e-mail e telefone dos Coordenadores das Equipes NASF.

Apenas na Coordenadoria Regional Sudeste foi realizado um percurso um pouco diferente das demais, onde foi realizada uma apresentação do projeto deste estudo junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Coordenadoria Regional Sudeste, com a participação de representantes de cada uma das Supervisões Técnicas de Saúde da região, de Instituições de Ensino que atuam nas Unidades de Saúde da região Sudeste, representantes dos Conselhos Gestores e trabalhadores de áreas técnicas. Segundo a profissional responsável pelo NEP na região Sudeste, é previsto que projetos de Mestrado e Doutorado sejam apresentados neste Fórum para que se tome conhecimento do objeto de interesse do pesquisador e, primordialmente, da contribuição da pesquisa para a organização dos serviços de saúde.

O contato com os coordenadores das Equipes NASF foi realizado por e-mail (Anexo 4), por meio do qual foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo. Foi solicitado aos mesmos que fornecessem os endereços de e-mail e contatos telefônicos dos fonoaudiólogos, e ainda que repassassem a estes profissionais as informações sobre a realização da pesquisa.

Grande parte dos coordenadores respondeu prontamente ao contato inicial, enviando não só os emails dos profissionais, mas também palavras de incentivo e aprovação diante do tema da pesquisa por julgarem-no pertinente e muito relevante para melhoria nos processos de trabalho, não só do fonoaudiólogo, mas das equipes NASF. Entretanto, é importante explicitar algumas dificuldades deste processo, que interferiram diretamente no tempo gasto para a coleta dos dados. Alguns coordenadores optaram por consultar os profissionais antes de divulgar seus contatos levando o tema para discussão em reuniões, o que demandou um tempo de resposta que variou entre duas a quatro semanas. Especificamente no caso de duas instituições (OSs), ficou evidente a falta de autonomia dos coordenadores para tal atitude, uma vez que estes precisaram se reportar a instâncias superiores para que estas avaliassem a possibilidade de participação dos profissionais no estudo. Devido à demora em responderem à solicitação, fez-se necessário que alguns percursos fossem refeitos junto à Coordenadoria Regional de Saúde e à Coordenação da Atenção Básica para que estas intervissem em favor da pesquisa junto às instituições em questão. Este entrave na obtenção dos e-mails atrasou em quatro meses o envio dos convites aos profissionais destas instituições.

Em função desta diversidade no tempo de resposta de cada coordenador, não houve separação entre o período de obtenção dos contatos dos fonoaudiólogos, o período de envio dos convites para participação no estudo, e o período de recebimento dos questionários já respondidos pelos participantes. Durante todo o período de coleta dos dados estas ações se intercalaram.

O convite aos fonoaudiólogos para participação no estudo foi enviado por e-mail (Anexo 5), o qual continha os objetivos do estudo e os procedimentos que seriam realizados para a coleta dos dados, bem como informava o endereço eletrônico do site no qual estava hospedado o questionário de pesquisa. Os sujeitos foram orientados a acessar o endereço eletrônico e a preencher o questionário ali disponibilizado (Anexo 6), após a devida leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Inicialmente foram enviados 51 e-mails-convite, com prazo de 25 dias para resposta. Ao término do primeiro prazo estabelecido no e-mail-convite, o retorno foi de 31,3%, ou seja, 16 questionários respondidos.

Considerando o baixo índice de retorno obtido até então, e ainda o fato de que novos convites estavam sendo enviados aos profissionais que tiveram seus contatos enviados posteriormente, foi estabelecido um novo prazo para resposta do questionário que foi divulgado com o envio de novo e-mail (Anexo 7) aos fonoaudiólogos. Concomitante a isto, foi enviado também aos coordenadores de Equipe NASF uma solicitação de apoio e incentivo à participação dos profissionais no estudo (Anexo 8).

Neste período alguns profissionais responderam ao e-mail enviado manifestando dificuldades para participação no estudo, principalmente em relação à disponibilidade de tempo para o preenchimento completo do questionário, uma vez que o site não permitia o salvamento parcial das respostas para posterior envio das mesmas.

A fim de criar maiores possibilidades para participação dos profissionais no estudo, foi enviado um terceiro e-mail (Anexo 9), que disponibilizava por meio de um arquivo de texto anexado, o questionário idêntico ao disponibilizado no site. O arquivo permitiu que os profissionais fossem respondendo às questões conforme sua disponibilidade de tempo e salvando-as para enviá-las assim que concluído.

A data limite para o fechamento da base de dados foi estabelecida por conveniência de prazos para finalização do estudo, e ainda porque todos os profissionais contatados haviam sido contemplados no último prazo definido.

Do universo de 70 fonoaudiólogos que compõem as Equipes NASF do município de São Paulo, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, foram disponibilizados pelos coordenadores das equipes os contatos de e-mail de 68 profissionais, ou seja, 97,1%.

Dos 68 convites enviados, obteve-se o retorno de 47 questionários respondidos, sendo 32 via site e 15 via arquivo de texto enviado em anexo por e-mail, o que resultou na taxa de retorno de 69,1%. Em relação ao restante dos convites enviados, que não resultaram em questionários respondidos, 2 profissionais responderam ao e-mail manifestando a impossibilidade de participação, um devido à licença maternidade e o outro ao desligamento do profissional (demissão). Os 19 restantes, ou seja 27,9% dos fonoaudiólogos convidados para o estudo, não se manifestaram.

4.4.1. O Instrumento de Pesquisa

O instrumento de coleta dos dados da pesquisa foi um questionário *on-line*, do tipo auto-aplicado, ou seja, respondido diretamente pelo sujeito da pesquisa, sem intervenção do pesquisador (Gil, 2007).

O questionário foi construído com base nos objetivos do estudo e é constituído por 20 questões, algumas desmembradas em itens, com questões fechadas e questões abertas (Anexo 6).

Gil (2007) apresenta algumas vantagens do Questionário, como a possibilidade de atingir um número grande de pessoas mesmo que estas estejam dispersas em uma área geográfica muito extensa, o que é o caso desta pesquisa; implica menores gastos com pessoal e tempo, uma vez que não demanda o deslocamento de pesquisadores até os locais de trabalhos dos participantes; não expõe os sujeitos à influência do pesquisador e ainda garante o anonimato das respostas. No entanto, o autor salienta que como técnica de pesquisa, o questionário apresenta algumas limitações como o não conhecimento das circunstâncias em que

foi respondido, impede o auxílio ao sujeito quando este não entende corretamente uma pergunta e não oferece garantia de que sejam devidamente preenchidos.

O questionário *on-line* foi construído por meio do *software OpenQLQT*, que foi desenvolvido com o objetivo de proporcionar apoio tanto às pesquisas qualitativas, quanto às quantitativas (OpenQLQT, s/d) e disponibilizado no site <http://qlqt.ipdsc.com.br>. A versão em arquivo de texto disponibilizada posteriormente aos sujeitos do estudo era idêntica à versão do site.

Foi realizado um pré-teste do questionário antes de iniciar a aplicação com os sujeitos da pesquisa, com a finalidade de diminuir ao máximo quaisquer dificuldades de entendimento das questões propostas. Foi realizado por um grupo de avaliação composto por profissionais da área, especialistas e acadêmicos. O pré-teste não resultou em mudanças significativas do questionário, apenas alguns termos usados nas questões foram trocados para facilitar o entendimento pelos sujeitos.

A utilização do *software OpenQLQT*, que possibilitou a disponibilização do questionário *on-line*, foi essencial para viabilizar este estudo, uma vez que permitiu o acesso aos profissionais das diferentes regiões da metrópole São Paulo. Entretanto, algumas dificuldades foram encontradas, como já citado anteriormente, no que se refere à impossibilidade de salvamento parcial dos dados inseridos pelos respondentes, o que dificultou a participação de alguns profissionais. Outra dificuldade refere-se ao processo de extração dos dados, no qual não foi possível a migração direta das respostas para o programa *Microsoft Excel*. Foram extraídos, com o auxílio do *software OpenQLQT*, relatórios agrupados por questão respondida e os dados foram trabalhados manualmente pela pesquisadora, que armazenou todas as informações obtidas a partir dos questionários em um banco de dados.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados quantitativos foram utilizados procedimentos da Estatística Descritiva, cujo objetivo é sintetizar uma série de valores da mesma natureza e fornecer a representação dos dados, possibilitando descrever os resultados obtidos na forma de tabelas e gráficos (Barbetta, 2006).

Os dados quantitativos foram tabulados pela pesquisadora, e com o auxílio de planilhas eletrônicas criadas no programa *Microsoft Excel* foram analisados por meio de números absolutos e percentuais. Posteriormente foram geradas as tabelas e gráficos correspondentes.

Os dados qualitativos foram agrupados segundo argumento e similaridade de respostas e a análise se deu de acordo com os preceitos da Análise Categorical proposta por Bardin (2008), que é uma das técnicas de análise de conteúdo. A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas ou *análise temática*, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (Minayo, 2006).

As respostas de ordem descritiva, a partir das quais foram extraídos os dados qualitativos deste estudo, foram agrupadas de acordo com os temas que tratavam de acordo com as questões e problemas previamente formulados. Foi efetuada a leitura e releitura das mesmas, a fim de apreender e interpretar as idéias dos respondentes o mais próximo possível da realidade deles. No decorrer das releituras foi realizado o fichamento das respostas, anotando-se na margem do texto os sub-temas que iam emergindo, e a partir dos quais foram construídas as categorias e elementos de análise com a finalidade de interpretação dos conteúdos.

A análise do conteúdo foi realizada a partir dos pressupostos teóricos e categorias de análise previamente estabelecidas (formação, processos de trabalho, determinantes destes processos e tecnologias), e ainda das categorias identificadas durante o processo de análise, como a motivação para o trabalho, as potencialidades do trabalho e dos fonoaudiólogos nas equipes NASF e as principais dificuldades do trabalho no NASF.

A fim de exemplificar as unidades de significação identificadas na análise, as respostas, ou alguns trechos delas, foram transcritos no texto deste trabalho, e os respondentes identificados aleatoriamente com a letra “R” seguida da numeração de 1 a 47.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados que serão apresentados a seguir partiu de dados obtidos por meio de um questionário do tipo auto-aplicado, de um universo de 47 respondentes dentre os 70 fonoaudiólogos contratados de Equipes NASF do município de São Paulo.

Observando-se o Gráfico 1, é possível afirmar que o universo de respondentes se divide entre as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde proporcionalmente ao número de profissionais contratados em cada região.

Gráfico 1: Relação entre o número de questionários respondidos em cada Coordenadoria Regional de Saúde com o total de profissionais convidados, total de profissionais contratados e número total de equipes.

Os dados analisados foram obtidos na intenção de entendermos como estão organizados os processos de trabalho dos fonoaudiólogos no NASF e quais fatores determinam tal organização. Para tanto, o questionário abordava questões referentes à formação e experiência destes profissionais, bem como questões a respeito dos processos de trabalho propriamente ditos.

A fim de possibilitar uma melhor visualização deste universo, os dados são descritos e correlacionados como segue.

5.1. SOBRE A FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS FONOAUDIÓLOGOS

5.1.1. As Limitações da Graduação em Fonoaudiologia para Atuação no NASF

Com o objetivo de identificar elementos da história profissional dos fonoaudiólogos que possam ter influenciado as práticas realizadas por eles em seus processos de trabalho nas equipes NASF, foram levantados alguns dados referentes à formação básica (graduação) e demais processos de formação pelos quais estes profissionais tenham passado (pós-graduação), bem como dados referentes às experiências profissionais prévias.

No que diz respeito ao tempo de formados dos respondentes, o ano de conclusão da graduação variou entre 1989 e 2009. Tendo o ano de 2011 como referência para o cálculo do tempo de formação destes profissionais, evidenciou-se que os respondentes tinham entre dois e vinte e dois anos de formados, com média de 8 anos. Devido à grande amplitude no tempo de formação dos respondentes, o Gráfico 2 a seguir foi organizado em intervalos de tempo de 5 anos e mostra o número e a porcentagem de respondentes que se enquadram dentro dos períodos de tempo de formação.

Gráfico 2: Tempo de formados pela graduação dos fonoaudiólogos respondentes.

Através do gráfico é possível observar que 55% dos respondentes, ou seja, a maior parte tem um tempo de formação entre cinco a nove anos, seguidos da segunda maioria, 28%, formados entre dez a quinze anos. Este período, que vai desde o ano de 1996 até 2006, é compatível com o desenvolvimento da Fonoaudiologia no campo da Saúde Coletiva e corresponde a um período em que a revisão da práxis em Fonoaudiologia passou a ser um tema de grande preocupação entre muitos autores da área.

De acordo com Chun (2004) foi a partir da década de 90 que a Fonoaudiologia passou a rever conceitos e práticas aprofundando as discussões sobre sua atuação profissional, impulsionada pela inserção dos fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde em meados de 1989. A partir de então, evidenciou-se a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo, cujas discussões tinham como eixo central atender às grandes mudanças sociais, aos avanços desta ciência e às necessidades apresentadas pela política nacional de saúde vigente - o SUS (Lemos e Bazzo, 2010).

Tais reflexões que vinham ganhando espaço no ambiente acadêmico podem ter favorecido o contato com a Atenção Primária à Saúde desde a graduação entre os fonoaudiólogos formados neste período, e deste modo influenciado o interesse destes profissionais em trabalhar na área.

Os profissionais formados antes de 1995, 4% dos respondentes, fazem parte de um contexto no qual a Fonoaudiologia ainda estava pouco voltada para a Saúde Coletiva, priorizando mais a formação especializada e a atuação no modelo tradicional centrado na doença e no médico, pautado no atendimento à demanda espontânea com enfoque na atenção individual e apenas em terapêuticas reabilitadoras. Muitos trabalhos que analisaram o fazer fonoaudiológico da época mostraram que as práticas vigentes apresentavam-se, na grande maioria, distanciadas da realidade que determinava os processos de saúde e adoecimentos da população, dificultando o acesso do usuário aos serviços públicos de fonoaudiologia (Chun, 2004; Lemos e Bazzo, 2010).

Vale ressaltar que muitos destes profissionais formados antes de 1995 tiveram um longo período de práticas e vivências antes de chegarem aos NASF que, associado à disponibilidade para fazer diferente e à abertura ao novo de cada

profissional, pode conceber uma formação e um acúmulo de conhecimentos tão ricos quanto a formação teórica, lhes dando subsídios para construir suas práticas na Atenção Básica.

Os 6 respondentes, 13%, formados a partir de 2007, tendem a ser os profissionais que mais tiveram contato com o universo da Saúde Coletiva ainda na graduação, haja vista que muitos currículos dos cursos de Fonoaudiologia têm sido reformulados para este fim. A fim de que os profissionais da saúde incorporem às suas práticas estratégias fundamentais de promoção da saúde e de prevenção, vêm sendo implantados nas Instituições de Ensino Superior programas que visam favorecer uma formação integral e multidisciplinar.

O Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, lançado oficialmente em novembro de 2005. Esta iniciativa teve por objetivo a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia Saúde da Família, uma vez que vem sendo apontado em todo mundo o distanciamento entre o mundo acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. De acordo com o documento que apresenta este programa, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolubilidade será impactante até mesmo para os custos do SUS (Brasil, 2005).

Uma das estratégias do Pró-Saúde foi a instituição, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação. O objetivo geral do programa é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como um 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 vista a inserção das necessidades dos serviços como

fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. Para o ano letivo de 2009, primeiro do programa, foram selecionados 84 projetos de 66 Instituições de Educação Superior e 71 Secretarias de Saúde de todas as regiões do Brasil, sendo São Paulo o Estado com maior número de projetos – 14 (Haddad et. al., 2009).

De acordo com Santos e Lemos (2011), tais programas são estruturados pelos ministérios da saúde e educação, que buscam mudanças na graduação com vistas a formação de profissionais capazes de atuarem em consonância com a realidade do sistema em vigor, o SUS.

Em um estudo sobre o ensino da promoção de saúde em cursos de Fonoaudiologia da cidade de São Paulo Casanova et. al. (2010) identificaram que este conteúdo está presente em diferentes momentos curriculares, tanto em disciplinas quanto em estágios supervisionados, entre o 1º, 2º e 3º anos do curso, apresentando uma visão abrangente do processo saúde/doença e buscando ampliar o nível de atuação profissional do fonoaudiólogo, embora a maior ênfase ainda seja na dimensão teórica e no desenvolvimento de habilidades cognitivas. As autoras identificam um crescente compromisso das Instituições de Ensino Superior (IES) com os movimentos de mudança propiciados pelas atuais Diretrizes Curriculares para os cursos da área da saúde em consonância com o SUS.

Barreto e Castro (2011), em um estudo que buscava caracterizar o perfil de formação e de práticas em saúde dos fonoaudiólogos graduados pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, inseridos em serviços públicos de saúde, questionaram estes profissionais acerca das experiências da graduação que julgavam mais relevantes para a prática fonoaudiológica no SUS. Sete entre os dez entrevistados citaram experiências práticas em estágio curricular e/ou extracurricular e, de acordo com a maioria, foram válidas para a aprendizagem de procedimentos específicos da clínica fonoaudiológica, embora alguns também tenham apontado aspectos como a relação terapeuta-paciente ou a relação multiprofissional, este último em referência ao estágio extracurricular. Outras experiências citadas foram disciplinas teóricas em geral, por três sujeitos, e a disciplina de saúde coletiva, por apenas um deles. Um dos entrevistados referiu não ter vivenciado experiências na graduação relevantes para sua atuação no SUS.

No Gráfico 3 estão distribuídas as Instituições de Ensino Superior (IES) nas quais os respondentes concluíram o curso de Graduação em Fonoaudiologia. Foram citadas, nos 47 questionários recebidos, 17 IES diferentes sendo seis públicas e onze privadas.

Gráfico 3: Instituições de Ensino Superior da Graduação dos respondentes.

Principalmente quatro IES foram apontadas por um maior número de profissionais como sendo a instituição de formação básica, sendo duas privadas e duas públicas, e todas as quatro localizadas no município de São Paulo. Dentre estas se destaca a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), que foi a instituição formadora de 29,8% dos respondentes.

É conhecida a tradição da PUC-SP na valorização do ensino em Saúde Coletiva e Saúde Pública no curso de Fonoaudiologia. Além do elevado número de profissionais atuantes no serviço público formados nesta instituição, nota-se a importância que é dada a estas áreas ao analisarmos a composição do Projeto Pedagógico do curso. As disciplinas do Curso de Fonoaudiologia da PUC-SP estão organizadas em quatro eixos de formação, a saber, *Eixo de Fundamentos Interdisciplinares da Fonoaudiologia*, *Eixo de Formação Clínico – terapêutica*, *Eixo de Formação pela Pesquisa* e *Eixo de Cidadania, Cultura e Vida Acadêmica*. No primeiro período da grade curricular os alunos já têm contato com temas em *Antropologia e Saúde*. A partir do terceiro período já fazem a correlação entre

Fonoaudiologia e Saúde Pública, temática que se estende pelo quarto período do curso. A partir do sétimo período os alunos têm a oportunidade de estagiar no serviço público, denominado *Estágio Supervisionado em Supervisão Fonoaudiológica no Serviço Público de Saúde*, atividade esta que também se estende pelo oitavo período do curso⁸.

Além da conformação do curso de Fonoaudiologia, destaca-se ainda a forte influência das Ciências Sociais em todos os cursos da PUC-SP, e não seria diferente no caso da saúde. Em um estudo acerca da produção científica das ciências sociais em saúde, Marsiglia et. al. (2003) identificaram nos programas de Pós-Graduação da PUC-SP 98 trabalhos (38% do total de trabalhos da amostra) tomando como objeto de estudo a relação entre a saúde e as ciências sociais e humanas. A produção em saúde nos cursos de ciências sociais e humanas desta instituição de ensino superior aponta para o entrelaçamento entre estas ciências dentro da Universidade e reforça tais questões na formação dos profissionais.

Em uma questão que investigava qual o processo de formação ou experiência profissional os fonoaudiólogos consideravam ser o principal responsável pela sua capacidade de atuação no NASF em acordo com suas ferramentas de trabalho e diretrizes, 35,7% dos respondentes formados na PUC consideram a graduação como o processo de formação que mais lhes trouxe subsídios para atuar no modelo preconizado hoje para a atenção primária. Nesta questão os respondentes tinham que optar entre a graduação, a pós-graduação, experiência profissional antes do NASF e a própria atuação no NASF.

Além da PUC-SP, dois outros cursos de graduação foram citados nesta questão como principal processo responsável pela capacidade de atuação no NASF. O da Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), cujo respondente que o citou não cursou pós-graduação, e da Universidade de Guarulhos (Ung). Todos os outros respondentes (85,1%) não consideraram a graduação como principal responsável pela sua capacidade de atuação no NASF. Os resultados detalhados referentes a esta questão serão apresentados e discutidos mais adiante.

⁸ Informações extraídas da página do curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo na internet - <http://www4.pucsp.br/fono/conteudo/graduacao/projeto.htm>

5.1.2. A Relevância da Pós-graduação na Formação dos Fonoaudiólogos Trabalhadores do NASF.

No que se refere à pós-graduação, foram investigados quais tipos/modalidades de pós-graduação aparecem nos currículos dos fonoaudiólogos de NASF e em quais áreas de concentração.

Um dado bastante significativo sobre a pós-graduação é que, do universo de respondentes, 95,7% dos fonoaudiólogos cursaram algum tipo de pós-graduação e 51% na área de Saúde Coletiva.

Este dado reafirma a opinião dos profissionais que consideram que a graduação não deu conta da formação necessária para atuação como fonoaudiólogo generalista no contexto da atenção primária em saúde, sendo necessário que estes profissionais buscassem complementar a formação com um curso de pós-graduação.

Em relação aos tipos de pós-graduação, o respondente poderia assinalar todas aquelas que correspondessem à sua realidade, abrangendo cursos de aprimoramento, especialização, residência, mestrado e doutorado. Observando o Gráfico 4a na página seguinte, é possível destacar o grande número de respondentes que cursaram Especialização 61,7%, e Aprimoramento 42,5%. Estas duas modalidades de pós-graduação caracterizam-se pelo tempo mais curto de duração e por exigirem uma menor disponibilidade de tempo para dedicação ao curso, sendo mais fáceis de conciliar com o trabalho. Junto da Residência, estas modalidades mais citadas também têm uma forte característica de profissionalização, ou seja, de formarem para a prática na assistência. Já as modalidades acadêmicas como o mestrado e o doutorado, que exigem maior dedicação e têm uma carga horária maior para serem cumpridas, têm um enfoque maior na produção de conhecimentos por meio da pesquisa e menor na aplicação prática.

Gráfico 4a: Tipo/Modalidade da Pós-graduação

Apesar de formados para a atuação na academia, foi significativo o número de fonoaudiólogos mestres (10) e doutores (3) atuando em equipes NASF. Tal dado pode ser justificado pela dificuldade de inserção destes profissionais no meio acadêmico, bem como pela boa remuneração que caracteriza o trabalho nas equipes de NASF no município de São Paulo, sendo esta significativamente superior à média salarial dos fonoaudiólogos no mercado em geral. Tal justificativa ganha ainda mais força se observarmos que dos 13 profissionais com formação em mestrado e/ou doutorado, apenas um tem esta formação na área de saúde coletiva, como pode ser visto no gráfico 4c, mais adiante.

Barreto e Castro (2011) evidenciam a necessidade de formação continuada por meio da pós-graduação, caracterizada pela busca de atualização e/ou especialização por 100% dos fonoaudiólogos entrevistados em seu estudo. Em relação às modalidades, as especializações nas grandes áreas da Fonoaudiologia foram as mais procuradas, podendo, segundo as autoras, essa tendência ser resultante do modelo hegemônico de formação, marcado pela organização do currículo por especialidades.

No que se refere à área de concentração dos cursos de pós-graduação mencionados pelos respondentes, as opções abrangiam as áreas de especialidades da Fonoaudiologia segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia e a opção Outros, para englobar outras áreas de concentração. A distribuição dos dados coletados é apresentada no Gráfico 4b.

Gráfico 4b: Área de Especialidade dos Cursos de Pós-graduação

Como pode ser visto no Gráfico 4b, é notável o grande número de profissionais que cursou pós-graduação em Saúde Coletiva, sendo 24 respondentes, o que corresponde a 51% do total de fonoaudiólogos de NASF que participaram da pesquisa. Dentre as outras áreas de especialidades, as áreas Linguagem (25,5%) e Motricidade Orofacial (19,1%) foram as mais citadas entre os respondentes, com destaque também para a opção “Outra” que foi apontada por 23,4% dos respondentes. Esta opção contemplou outras áreas de especialização que não as reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, ou áreas referentes a outros núcleos de conhecimento como Psicologia, Educação, entre outros.

Tal divisão em especialidades reforça a lógica do modelo hegemônico de formação característico na forma como são organizados os currículos dos cursos de Fonoaudiologia, tanto na graduação quanto na pós-graduação.

Aprofundando a análise de algumas informações apenas a respeito dos cursos de pós-graduação na área da Saúde Coletiva, o Gráfico 4c apresenta qual tipo/modalidade de pós-graduação predomina entre os 24 respondentes, ou 51%, que buscaram alguma formação complementar nesta área.

Gráfico 4c: Tipos/Modalidade da Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Como citado anteriormente, nesse gráfico pode ser observada a formação em pós-graduação stricto sensu (mestrado) de apenas um profissional na área da Saúde Coletiva, embora houvesse significativa representação de profissionais com esta formação em outras áreas de especialidades.

Observa-se também que a maioria dos respondentes que cursaram pós-graduação em Saúde Coletiva optou pela modalidade Residência, sendo em todos os casos a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), a avaliação dos processos formativos para os trabalhadores do NASF indica que a RMSF é uma das estratégias mais positivas para a formação de profissionais com perfil para atuação utilizando as ferramentas propostas pelo NASF, por ser um processo de formação totalmente imerso no contexto da prática.

A RMSF é uma modalidade de pós-graduação latu sensu, destinada às profissões da saúde, excetuada a médica, e financiada pelo Ministério da Saúde, a fim de preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Sob a forma de curso de especialização, caracteriza-se pelo ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva (Brasil, 2012). A RMSF fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora na construção de um conhecimento ampliado de saúde (Nascimento e Oliveira, 2010; Nascimento, 2008).

Para Oliveira (2007), enquanto estratégia de formação, a RMSF é espaço para desenvolver no profissional de saúde sua criatividade e sensibilidade diante da complexidade dos problemas de saúde encontrados no cotidiano dos serviços, bem

como o pensamento crítico e as habilidades para responder concretamente aos problemas de saúde de uma população.

5.1.3. A Experiência Profissional Prévia e a Relevância para o Trabalho no NASF

No que se refere à experiência profissional anterior ao trabalho em NASF, 83% dos respondentes tiveram alguma experiência profissional superior a 12 meses. Entretanto, esta experiência se refere principalmente a atuação em média e alta complexidade, na iniciativa privada ou instituições filantrópicas, com serviços que envolvem a atenção hospitalar, *home care*, clínicas especializadas, escolas privadas. Em relação à experiência no serviço público, apenas um respondente mencionou experiência em um hospital público e dez respondentes mencionaram experiência em Atenção Primária a Saúde, que se refere em 100% dos casos à experiência de formação em serviço viabilizada pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

De acordo com os dados apresentados, podemos notar que é mínimo o número de profissionais que chegam para o trabalho no NASF com experiência de atuação em Atenção Primária, com exceção dos profissionais que passaram pelo processo de formação para tal atuação pela Residência Multiprofissional em Saúde.

Levando-se em conta que muitos fonoaudiólogos têm no serviço público a primeira oportunidade de emprego através dos concursos públicos, que geralmente não exigem formação específica; e que muitos outros chegam a este serviço após experiências em outros setores sem ter a oportunidade de passar por uma pós-graduação específica; e considerando ainda que as necessidades de saúde não são disciplinares e que os serviços devem responder a estas necessidades da maneira mais eficaz e eficiente possível; concordo com Lemos e Bazzo (2010) quando dizem que é necessário que a formação em Saúde Coletiva não se dê apenas quando os profissionais já estão inseridos nos locais de atuação, sendo indispensável o conhecimento do sistema público de saúde desde a graduação, bem como que o eixo de formação do fonoaudiólogo, centrado na assistência individual, seja deslocado para um processo de formação contextualizado, considerando as dimensões sociais,

econômicas e culturais da população, focado em tecnologias leves, no trabalho interdisciplinar (Casanova et. al. 2010) e na reflexão sobre as ações e tomadas de decisões em acordo com as necessidades apresentadas em cada caso.

5.1.4. A Prática *In Locu Vista* como o Melhor Processo de Formação para a Atuação no NASF.

No Gráfico 5, apresentado abaixo, é possível visualizar a opinião dos respondentes a respeito de qual processo formador consideram ser o principal responsável pela sua capacidade de atuação no NASF, em acordo com suas ferramentas de trabalho e diretrizes, entre a graduação, a pós-graduação, experiência profissional antes do NASF e a própria atuação no NASF.

Gráfico 5: Principal Processo responsável pela capacidade de atuação no NASF, na opinião dos respondentes.

O número de profissionais que apontou a graduação como principal processo formador para atuação no NASF (7 ou 14,9%) chama a atenção para a problemática de que os cursos de graduação não proporcionaram a estes fonoaudiólogos o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho na Atenção Primária em Saúde, levando em consideração a política pública implantada. Tal informação se justifica ao relacionarmos com os dados já apresentados a respeito do tempo médio de conclusão da formação destes profissionais, oito anos, que coincide com o início

do movimento de adequação das grades curriculares dos cursos de Fonoaudiologia em acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (2002).

Também neste sentido se deram os achados de Barreto e Castro (2011) acerca da suficiência da graduação na habilitação para a prática profissional em serviços públicos de saúde. Entre os profissionais que não se consideraram habilitados pelo curso a atuar nesses serviços, todos referiram que o contato relevante com o SUS deu-se apenas após a graduação, no período de preparação para os concursos públicos na área da saúde. A própria inserção na unidade de saúde, na condição de profissional, foi citada como experiência que propiciou maior conhecimento sobre o modelo de atenção. Já entre os entrevistados que responderam afirmativamente à questão, os argumentos foram de que a clientela atendida na clínica-escola e na unidade de saúde era similar, a aprendizagem de formas de atuação, como a orientação fonoaudiológica, eram pertinentes ao trabalho nas unidades. Entretanto, mesmo afirmando a suficiência do curso, estes últimos fizeram ressalvas destacando aspectos considerados alheios à formação na graduação ou pontos que não foram plenamente contemplados por esta, como distanciamento do processo de trabalho entre a unidade de saúde em que atuava e a clínica-escola e o não aprofundamento das temáticas de saúde coletiva.

Ao problematizar a mudança da formação do fonoaudiólogo para a reorientação do sistema de saúde aos moldes da Reforma Sanitária, Lemos e Bazzo (2010), analisaram o perfil da formação em três IES do município de Salvador e concluíram que esta ainda encontra-se incipiente com relação à política de formação de recursos humanos direcionada ao SUS. Os autores verificaram que os conteúdos programáticos abordados, assim como as metodologias e referências utilizadas e também a carga horária de Saúde Pública nos cursos analisados são ainda insuficientes para capacitar e instrumentalizar os profissionais para atuação na APS.

São muitos os estudos que denunciam o afastamento da universidade de sua responsabilidade social na formação de profissionais capazes de atuar frente às necessidades de saúde da população e os princípios que norteiam o SUS. Tal transformação depende, sobretudo, da articulação e da integração entre as instituições formadoras e o sistema de saúde (Barreto e Castro, 2011; Ceccim e Feuerwerker, 2004; Lemos e Bazzo, 2010).

Com a formação básica deficiente no que se refere às competências para atuação em Atenção Primária, é grande o número de profissionais que chega ao serviço sem saber como deve ser realizado seu trabalho. Dentre os respondentes, 34% dos fonoaudiólogos consideram que foi na prática do trabalho em equipe NASF que desenvolveram as competências para o uso das ferramentas de trabalho propostas e para a atuação segundo as suas diretrizes.

Mais especificamente no caso dos profissionais de NASF, isto é ainda mais relevante uma vez que é uma política recente, que está em construção, e que apresenta especificidades nos processos de trabalho ainda não contempladas nos processos de formação, não só em Fonoaudiologia, mas nas áreas da saúde em geral.

Para Nascimento e Oliveira (2010), dentre as dificuldades identificadas nos processos de trabalho do NASF está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS e muito menos da Atenção Primária. Para atuação no NASF é necessário que os profissionais sejam capazes de realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e saúde da população e do território onde atuam, bem como de planejar intervenções capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, além de prestar assistência e desenvolver ações educativas que estimulem a emancipação e o auto-cuidado. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde não tem uma formação inicial que favoreça o desenvolvimento destas habilidades e competências, e desta forma vão aprendendo na prática do trabalho, por meio da tentativa e erro, como intervir efetivamente na melhora da saúde da população.

As dificuldades inerentes à formação também foram apontadas por estudo sobre o trabalho do profissional da Educação Física no NASF. O autor aponta que a formação deste profissional está voltada predominantemente à dimensão biológica em detrimento das discussões filosóficas, históricas e sociais na relação atividade física e saúde (Mendonça, 2012).

Mendes (2007) coloca que qualquer formação prévia parece insuficiente para abarcar tudo o que acontece na clínica em Atenção Primária, uma vez que não é possível antecipar suas demandas. Muito do que acontece neste campo exige uma formação em ato, envolvendo a produção e o compartilhamento de saberes em processo. No entanto, segundo a autora, os estudos prévios são relevantes e

absolutamente necessários, porque trazem conceitos iniciais e imprescindíveis que permitem a reflexão sistemática sobre os conhecimentos necessários para a ação.

A mesma autora ainda coloca que a formação em saúde pública pede, para além do estudo de conhecimentos disponíveis, o mergulho em suas problemáticas, o que implica na importância de que os espaços de formação, os serviços e os contextos problemáticos que o desafiam sejam transvasados uns pelos outros (Mendes, 2007).

Dos quinze respondentes que consideram a pós-graduação como o principal processo responsável pela sua capacidade de atuação em acordo com as diretrizes do NASF, doze ou 80% cursaram pós-graduação em Saúde Coletiva, sendo dez deles formados pela RMSF e dois formados pelo Aprimoramento em Saúde Coletiva.

Como já foi discutido anteriormente, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família é uma das estratégias mais positivas para a formação de profissionais com perfil para atuação utilizando as ferramentas propostas pelo NASF, de acordo com uma avaliação acerca dos processos formativos para tal atuação, por ser um processo de formação totalmente imerso no contexto da prática (Nascimento e Oliveira, 2010), assim como os cursos de aprimoramento o são. Portanto, é justificável tal apontamento feito pelos respondentes acerca da significância de tais processos de formação na sua atuação dentro do NASF.

Sobre os nove respondentes que apontaram a prática profissional anterior ao NASF como principal processo formador para o trabalho no Núcleo de Apoio, não foi encontrada alguma relação entre as práticas citadas pelos respondentes, predominantemente no serviço privado e em outros níveis de atenção, e tampouco alguma evidência de que estas práticas se assemelham ao que é preconizado para o trabalho no NASF. Provavelmente este dado se deve a maturidade profissional adquirida pelas experiências vivenciadas, que contribuíram no engrandecimento profissional de cada um, sendo hoje consideradas por eles a base para o trabalho no NASF.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DOS FONAUDIÓLOGOS NO NASF

Na introdução deste estudo foram mencionadas todas as Organizações Sociais que gerenciam equipes NASF no município de São Paulo. No entanto, não são todas as OSs apresentadas que fazem parte do contexto deste estudo.

No Gráfico 6 é possível visualizar o número de respondentes de cada instituição contratante, dentre as participantes.

A relevância destes dados se deve à possibilidade de identificação entre as características de cada Instituição e as possíveis diferenças encontradas nos processos de trabalho.

Gráfico 6: Organizações Sociais/Instituições pelas quais os respondentes são contratados.

Para o real entendimento a respeito dos processos de trabalho dos fonoaudiólogos em um contexto tão singular como é o do NASF, sobretudo no município de São Paulo que tem um modelo de gestão diferenciado, como já foi explicitado na introdução deste trabalho, faz-se necessário a compreensão de que, apesar de todas seguirem um documento norteador, as OSs têm perfis diferentes no modo como gerenciam seus serviços, o que conseqüentemente influencia os processos de trabalho das equipes em diversos aspectos. Tais questões aparecem

mais adiante, nas respostas dos fonoaudiólogos participantes deste estudo acerca dos determinantes externos à dinâmica de trabalho do NASF.

Outra informação importante a ser considerada para a análise dos processos de trabalho é o tempo de atuação em equipes NASF que o universo de respondentes apresenta, afinal quanto maior o tempo de atuação na área, mais maduros tendem a ser os processos de trabalho, e vice versa. Neste estudo foi questionado aos respondentes qual o tempo de atuação dos mesmos em equipes NASF somando-se todas as experiências nas diferentes instituições contratantes, quando este era o caso.

Dentre os fonoaudiólogos que participaram deste estudo, o período de atuação em equipe NASF apresentou uma média de 26,5 meses, ou pouco mais que dois anos de atuação. Entretanto, a variação encontrada foi de um (1) mês a 38 meses de atuação, ou seja, há profissionais que acabaram de ingressar no serviço e há aqueles que estão atuando desde a implantação das equipes no município de São Paulo. Vale salientar que a grande maioria dos respondentes tem um tempo de atuação em equipe NASF superior a 2 anos (66%), sendo ainda que para 55,3% dos respondentes, este período ultrapassa os 30 meses de atuação.

O Gráfico 7 apresenta a distribuição destes dados a respeito do tempo de atuação dos respondentes em equipes NASF.

Gráfico 7: Tempo de atuação dos respondentes em Equipe NASF.

No que se refere à análise dos processos de trabalho, chamo a atenção para o número significativo de respondentes com mais que três anos de experiência (26%). Este dado nos mostra que os profissionais que participaram deste estudo apresentam

um tempo de experiência mais que suficiente para o entendimento e reflexão acerca dos processos de trabalho dentro de uma equipe NASF.

Para refletir um pouco acerca da importância do tempo de experiência para a análise dos processos de trabalho, vale apresentar uma reflexão feita por Damasceno (s/d)⁹ sobre as diversas facetas do tempo, segundo a qual a necessidade social de o homem organizar-se para viver e poder agir coletivamente, coloca o tempo sócio-cultural, que exprime a complexidade histórica das relações sociais, como um fator primordial de destaque neste processo de estabelecimento social, como coordenador, sincronizador e padronizador das ações coletivas das atividades humanas. O homem, ao perceber que além das experiências vividas momentaneamente (presente), poderia transcendê-las por meio tanto da reflexão acerca das experiências anteriores ligadas à memória (passado) quanto de projeções de experiências posteriores com expectativas de desejos vindouros (futuro), desenvolveu a sensação de duração. Segundo o autor, embora nossa consciência do tempo seja produto da evolução humana, nossas idéias de tempo não são inatas nem automaticamente aprendidas, e sim construções intelectuais que resultam da experiência e da ação.

5.2.1. A Motivação para o Trabalho no NASF

No que se refere à motivação do fonoaudiólogo para trabalhar no NASF, podemos dividir a questão em duas partes: a motivação que os levou ocupar este lugar, e a motivação que os faz continuar atuando nesta área.

Devido a toda inovação trazida pela proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, muitos profissionais sequer sabiam de fato como seria o trabalho do NASF. Desta forma, diversas são as motivações apontadas como disparadoras deste processo na vida dos respondentes, e, quase sempre, são outras questões que os motivam a permanecer.

Em relação à motivação inicial para o trabalho no NASF, diversas questões foram identificadas, predominando entre elas as **inclinações pessoais pela proposta**

⁹ - Texto de Alexandre Vinicius Campos Damasceno. **Na medida Certa**. Disponível em: <http://www3.ufpa.br/npadc/gemaz/downloads/Artigos%20Publicados/TERS%20st15%20Na%20medida%20certa.pdf>

NASF, bem como a satisfação de ideologias pessoais e as inclinações pelo campo de conhecimento e de práticas.

“Acredito na proposta do NASF e na Saúde Pública. Tenho vontade de contribuir para o crescimento e evolução do SUS.” (R1)

“A proposta em trabalhar com uma equipe multiprofissional e com famílias foi o principal motivo. (...)” (R4)

“Após a finalização do Doutorado tive vontade de atuar na saúde pública e o NASF pareceu, como ainda parece, uma inovação na área da atuação fonoaudiológica em saúde pública promissora.(...)” (R6)

“Trabalhar no NASF foi meu objetivo desde sua criação, devido à sua aparência desafiadora, trabalho em equipe, matriciamento, compartilhamento e apoio da ESF. Além da remuneração.” (R8)

“Sempre tive interesse por saúde pública e gosto muito de atuar em equipe multiprofissional (...)” (R28)

“Proposta de atuação diferente de todos os locais em que atuei. Desafio para minha carreira profissional (...). Oportunidade de atuação com profissionais de diferentes áreas e enriquecimento das discussões.” (R34)

“O que me levou a trabalhar no NASF foi a proposta de atuação do fonoaudiólogo estabelecida pela portaria. A motivação vem da idéia de trabalhar com o público por meio de diferentes propostas (...)” (R37)

Um número significativo de respondentes apontou as **vivências durante a graduação** em estágios na saúde pública/coletiva como disparadores pelo interesse neste campo e influenciadores das ideologias e inclinações pessoais atuais.

“Minha motivação, primeiramente, deve-se ao fato de ter atuado com o PSF durante minha graduação (estágio), o qual foi de grande contribuição para minha formação profissional. É um campo que despertou-me grande interesse durante a graduação e ao saber desta nova

proposta que é o NASF, acreditei que seria um desafio profissional.” (R2)

“No último ano de faculdade houve uma disciplina de saúde pública, da qual me identifiquei bastante. Assim que houve uma oportunidade eu me inscrevi (...)” (R7)

“(...) durante a graduação, por meio dos estágios em Saúde Coletiva, pude ter a certeza de minha paixão. (...) (R11)

“Em minha formação durante a graduação busquei direcionar para a área da saúde coletiva, pois sempre acreditei na importância do olhar conferido por essa área como estratégia de intervenção em saúde(...)” (R12)

“Desde a graduação me aproximei das discussões sobre a saúde pública com membros dos centros acadêmicos da minha faculdade e de outros cursos (...), pude participar do VER-SUS onde me aprofundi nas discussões de saúde pública e coletiva (...)” (R15)

“Foi ter conhecido o trabalho da ESF no 4º ano de faculdade e ter gostado muito da dinâmica do dia-a-dia – trabalho em equipe e o contato direto com a comunidade.” (R16)

“Desde a graduação me identifiquei com a área da Saúde Pública/ Coletiva, durante a residência em saúde da família me aproximei mais do PSF (...)” (R22)

“Sempre tive o interesse em trabalhar na saúde pública ainda na graduação. Meus interesses no estudo sempre se deram nesta esfera (...). Acredito muito que durante minha formação algo me direcionou para sempre querer trabalhar na saúde coletiva, especialmente na atenção básica.” (R35)

“Meu percurso desde a graduação. Participei do projeto VER-SUS no quarto ano de faculdade, (...), voltei com a certeza de que queria ficar na saúde coletiva, no SUS.” (R44)

Nos casos em que os profissionais não sabiam exatamente qual seria o propósito do trabalho no NASF, diversas foram as motivações iniciais, desde o **interesse pelo novo** até a **remuneração salarial** e a **estabilidade trabalhista**.

“Estou no NASF desde o início, quando enviei o currículo, não sabia do que se tratava, após a contratação é que foi explicado o trabalho mas as pessoas não tinham propriedade do programa. A proposta inicial me chamou atenção e gostei.” (R3)

“(...) há uma estabilidade profissional por conta do contrato de trabalho e salário, que é acima do valor do mercado atual para a Fonoaudiologia.” (R7)

“Inicialmente foi manter vínculo empregatício CLT, uma vez que nos outros vínculos trabalhava como autônoma. Na implantação do NASF nenhuma categoria sabia bem ao certo qual seria o desenvolvimento do seu trabalho (...)” (R14)

“(...) recebi um telefonema me convidando para trabalhar numa equipe NASF. Quando falaram do salário eu topei fazer a prova (...)” (R17)

“(...) não sabia o que era NASF. A motivação foi trabalhar na área da Fonoaudiologia, com registro em carteira, emprego fixo e direitos garantidos, e salário com benefícios (...)” (R27)

No que se refere às motivações que os levam a permanecer atuando como fonoaudiólogos do NASF, predominam as questões relacionadas à **forma de organização do trabalho** e a **proposta do NASF**.

“Acredito que ações de prevenção e promoção de saúde podem gerar melhoria da qualidade de vida. Atuando no NASF posso fortalecer parcerias no território, atuar em equipes ampliando meu olhar e alcançando uma ação mais adequada e resolutiva para a comunidade assistida.” (R9)

“(...) Atualmente a questão da transdisciplinaridade é algo que me enriquece, o que me motiva a manter esta atividade laboral.” (R14)

“(...) Construir de forma mais horizontal e verdadeira, valorizando e fazendo parte do território. Na atenção primária fazemos parte da comunidade, e não ficamos apenas presos em consultórios isolados. Um trabalho com várias possibilidades em construção.” (R22)

“(...) diversidade do trabalho, trabalho interdisciplinar em equipe, possibilidade de dividir o conhecimento da fono com outros profissionais e com a população.” (R27)

“(...) Trabalho em equipe visando a promoção da saúde, apoio matricial (...)” (R32)

A afinidade com a proposta no caso de alguns fonoaudiólogos leva a uma satisfação pessoal que torna a própria **subjetividade do trabalhador** sua motivação para o trabalho

“(...) Posso dizer que estou realizada em minha vida profissional e amo verdadeiramente o que faço.” (R3)

“(...) Acredito no nosso sistema de saúde e da reestruturação do trabalho fonoaudiológico no que tange o planejamento, realização e avaliação de ações de promoção e prevenção em saúde na comunidade.” (R4)

“(...) é uma área na qual me interessa e que me encanta.” (R11)

“A perspectiva de trabalhar na saúde pública desbravando um projeto transdisciplinar e intersetorial junto a territórios tão complexos de diferentes.” (R30)

“(...) No início o valor do salário me motivou, depois, ao conhecer melhor a saúde pública, me apaixonei e vi a possibilidade de trabalhar quase todas as linhas de cuidado da Fonoaudiologia.” (R39)

“(...) Me mantenho pois acredito e aposto na minha profissão e amo muito o que faço.” (R40)

Há ainda questões relacionadas às **possibilidades de crescimento** que a proposta do NASF traz seja para os indivíduos seja para a Fonoaudiologia em geral.

“(...) Atualmente o NASF tem colaborado infinitamente para a Fonoaudiologia, por ser um campo novo que contribui para estudos e pesquisa, rico e desafiador, pensando na Atenção Básica de Saúde.” (R2)

“(...) aprendo muito com os profissionais de outras áreas e isso enriquece minha atuação (...). Gosto muito deste trabalho.” (R28)

“Foi a oportunidade de iniciar o programa assim que foi aprovado pelo Ministério. O campo é bastante novo e desafiador.” (R40)

“(...) Continuo atuando pois vejo que vem me acrescentando uma visão bem ampla “clínica”, somando com as experiências anteriores.” (R41)

“Desafio, pois ouvi falar do NASF no Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia em Campos do Jordão.” (R46)

Ao discutir a questão da motivação dos fonoaudiólogos para atuação no NASF de modo a separar o que foi a motivação inicial para buscar este cargo da motivação que os faz permanecer atuando neste campo de trabalho, é possível identificar diferentes momentos na integração destes profissionais com o trabalho no NASF.

No que se refere à motivação pela proposta, pela ideologia e pelas formas de organização dos processos de trabalho no NASF – identificada como principal motivação da maioria dos fonoaudiólogos participantes – destacam-se dois momentos distintos em que este fator é citado pelos profissionais.

Em um primeiro momento, em que as inclinações pelo campo de conhecimento e de práticas em Saúde Coletiva são anteriores à entrada destes fonoaudiólogos no NASF, é a satisfação de ideologias alimentadas desde a graduação que atraem o interesse destes profissionais para o trabalho na Atenção Primária, nos moldes em que a proposta NASF se coloca. Estes fonoaudiólogos mencionam vivências que os aproximaram da Atenção Primária e que a partir delas foram construídos seus objetivos e anseios no trabalho em saúde. Dentre estas vivências encontram-se os estágios em saúde coletiva e experiências em projetos

como o VER-SUS: Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, que consiste em uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde para aproximar estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais aproximações dos graduandos com os serviços de saúde permitem a eles entender o modelo atual de saúde no Brasil, o SUS, bem como conhecer em que consiste o trabalho em equipe, a gestão dos serviços, a atenção e educação em saúde, o controle social e todas as especificidades da Atenção Primária em Saúde, muito difíceis de serem compreendidas apenas na teoria (Alves et. al., 2005).

Em um segundo momento, a proposta, a ideologia e as formas de organização dos processos de trabalho são apontadas como principal motivação para que os fonoaudiólogos se mantenham no NASF.

O trabalho interdisciplinar e/ou transdisciplinar como ferramenta do NASF é colocado por alguns dos fonoaudiólogos como motivação para atuar neste campo. Podemos dizer que a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são formas possíveis de articulação entre diferentes disciplinas.

Segundo Almeida Filho (2005) o trabalho interdisciplinar busca a interação de diferentes disciplinas científicas, sob a dominação de uma delas. Adota uma perspectiva teórico-metodológica comum para as diferentes disciplinas envolvidas, promove a integração dos resultados obtidos, busca a solução dos problemas através da articulação destas disciplinas e os interesses próprios de cada disciplina são preservados. Já o trabalho transdisciplinar representa um nível de integração além da interdisciplinaridade, uma etapa superior de integração onde não existem fronteiras entre as disciplinas. A transdisciplinaridade busca superar o conceito de disciplina através de relações entre os diversos saberes, onde todos os saberes são igualmente importantes e sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem. Permite tratar uma única questão a partir de uma perspectiva plural.

Por meio de respostas como a do respondente R14, que afirma ter a transdisciplinaridade como um fator que o motiva a atuar no NASF, é possível

perceber que estes dois conceitos abordados no parágrafo anterior ainda se confundem e muitas vezes são tratados como sinônimos pelos profissionais. A transdisciplinaridade é sim uma das diretrizes do trabalho do NASF, entretanto sua aplicação na prática depende da superação de muitos paradigmas e são poucos os serviços que conseguem torná-la realidade. O que é possível identificar como aplicado na prática das equipes NASF, até mesmo por se caracterizar como uma necessidade inexorável, é na realidade a interdisciplinaridade.

Independente do que ainda está apenas na teoria e o que é realmente aplicado na prática, os profissionais se identificam com o modelo de trabalho do NASF e as próprias subjetividades passam a ser os motivadores, como a satisfação pessoal em atuar nestes moldes, o amor pelo trabalho, pelos processos, pela comunidade.

Muitos destes profissionais que têm na ideologia de trabalho do NASF a sua motivação para continuar neste campo tiveram como motivação inicial outras questões como a remuneração salarial e a estabilidade profissional, uma vez que não conheciam a proposta do NASF e ainda não enxergavam na Atenção Primária um espaço privilegiado para o fazer diferente.

Como já foi abordado na introdução deste trabalho acerca da história da Fonoaudiologia, a formação destes profissionais tem uma forte tendência para a clínica individual e o campo de trabalho nestes casos é principalmente o trabalho autônomo no qual não há a estabilidade trabalhista, com registro em carteira e salário fixo. A forma de contratação nos NASF em São Paulo garante tal estabilidade pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e pelos salários que são significativamente acima da média salarial do fonoaudiólogo no mercado em geral.

O NASF é reconhecidamente um espaço privilegiado para “o fazer” diferente destes profissionais, que vêem nas novas e diversas possibilidades de atuação um desafio e uma grande oportunidade de aprendizado que os enriquece pessoal e profissionalmente, e traz para a Fonoaudiologia como ciência um novo modo de cuidar.

Houve apenas um respondente que nesta questão não tratou da motivação para a continuidade do trabalho no NASF, mas sim da **desmotivação** para o trabalho.

“(...) Tenho tentado me manter motivada, mas o enrijecimento do trabalho não tem contribuído para isto.” (R6)

O enrijecimento que o respondente R6 aponta ser um desmotivador para o trabalho foi citado por este e também por outros respondentes em outras questões e se refere às metas que vêm sendo implantadas pelo município para o acompanhamento dos contratos de gestão com as OSs, que desconsideram as singularidades dos diferentes territórios, e cerram a autonomia das equipes no trabalho com as necessidades de saúde da população. Esta temática será tratada mais adiante no capítulo acerca das dificuldades que os profissionais encontram no trabalho no NASF.

5.2.2. O Objeto/Finalidade do Trabalho como Apoiador da Equipe NASF

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), o objeto do trabalho em saúde são as necessidades humanas de saúde, sobre as quais incidirá a ação do trabalhador desde que este assim o reconheça e imprima sobre este objeto um projeto de transformação, uma finalidade. Esta finalidade representa a intencionalidade do processo de trabalho, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto.

Cunha e Campos (2010), colocam que o objeto do trabalho do profissional será aquilo que ele aprende a investir afetivamente, ou seja, aprende a gostar de fazer. Estes autores chamam de objeto de investimento aquilo no que os trabalhadores investem sua energia, o que gostam de fazer no trabalho.

No NASF o trabalho consiste em matriciar as equipes da Estratégia Saúde da Família, assegurando além do suporte assistencial, na atuação direta com os usuários do serviço, também o suporte técnico pedagógico, a fim de contribuir para que as equipes da Estratégia alcancem os objetivos da APS junto à população adscrita, o que amplia a idéia de objeto do trabalho em saúde trazida na definição de Mendes Gonçalves (1992), apresentada acima.

Na tentativa de captar o que os fonoaudiólogos entendem por objeto do seu trabalho no NASF, foram analisadas principalmente as respostas da questão 9 do

instrumento de coleta dos dados (Anexo 6), sobre o papel do fonoaudiólogo no NASF. Os conceitos de objeto/finalidade apareceram bastante diluídos nas respostas, e muitas vezes os profissionais citaram os meios e instrumentos do trabalho em meio às ações que estes profissionais realizam no seu cotidiano para definir o seu papel na equipe NASF.

Nos trechos de respostas transcritos abaixo, observa-se que os respondentes descrevem o seu papel no NASF como apoiador das equipes de SF em ações voltadas à própria equipe e aos usuários do serviço:

“(...) sensibilização das equipes de saúde da família em relação ao trabalho fonoaudiológico; planejamento, realização e avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde na comunidade (...)” (R3)

“Matriciar, qualificar encaminhamentos, orientar, compartilhar conhecimentos, contribuir para maior resolubilidade dos casos de Fonoaudiologia, prevenir e promover a saúde da comunicação” (R5)

“Apoiar a ESF nas atividades realizadas pelas equipes e atender a população nas suas necessidades no que concerne às áreas de atuação da Fonoaudiologia.” (R9)

“Contribuir com seu núcleo de saber para a prática de cuidado à comunidade que as equipes de saúde da família referenciam, (...)” (R15)

“Atuar junto à equipe multiprofissional no apoio à Estratégia Saúde da Família, realizar o matriciamento das equipes (...)” (R19)

“É apoiar e matriciar as equipes de saúde da família quanto às áreas que envolvem a Fonoaudiologia. A atuação compartilhada é fundamental. (...)” (R23)

“Atuar na prevenção, promoção da saúde e reabilitação. Matriciar as equipes de saúde da família e a própria equipe NASF para que possam conduzir os casos com mais independência e diminuir a lógica dos encaminhamentos. Ser matriciado pelos outros

profissionais para que contribua na condução dos casos (...)” (R 25)

“O fonoaudiólogo, assim como todos os outros profissionais tem como papel primeiro promover o apoio matricial para a ESF (...)” (R35)

“Assim como os outros profissionais do NASF, oferecer apoio às equipes de saúde da família, discutir casos com base no matriciamento, criar PTSs em conjunto. Além de desenvolver ações específicas com cuidados nas áreas de Linguagem, Audição, Motricidade Oral e etc.” (R36)

“(...) acredito que o trabalho do fonoaudiólogo, ou de qualquer outro profissional do NASF é o de levar nosso conhecimento específico para as equipes de saúde da família e possibilitar que os mesmos construam este conhecimento, com o objetivo de aprimorar e potencializar a sua prática (...)” R(43)

“Trabalhar no apoio à ESF, com orientação, avaliação, encaminhamentos e caso necessário, atendimentos (...) (R45)

“Apoiar as equipes de saúde da família, oferecendo suporte no acompanhamento dos casos.” (R47)

As ações que os fonoaudiólogos do NASF citam nas respostas por meio do apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família, demonstram o investimento da energia na formação das equipes, com vistas à construção de novos saberes que sairão do núcleo de conhecimento da Fonoaudiologia para passarem ao campo de conhecimento de toda a equipe, e também investimentos diretos no atendimento às necessidades de saúde da população assistida, seja por meio do atendimento clínico, das ações coletivas, das articulações em outros serviços da rede, enfim.

Em um âmbito geral fica claro, a partir da análise das respostas dos fonoaudiólogos, que o objeto do trabalho destes profissionais como membros de uma equipe NASF é a própria equipe de Saúde da Família e a população atendida por esta equipe.

Tal concepção dos fonoaudiólogos acerca do objeto de trabalho vai ao encontro das diretrizes expressas na Política de Atenção Básica (Brasil, 2011), segundo as quais:

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes.

Portanto, este serviço tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica por meio do conhecimento técnico especializado, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação, estando comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF, em direção à co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos, por meio das discussões de casos e situações, capacitações e discussões de processos de trabalho (Brasil, 2011).

5.2.2.1. Quando não há clareza sobre o que é ser Apoiador

Ainda sobre o objeto/finalidade do trabalho, é possível identificar em algumas respostas, certo reducionismo acerca do papel do fonoaudiólogo no NASF, diante do qual fica difícil afirmar que os objetos do trabalho identificados acima, sejam equipe de Saúde da Família e população adscrita, estão claros para todos os fonoaudiólogos envolvidos no estudo. Do mesmo modo, é necessário considerar que

tais respostas podem não retratar fidedignamente o real entendimento do profissional acerca do seu papel, no entanto chamam a atenção pela característica de redução no potencial resolutivo que tem o trabalho do fonoaudiólogo na equipe NASF.

“Na minha opinião o fonoaudiólogo do NASF deveria ter um papel muito mais preventivo, trabalhando em ações que promovam a saúde, porém, devido à demanda das equipes a atuação acaba sendo mais de reabilitação do que de prevenção.” (R4)

“Atuar na Atenção Básica desenvolvendo ações que tenham como principal objetivo a promoção e a prevenção de saúde e não reeditar/reproduzir a prática clínica dentro de uma Unidade Básica de Saúde.” (R10)

“Atuar promovendo a saúde e a qualidade de vida como estratégias de prevenção.” (R12)

“O papel principal é matricular as equipes para detecção precoce dos distúrbios fonoaudiológicos e atuar em conjunto criando estratégias de prevenção e promoção de saúde.” (R22)

“Ser o profissional da comunicação articulador e mediador de discursos nos diversos âmbitos: comunidade, instituições, equipes, gerencias e parceiros NASF.” (R30)

“Promoção de saúde e avaliação inicial e encaminhamento qualificado.” (R33)

“O principal papel é trabalhar a promoção de saúde e a prevenção de agravos.” (R38)

A ocorrência de respostas como estas transcritas acima pode denotar uma indisponibilidade do respondente em descrever mais detalhadamente o que ele entende como sendo o papel do fonoaudiólogo no NASF. No entanto também pode transparecer o fato de que nem todos os profissionais inseridos neste serviço têm clareza acerca do seu papel como apoiador.

Diante disto, não podemos deixar de aprofundar a discussão acerca de um discurso, ou de um questionamento, muito comum entre os profissionais tanto da

Estratégia Saúde da Família quanto do próprio NASF desde a época de implantação dos Núcleos de Apoio, o discurso de que o NASF veio apenas para apoiar e não para atender.

5.2.2.2 O Fonoaudiólogo do NASF deve atender ou apenas apoiar a ESF?

As diretrizes do NASF já foram explicitadas neste trabalho algumas vezes e nelas identifica-se claramente que o objetivo da implantação dos NASF é aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde, por meio do Apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. Em nenhum momento os documentos restringem o Apoio a ser realizado pelo fonoaudiólogo a ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e capacitação dos profissionais da ESF para detecção precoce dos distúrbios fonoaudiológicos. Tais ações fazem parte sim da agenda do fonoaudiólogo do NASF e são essenciais. Entretanto, para que seja cumprida a tarefa de aumentar a resolubilidade da Atenção Primária, este e todos os outros profissionais do NASF deverão ir além da promoção, prevenção e capacitação, propondo ações assistenciais que envolverão o trabalho direto com a população que apresenta morbidades já instaladas.

Trabalhar com ações terapêuticas de reabilitação no âmbito da Atenção Primária também é atribuição do fonoaudiólogo da equipe NASF, e tais ações estão contempladas pelo aspecto assistencial do Apoio Matricial.

Dependendo do caso em questão, o trabalho de reabilitação do fonoaudiólogo do NASF pode ser restrito, assim como a capacidade resolutiva da equipe de saúde da família o é em muitos casos. É importante lembrar que as equipes de saúde da família e as equipes de apoio dos NASF estão inseridas no contexto da Atenção Básica e, portanto, cabe a elas resolver o que é possível dentro deste nível de atenção. Muitos casos que chegam para o fonoaudiólogo do NASF por intermédio das equipes de saúde da família demandam intervenções que vão além da capacidade resolutiva deste profissional, necessitando da assistência em outros níveis de atenção. Por este motivo é que, mesmo com a inserção do fonoaudiólogo na equipe de Apoio, o suporte assistencial da rede de serviços de saúde nos níveis secundário e terciário continua tendo um importante e essencial papel na assistência em reabilitação,

entretanto são muitas as questões que podem ser resolvidas pelo fonoaudiólogo do NASF na Atenção Básica.

A grande dificuldade neste sentido é que nem sempre há uma clareza para todos os profissionais a respeito de quais situações são passíveis de ser resolvidas na Atenção Básica e o que é do escopo a atenção secundária e/ou terciária resolver, no que se refere às questões da Fonoaudiologia, o que pode gerar os questionamentos apresentados.

Aprofundando nesta questão sobre uma definição do que cabe aos diferentes níveis de atenção, podemos pensar que na maioria das intervenções fonoaudiológicas em reabilitação não são necessários grandes recursos tecnológicos ou equipamentos complexos, estando ao alcance do fonoaudiólogo do NASF, portanto, resolver a maioria das situações que se apresentam na Atenção Básica, como por exemplo na reabilitação dos distúrbios de linguagem infantil, das afasias, de voz, motricidade orofacial, etc., para as quais muitas vezes o conhecimento técnico do fonoaudiólogo é o principal instrumento do processo de reabilitação. Portanto, se considerarmos apenas o aspecto das demandas fonoaudiológicas em si, a capacidade resolutiva do fonoaudiólogo do NASF seria algo próximo de 100%.

No entanto, existem outros aspectos que devem entrar nesta avaliação. O fonoaudiólogo do NASF no seu papel de apoiador desempenha muitas funções para além da especificidade da assistência em Fonoaudiologia. A agenda dos profissionais do NASF compreende reuniões com as equipes de saúde da família que, dependendo da conformação e da divisão do trabalho na equipe, ocupa uma porção significativa da carga horária, compreende reuniões em equipamentos da rede e da comunidade para a articulação entre os serviços, compreende as ações coletivas no território e na UBS, os espaços de gestão das UBSs e da própria equipe NASF como reuniões técnicas e gerais, entre outras ações. Dependendo do caso, a efetividade do processo de reabilitação vai depender da periodicidade das intervenções do fonoaudiólogo, o que demanda uma disponibilidade de agenda inaplicável na realidade do NASF.

De acordo com o que apresentam Molini-Avejonas et. al. (2010), a maior parte do tempo dos profissionais do NASF não deverá ser dedicada ao atendimento direto da população, mas a outras atividades junto às equipes, já que o Ministério da Saúde recomenda uma revisão da prática dos encaminhamentos no modelo de

referência e contra-referência. O que é preconizado na atuação do NASF é o compartilhamento de projetos terapêuticos, a atenção domiciliar e a educação permanente, ampliando-se o trabalho para um processo de acompanhamento longitudinal do usuário de responsabilidade da equipe de Atenção Primária/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS, em detrimento da visão clínica tradicional, na qual o atendimento fonoaudiológico direto ao paciente é a atividade prioritária.

Além da questão da agenda do fonoaudiólogo no NASF, deve ser considerado ainda o número de equipes de saúde da família que a equipe apóia e em quantas UBSs ela presta atendimento, já que o volume da demanda que chegará para assistência e as formas de organização do trabalho dependem de todos estes fatores.

Considerando todas estas questões descritas acima e ainda os princípios e diretrizes do SUS, sejam a integralidade, a universalidade e a equidade, tal definição sobre o que cabe aos diferentes níveis de atenção talvez nem seja possível. Como garantir o cumprimento dos princípios do SUS se o fonoaudiólogo do NASF for considerado responsável por absorver e dar assistência a toda demanda em reabilitação do território de todas as equipes de SF que apóia? Seria muito complicado pré definir quais patologias caberiam à Atenção Básica e quais deveriam ser encaminhadas a outros níveis de atenção, uma vez que tal definição desconsidera questões singulares de cada caso em questão, como por exemplo, casos considerados de média ou alta complexidade, mas em que o paciente é restrito ao lar ou que a família não tem possibilidade alguma de levar a serviços fora do território.

Neste sentido, faz-se necessário uma integração entre os serviços de saúde e uma capacidade de reflexão do fonoaudiólogo, bem como dos outros profissionais do NASF, para gestão do trabalho e tomadas de decisões, a fim de que as singularidades das equipes, do território e de cada caso em questão sejam consideradas na decisão do que cabe ao profissional do NASF assistir e de que forma, e o que necessitaria assistência também dos outros níveis de atenção.

De acordo com Oliveira (2010)[a] o apoiador tem a função de construir o cuidado de maneira partilhada com os outros interlocutores, a partir de ofertas e demandas colocadas por esses e outros atores ao coletivo, partindo tanto de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo quanto incorporando

demandas trazidas pelo outro. Deve produzir processos de escuta com o coletivo, bem como análise e definição de tarefas, redes de responsabilização e avaliação do trabalho.

Cabe ainda ao fonoaudiólogo e também aos outros profissionais da reabilitação um novo entendimento acerca do processo saúde–doença, de forma a incluir questões sociais e desenvolver ações no plano coletivo e nos territórios respectivos, integrando assim os modelos clínico e social, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e compromisso com a inclusão social (Brasil, 2009).

5.2.3. Meios e Instrumentos do Trabalho

De acordo com Marx (1987) o meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Os instrumentos de trabalho não são naturais, mas sim constituídos historicamente pelos sujeitos, que ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto.

O NASF é regido por princípios e diretrizes que orientam a organização das práticas dentro deste serviço. O Apoio às equipes de saúde da família é o meio pelo qual os profissionais do NASF agem sobre os objetos do seu trabalho, sejam as próprias equipes de SF e a população adscrita, com base nestas diretrizes. Para estas ações são preconizadas algumas ferramentas tecnológicas utilizadas na organização dos processos de trabalho da equipe, e este conjunto constitui os instrumentos do trabalho do NASF.

Os fonoaudiólogos participantes deste estudo foram questionados acerca do conhecimento e uso destas ferramentas tecnológicas em seus processos de trabalho, e o que se pôde observar de mais ocorrente foi que a maior parte das equipes utiliza minimamente alguma delas, e que o primeiro contato prático do profissional com tais ferramentas se deu somente a partir da entrada no NASF.

Entre os profissionais que afirmaram conhecer as ferramentas em questão antes da entrada no NASF (19% dos respondentes), havia alguns que já trabalharam com alguma delas em outros serviços, outros haviam tido contato por meio de leituras de artigos ou cursos de especialização, Residência ou mestrado.

Abaixo estão elencadas as ferramentas apontadas pelos respondentes, e junto delas estão as considerações mais pertinentes observadas a partir da análise das respostas.

Dentre as ferramentas tecnológicas sugeridas pelo Ministério da Saúde nas diretrizes para organização dos processos de trabalho, foram citadas:

- **Apoio Matricial:** Referido por 55,3% dos respondentes com sendo uma ferramenta utilizada nos processos de trabalho. A maioria dos profissionais não aprofundou sobre qual é o seu entendimento acerca desta ferramenta, mas identificam-se nas respostas a esta questão específica e a outras questões do instrumento as ações de apoio matricial realizadas no cotidiano destes profissionais.

“O fonoaudiólogo do NASF é corresponsável pelas ações envolvendo a prevenção de agravos recuperação e reabilitação da comunicação, por meio de capacitações, planejamento conjunto, ações específicas (atendimentos individuais, grupos, oficinas). Suscitar a reflexão e promoção de saúde da população e de grupos mais vulneráveis como a população com deficiência, crianças e idosos. Atuar na garantia da intersetorialidade” (R11)

“Desenvolver atividades como avaliações, encaminhar para a rede de apoio, quando houver, fazer grupos específicos ou compartilhados com a equipe NASF ou ESF. Fortalecer a rede de apoio no que tange seus conhecimentos e os adquiridos enquanto profissional genérico de saúde. Desenvolver junto à ESF e equipe NASF o PTS, matriciamentos (...)” (R14)

“Atuar junto à equipe multiprofissional no apoio à Estratégia Saúde da Família, realizar o matriciamento das equipes da ESF e dos profissionais do NASF nas áreas relativas à Fonoaudiologia, enfocando aspectos preventivos, além de promover ações educativas e de reabilitação fonoaudiológica na UBS e na comunidade através de atendimentos e grupos” (R19)

“Apoiar e matricular as equipes de saúde da família quanto às áreas que envolvem a

Fonoaudiologia. (...) O fonoaudiólogo do NASF deve estar aberto para uma atuação transdisciplinar e a um trabalho em rede. Pensar a comunicação humana dentro do universo da comunidade e da família é fundamental (...)” (R23)

“(...) O fonoaudiólogo matricia as ESF e também a equipe NASF. Orienta, discute, ajuda a planejar as ações específicas da área (audição, linguagem, voz, motricidade orofacial) e também nos grupos da ESF como puericultura e gestantes. Acredito também que o fonoaudiólogo é um profissional capacitado para ser um articulador de rede na medida em que facilita as discussões entre os equipamentos de saúde (NIR, CAPS Infantil, CAPS Adulto, etc.)” (R35)

Em algumas respostas observa-se uma visão reduzida do Apoio Matricial, referindo-se a ele como uma atividade isolada, restrita apenas ao espaço de reunião de equipe ou espaços formais de capacitações.

“Reunião de matriciamento. Já tinha lido artigos sobre o apoio matricial, porém, nunca havia vivenciado.” (R5)

“A minha equipe utiliza-se do matriciamento durante as reuniões de equipe e educações permanentes (...)” (R10)

“A equipe NASF utiliza o apoio matricial de onde parte o planejamento de todas as ações possíveis: o planejamento do PTS, as visitas e consultas, os atendimentos (...)” (R15)

“Grupos educativos, capacitações/matriciamento, atividades intersetoriais, (...)” (R25)

“(...) através das discussões de casos nas reuniões de matriciamento conseguimos ampliar o olhar dos profissionais da ESF para uma melhor avaliação do paciente e conduta (...)” (R34)

O apoio matricial em saúde é uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, no caso, as equipes de Saúde da Família. Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos (1999, apud Campos, 2007) dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde.

O que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação, reformulação e execução de um projeto terapêutico singular, individual ou coletivo, nos casos em que a equipe de saúde referência não tenha mais subsídios para dar continuidade ao cuidado sozinha.

A aposta neste arranjo assistencial está na troca e na construção, em ato, de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações e serviços que tenham potencial para modificar positivamente os problemas de saúde. Nesta troca de saberes os núcleos, que são os saberes específicos de cada profissional envolvido, devem atuar de forma sinérgica e articulados pelo Campo, que são os saberes e práticas comuns entre os profissionais, articulados em torno do mesmo objeto de trabalho (Oliveira, 2010)[a].

De acordo com levantamento bibliográfico realizado por Molini-Avejonas et. al. (2010), pesquisas apontam que o matriciamento aumentou a resolubilidade e a co-responsabilidade dos serviços, promoveu a construção de protocolos de registro e de formas de organização do fluxo da demanda a partir da definição de critérios e criação de práticas de cuidado com o envolvimento dos diferentes serviços da rede. Encontraram ainda que algumas ações fonoaudiológicas foram fortalecidas como a participação nas reuniões de equipe, a discussão de casos e a construção de projetos terapêuticos conjuntos, bem como a valorização da referência qualificada, a capacitação em serviço a consulta compartilhada e ações intersetoriais.

- **Clínica Ampliada:** Referida por 46,8% dos respondentes como uma ferramenta tecnológica utilizada pela equipe NASF e a ferramenta que mais

foi citada como já utilizada pelos profissionais em atividades fora do NASF. Assim como no caso do Apoio Matricial, as respostas à esta questão não trazem o entendimento acerca desta ferramenta. Em algumas respostas a outras questões do instrumento é possível identificar o conceito da clínica ampliada de forma implícita nas ações. Apenas um respondente (R10) fez uma consideração acerca do uso da clínica ampliada em seus processos de trabalho de forma mais crítica, acerca da necessidade de fortalecimento no uso desta ferramenta.

“Acredito que o fonoaudiólogo primeiramente tenha que saber e estar a fim de trabalhar em equipe, pois é fundamental para o trabalho.(...) Nosso papel é entender a família como um todo e trabalhar as famílias com a promoção da saúde (...) no contato direto com a população para a redução dos danos à saúde é o trabalho com a puérpera, com a gestante, com a criança, com o bebê (...)” (R2)

“Promover a melhoria da qualidade de vida por meio da adequação do desenvolvimento da comunicação; reforçar os princípios do SUS e agregar saberes às ações já realizadas por meio de atividades coletivas e individuais de prevenção e promoção da saúde, matriciamento de equipes de saúde sobre as áreas de atuação do fonoaudiólogo e seu desenvolvimento seja em reuniões, capacitações, atendimentos ou visitas domiciliares compartilhadas. Realizar ações em todos os ciclos de vida (...) coordenar o cuidado dos usuários cadastrados junto das equipes.” (R8)

“(...) fazemos uso da clínica ampliada com a equipe NASF e com a ESF, esta ferramenta ainda precisa ser mais fortalecida.” (R10)

“(...) Sedimentar e seguir os conceitos de produção de vida, clínica ampliada, e sobretudo atentar-se para as demandas oriundas do território ao qual está inserido (...)” (R14)

“Contribuir com seu núcleo de saber para a prática de cuidado à comunidade por meio de discussões de casos, educação permanente, grupos educativos e terapêuticos compartilhado, ações coletivas pensando na necessidade

singular de cuidado da comunidade. O fonoaudiólogo além de profissional é um sujeito que tem suas singularidades, desta forma também colabora com outros conhecimentos que constitui além do específico.” (R15)

A Clínica Ampliada é, atualmente, uma diretriz de atuação de todos os profissionais da saúde na sua prática de atenção ao usuário. Consiste basicamente na articulação e diálogo dos diferentes saberes, ajustando os recortes teóricos dos diferentes núcleos profissionais às necessidades dos usuários. Envolve a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas incluindo, além da equipe de saúde, os serviços de saúde e outros pela ação intersetorial, como também os usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (Brasil 2009).

De acordo com Cunha (2010), a superação das dificuldades da clínica tradicional rumo à efetivação da prática da Clínica Ampliada envolve o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes em relação à singularidade dos sujeitos, ou seja, o reconhecimento de que todos os saberes estruturados trabalham com certa generalização e por isto são limitados, dando conta apenas parcialmente em uma situação singular. A elaboração do projeto terapêutico deve levar em conta as diferenças singulares do sujeito, deve reconhecer sua subjetividade, sua história e seus sentimentos.

A Clínica Ampliada reconhece que os sujeitos (cuidadores e cuidados) estão imersos em uma teia de forças que os constitui, e que a vida é entendida toda misturada nos planos social, biológico ou psicológico. No acompanhamento terapêutico longitudinal, onde há vínculo, a relevância entre os elementos se alterna constantemente (Cunha, 2010).

A partir das reflexões de Mendes (2007), para operar a Clínica é preciso admitir que seu objeto não é fixo, nem totalizável, tampouco definido de antemão. Mesmo que se definam certas instâncias como objetos de disciplinas clínicas, como por exemplo, os distúrbios de comunicação na Fonoaudiologia, ainda assim os chamados objetos de estudo e intervenção não

são fixos nem fechados sobre si, por mais que se admitam especificidades. Os tradicionalmente chamados objetos da Clínica respondem a um campo imprevisível de variações em função de como são vividos pelos pacientes e nas relações terapêuticas, de quais fluxos e circunstâncias ali estão em jogo, etc.

- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** o PTS é referido em 46,8% das respostas como sendo uma ferramenta tecnológica utilizada pelas equipes no processo de trabalho do NASF. Foi possível destacar algumas considerações acerca do PTS na prática dos profissionais.

“(...) O grande desafio é haver concordância técnico-teórica entre a equipe NASF de modo a garantir uma clínica efetivamente ampliada, a concretização do matriciamento e a divisão de responsabilidades, determinantes no PTS.” (R12)

“(...) utilizamos a discussão de casos e reavaliação do PTS, apesar de não conseguir colocar no papel fora do prontuário.” (R27)

A formulação de projetos terapêuticos singulares implica a possibilidade de discussões coletivas de caso e a coordenação das ações ao longo do tempo. Além de ter um caráter estratégico, o projeto deve ser composto de propostas de intervenção, ações, tomadas de decisão em relação ao caso, e deve haver responsáveis e prazos para cada determinação. Todo esse conjunto de ações deve ser acompanhado e manejado por um profissional que assuma a coordenação do processo e mantenha a articulação das ações. A escolha deste profissional, que será a referência para a equipe e para o usuário, deve levar em consideração critérios de qualidade do vínculo com o usuário, o tipo de abordagem escolhida pela equipe e as possibilidades de organização do cuidado. Esta coordenação do cuidado também tem uma função de proteção aos frequentes danos que intervenções desarticuladas podem causar (Oliveira, 2010)[a].

O desenvolvimento de um olhar sobre vulnerabilidades deve implicar necessariamente a consideração dos contextos singulares dos indivíduos e do coletivo envolvidos. A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, é

de onde parte a ação oferecida com o objetivo de produzir saúde de um sujeito ou coletivo singular (Oliveira, 2010)[b].

- **Projeto Saúde no Território (PST):** esta ferramenta foi referenciada com este termo em apenas 12,7% das respostas analisadas. No entanto é possível identificá-la em outros termos utilizados pelos fonoaudiólogos, ao descreverem as ferramentas utilizadas pela sua equipe.

“(...) Realizamos atividades de educação em saúde e elaboramos um projeto de acordo com o território e a demanda deste junto da equipe de saúde.(...)” (R9)

“(...) realizamos ações intersetoriais principalmente junto à rede já formada e ou aquela que podemos construir.” (R30)

O Projeto de Saúde no Território é uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, com foco na articulação dos serviços de saúde, com outros serviços e com políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. Cabe aos profissionais do NASF desenvolver ações comuns nos territórios de sua responsabilidade de forma articulada com as equipes de SF que sejam planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (Brasil, 2009).

O PST implica em uma relação com a população que implique em compartilhamento de ações, informações e decisões. É diferente das ações de saúde no território, realizadas pelas equipes de saúde da família, com ou sem o apoio do NASF, nos trabalhos coletivos com enfoque das demandas epidemiológicas da área. As ações de saúde no território nem sempre envolvem a negociação com a população.

É muito comum que o PST, quando estruturado em um planejamento, seja denominado pelas equipes também como Projeto Terapêutico Singular, uma vez que este pode se referir a indivíduos, famílias ou coletividades.

- **Pactuação do Apoio:** Apenas um respondente mencionou esta ferramenta, no entanto não fica claro na resposta o que ele entende e como aplica esta ferramenta, uma vez que foi apenas citada.

“As ferramentas que mais utilizamos são: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial. Pouco menos a Pactuação do Apoio e o Projeto Saúde no Território. (...)” (R41)

A Pactuação do Apoio é uma ferramenta tecnológica de apoio à gestão que pode ser utilizada em dois momentos distintos. Quando da implantação de uma equipe NASF, quando os gestores juntamente com as equipes de SF e os conselhos de saúde devem realizar uma análise acerca das necessidades de saúde daquele território a fim de identificar os temas que mais precisam de apoio e assim definir a constituição da equipe NASF. O outro momento refere-se a uma atividade que deve ser rotineira e envolve a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, as equipes de SF e a equipe NASF (Brasil, 2009).

Para que as equipes utilizem esta ferramenta no cotidiano do trabalho é necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na co-gestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção. Esta ferramenta pode ajudar a equipe NASF, em conjunto com as equipes de SF, a definir os problemas prioritários a serem abordados, os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, os critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e a definir formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (Brasil, 2009).

A partir dos achados deste estudo, é possível identificar que os profissionais não estão familiarizados com esta ferramenta de apoio à gestão, sendo possível inferir que talvez esta questão ainda não faça parte do cotidiano de trabalho destes profissionais, ficando suas ações totalmente voltadas à assistência, estando esta caminhando de acordo com a demanda e sem um planejamento prévio. Entretanto, pode ocorrer ainda que estas ações de planejamento e gestão dos processos de trabalho ocorram no cotidiano das equipes, mas sem que os profissionais percebam ou dêem a isto uma denominação.

Para um real entendimento desta questão, faz-se necessário estudos que aprofundem a lógica de funcionamento das equipes, esmiuçando as abordagens e os modos de lidar com cada entrave dos processos de trabalho e também das formas de avaliação deste.

Nesta questão os fonoaudiólogos citaram algumas ações e intervenções ou formas de organização do trabalho como sendo os meios e instrumentos utilizados por eles e por suas equipes para a organização dos processos de trabalho do NASF que, apesar de não estarem definidos entre as ferramentas tecnológicas, estão contemplados pelas diretrizes do Ministério da Saúde como meios para organização dos processos de trabalho. Entre eles estão o Trabalho em Equipe Multidisciplinar, a Educação Continuada, Discussões de Casos, Intervenções Compartilhadas, Articulação Intersetorial, Ações em Grupos Terapêuticos ou Educativos, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade.

Os instrumentos do trabalho, assim como o objeto, só podem ser configurados como elementos do processo de trabalho intermediados pela presença do agente do trabalho, que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Portanto, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal (Peduzzi, 1998).

Outro aspecto identificado a partir da análise das respostas, especificamente na questão acerca dos instrumentos de trabalho do NASF, foi que em algumas respostas ficou clara a pouca familiaridade do profissional com tais especificidades do trabalho, uma vez que sua resposta especificamente a esta questão não envolveu nenhum aspecto ligado à organização do processo de trabalho, ou se reduziu a alguma atividade específica.

“NIR¹⁰. Não conhecia por trabalhar em rede privada.” (R14)

“Agenda Compartilhada.” (R21)

“Prevenção, reabilitação e trabalho multiprofissional” (R29)

“Ações coletivas de promoção a saúde.” (R33)

É possível que estes profissionais dos exemplos, e todos os outros que não referiram as ferramentas descritas acima, não tenham entendido a que instrumentos a pergunta se referia e, portanto, se equivocaram em suas respostas. No entanto, é válido pontuar que o desconhecimento destas ferramentas, que são a base para o trabalho no NASF, sinaliza o despreparo de muitos profissionais inseridos no serviço e reflete já de cara dificuldades nos processos de trabalho destas equipes. Se existem profissionais no NASF que desconhecem as ferramentas tecnológicas preconizadas, em que lógica e como se dá o trabalho deste profissional e de sua equipe?

5.2.4. Organização e Divisão do Trabalho no NASF – Diferentes Composições Versus Diferentes Processos

As equipes NASF são compostas por profissionais contratados por 20, 30 ou 40 horas semanais, conforme determina a legislação referente à carga horária de cada categoria profissional. Atualmente e na maioria das equipes, as categorias que cumprem 20 horas semanais no NASF são os fisioterapeutas, os médicos e os terapeutas ocupacionais; a categoria que cumpre 30 horas são os assistentes sociais, e cumprindo 40 horas semanais temos os fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos, bem como os auxiliares administrativos e coordenadores, quando há. Com exceção da categoria médica, geralmente são contratados dois profissionais de cada categoria de 20 horas a fim de contemplar no mínimo 40 horas por categoria profissional. Vale ressaltar que isto não é uma regra e que há exceções.

Como já mencionado na introdução deste trabalho, o número de profissionais e a composição da equipe deve ser definida pelos gestores municipais, mediante

¹⁰ NIR – Núcleo Integrado de Reabilitação. Refere-se a um serviço da Rede Municipal de Saúde de São Paulo com o objetivo de ser referência no território para o atendimento em reabilitação, com especial atenção para pessoas com deficiência.

critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, desde que a soma da carga horária de todos da equipe seja equivalente ao que está estabelecido para cada tipo de NASF implantado.

No que se refere à composição das equipes NASF nas quais os fonoaudiólogos respondentes estão alocados, o número médio foi de oito profissionais por equipe. A equipe que apresentou o maior número de pessoas é composta por 15 profissionais de 11 categorias diferentes, e as equipes com menor número de profissionais compostas por seis pessoas, algumas equipes com cinco outras com seis categorias diferentes. Vale lembrar que neste caso estão sendo consideradas apenas as categorias ligadas mais diretamente à assistência, sem contabilizar os coordenadores de equipe NASF e os auxiliares administrativos, presentes na grande maioria das equipes.

Dentre as diferentes categorias profissionais que podem compor a equipe NASF, foram citadas pelos respondentes as categorias apresentadas no Quadro 2. O número que aparece na segunda coluna corresponde ao número de equipes em que aquela categoria está presente, dentre os 47 respondentes, e nos permite uma visualização de quais categorias profissionais estão mais presentes nos processos de trabalho dos fonoaudiólogos que compõem estas equipes.

Quadro 2: Número de equipes NASF em que cada categoria profissional aparece, dentre as equipes dos respondentes.

Categoria Profissional (carga horária semanal)	Número de Equipes NASF em que a categoria está presente	%
Fisioterapeuta (2 prof. 20h)	43	91%
Assistente Social (30h)	40	85%
Psicólogo (40h)	38	81%
Terapeuta Ocupacional (2 prof. 20h)	32	68%
Nutricionista (40h)	31	66%
Educador Físico (40h)	26	55%
Psiquiatra (20h)	23	49%
Ginecologista (20h)	18	38%

Pediatra (20h)	13	28%
Médico Acupunturista (20h)	5	11%
Farmacêutico (40h)	2	4%
Médico Clínico (20h)	1	2%
Geriatra (20h)	1	2%
Homeopata (20h)	1	2%

Analisando o quadro acima, nos chama a atenção que a grande maioria das equipes apresenta em sua composição o fisioterapeuta, que junto do fonoaudiólogo e do terapeuta ocupacional são considerados os profissionais da reabilitação. A presença destes profissionais na equipe NASF propicia ações de reabilitação que ampliam a resolubilidade da APS, aumentando as possibilidades de intervenção no processo saúde-doença e que são de fundamental importância para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde (Brasil, 2009).

Observa-se ainda um grande número de equipes que contam com o assistente social em sua composição, o que se faz muito importante para os processos de trabalho do NASF, uma vez que estas equipes atuam em territórios de extrema vulnerabilidade social. As ações de serviço social visam principalmente a promoção da cidadania e a produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos (Brasil, 2009).

É significativo também o número de equipes que apresentam o nutricionista em sua composição. Considerando os dados epidemiológicos acerca das doenças crônicas relacionadas aos maus hábitos alimentares como hipertensão arterial, diabetes e ainda, o elevado número de pessoas obesas e com sobrepeso, crianças que apresentam atraso no crescimento e desenvolvimento devido à alimentação e nutrição inadequadas, faz-se de extrema importância o trabalho do nutricionista na Atenção Básica com vistas à educação alimentar da população (Santos, 2005).

O número de equipes com psicólogos e terapeutas ocupacionais também se mostra importante, o que se justifica pela grande demanda que temos em saúde mental e também pelo importante papel da Atenção Primária neste campo. Levando-se em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, muitas vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis, considera-se que todo problema de saúde é também uma questão de saúde mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde (Brasil, 2009).

Segundo Tanaka e Ribeiro (2009), a atenção básica tem grande potencial para detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática, e ainda oferecer tratamento na própria atenção básica, encaminhando para serviços especializados somente os pacientes que realmente necessitam de acompanhamento em outros níveis de atenção. Os psiquiatras, que também fazem parte deste contexto, aparecem em 49% das equipes dos respondentes como componentes das equipes, mas vale ressaltar que um número importante (21,7%) de respondentes sinalizou que a vaga de psiquiatria se encontrava em aberto, no momento da coleta do estudo. De acordo com dados fornecidos pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde em dezembro de 2011, dos 63 cargos de psiquiatra propostos para os NASF(s) do município, 23 ou 36,5% se encontravam em aberto. A falta de psiquiatras é um aspecto que chama a atenção no que se refere à composição das equipes NASF, uma vez que entre as outras categorias este número não ultrapassa os 16% de vagas em aberto. No caso da Fonoaudiologia, em dezembro de 2011 as vagas em aberto eram 6,6% do total de fonoaudiólogos propostos.

5.2.4.1. Aonde e para quem se dá o apoio do NASF

O número de Unidades Básicas de Saúde em que cada equipe NASF presta serviço apresentou uma média de 2,8 entre os respondentes, variando entre uma (1) até seis (6) UBSs por equipe de NASF. Informações deste mesmo dado, colhidas junto à Coordenação da Atenção Básica, referente a outras equipes que não entraram

no estudo são condizentes e a média de Unidades por equipe NASF no município de São Paulo é a mesma.

Não há nos documentos que regularizam as ações do NASF uma determinação específica acerca do número de Unidades em que uma equipe NASF deva prestar serviço. Esta determinação se dá apenas quanto ao número de Equipes de Saúde da Família. No entanto, há uma grande interferência desta questão nos processos de trabalho dos profissionais que compõem a equipe NASF uma vez que estando em muitos lugares distintos estes profissionais tem um tempo bastante reduzido para planejar e desenvolver ações compartilhadas com as equipes de saúde da família, despendendo um tempo precioso que é gasto com deslocamento entre as unidades, de forma a provocar um impacto negativo nas ações em saúde dos diferentes territórios. Dividir a carga horária dos profissionais do NASF, que na grande maioria é de 20 horas semanais, entre as distintas UBSs reflete diretamente na capacidade desta equipe em compor com as Equipes de Saúde da Família, porque disto depende estar próximo, necessita vínculo entre os profissionais.

Sobre o número de Equipes de Saúde da Família que cada equipe NASF apóia a variação encontrada nas informações dadas pelos respondentes foi entre oito e 20 equipes, com média de 14 equipes saúde da família para cada equipe NASF.

De acordo com os dados informados pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde sobre as equipes NASF que não participaram do estudo, a média encontrada é de 13,5 sendo muito semelhante ao que foi encontrado entre os respondentes.

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os NASF, estipulava que o número de equipes de Saúde da Família que cada equipe NASF deveria apoiar fosse de no mínimo 08 (oito) e no máximo 20 (vinte) equipes. Entretanto, esta portaria foi revogada pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A nova política nacional da Atenção Básica define que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, com exceções apenas para os municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, onde cada NASF 1 pode realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Dentre os respondentes, 40,4% das equipes NASF estão apoiando um número maior que 15 equipes de Saúde da Família, estando estas com um número excessivo entre 18 e 20 equipes a serem apoiadas. De acordo com informações da Coordenação da Atenção Básica do município, entre as equipes que não participaram do estudo este número também é alto, sendo que 31% das equipes NASF do município de São Paulo apóiam mais que 15 equipes de Saúde da Família.

Considerando esta mudança na política pública vigente, bem como sua grande relevância para a melhoria na qualidade dos processos de trabalho do NASF, faz-se necessário que os gestores das equipes que ainda se encontram apoiando um número maior que 15 (quinze) equipes de Saúde da Família, procurem adequar esta questão o quanto antes, com vistas a garantir melhores condições de trabalho e consequentemente, melhores resultados e que os preceitos do SUS sejam cumpridos.

Em estudo sobre a implantação de equipes NASF em um município brasileiro, Azevedo (2012) obteve falas de entrevistados que referiram que a diminuição do número de Unidades Básicas de Saúde e, conseqüentemente, o número de equipes de SF referenciadas fez muita diferença no cotidiano de trabalho do NASF e contribuiu ainda mais para qualificação da assistência.

5.2.4.2. De onde parte a organização do trabalho compartilhado entre NASF e ESF – as “reuniões de matriciamento”

Considerando a perspectiva de trabalho proposta para o NASF, na qual predomina o trabalho em equipe transdisciplinar, para implementar efetivamente esta proposta faz-se necessário estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento entre os profissionais NASF e entre as equipes NASF e ESF. Estes

espaços se constituem em reuniões para discussão de casos clínicos, definição de objetivos, de critérios de prioridades, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussão de projetos para o território, bem como para discussão acerca das diversas situações do dia-a-dia do trabalho em equipe (Brasil, 2009).

Baseadas nos documentos norteadores para o trabalho do NASF, as equipes organizam as reuniões entre NASF e ESF de acordo com as necessidades e preferências de cada realidade. A frequência com que os profissionais do NASF irão conseguir compartilhar espaços de reunião com as equipes da ESF depende diretamente do número de equipes de Saúde da Família que cada equipe NASF apóia, do número de profissionais que compõem a equipe NASF e da disponibilidade dos profissionais das equipes de Saúde da Família para compor estes espaços de troca e planejamento do trabalho. Esta disponibilidade interfere não só no tempo e periodicidade das reuniões, mas muito mais no conteúdo e andamento das discussões.

Uma questão recorrente nas respostas deste estudo e também comum no dia a dia das equipes NASF, é a denominação dada a estas reuniões entre as equipes NASF e ESF de “Reuniões de Matriciamento”. Apesar do entendimento claro da maioria dos profissionais de que o matriciamento é uma lógica de organização do trabalho, um processo constante que permeia todas as ações compartilhadas entre os profissionais de ambas as equipes, este termo pode causar o entendimento errôneo de que existe um espaço específico e determinado para que o matriciamento ocorra. No caso daqueles que tem o entendimento adequado acerca do apoio matricial, é apenas um jargão utilizado pelos profissionais para facilitar a identificação deste espaço.

Analisando as respostas referentes ao modo como são organizadas as reuniões para discussão e planejamento dos processos de trabalho conjuntos entre NASF e ESF, foram encontradas entre as equipes dos fonoaudiólogos respondentes diferentes conformações destes espaços de reunião, que são apresentadas no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3: Periodicidade e Tempo das Reuniões entre NASF e ESF.

Periodicidade e Tempo de Reunião NASF-ESF	Porcentagem de ocorrência
Reunião Semanal com 1 hora de duração	33,9%
Reunião Semanal com 2 horas de duração	13,2%
Reunião Quinzenal com 1 hora de duração	18,9%
Reunião Quinzenal com 2 horas de duração	13,2%
Reunião Quinzenal com 3 horas de duração	1,9%
Reunião Mensal com 1 hora de duração	3,7%
Reunião Mensal com 2 horas de duração	5,6%
Reunião Mensal com 4 horas de duração	9,4%

Observa-se entre as equipes NASF, dos fonoaudiólogos participantes deste estudo, uma grande variação na forma como são organizadas as reuniões entre NASF e ESF. O modelo mais comum entre os participantes é a ocorrência da reunião semanal, com duração de uma hora com cada equipe de Saúde da Família, seguida pela reunião quinzenal, também com uma hora de duração. As outras conformações mais comuns também envolvem a periodicidade semanal ou quinzenal, porém com duas horas de duração, cada reunião.

Outras conformações apresentadas no quadro acima ocorrem com menos frequência entre as equipes participantes do estudo, no entanto chamam a atenção pelo tempo e periodicidade aparentemente insuficientes, se considerarmos todos os objetivos que são atribuídos a este espaço. Se pensarmos em uma reunião mensal com duração de uma hora, como garantir a regularidade na discussão e rediscussão dos casos clínicos e dos projetos terapêuticos singulares, a avaliação dos processos de trabalho, a resolução de conflitos, a discussão de projetos para o território, a discussão acerca das diversas situações do dia-a-dia do trabalho em equipe, a educação permanente/continuada? Como é possível estabelecer vínculo com as equipes de saúde da família a ponto de compor a equipe como parte e partilhar suas demandas, suas angústias? Como apoiar sem estar junto?

Pode-se pensar naquela interferência da qual falei anteriormente para a organização destes espaços de reunião, que irão depender do número de equipes de

saúde da família que cada equipe NASF apóia e do número de profissionais NASF que irão se dividir para compor tais reuniões. No entanto, cruzando os dados referentes a esta questão com o número de equipes e com o número de profissionais NASF, nem sempre as conformações de reuniões com maior frequência e tempo de ocorrência se referem às equipes NASF com maior número de profissionais e/ou menor número de equipes de saúde da família. Portanto, neste caso a questão da disponibilidade é que parece ser determinante para a organização destes espaços, que deveriam se configurar como prioridade essencial no planejamento de todas as ações da equipe de apoio.

No que se refere ao compartilhamento dos casos, é neste espaço de reunião entre equipe de SF e NASF onde, prioritariamente, são trazidas as demandas de apoio não só para o fonoaudiólogo, mas para toda a equipe NASF.

As equipes NASF se dividem para entrar nestas reuniões e esta divisão pode se dar de diferentes formas. A lógica mais comum observada entre os respondentes é a de profissionais de referência para determinadas equipes de SF. Estas referências podem ser compostas por duplas, trios ou até mesmo um profissional sozinho, dependendo do número de componentes do NASF e do número de equipes de SF apoiadas. Outra forma de organização, que se mostrou menos comum mas aparece nas respostas, é a divisão dos profissionais do NASF em mini-equipes temáticas (saúde mental e reabilitação).

Na lógica dos profissionais de referência cada profissional, dupla ou trio será o elo entre a equipe de SF e a equipe NASF, sendo responsáveis por absorver a demanda que a equipe de SF traz e levá-la aos outros integrantes do NASF, nos espaços de reunião específicos desta equipe. Na lógica de mini-equipes, estas passarão, em algum momento, pelas reuniões de todas as equipes de SF, ficando as discussões dos casos direcionadas para o tema/especialidades da mini-equipe presente.

Não há uma regra determinada nas diretrizes do NASF acerca de como as equipes devem se dividir para compor os espaços de reunião com as equipes de SF. Cada equipe define esta conformação considerando suas necessidades como o número de profissionais na equipe NASF, o número de equipes de SF apoiadas, lógica de trabalho da equipe etc. Entretanto é preciso salientar que esta conformação

pode influenciar positiva ou negativamente nos processos de trabalho da equipe, se esta não estiver atenta às diretrizes e princípios da proposta NASF. Por exemplo, no caso das mini-equipes, deve-se tomar cuidado para que as discussões não fiquem direcionadas e centradas nas especialidades presentes, que por já poderem definir as condutas ali no momento da reunião tendem a não levar a discussão para o grupo maior, impossibilitando a ampliação do olhar diante do caso/situação discutida pelas outras especialidades e também o matriciamento entre os profissionais do NASF. No caso dos profissionais, duplas ou trios de referência, há que se atentar para a integração da equipe e a capacitação mútua entre os profissionais para que as discussões sejam construtivas e efetivas junto das equipes, independentemente se o caso tem ou não a ver com a especialidade do profissional de referência, evitando assim um movimento de apenas repassar dados e agendamentos entre a equipe SF e o profissional da especificidade solicitada.

O fluxo de entrada dos casos para o NASF deve ser pactuado entre a equipe NASF e as equipes de saúde da família, o que consiste em uma das vertentes da Pactuação do Apoio. É preconizado que os casos sejam estudados e discutidos primeiramente entre os profissionais da equipe de saúde da família para que sejam elencadas as prioridades e, posteriormente, discutidos em reunião de equipe entre ESF e NASF, para que diferentes olhares possam ser colocados sobre a situação que se apresenta e a partir de então ocorra o planejamento e reavaliação dos projetos terapêuticos singulares.

Entre os respondentes deste estudo, o modo de chegada das demandas fonoaudiológicas, bem como de outras demandas para apoio do NASF, a partir das equipes de saúde da família, ocorre principalmente nos espaços de reuniões entre equipe NASF e ESF. O fluxo mais comum apresentado entre os respondentes determina que os casos a serem apoiados pelo NASF já tenham recebido uma atenção da equipe de SF, inclusive dos profissionais técnicos, e após decisão conjunta entre os profissionais da ESF em reunião prévia, as demandas são trazidas para discussão neste espaço de reunião com o NASF. Quando o caso necessita da intervenção de outro(s) profissional(is) NASF, que não está presente na discussão, esta é estendida para o espaço de reunião entre os profissionais NASF.

“Todos os casos são discutidos em reunião com a equipe de saúde da família ou em reunião NASF” (R4)

“Os casos são discutidos em reuniões das equipes de SF das quais participa uma dupla de referência formada por profissionais da equipe NASF. (...) Semanalmente, em reunião da equipe NASF, há espaços para que estes casos sejam direcionados, a partir do PTS definido com a ESF, ao profissional NASF que compartilhará o cuidado. (...)” (R12)

“Todos os casos que necessitam da atuação do fonoaudiólogo chegam através das reuniões de matriciamento. As equipes já sabem que antes de discutir o caso com o NASF o enfermeiro e/ou o médico precisam ter avaliado o paciente. Para que isto ocorra, há uma discussão prévia dos casos entre os profissionais da ESF em suas reuniões diárias.(...)” (R34)

“Não só os pacientes para a fonoaudióloga como das outras áreas, chegam através do matriciamento. Após ter passado por consulta com o médico ou enfermeiro, que detectam a necessidade de um atendimento especializado (um novo olhar).” (R45)

Entretanto, este fluxo é uma conquista, ainda em processo, das equipes NASF junto às equipes de SF, uma vez que é ainda muito difícil desconstruir a lógica de encaminhamentos para as especialidades, sem qualificação da demanda, sem discussão prévia. Em algumas respostas é possível identificar casos em que este processo já foi conquistado com a maioria das equipes, e casos em que os profissionais da ESF ainda têm dificuldades, ou até mesmo resistência, em seguir o fluxo preconizado.

“Geralmente, através do matriciamento entre profissionais do NASF e da equipe de SF, mas também pode surgir pelos corredores da UBS, através de profissionais da ESF ou de alguns grupos dos quais participo.” (R15)

“Chegam em vários momentos e por todos os profissionais das equipes de SF e do NASF: no corredor, nas reuniões, nos grupos.” (R18)

“Através da reunião do NASF e com as equipes de SF, (...). A maioria dos casos antes de um olhar mais específico do fonoaudiólogo (hoje, após dois anos), tem um olhar da equipe técnica da ESF.” (R22)

“Na maioria das vezes pelo fluxo que preconiza o NASF, que é em reunião de equipe com presença de um profissional do NASF. Acontece ainda de alguns profissionais pularem o fluxo, querendo discutir o caso fora do espaço de reunião de equipe.” (R26)

“Chegam por meio das discussões que o NASF participa junto às ESF. As equipes hoje entendem que não somos porta de entrada. Por exemplo, quando alguma ACS tem uma criança que foi encaminhada pela escola, mas que a equipe ainda não a conhece, sabem que primeiro precisam conhecê-la, saber da história dela e da família, para podermos decidir juntos qual o melhor projeto terapêutico singular para esta criança e sua família.” (R30)

Além dos casos que chegam por demanda das equipes de saúde da família, acontece também um fluxo contrário, que são casos acompanhados em algum outro serviço de saúde ou de outros setores, que são moradores dos territórios das equipes da ESF, e chegam por intermédio das articulações intersetoriais realizadas pela equipe NASF. Estes casos são discutidos entre os profissionais dos diferentes equipamentos da rede e a equipe NASF, que leva para as reuniões com as equipes da ESF estas demandas, para que estas tomem conhecimento dos casos e partilhem da construção do PTS.

“Os casos chegam através das reuniões de equipe entre NASF e ESF. Pode ser também por alguém da própria equipe NASF ou pelas instituições que realizamos parcerias. Mas só iniciamos o acompanhamento após discutir o caso com a equipe e pensar juntos a intervenção.” R(9)

“Através da unidade (equipe ou gerência), ou através dos serviços da rede (NIR, CRAS, CAPS, entre outros).” (R14)

“Os casos chegam, principalmente nas reuniões de equipe. (...) Outra forma, é através de reuniões organizadas entre equipamentos de saúde e escolas, que acontecem mensalmente.”
(R19)

5.2.4.3. As ações do fonoaudiólogo frente às demandas que lhe chegam pelas equipes de Saúde da Família - O Apoio em Ato

Como já foi descrito anteriormente, os objetos de trabalho do fonoaudiólogo do NASF são as equipes da ESF e a população adscrita a estas equipes, e para a realização deste trabalho a equipe NASF faz uso de algumas ferramentas que também já foram descritas anteriormente neste trabalho.

Neste capítulo o intuito é apresentar quais as ações práticas realizadas pelo fonoaudiólogo para a realização deste trabalho, ou seja, como ele aplica tais ferramentas no seu cotidiano para atender à demanda de apoio, entendendo também no que consiste exatamente esta demanda.

Uma das questões do instrumento de coleta dos dados (questão de número 16 – Anexo 6) pedia que os fonoaudiólogos descrevessem as atividades que desenvolviam em uma semana típica de trabalho. A pretensão inicial desta questão era conhecer como se organizava a agenda semanal do fonoaudiólogo no NASF, ou seja, de que forma se dava a operacionalização do processo de trabalho, e ainda conhecer algumas ações por meio da descrição das atividades. No entanto, prevaleceu uma das limitações deste tipo de instrumento de coleta de dados, como já apresentado no percurso metodológico deste estudo, na qual nem sempre o sujeito da pesquisa irá responder adequadamente ao que se espera da questão.

Poucos foram os profissionais que apresentaram algum tipo de sistematização do seu processo de trabalho no decorrer de uma semana. Em menor número foram aqueles que descreveram as atividades realizadas. As respostas a esta questão do instrumento consistiram no geral em listas de todas as atividades realizadas pelos fonoaudiólogos respondentes.

A seguir estão transcritas as respostas que mais se aproximaram de uma sistematização dos processos de trabalho do fonoaudiólogo no decorrer de uma

semana típica de trabalho. No entanto, a partir delas só é possível identificar alguns traços comuns de operacionalização do processo de trabalho.

“Segunda feira – grupo de estimulação de linguagem infantil, atendimentos compartilhados ou individuais, visitas domiciliares e reunião NASF. Terça feira – atendimentos compartilhados ou individuais e grupos educativos compartilhados (reeducação alimentar). Quarta feira – Reunião de matriciamento, grupo terapêutico de fala e reunião NASF. Quinta feira – Reunião de matriciamento, atendimentos compartilhados ou individuais ou visitas domiciliares, grupo terapêutico de linguagem escrita. Sexta feira – grupo de caminhada, reunião de matriciamento, reunião técnica da UBS, atendimentos ou visitas domiciliares.” (R1)

“Reunião NASF (5 horas semanais), Grupos de estimulação de linguagem oral (semanal e quinzenal), Grupo de leitura e escrita (semanal), Grupo compartilhado com o psicólogo de orientação aos pais, Grupos compartilhados com a odonto (aleitamento materno e orientação quanto ao uso de chupeta e mamadeira), acolhimento em saúde mental (de forma geral)” (R7)

“Minha carga horária se distribui em um elevado número de horas de reuniões com as ESF, um período de reunião semanal com a equipe NASF, uma média de 3 a 4 grupos terapêuticos ou oficinas semanais (em sua maioria específicos fonoaudiológicos) e o restante é preenchido por consultas, em maior número, seguido de visitas domiciliares” (R12)

“1 hora de reunião de equipe todos os dias. 4 grupos de dificuldades de aprendizagem (uns mais recentes outros mais antigos, perto de alta). Toda segunda a tarde consultas compartilhadas com médicos no atendimento à gestantes. Grupo semanal de estimulação de linguagem, de 2 a 6 anos, compartilhado com o educador físico (contagem de histórias mais recreação com estímulos de oralidade). Grupo de adolescentes no CJ, de 11 a 14 anos, com enfoque em reeducação. Visitas Domiciliares. Participação

em grupos das equipes (puericultura, saúde da mulher, saúde da criança).” (R27)

A partir das respostas acerca da composição da agenda semanal dos fonoaudiólogos e também de respostas referentes a outras questões do instrumento, foi possível identificar diferentes ações realizadas pelo fonoaudiólogo, que foram classificadas de acordo com os objetivos finais de cada uma delas.

As ações de **apoio à assistência** são aquelas que envolvem a ação direta do fonoaudiólogo com os usuários do serviço, e consistem na consulta/atendimento individual específico do fonoaudiólogo, consulta/atendimento individual compartilhado com outros profissionais da equipe NASF e/ou da ESF, visita/consulta domiciliar específica do fonoaudiólogo, visita/consulta domiciliar compartilhada com outros profissionais da equipe NASF e/ou da ESF, grupos de práticas corporais ou de artesanato nos quais o fonoaudiólogo pode aplicar conhecimentos do seu núcleo de saber ou apenas estimular as boas práticas de vida saudável; grupos educativos de promoção à saúde compartilhados com profissionais da equipe NASF e/ou da ESF (gestantes, crianças, adolescentes, idosos, Hipertensos e Diabéticos, com orientações sobre aleitamento materno, introdução de alimentação complementar, hábitos orais deletérios, desenvolvimento de fala e linguagem, saúde bucal, saúde auditiva, prevenção de agravos, tabagismo, grupo de convivência de idosos); grupos/oficinas terapêuticas específicos em Fonoaudiologia, que podem ou não contar com a contribuição de outros profissionais (linguagem oral e escrita, distúrbios articulatorios, voz, contagem de histórias, memória, motricidade orofacial); oficinas lúdicas; grupos de orientação para pais de crianças acompanhadas compartilhados com profissionais da equipe NASF e/ou da ESF.

“A atuação do fonoaudiólogo no NASF é bem extensa, indo além de suas especificidades; promovendo a saúde e a qualidade de vida com estratégias de prevenção; realizar diagnóstico e tratamento em linguagem, motricidade orofacial, voz e audição; realizar grupos de orientações ao desenvolvimento de fala e linguagem, audição, voz e outros temas.” (R46)

Nem sempre as ações do fonoaudiólogo no apoio à assistência estarão voltadas para situações em que a demanda envolve alguma questão específica do seu núcleo de conhecimento. Acima foram citadas algumas participações deste profissional em ações de outras especialidades como os grupos de práticas corporais ou de artesanato, onde o fonoaudiólogo pode contribuir com questões fonoaudiológicas, no entanto nem sempre esta intervenção vai se limitar ao núcleo específico.

“Participo de grupos variados que não envolvem a Fonoaudiologia diretamente, mas que visam a melhora da qualidade de vida dos usuários: grupos de práticas corporais, de hábitos saudáveis, de apoio a pais, de hipertensão e diabetes.” (R6)

“(...) participo de atendimentos como profissional de saúde (sob a perspectiva de acolher o usuário) e executo ações, especialmente em grupos, voltadas para a promoção da saúde (grupo de musicalização, expressão corporal).” (R12)

“Estou envolvida em grupos de adolescentes que tem como objetivo o projeto de vida, a sexualidade, a auto-estima, uso de drogas e comportamento.” (R19)

“(...) participo de capacitações e ações como cultura de paz, violência, saúde da mulher, hanseníase, tuberculose e outros programas da ESF. Sinto-me capacitada para acolher e orientar qualquer tipo de demanda que venha à UBS.” (R28)

Com o apoio de um dos princípios da Atenção Primária e do NASF, a transdisciplinaridade, as possibilidades de intervenção do fonoaudiólogo na Atenção Básica vão muito além do que este profissional é direcionado a fazer na sua formação básica. Por meio do matriciamento e das ações conjuntas com outras categorias profissionais, o fonoaudiólogo vai incorporando outros conceitos às suas práticas e construindo as ações de acordo com as necessidades que se colocam.

Geralmente, as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por

esta ou aquela especialidade, mas, sim, exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares (Brasil, 2009).

Para além do atendimento clínico específico, individual ou compartilhado, uma possibilidade de intervenção do fonoaudiólogo na ação direta com os usuários é a intervenção em grupo, sejam grupos educativos ou grupos terapêuticos. O trabalho em grupo é uma forma eficaz de se trabalhar na saúde coletiva, tanto na clínica fonoaudiológica quanto em outras especialidades, na lógica de prevenção e promoção da saúde, bem como em ações de reabilitação. Esta conformação de atendimento é eficaz não só para auxiliar na redução de filas de espera e agilizar a demanda dos atendimentos, mas principalmente como forma de potencialização dos sujeitos atendidos pelo compartilhamento que o grupo oferece. Isso o diferencia do atendimento individual, uma vez que o ser humano é um ser instintivamente social e, portanto, as atividades em grupo podem ser benéficas tanto emocionalmente quanto socialmente, auxiliando o indivíduo em suas relações pessoais e interpessoais, criando situações de diálogo, enfrentamento das dificuldades, funcionando como uma troca de experiências, as quais possam auxiliar na sua reabilitação e/ou na convivência com os demais. O processo terapêutico grupal permite que os sujeitos despertem para assuntos desconhecidos e/ou inconscientes, discutam, reflitam, e transfiram para a vida conhecimentos importantíssimos que os auxiliarão a serem agentes de sua própria saúde durante ou após o período de terapia (Souza et. al., 2011).

É importante considerar que tais características da atividade de grupo são diretamente dependentes do modo como os profissionais envolvidos conduzem as ações realizadas no grupo. Algumas atividades de grupo apresentam um caráter apenas informativo ou prescritivo, o que dificulta a ocorrência das trocas citadas anteriormente e diminui sua capacidade de potencialização dos sujeitos. Estes aspectos não apareceram nas respostas dos fonoaudiólogos uma vez que não houve um detalhamento acerca destas atividades, mas são de grande relevância para a avaliação e análise de atividades desta categoria.

As ações de **apoio técnico-pedagógico** são ações voltadas para as equipes de saúde da família, onde os profissionais são o alvo destas ações. Consistem nas

reuniões de matriciamento, ou seja, as reuniões direcionadas às discussões dos casos em conjunto equipe NASF e ESF, onde o conhecimento técnico do profissional do NASF ajudará na ampliação do olhar da equipe de SF para os diferentes casos; capacitações para as equipes de saúde da família com temas em Fonoaudiologia, geralmente relacionados aos casos discutidos ou temas de interesse das diferentes categorias profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde). Tais capacitações podem ocorrer em espaços formais direcionados especificamente a elas, como nas reuniões de equipes, reuniões técnicas, mas ocorrem principalmente durante as ações compartilhadas, onde as trocas de saberes acontecem na prática do cuidado.

“Atuo junto às equipes de SF capacitando os profissionais em relação às questões da Fonoaudiologia e matriciando os casos da área (...)” (R1)

“(...) reforçar os princípios do SUS e agregar saberes às ações já realizadas, por meio do matriciamento das equipes de saúde sobre as áreas de atuação do fonoaudiólogo e seu desenvolvimento seja em reuniões, capacitações, atendimentos ou visitas domiciliares.” (R8)

“(...) Também participo das reuniões de equipe, onde discutimos os casos para pensarmos juntos as ações, sejam elas individuais ou coletivas. (...)Nos dividimos em duplas de referência que entram nas reuniões das equipes de SF. Sou referência de algumas equipes no sentido de pensar junto nas reuniões, ações independente de núcleo de saber, que não cabe apenas à Fonoaudiologia.” (R16)

“O fonoaudiólogo deve divulgar a Fonoaudiologia para outros profissionais das equipes de SF e NASF e para a população, tornando-a acessível, mostrando as diversas possibilidades de atuação e colocando em prática seus conhecimentos no território, chamando a atenção para os distúrbios da comunicação de modo geral.” (R26)

“(...) Ajudar as equipes de saúde da família no que se refere ao papel da Fonoaudiologia na vida das pessoas . Divulgar no que o

fonoaudiólogo pode ajudar nos casos que as equipes acompanham. Ampliar o olhar das equipes e das pessoas sobre os problemas fonoaudiológicos” (R27)

As ações de **articulação de rede** são todas aquelas voltadas para a aproximação entre os diferentes serviços que atendem a população adscrita no território, sejam da saúde ou de outros setores. As ações intersetoriais dos respondentes consistem nas visitas institucionais em escolas, creches, Centros de Atenção Psico-Social - CAPS, Centros de Convivência e Cooperativa - CECCO, Fórum de Saúde Mental, Núcleo Integrado de Reabilitação – NIR, Núcleo Integrado de saúde Auditiva – NISA, Centros de Convivência de Crianças e Adolescentes – CCA, Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis – PAVS, diversos equipamentos do território como ONGs, associações de moradores, entre outros. Nestas ações pode ocorrer discussão de casos de pacientes acompanhados em mais de um serviço, intervenções pedagógicas, intervenções compartilhadas individuais ou coletivas, que poderão auxiliar no bom desenvolvimento dos casos acompanhados pelo fonoaudiólogo do NASF.

“(...) estou começando a desenvolver uma ação junto com a associação de moradores vinculando aulas de violão e informática a usuários com queixas de dificuldades de aprendizagem.(...)” (R3)

“Participo de um fórum das escolas. Discutimos casos que muitas vezes as escolas trazem sem o conhecimento das equipes de SF. Nós discutimos o caso e após discuti-lo com a ESF, dou o retorno na próxima reunião do fórum.” (R12)

“Participo da articulação com o NIR em reuniões com frequência de uma vez por mês. Discussão de casos encaminhados ao NIR com demanda fonoaudiológica ou não. Nestas ações são decididas maneiras de se organizar o fluxo dos atendimentos de forma mais integral e resolutiva possível. O NIR traz sua impressão/avaliação do caso e nós levamos dados do território em que aquela pessoa reside, sua família, seu contexto social (caso seja

necessário). Também vou ao CAPS infantil uma vez por mês onde são discutidos casos de saúde mental das crianças encaminhadas ao CAPS. As discussões são muito semelhantes ao NIR e elaboramos o PTS conjuntamente. Sempre vou às escolas pensar junto com elas no projeto pedagógico adequado para cada criança que acompanho. (...)” (R35)

As ações de **gestão do trabalho** são aquelas direcionadas ao planejamento e avaliação dos processos de trabalho tanto individuais como os compartilhados com as equipes NASF e da ESF. Consiste na reunião NASF, onde todos os profissionais da equipe podem discutir, planejar e alinhar seus processos de trabalho; na reunião técnica da Unidade Básica de Saúde, onde são colocadas questões importantes acerca do funcionamento da UBS, que podem estar relacionadas ao trabalho conjunto, bem como nas reuniões gerais das UBSs; Reuniões do Conselho Gestor; Comissão de Prontuários; Comissão Interna para Prevenção de Acidentes – CIPA; ações administrativas como planejamento de alguma ação, preenchimento de fichas de produção, elaboração de relatórios, criação de materiais para atendimentos ou para divulgação de grupos.

“Participo de algumas atividades que fazem parte do processo de acreditação da instituição, como comissão de prontuários, gerenciamento de risco, elaboração de procedimentos operacionais padrão.” (R10)

“Semanalmente tenho reunião com a minha equipe NASF para discutir processo de trabalho (tanto aspectos mais burocráticos e administrativos, quanto para reflexão sobre a atuação do grupo NASF com as equipes de SF e as ações com os usuários/famílias/comunidade) além de ser um espaço que considero para auto-reflexão sobre minha atuação.(...)” (R16)

“(...) reunião da equipe NASF com a coordenadora, reunião técnica, reunião geral da UBS, conselho gestor (...)” (R17)

A Principal Demanda Específica em Fonoaudiologia e os seus Desdobramentos.

Como pôde ser observado a partir das ações descritas pelos respondentes deste estudo, a demanda em Fonoaudiologia perpassa todos os ciclos de vida dos sujeitos, desde a gestação com as orientações acerca da importância de estimular o sistema auditivo do bebê, o crescimento facial por meio do aleitamento materno, até a senilidade quando o declínio físico acomete habilidades básicas como a comunicação e o processo natural de alimentação.

Na Atenção Primária o fonoaudiólogo possui infindas possibilidades de atuação, também na reabilitação de morbidades ou processos anormais do desenvolvimento, mas principalmente na promoção da saúde fonoaudiológica e geral e na prevenção dos agravos, em todos os ciclos de vida e na capacitação das equipes de saúde da família. O enfoque da atuação do fonoaudiólogo, bem como de todos os profissionais envolvidos, dependerá das características epidemiológicas e populacionais do território onde ele atua.

No que se refere à demanda específica para o fonoaudiólogo do NASF, existem algumas bastante recorrentes, como no caso dos respondentes deste estudo que apontam como principal demanda as crianças com problemas no desenvolvimento de linguagem oral e escrita. Os acometimentos da linguagem escrita, que envolvem as dificuldades no processo de aprendizagem e os distúrbios de leitura e escrita, foram referidos por 76,6% dos respondentes como sendo a principal demanda para atendimento fonoaudiológico, seguido pelos acometimentos da linguagem oral, que englobam o atraso no desenvolvimento de fala e os distúrbios fonético/fonológicos, que foram referidos por 72,3% dos respondentes como a principal demanda para atuação do fonoaudiólogo. Tais demandas chegam por intermédio das equipes de SF, principalmente por encaminhamentos formais das escolas ou apenas queixas dos profissionais da educação trazidas pela mãe.

Esta demanda é acolhida pelos profissionais do NASF em reunião entre ESF e NASF e diversas são as ações citadas como possíveis para trabalhar esta demanda, dependendo do histórico que acompanha cada caso. São realizadas desde consultas compartilhadas ou específicas para avaliação da criança, até mesmo visitas domiciliares, a fim de um melhor entendimento do contexto familiar, e ainda visitas às escolas para o conhecimento da real situação escolar da criança. Após o

diagnóstico, os casos podem ser acompanhados individualmente ou em grupos/oficinas terapêuticas, geralmente com um espaço para participação e orientação aos pais e familiares, no intuito da co-responsabilização, e dependendo do prognóstico e evolução dos casos, podem ou não ser encaminhados a outros níveis de atenção dentro da rede de serviços em saúde. Outras ações citadas, ainda com intuito de trabalhar estas demandas mais recorrentes, são as capacitações nas equipes de saúde da família para favorecer a ampliação do olhar para estes casos, e também capacitações nas escolas a fim de que os profissionais da educação adquiram mais ferramentas para lidar com as dificuldades apresentadas por seus alunos.

Em um estudo sobre a demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil, o perfil identificado por Diniz e Bordin (2011) foi de crianças do gênero masculino e em faixa escolar, similar a outros estudos da área (Barros e Oliveira, 2010), encaminhados em sua maioria por queixas de alteração de fala. Para trabalhar esta demanda Diniz e Bordin (2011) salientam a importância no investimento e planejamento de ações em saúde fonoaudiológica, voltadas, principalmente, à prevenção e à promoção de saúde junto às Unidades Básicas de Saúde, escolas e creches pertencentes às suas áreas de abrangência, em programas de educação permanente, para professores e profissionais de saúde da Atenção Básica.

Tais proposições vão ao encontro do que consiste o papel do Fonoaudiólogo do NASF frente às demandas mais prevalentes do território, que seja o trabalho focado em ações coletivas de promoção e prevenção, e ainda a articulação intersetorial, com vistas à diminuição desta demanda a médio e longo prazo.

5.2.4.4 O trabalho compartilhado: uma questão de pertinência ou (in) disponibilidade pessoal

Como já abordado anteriormente, a criação e implantação dos NASF objetiva aumentar a resolubilidade da Estratégia Saúde da Família devido à complexidade do trabalho em saúde na APS, e para tal insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado. De acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para organização dos processos de trabalho do NASF, em conjunto com as equipes de SF devem ser priorizadas as ações de atendimento

compartilhado, intervenções específicas do profissional NASF de forma negociada e apenas nas situações extremamente necessárias, e as ações comuns nos territórios de responsabilidade das equipes, sempre a partir de espaços de discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos singulares (Brasil, 2009).

No que se refere aos espaços de compartilhamento e discussão dos casos, onde ocorre formalmente a solicitação do apoio do NASF, observa-se a partir de tudo o que já foi descrito anteriormente que as equipes têm buscado organizá-los de modo a contemplar os objetivos aos quais se destinam. É garantido o espaço de reunião de equipe com a participação dos profissionais de referência e dos apoiadores para formulação de projetos terapêuticos e o planejamento das ações a partir da problematização dos casos e das situações apresentadas.

Entretanto, foi possível identificar entre os respondentes algumas especificidades bastante significativas acerca das ações compartilhadas, mais especificamente os atendimentos e as ações no território, que valem ser aprofundadas, questionadas e debatidas.

Inicialmente, identifica-se que existe uma dificuldade de o próprio profissional fonoaudiólogo compreender e configurar o seu trabalho dentro de uma equipe interdisciplinar, e ser capaz de pensar a sua ação integrada à de outros profissionais. As ações compartilhadas não fazem parte da história desta profissão e a formação ainda não contempla tal prática que vem sendo construída pelos profissionais inseridos neste contexto.

“Inicialmente compartilhava mais ações com o psicólogo, por conta da proximidade das especialidades, com ações mais voltadas para avaliação e terapia. Com a nutricionista minhas ações aumentaram de forma significativa, pois fazemos juntas ações de promoção do aleitamento materno, uso de chupeta e mamadeira na introdução alimentar, e nos grupos de reeducação alimentar eu tenho atuado nas alterações da deglutição. Com a fisioterapeuta as ações ficam voltadas para a reabilitação dos casos neurológicos e deficiências. Algumas ações com outros profissionais ficam mais distantes, pois não fomos formados para ações compartilhadas, você precisa de um período de experiência para saber como sua atuação pode somar em outras áreas.

Mas para o trabalho no NASF há de se ter um perfil maleável para mudar sua própria atuação.” (R7)

Os fonoaudiólogos realizam ações compartilhadas tanto com os profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto com os profissionais do NASF.

Em relação à equipe NASF, os respondentes apontam que as ações compartilhadas são planejadas de acordo com a similaridade nas demandas, e acontecem tanto em consultas e visitas compartilhadas como em grupos terapêuticos ou ações mais coletivas. Referem que é mais fácil planejar atividades compartilhadas entre a própria equipe NASF devido à afinidade entre os profissionais, às características de processos de trabalho semelhantes, e julgam estas ações importantes não só pelas trocas e aprendizado mútuo, mas também se sentem mais seguros por poder contar com um colega da mesma equipe para somar olhares a respeito de algum caso ou situação.

Não especificaram nenhuma categoria, alegando compartilhar ações de forma semelhante com **todos** os profissionais da equipe NASF, 32% dos respondentes.

Dentre as categorias profissionais do NASF citadas, as que mais compartilham ações com o fonoaudiólogo são:

- **Psicólogo** – apontada por 27,6% dos respondentes em ações de avaliação e terapia principalmente. Os respondentes atribuem este maior contato entre as profissões devido à maior proximidade das especialidades, à atuação da Fonoaudiologia em saúde mental e a grande demanda de saúde mental, à demanda de escolas por ambos profissionais, e alguns ainda alegam que por terem carga horária maior (cumprem 40 horas semanais) passam mais tempo juntos;
- **Fisioterapeuta** – apontada por 23,4%, principalmente com ações de consultas e visitas domiciliares, atribuindo este fato à grande demanda para reabilitação de casos neurológicos e deficiências;
- **Terapeuta Ocupacional** – apontada por 21,2% atribuindo ao elevado número de crianças com demanda escolar, com queixas de aprendizado e comportamento, falta de limites ou dinâmica familiar.

- **Nutricionista** – citada por 17% dos respondentes como uma das categorias que mais compartilha ações com o NASF, principalmente nas ações de promoção do aleitamento materno, uso de chupeta e mamadeira na introdução alimentar; grupos de reeducação alimentar com orientações sobre mastigação e deglutição.
- **Educador Físico** – apontada por 8,5% como o principal apoio NASF para os grupos em que o fonoaudiólogo está inserido.

No que se refere às ações compartilhadas entre o fonoaudiólogo do NASF e os profissionais da ESF, os respondentes referem que tais ações ocorrem mais com alguns profissionais, menos com outros, e referem que com a ESF é mais difícil, que as compartilhadas ocorrem menos com a ESF devido à indisponibilidade de agenda dos profissionais dentro da dinâmica do trabalho.

Dentre os profissionais da ESF, todos foram citados pelos respondentes como profissionais com quem o Fonoaudiólogo compartilha ações. Entretanto, há uma grande discrepância na frequência de compartilhamento entre as categorias da ESF e houve uma forte crítica por parte dos respondentes à participação, ou não participação, dos médicos nestas atividades.

- **Enfermeiro** – apontado por 76,5% dos respondentes como sendo o profissional da ESF com quem mais compartilham ações, principalmente em consultas e visitas domiciliares, com a finalidade de ampliar o olhar clínico e por possuir um grande vínculo com a comunidade. Alguns respondentes argumentam que os horários do enfermeiro são mais maleáveis e por isto este profissional tem maior flexibilidade para realizar ações educativas e compartilhadas. Outros afirmam que este é um profissional mais aberto ao trabalho do NASF e com maior consciência da importância da clínica ampliada, já que sua agenda é tão cheia quanto à do médico da equipe.
- **Agente Comunitário de Saúde** – 51% dos fonoaudiólogos afirmam realizar mais ações compartilhadas com os ACSs, principalmente nos grupos e nas visitas domiciliares. Referem que este profissional, devido ao seu papel de elo entre a equipe e a comunidade, está sempre presente nas visitas domiciliares. Por terem também um maior contato e proximidade com a população,

conseqüentemente existe uma ansiedade maior deste profissional na resolução dos problemas. Também é apontado como um profissional mais aberto ao trabalho do NASF.

- **Auxiliares de Enfermagem** – apontados por 17% dos respondentes como parceiros nas ações compartilhadas, principalmente nas visitas domiciliares e nos grupos das equipes de saúde da família que o NASF apóia. Geralmente este profissional tem grande parte de sua agenda comprometida com atividades de procedimentos na UBS, o que limita sua disponibilidade para ações compartilhadas.
- **Dentista ou Equipe de Odontologia** – apontados por 12,7% dos fonoaudiólogos como sendo parceiros em ações compartilhadas, principalmente nos grupos sobre introdução a alimentação complementar, nas ações de promoção e prevenção nas escolas, em orientações sobre hábitos deletérios e amamentação. Nem sempre as equipes de saúde bucal atuam de forma integrada com as equipes de SF.
- **Médico** – citado por 6,3% dos fonoaudiólogos como um dos profissionais que mais compartilham consultas. Tais respondentes afirmam que estes médicos apresentam demanda por matriciamento em outras áreas e realizam consultas compartilhadas com finalidade de ampliação do olhar clínico.

Dentre as duas equipes, NASF e ESF, algo que chama a atenção neste aspecto é o critério atribuído pela grande maioria dos respondentes para a definição acerca de qual profissional deverá compor determinada ação compartilhada. Quando a ação compartilhada se dá com outros profissionais NASF o critério usado na maioria das respostas é a pertinência de determinada categoria na ação com cada caso ou tema discutido. Já no caso das equipes de SF o critério é a disponibilidade dos diferentes profissionais da equipe para determinadas ações e para o trabalho compartilhado com o NASF.

“O profissional da ESF que mais participa das ações desenvolvidas pela equipe NASF é o ACS, seguido pelos enfermeiros e por último os médicos. A ESF tem uma estrutura muito rígida de metas a serem cumpridas e o profissional com mais flexibilidade de horários é o ACS.” (R6)

“Da ESF compartilho mais com agentes comunitários e com enfermeiros, devido aos horários mais maleáveis. Já com o NASF, em sua maioria são compartilhados com a psicóloga e com as fisioterapeutas, devido às demandas.” (R8)

“Com a Estratégia atuo mais com ACS e enfermeiros. Com o NASF é mais freqüente e ocorre com todos. Essas ações são grupos e atendimentos. Ocorre pouco com a Estratégia devido à indisponibilidade de agenda dentro da dinâmica de trabalho.” (R20)

“Com enfermeiros. Tanto nas consultas como nos grupos educativos. Talvez pela maior disponibilidade destes profissionais e abertura destes às novas propostas e solicitação destes de nossa inserção em suas atividades. Também realizamos consultas com médicos, com menor freqüência. Grupos não ocorrem porque, em geral, estes profissionais dispõem de menos tempo para atividades coletivas (sic).” (R25)

“Da ESF com enfermeiros, pois estes mostram-se disponíveis e têm consultas de 30 minutos. Quanto ao NASF, realizo ações compartilhadas especialmente com nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo devido à própria demanda dos casos que chegam.” (R28)

“Com psicólogo e terapeuta ocupacional do NASF. E da Estratégia mais com enfermeiros, ACSs e auxiliares de enfermagem. Do NASF devido ao planejamento das ações do território, em que construímos as ações e identificamos que nestas ações planejadas deveriam ser essas categorias a realizá-las devido à sua proximidade de interesse clínico. Com os profissionais da ESF ainda é muito difícil compartilhar ações com os médicos, porém os outros profissionais já tem mais disponibilidade.” (R36)

Alguns respondentes não vivenciam a mesma realidade acerca da indisponibilidade das categorias da ESF, e relatam uma experiência positiva neste

compartilhamento de ações. Há aqueles que até enfrentam alguma indisponibilidade para tal, no entanto não atribui isto a uma ou outra categoria profissional, mas sim às pessoas envolvidas no processo.

“Da ESF compartilho com ACS e médicos. (...) Acredito que faça mais atendimentos com estes profissionais devido à demanda dos médicos pelo matriciamento e dos agentes por causa das visitas domiciliares. (...)” (R1)

“(...) Com os médicos e enfermeiros são realizados mais consultas compartilhadas para ampliar o olhar clínico sobre o paciente.” (R2)

“Realizo estratégias com ACS, auxiliares de enfermagem, dentistas, médicos e enfermeiros. Não acredito que exista uma categoria mais difícil de atuar junto, para mim a disponibilidade depende de cada profissional independente da sua formação. Já tive ótimas experiências com profissionais de diversas áreas.” (R24)

Acerca da (in)disponibilidade, em especial da figura do médico, para as ações compartilhadas, o entendimento manifestado nas respostas dos fonoaudiólogos envolve desde questões pessoais dos profissionais médicos como a compreensão limitada da proposta NASF, o pouco envolvimento com o cuidado integral ao usuário, dificuldades de acesso ao profissional, até questões mais ligadas a dificuldades na dinâmica de trabalho ou na organização dos processos de trabalho deste profissional, como as agendas fechadas, as metas de consultas e atendimentos médicos, falta de tempo para ações coletivas, e ainda questões ligadas às falhas do sistema de saúde, como a falta de profissionais desta categoria, no caso das equipes incompletas.

“(...) São poucos os médicos que aceitam o compartilhamento de consultas.” (R3)

“(...) com os enfermeiros realizo algumas consultas e com os médicos é bem raro isso acontecer por conta da demanda por atendimento médico. (...)” (R11)

“Compartilho com enfermeiros e ACSs das equipes de SF, e do NASF com todos os

profissionais. Em função das metas, os médicos não conseguem compartilhar muitas consultas.” (R14)

“(…) Acredito que ocorra mais com enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS pela agenda e até mesmo, em alguns momentos, pelo entendimento da proposta do NASF. Com médicos acredito ser mais difícil pois a maioria deles preocupa-se com as metas de produção e às vezes quer que o NASF resolva e não compartilhe com ele.” (R17)

“São realizadas mais ações compartilhadas com enfermeiras porque há uma dificuldade de acesso aos médicos.” (R18)

“Enfermeiros. Com eles é mais viável realizar atendimentos, visitas domiciliares e grupos, não porque a agenda deles é mais tranqüila que a dos médicos, mas por saberem como é importante praticar a clínica ampliada.” (R21)

“Com enfermeiros e ACS. Por ser o enfermeiro um profissional mais disponível a trocas, e no atual momento está havendo uma cobrança para o aumento das práticas compartilhadas do enfermeiro. O médico, devido à menor oferta, tem uma cobrança menor para se adequar à proposta do PSF, tendo em muitos casos pouco perfil, e também devido à demanda e prática de cuidado focada em consultas, ficando na maior parte do tempo em atendimento ambulatorial.” (R22)

“(…) O acesso ao médico ainda é bastante complicado, principalmente porque grande parte das equipes permanece muito tempo sem este profissional.” (R23)

“(…) Acredito que as ações acontecem mais com os enfermeiros e auxiliares por enxergarem que a fono pode contribuir na avaliação que eles fazem do paciente e por serem mais “abertos” às contribuições dos outros profissionais. O discurso dos médicos é que a avaliação fonoaudiológica é muito específica. Poucos são os médicos que realizam consultas compartilhadas comigo.” (R34)

“(...) Com os médicos a dificuldade é em relação à produção. Consultas compartilhadas com o NASF são mais longas e as agendas deles são mais engessadas. (...)” (R44)

Apesar dos inúmeros esforços para a mudança no modelo assistencial em saúde, a formação médica ainda se encontra muito centrada no modelo hegemônico, e quando se trabalha sob a ótica do modelo médico-centrado, o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio do atendimento do médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo, assim, o espaço da dimensão cuidadora da equipe, empobrecendo a possibilidade de incorporação de outros saberes para ampliação da ação clínica, e o campo de busca para a solução dos problemas (Matumoto et. al., 2005).

De acordo com Cunha (2010), existe uma tendência da corporação médica em dizer que os problemas da Atenção Básica, na sua complexidade envolvendo o entendimento do sujeito como um todo e não somente do seu corpo, estão fora da responsabilidade médica. O autor observou que diante de problemas complexos alguns profissionais transferem a responsabilidade da resolução dos diversos problemas para o assistente social ou para os psicólogos. Nesta lógica, os médicos cuidam do corpo, os psicólogos da Saúde Mental e os assistentes sociais das questões sociais dos indivíduos.

Para além das agendas fechadas, esta visão reducionista do seu próprio trabalho, que valoriza as questões biológicas, centradas na doença e na medicalização em detrimento de todas as outras questões, é que provoca tal indisponibilidade do médico no compartilhamento das ações com as outras categorias profissionais. No entanto, é importante que os profissionais se apropriem da prática de atendimento compartilhado, a fim de possibilitar uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos e potencializando a intervenção com os usuários, configurando-se efetivamente a Clínica Ampliada.

5.3. DETERMINANTES DOS PROCESSOS DE TRABALHO DO FONOAUDIÓLOGO NO NASF – A DINÂMICA ATRAVESSADA POR QUESTÕES EXTERNAS

Sobre o que determina a organização dos processos de trabalho dos fonoaudiólogos do NASF, encontramos elementos internos à dinâmica de trabalho destes profissionais no contexto da Estratégia de Saúde da Família e também elementos externos a esta dinâmica, todos impactando significativamente no modo de fazer dos profissionais.

Alguns elementos identificados nas falas dos fonoaudiólogos respondentes como determinantes internos à dinâmica de trabalho na ESF foram:

- **Demanda:** de acordo com os respondentes, é a partir da demanda apresentada pelas equipes de SF que suas tarefas vão sendo delineadas em atendimentos ou visitas domiciliares, individuais ou compartilhados, formação de grupos terapêuticos ou educativos, capacitações, considerando que algumas atividades já foram pré-determinadas e são fixas, como as reuniões com as equipes de SF e grupos em andamento.

“O meu processo de trabalho é organizado de acordo com a demanda, no que diz respeito a atendimentos individuais, compartilhados ou em visitas domiciliares, respeitando horários já reservados para discussões de caso e grupos.”
(R1)

“(...) Auxílio as equipes na elaboração de ações mais efetivas, de acordo com as necessidades e entendimento da população.(...)” (R9)

“O controle da demanda fonoaudiológica e conhecimento do perfil epidemiológico da área e da população atendida.” (R31)

Os fonoaudiólogos entendem que a partir da demanda apresentada pelas equipes, estão sendo assistidas as necessidades de saúde da população e assim os processos são organizados a partir do território. As demandas referidas aqui englobam também aquelas que não são trazidas diretamente pelas equipes de SF, mas são identificadas pelo fonoaudiólogo a partir do trabalho em equipe, da articulação com serviços da rede e da comunidade.

- **Trabalho em Equipe:** o trabalho em equipe foi referido pelos respondentes deste estudo como determinante na organização dos processos de trabalho como um elemento distinto da demanda. Entretanto, apesar de realmente apresentar algumas especificidades, nas respostas é possível identificar uma interlocução constante entre estes dois elementos, uma vez que é a partir do trabalho em equipe que estas demandas chegam até os profissionais do NASF.

“Tenho por referencial o trabalho em equipe, e a construção de ações conjuntas.” (R16)

“Acredito que o fator principal na organização de trabalho de qualquer profissional do NASF é um trabalho em equipe coeso, que compartilhe os casos e se co-responsabilize por eles.” (R19)

“(...) Organizamos o processo de trabalho de cada categoria profissional a partir do processo de trabalho da equipe.(...)” (R35)

Através das discussões em equipe acerca dos casos e das condições de saúde do território é que são delineadas as ações dos profissionais e construídos os processos conjuntos ou específicos. O trabalho em equipe possibilita a co-responsabilização diante dos casos e do território, o vínculo entre os profissionais, bem como a efetivação do apoio matricial, ferramenta essencial na gestão de trabalho do NASF.

De acordo com Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe tem como objetivo atuar sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar possibilita que a prática de um profissional se reconstrua na prática do outro, sendo ambos transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos e famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, podendo-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Em um estudo acerca da implementação dos NASF no estado de Santa Catarina, Andrade et. al. (2012) identificaram que o trabalho em equipe

é uma potencialidade do NASF que deve ser explorada, pois visa à descentralização da prestação de serviço da figura do médico, superando o modelo hegemônico, horizontalizando as relações, e fazendo com que os especialistas envolvidos trabalhem de forma interdisciplinar e multiprofissional.

Como determinantes externos à dinâmica do trabalho dos profissionais, foram identificados os seguintes elementos:

- **Metas e Cobranças Institucionais:** Alguns profissionais apontam o cumprimento das metas pré definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como o principal fator determinante na organização dos seus processos de trabalho.

“Atualmente, o principal fator determinante na organização do meu trabalho são as metas a serem cumpridas, que têm sido cada vez mais exigidas.” (R6)

“O processo de trabalho é organizado segundo cada parceiro e de acordo com o nível de participação da Secretaria de Saúde no planejamento e monitoramento das ações no território. Algumas empresas supervalorizam a busca de metas quantitativas, que prejudicam a qualidade de vida dos profissionais, sua autonomia e o próprio atendimento. Muitas vezes perde-se o objetivo final de atendimento às necessidades de saúde do usuário.” (R12)

“A organização do trabalho é realizada através das metas que são impostas pelo parceiro. Através destas metas são realizados o total de reuniões com ESF, grupos, visitas domiciliares, consultas, entre outros.” (R45)

A padronização do cumprimento de metas não considera as necessidades de saúde da população, que são específicas de cada território, e tampouco as necessidades das equipes de SF perante o apoio do NASF. Para além das metas em si, vale considerar as cobranças institucionais que atravessam as dinâmicas de trabalho das equipes, uma vez que cada

instituição (OS) interpreta e se utiliza do quadro de metas de diferentes maneiras. As metas estabelecidas pela SMS são necessárias a ela para acompanhar a gestão realizada pelas diferentes organizações sociais à frente dos serviços na organização dos trabalhos da ESF de forma padronizada e coesa, considerando a extensão do município e as diferentes configurações nas diferentes regiões. No entanto, o que acontece na maioria das situações é que as instituições não adéquam tais metas às realidades dos territórios e das equipes, de modo a usá-las apenas como um norte, pelo contrário, cobram das equipes NASF ações muitas vezes incompatíveis com as necessidades identificadas no apoio às equipes de SF.

Dependendo do perfil do gestor da equipe, no caso o coordenador de NASF, e também da instituição contratante, as metas são tomadas como o objeto do trabalho dos profissionais uma vez que as cobranças e a organização dos processos de trabalho giram em torno das metas, e não das necessidades da equipe de referência ou da população adscrita no território.

Molini-Avejonas et al. (2010) apontam para esta questão problematizando as situações em que as coordenações não entendem e não lideram as equipes de NASF para um trabalho interdisciplinar de promoção da saúde, deixando os profissionais à mercê das demandas específicas e das cobranças institucionais pautadas em produtividade quantitativa. Segundo as autoras, os coordenadores devem ser os grandes líderes deste processo de mudança e atuação. São eles os responsáveis por ajudar a equipe NASF no planejamento do trabalho a partir das necessidades identificadas no território, de forma interdisciplinar, coletiva e compartilhada. As autoras concluem que tais padrões de cobrança de produtividade que não servem diretamente para os NASF, a insistência na ênfase em trabalhos individuais em detrimento aos trabalhos coletivos, a falta de estratégias para atuação no âmbito coletivo e de sistemas de avaliação adequados para mensurar resultados podem levar o trabalho do NASF para um futuro incerto.

A questão das metas ainda será aprofundada mais adiante já que, além de determinante no processo de trabalho, elas foram apontadas pelos respondentes como dificultadores do trabalho no NASF.

5.4. POTENCIALIDADES DO TRABALHO DOS FONOAUDIÓLOGOS NAS EQUIPES NASF

Ao avaliarem como se sentem diante do trabalho no NASF, os fonoaudiólogos identificaram as potencialidades que os fortalecem a continuar neste contexto e que fortalecem as próprias dinâmicas de trabalho.

Tais potencialidades foram apontadas em diversas direções, envolvendo desde as subjetividades pessoais de cada um deles diante da proposta do NASF, até questões práticas abordando resultados e conquistas deste trabalho.

- **Identificação pessoal com a lógica da proposta NASF (subjetividade)**

“Me identifico muito com a lógica de trabalho do NASF(...)” (R1)

“(...) é um trabalho difícil, árduo, mas envolvente. Como já disse anteriormente, AMO estar no NASF, é uma conquista para nossa categoria.” (R2)

“Gosto e acredito na proposta, até porque olhar o sujeito de uma forma holística e considerar este sujeito inserido em uma família e em um território específico é uma das potencialidades do trabalho.(...)” (R3)

“Gosto muito do trabalho no NASF. Tenho facilidade para trabalhar em equipe e com equipes. Adoro ações coletivas e pensar novas estratégias de educação em saúde e ações de promoção da saúde. Tenho facilidade para realizar articulações no território e agregar diferentes opiniões e saberes à minha prática.(...)” (R8)

“(...) a tentativa de inserir novos olhares na Atenção Primária, capazes de olhar para além dos problemas de saúde, e ver suas causas múltiplas – e o próprio esforço pessoal dos profissionais no sentido de garantir uma atenção de qualidade, tratam-se de potencialidades (sem falar na própria razão de ser da Saúde Coletiva e sua história no país).” (R11)

“Trabalhar no NASF está de acordo com o que eu acredito em saúde dentro da Constituição de 88 e dentro do que é proposto pelo SUS. Acredito que uma Atenção Básica organizada e atuante na

prevenção e promoção de saúde é fundamental para a melhoria da saúde em nosso país.” (R23)

“É uma realização de um sonho. Trabalhar no NASF atualiza minha ideologia, minha maneira de pensar, de ver as pessoas. Gosto de trabalhar em equipe, gosto de conversar com as pessoas, de pensar junto sobre as ações. Aí reside uma das grandes potencialidades do NASF: pensar e intervir no sujeito de maneira integral. A co-responsabilização é que fortalece o trabalho e onde observamos os efeitos mais resolutivos da ESF.(...)” (R35)

Alguns aspectos apontados pelos respondentes como potencialidades se assemelham muito ao que foi apontado por eles como motivação para o trabalho no NASF. A questão das inclinações pessoais pela ideologia que envolve a proposta NASF, pelo campo da Saúde Coletiva, a satisfação no modo de praticar o seu trabalho e fazer saúde.

Neste sentido, pode-se considerar que a proposta NASF por si só já é uma grande potencialidade uma vez que traz para a operacionalização das práticas na ESF e na Atenção Básica como um todo, instrumentos importantes para a produção de saúde utilizando-se de tecnologias leves como as relações, seja entre os profissionais ou no ato de cuidar diretamente com os usuários, e capacidade reflexiva diante das diferentes realidades que se apresentam no território.

- **Avanços dos processos de trabalho da equipe NASF, do NASF com as equipes de saúde da família e as parcerias com as diferentes categorias resultando em maior resolubilidade na demanda fonoaudiológica e matriciamento efetivo de outros profissionais sobre a Fonoaudiologia.**

“(...) Eu sempre digo que o primeiro a ser conquistado para o trabalho do NASF é o ACS, pois ele é o elo entre nós e a comunidade, se o ACS aposta em seu trabalho, a população adere, pois o ACS também é população.(...)” (R2)

“Hoje vejo que as equipes têm respeitado e vêm realmente discutindo os casos em reuniões de

matriciamento e que conseguem determinar se há a necessidade de intervenção fonoaudiológica. As equipes solicitam bastante a participação nos grupos, que são prioridade.(...)” (R4)

“(...) Percebo que o profissional fonoaudiólogo no NASF consegue organizar a demanda, ainda que não consiga dar conta de toda ela, (...) além de prevenir e promover a saúde da comunicação por meio das ações coletivas. O conhecimento fonoaudiológico compartilhado com os demais profissionais da ESF contribui para a realização da clínica ampliada e, conseqüentemente, para a resolubilidade dos casos.(...)” (R5)

“(...) eu passei a me conhecer nessa nova prática em Fonoaudiologia, saindo da proposta individual de ação, aprendendo muito com as outras especialidades, e garantindo e valorizando dentro da Atenção Básica ações em Fonoaudiologia, absorvendo os distúrbios já instalados e abrindo portas para novas atuações e promoção da saúde.” (R6)

“O trabalho em equipe tanto com o NASF como com a ESF é o ponto forte da atuação do NASF.(...)” (R9)

“(...) Quando se consegue um vínculo e a parceria no trabalho em equipe, possibilita grandes avanços, ações com mudanças mais efetivas dentro da qualidade de vida da comunidade e indivíduo. Outras potencialidades são o trabalho mais próximo da comunidade, as parcerias com os equipamentos da área de abrangência, a formação de multiplicadores através do apoio matricial tanto com profissionais da saúde como nos equipamentos, como por exemplo os professores.” (R21)

“(...) Hoje, depois de 3 anos de trabalho com as mesmas equipes, me sinto realizada ao ver que algumas equipes conseguem resolver ou dar seguimento à alguns casos sem que seja necessário a atuação direta do NASF. Isso vem de um matriciamento bem realizado e do empenho diário dos profissionais.” (R34)

Os respondentes apontam como potencialidades do trabalho, questões relacionadas à evolução nos processos de trabalho compartilhados entre as equipes. Identificam o envolvimento das diferentes categorias profissionais neste trabalho e a importância de cada um deles para o bom funcionamento dos processos. O entendimento e bom relacionamento que foi conquistado pelo NASF no espaço das equipes de SF, a partir do qual foi possível a efetivação do apoio matricial, que permite a disseminação dos saberes em Fonoaudiologia e faz com que muitas equipes consigam, com ou sem o apoio direto do Fonoaudiólogo, a resolubilidade que a proposta do NASF prevê.

Azevedo (2012) identifica como avanços conquistados no trabalho do NASF com as equipes de SF de Belo Horizonte a questão do incremento das equipes com outros saberes técnicos que contribuem e qualificam a assistência prestada à população, a relação das equipes de NASF com as equipes de SF, que antes tinham dificuldade de aceitar o trabalho do NASF e, de certa forma, eram resistentes a ele, hoje os vêem como parceiros, a resolubilidade do trabalho do NASF, o reconhecimento por parte dos usuários e também dos serviços e dos profissionais que fazem parte deles e, por fim, a troca de experiências e saberes que permite a ampliação da visão de inúmeras questões, a compreensão das várias interfaces e dimensões de uma mesma situação e o enriquecimento da intervenção.

5.5. PRINCIPAIS DIFICULDADES DO TRABALHO NO NASF

No mesmo processo de investigação acerca de como é para eles atuarem na lógica do NASF, os fonoaudiólogos identificaram alguns entraves neste contexto de trabalho que dificultam os processos, gerando desgastes pessoais e relacionais entre os profissionais.

- **Entendimento reduzido acerca da proposta NASF ou dificuldades de aceitação da mesma, e a conseqüente cisão entre ESF e NASF com a baixa co-responsabilização pelos processos**

“(...) Ainda é muito difícil fazer com que as pessoas envolvidas compreendam esta lógica. A população e até mesmo algumas equipes de saúde

da família ainda esperam um atendimento nos moldes ambulatoriais e não entendem o papel dos especialistas que compõem os NASFs na Atenção Primária.” (R1)

“O NASF é um programa novo e que muitas pessoas ainda não se apropriaram(...)” (R2)

“(...) a falta de esclarecimento e aceitação das equipes sobre o trabalho do NASF é um fator que dificulta o processo de trabalho.” (R3)

“(...) Diferente da clínica, não depende só de mim. É tudo muito entrelaçado. Ainda existem muitas questões a serem trabalhadas arduamente com a ESF, que muitas vezes deixam nosso trabalho bastante cansativo.” (R7)

“(...) são poucos os profissionais da Estratégia que sabem, de fato, qual é a proposta de atuação do NASF.(...)” (R10)

“Acredito que o NASF seja somente um elemento do modo de funcionamento da Saúde da Família, que ainda se baseia numa lógica verticalizada (a questão das prioridades), produtivista (os tempos e as metas), com olhar para a doença (tendo em vista que temos uma população adoecida e historicamente habituada a buscar os serviços de saúde não para manter sua saúde) e com escassez de investimentos de todas as ordens, especialmente financeiro. Assim, ao NASF cabe a dura tarefa de modificar, de ressignificar a lógica predominante, sem conseguir fugir deste funcionamento.” (R11)

“Dentro da lógica de trabalho proposta, há dificuldades na junção entre a ESF e o NASF, porque as equipes de SF não estavam preparadas para o trabalho conjunto com o NASF, bem como os profissionais do NASF também não estavam preparados em sua maioria, (...) o que inicialmente gerava conflitos e falhas de comunicação por ambos não saberem ao certo como trabalhar e conjunto. Há ainda um processo de construção do trabalho.(...)” (R14)

“(...) Considero dificuldade a existência de resquícios da história quando a saúde era entendida exclusivamente como o contrário da doença, cujo plano de tratamento era apenas a

supressão dos sintomas. Desta forma, algumas pessoas ainda esperam que os profissionais que compõem o NASF façam apenas atendimentos individualizados e específicos. Pensando na Fonoaudiologia, existe ainda um pedido de atendimento individualizado, procedente de desejos para que demandas como dificuldade de linguagem, fala, voz, audição e aprendizagem sejam curadas diretamente e apenas por este profissional, não compreendendo muitas vezes que o fonoaudiólogo também é ou pode se transformar em um profissional capaz de construir uma clínica ampliada, trabalhar o coletivo e entender e atuar em ações para além da sua especificidade. Além disso, que outros profissionais podem compor com o fonoaudiólogo para trabalhar essas dificuldades específicas.” (R15)

“(...) Como dificuldade vejo a não parceria de alguns profissionais das equipes de saúde da família em manter processos de acompanhamento compartilhados dos casos, bem como na participação contínua em grupos.(...)” (R18)

“O processo de trabalho do NASF ainda é muito novo e vem de encontro com uma cultura e forma de fazer saúde muito assistencialista e imediatista, o que dificulta e gera muitos enfrentamentos. O matriciamento é um processo lento e que depende muito das equipes de SF, que muitas vezes querem apenas passar os casos “problemas” para frente. Trabalhar junto ainda depende de uma luta diária.” (R21)

“O NASF é um programa novo e sua compreensão torna-se difícil para as equipes de SF e por consequência para a população. (...) Tenho dificuldade de colocar em prática a proposta do NASF, porque em algumas Unidades não se tem o interesse em trabalhar com o coletivo. Funciona a lógica dos encaminhamentos para os especialistas, desconstruindo a proposta de apoiador.” (R25)

“A maior dificuldade é compartilhar com as equipes da ESF, pois existem ainda muitos profissionais que não aceitam esta prática.(...)” (R26)

“Pessoas de dentro da UBS não entendem o papel do NASF, esperam atendimento ambulatorial, por mais que explique e oriente.” (R27)

“(...) no dia a dia a angústia ronda nosso processo de trabalho a todo tempo porque às vezes sentimos que as equipes de SF não desejam realizar um trabalho compartilhado conosco ou simplesmente “boicotam” as ações conjuntas por não acreditarem na proposta e também por não estarem no perfil para desempenhar as ações que se preconiza nas Diretrizes do Ministério.” (R35)

A proposta do NASF envolve muitas mudanças nos modos de se pensar e fazer saúde. Envolve mudança de paradigmas e tenta concretizar a mudança do modelo hegemônico de atenção, centrado no médico, para o modelo transdisciplinar, centrado nos usuários e na produção de saúde. E como qualquer mudança provoca muitas resistências uma vez que os profissionais se vêem questionados quanto ao seu modo de produzir saúde, quanto ao modelo em que foram formados e no qual vêm atuando desde então.

De acordo com Molini-Avejonas et al. (2010), é natural que tudo o que é novo provoque dúvidas, incertezas, crises, adaptações e aprendizagens. Segundo as autoras o principal problema é a quebra do paradigma do atendimento individual para as propostas de ações coletivas. Pode haver problemas com os próprios profissionais que estão compondo as equipes dos NASF, os quais têm dificuldades para realizar trabalhos interdisciplinares e de ações coletivas, mas também pode estar nas próprias Unidades Básicas de Saúde das regiões onde as equipes de NASF vão atuar, pois os profissionais que já atuam nas mesmas muitas vezes esperam mais um profissional para atendimento individual, o que sai fora do contexto coletivo.

Em um estudo que objetivou analisar o processo de trabalho de equipes de Atenção Básica a fim de verificar as potencialidades e fragilidades para a mudança no modelo de atenção, os autores questionaram os profissionais quanto à possibilidade de interação com as diferentes categorias profissionais NASF, e a equipe afirmou ter dificuldade de interação com a equipe de Apoio, apresentando falas de que o NASF não funciona, de que o

NASF não faz nada. A interpretação dos autores acerca do estranhamento das equipes com a inclusão do NASF é de que existe uma grande dificuldade de mudar a forma como as práticas são desenvolvidas na Atenção Básica, especialmente a de incluir a intervenção da equipe na resolução de questões psicossociais, que vão além do biológico. São práticas que requerem outras competências, que exigem a experimentação de algo novo, que exigem ousadia, sobretudo a transgressão do que está prescrito e que, certamente, o modelo clínico de atendimento, médico-centrado e centrado na medicalização, que ainda está enraizado nas práticas das equipes da Atenção Básica, colabora para dificultar a implantação do NASF (Shimizu e Zanatta, 2011).

Andrade et. al. (2012) em estudo sobre as potencialidades e dificuldades do processo de implementação de equipes NASF, encontraram evidências de que os processos de trabalho estavam organizados de forma a não possibilitar o compromisso e a co-responsabilização entre as equipes, ao mesmo tempo em que dificultam a articulação entre os diversos saberes das corporações profissionais que compõem esse modelo assistencial. Uma possível explicação para os discursos encontrados é que as atividades da ESF e do NASF ainda são desenvolvidas em conjunto com o modelo de Unidades Básicas de Saúde tradicionais e o NASF é entendido como referência e não como suporte.

Azevedo (2012) chama a atenção para a questão da “visão clássica” das categorias profissionais que compõem o NASF. De acordo com os achados de seu estudo sobre a implantação dos NASF em Belo Horizonte-MG, a autora infere que ainda existe nos serviços de saúde certa dificuldade, por parte dos trabalhadores, de compreender o modelo de atenção e cuidado proposto para a Atenção Primária à Saúde uma vez que a expectativa por um atendimento clínico isolado, direcionado para a enfermidade, ainda faz parte do cenário e a compreensão da necessidade e importância de um cuidado longitudinal e integral ainda está sendo construída.

As dificuldades de entendimento e aceitação da proposta NASF também envolvem uma cultura dominante que toma o saber profissional

nuclear como propriedade privada, estabelecendo uma relação de mútua exclusão de responsabilidades entre os profissionais, uma vez que nesta concepção os problemas de saúde e os recortes disciplinares ou são de um profissional ou de outro. Nesse contexto, o enrijecimento de fronteiras de conhecimento tem uma relação com reserva de mercado profissional, cultura que se reflete em movimentos de afirmação de núcleo profissional como a Lei do Ato Médico e outros em outras corporações. O modelo de gestão mais adaptado a ela é o burocrático-taylorista, com forte investimento na concentração dos processos de decisão, na padronização e na fragmentação das atividades e da responsabilidade profissional, que valoriza excessivamente o conhecimento universal em relação ao conhecimento singular. É principalmente este contexto que dificulta a implantação e a compreensão da proposta do NASF, baseada na lógica de Equipe de Referência e Apoio Matricial (Cunha e Campos, 2011).

- **Falta de estrutura e espaço físico nas UBSs para a realização do trabalho do NASF**

“(...) é preciso ter jogo de cintura para lidar com as dificuldades do território e das unidades, que por muitas vezes também estão em péssimo estado de conservação. Na maioria das UBSs não há espaço para o NASF realizar trabalhos.(...)” (R2)

“(...) A falta de material apropriado para o trabalho , principalmente com as crianças, e de espaço físico são um problema.” (R18)

“A falta de espaço físico é uma dificuldade pois não tem salas para atender os pacientes, quanto mais pra fazer grupos. Os grupos são feitos na comunidade: igreja, casas de pacientes, o que às vezes é um problema devido à distância entre as áreas.” (R27)

“(...) Outra dificuldade que encontro é quanto à disponibilização de material para a realização das ações, principalmente grupais. Temos que improvisar os materiais necessários para que a

ação seja realizada de forma adequada.(...)”
(R34)

“(...) As dificuldades estão relacionadas à espaço físico e material para realizar atendimentos e grupos, e a participação de algumas equipes no processo de trabalho.” (R37)

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica publicada pela Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde em 21 de outubro de 2011, compete às Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal disponibilizar espaço físico adequado nas UBS, e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF (Brasil, 2011).

O principal apontamento dos fonoaudiólogos é referente à falta de espaço físico para realização de atividades, tanto salas para atendimentos e consultas quanto espaços maiores para realização de grupos. Esta dificuldade não envolve apenas o NASF, mas também as equipes de SF que muitas vezes dividem os espaços da UBS por escalas para o uso de sala entre médicos e enfermeiros, entre profissionais da ESF e profissionais da UBS tradicional (nos casos das unidades mistas), e também não encontram espaço para realização de grupos.

A fim de amenizar estas dificuldades, os profissionais buscam recursos da comunidade e estabelecem parcerias para utilização de espaços na comunidade, no entanto nem sempre estes espaços favorecem a participação de todas as áreas do território devido à distância ou às dificuldades geográficas (ladeiras, escadas, etc.).

No trabalho de Azevedo (2012), os profissionais entrevistados referem que a questão do espaço sempre foi um problema desde a implantação da equipe. Não havia espaço para guardar os pertences, não tinham onde ficar nas UBSs e não havia consultório para os atendimentos. Entretanto, hoje os profissionais já mencionam uma conquista nesta questão do espaço, já que em algumas UBSs o NASF tem uma sala específica e

mesmo nas que não têm percebe-se um esforço dos gestores e dos profissionais da UBS para providenciar esse espaço.

- **Metas de produção incompatíveis com a realidade local e entre as equipes NASF e ESF**

“(...) trabalho em uma região da periferia considerada área rural, porém, as metas a serem atingidas são as mesmas das UBSS localizadas em região central. Há muita dificuldade em realizar consultas compartilhadas e essa é a ação com maior cobrança no quadro de metas. Os profissionais da ESF também têm metas a cumprir e com o tempo de consultas de 15 minutos. Dessa forma, evitam compartilhadas. Enquanto não forem cobradas pelo CONAC do profissional da ESF as consultas compartilhadas com o NASF, elas só serão realizadas pelos profissionais com maior abertura para tais ações.” (R4)

“(...) Com o passar do tempo a atuação da equipe NASF tem se engessado cada vez mais por conta do estabelecimento de metas numéricas em detrimento da qualidade do serviço (que não pode ser medida numericamente).” (R5)

“(...) A instalação de produção e metas vem sucateando o que a Portaria 154 estipula, pois as metas é uma forma de enrijecer a produção de equipes que estão a mercê das demandas do território e das equipes de SF, assim como os diferentes números de equipes matriciadas influem no total de metas atingidas, além de levar à alienação do processo de trabalho, onde o profissional é exigido a se ocupar das metas, dos números e não da qualidade do trabalho.(...)” (R14)

“É um desafio constante atuar entre as demandas das equipes de SF, dos usuários, das diretrizes e das metas exigidas pelo CONAC.” (R24)

“(...) Dificuldade de compartilhar casos com a ESF devido ao tempo restrito de consultas destes profissionais. Geralmente a consulta começa compartilhada e depois o fonoaudiólogo tem que

sair e terminar a avaliação em outra sala, devido às metas da ESF. (...) O NASF também tem que cumprir metas mensais, de meses pra cá. Se não alcança metas tem que justificar. Tem que alterar o PTS devido às metas e não de acordo com as necessidades dos pacientes. Gerente quer saber só de quantidades e não da qualidade dos grupos e dos atendimentos.” (R27)

“(...) Devido às metas estipuladas pelo Ministério da Saúde às equipes de SF, nossas ações ainda são frágeis quando falamos de ações compartilhadas, principalmente.(...) Em São Paulo, nos do NASF também temos metas de atuação, contudo, pensando em equipe de apoio, essas metas limitam as ações do NASF quando as equipes necessitam.(...)” (R39)

De acordo com as diretrizes do NASF, as metas a serem estipuladas para os profissionais desta equipe dependem da capacidade do profissional apoiador de articular e trabalhar em conjunto com as equipes de SF. Como as equipes do NASF terão dois focos de responsabilidade, população e equipe, suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe (Brasil, 2009).

No Município de São Paulo, devido ao modelo de gestão por convênios ou contratos de gestão com Organizações Sociais, a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde viabilizou a criação de um Sistema de Avaliação e Monitoramento para a Estratégia Saúde da Família. Selecionou 17 indicadores, na sua maioria extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), organizados em 6 eixos: Geral, Doenças de Notificação Compulsória, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Acompanhamento do Plano de Trabalho das Instituições Parceiras, com metas a serem atingidas, permitindo o acompanhamento das ações das equipes ESF na rede. Para organização do processo de monitoramento e análise foram constituídos os Conselhos de Acompanhamento dos Convênios da ESF (CONAC) envolvendo as três instâncias técnico-administrativas da Secretaria Municipal de Saúde

(Supervisões Técnicas de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Coordenação de Atenção Básica), com cronograma de reuniões mensais, bimestrais e trimestrais com as Instituições¹¹. No âmbito do município todo, o acompanhamento dos indicadores do CONAC é feito apenas para as equipes de Saúde da Família. Entretanto, a Coordenação da Atenção Básica já estuda possíveis indicadores do trabalho do NASF a fim de implantar o sistema de avaliação e monitoramento também para estas equipes.

Neste movimento, uma das Coordenadorias Regionais de Saúde do município já tem usado o CONAC também para a avaliação e monitoramento do trabalho do NASF, por isto é que este termo aparece nas respostas dos fonoaudiólogos.

De acordo com os respondentes, as metas estipuladas não consideram as singularidades dos diferentes territórios, tampouco a demanda e a autonomia dos processos de trabalho das equipes NASF e também das equipes de Saúde da Família. Muitas vezes o profissional deixa de priorizar alguma ação que seria a mais indicada para determinada situação em detrimento de outras ações que nem seriam importantes ou necessárias, mas que estão nas metas. Outra situação é a incompatibilidade dos indicadores da ESF para os indicadores do NASF, o que muitas vezes impede o profissional da ESF, devido ao engessamento da agenda, de compartilhar ações propostas no trabalho integrado ao NASF.

Azevedo (2012) destaca a dificuldade de avaliação das estruturas, dos processos e dos impactos da implantação do NASF e a falta de instrumentos para tal monitoramento na realidade do município estudado. Entretanto, refere que há um esforço das gestoras em considerar atividades corriqueiras do processo de trabalho como reuniões de equipes, reuniões entre os níveis de gestão e produtividade como estratégias de monitoramento. A autora salienta que, ainda que essas atividades não se configurem como instrumentos de avaliação, é importante reconhecer que elas permitem que se tenha algum tipo de retorno, mesmo que informal e mais imediato, sobre as práticas e ações implantadas e experiências desenvolvidas.

¹¹ Informações extraídas da página da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na internet: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783

Molini-Avejonas et al. (2010) apontam a incerteza no futuro promissor do NASF diante de questões como padrões de cobrança de produtividade que não servem diretamente para os NASF, a insistência na ênfase em trabalhos individuais em detrimento aos trabalhos coletivos, a falta de estratégias para atuação no âmbito coletivo e de sistemas de avaliação adequados para mensurar resultados.

- **Falta de suporte da Rede de serviços, principalmente no nível secundário de atenção.**

“(...) a rede escassa de referência é um empecilho.(...)” (R5)

“(...) um etrave é a rede de apoio que nem sempre funciona como deveria ser.” (R13)

“(...) em alguns momentos sinto-me desamparada quanto ao trabalho específico do fonoaudiólogo uma vez que a demanda é razoavelmente grande e a rede não dá suporte para a reabilitação. Algumas vezes isso nos gera angústia.” (R16)

“(...) Devido à falta de profissionais e à falta de qualificação dos profissionais que já trabalham na rede pública, o nível secundário da rede é muito frágil, aumentando a demanda do NASF e dificultando os encaminhamentos necessários para tais profissionais.(...)” (R39)

“(...) Dificuldades: Parcerias e encaminhamentos para fonoterapia de médio a longo prazo na rede secundária.” (R40)

“(...) nos deparamos com a falta de uma rede de apoio como CAPS, NIR, NISA, locais para a continuidade no atendimento em reabilitação, quando os pacientes necessitam.” (R45)

“Há grande cobrança por parte das equipes de saúde da família para atendimentos individuais de alta e média complexidade devido à falta destes serviços na rede.(...)” (R47)

O trabalho articulado entre NASF e ESF está dentro do âmbito da Atenção Básica e, portanto, não é suficiente para dar conta de todas as demandas do território. Portanto, deve ter como suporte a referência e contra referência para média e alta complexidade, de forma que o NASF seja um potencializador da Rede de Assistência a Saúde (Andrade et. al. 2012).

Cunha e Campos (2011) identificam que alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem a utilização equivocada do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial na experiência do NASF. Tal equívoco consiste na sua utilização de forma substitutiva a um serviço de outro nível de atenção da Rede, como por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta ou de um fonoaudiólogo a uma equipe de saúde da família ser visto como a única referência em reabilitação. O apoio destes especialistas na Atenção Primária não substitui um centro de reabilitação. Isto empobrece o atendimento e dificulta a compreensão e a prática do Apoio Matricial, bem como provoca um isolamento da Atenção Primária na relação com a rede assistencial.

De acordo com Molini-Avejonas et al. (2010) as equipes de NASF não chegaram para suprir necessidades individuais de falta de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, bem como nos serviços de referência e os profissionais que compõe estas equipes devem ter embasamento para trabalhos coletivos e, muitas vezes, mesmo na ausência de conhecimento para trabalhos coletivos, deve-se ter desejo de aprender e coragem em mudar suas atuações.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou compreender as características que envolvem o trabalho do Fonoaudiólogo como membro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, identificando os determinantes que orientam tal prática. Foram analisados fatores inerentes à história profissional dos respondentes como a formação e experiências prévias, bem como fatores relacionados à dinâmica e organização dos processos de trabalho, e ainda alguns determinantes externos a estes processos.

A partir da análise dos dados coletados por meio de um questionário *online* do tipo auto-aplicado, foi possível identificar o perfil de formação destes profissionais com base nos cursos e experiências apontadas pelos respondentes, caracterizar o trabalho no NASF a partir dos elementos que o compõem: objeto/finalidade, meios e instrumentos, organização e divisão do trabalho, identificar quais são os determinantes operacionais que orientam suas práticas, e ainda abstrair as motivações para o trabalho no NASF, as potencialidades e as dificuldades deste trabalho.

Sobre a formação, evidenciou-se que os respondentes tinham entre dois e vinte e dois anos de formados em nível de graduação, com média de oito anos. Principalmente quatro IES foram apontadas por um maior número de profissionais como sendo a instituição de formação básica, sendo duas privadas e duas públicas, e todas as quatro localizadas no município de São Paulo, se destacando entre estas a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), que foi a instituição formadora de 29,8% dos respondentes, e se caracteriza pela valorização do ensino em Saúde Coletiva e Saúde Pública no curso de Fonoaudiologia.

No que se refere à pós-graduação, 95,7% dos fonoaudiólogos respondentes cursaram alguma modalidade, e 51% especificamente na área de Saúde Coletiva. Destacaram-se as modalidades de especialização e aprimoramento, nas diferentes áreas de especialidades da Fonoaudiologia, e na área da Saúde Coletiva destacou-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que é considerada uma das estratégias mais positivas para a formação de profissionais com perfil para atuação utilizando as ferramentas propostas pelo NASF, por ser um processo de formação totalmente imerso no contexto da prática.

Sobre a experiência profissional anterior ao trabalho no NASF, apenas os respondentes que passaram pelo processo de formação pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (21%) chegaram para atuação no NASF com experiência prévia de atuação em Atenção Primária a Saúde, e 34% dos fonoaudiólogos consideram que foi na prática do trabalho em equipe NASF que desenvolveram as competências para o uso das ferramentas de trabalho propostas e para a atuação segundo as suas diretrizes.

Com base nos resultados obtidos acerca da formação dos profissionais, podemos concluir que, com a formação básica deficiente no que se refere às competências para atuação em Atenção Primária, é grande o número de profissionais que chega ao serviço sem saber como deve ser realizado seu trabalho. Especificamente no caso dos profissionais de NASF, isto é ainda mais relevante uma vez que é uma política recente, e que apresenta especificidades nos processos de trabalho ainda não contempladas nos processos de formação, não só em Fonoaudiologia, mas nas áreas da saúde em geral.

Esta deficiência na formação pode trazer problemas para que estes profissionais organizem suas práticas de modo a contemplar as diretrizes e expectativas da Atenção Básica, seja o trabalho em equipe, compartilhado, em ações coletivas, a partir do planejamento das ações com base no território. Por outro lado, o trabalho no NASF também se caracteriza pela criação e invenção de diferentes modos de organização, onde é possível adaptar as práticas às necessidades da população e das equipes de saúde família.

Para se pensar no processo de formação profissional para atuação no NASF, deve-se considerar o desafio de formar profissionais para um lugar, a Atenção Primária em Saúde, que ainda não se consolidou e não acontece com seus fundamentos mais importantes, em um sistema de saúde que ainda está em construção, e para exercer um papel profissional (apoiador) que também está sendo construído. O desafio é a evolução de modelos de ensino mais tradicionais, centrados no adestramento para resolução de problemas bem definidos, para modelos que formem os profissionais para atuação neste contexto atual, de construção e invenção do SUS.

Em relação à caracterização do trabalho do Fonoaudiólogo no NASF, é importante considerar algumas questões identificadas a partir deste estudo que influenciam tanto as respostas como as próprias formas de organização do trabalho.

O perfil de respostas dos profissionais das diferentes Instituições (OSs) contratantes foi bastante variado. Foram identificadas nove Instituições com perfis gerenciais bastante distintos. Algumas respostas, e até mesmo as dificuldades encontradas no percurso metodológico deste estudo, evidenciam em alguns casos um modelo de gestão normativo, centralizador e pouco democrático. Por outro lado, é importante considerar que a responsabilidade institucional de gerenciar estas empresas e definir o modelo de gestão e de atenção é do gestor municipal.

A lógica do apoio matricial traz a possibilidade de responsabilizar gerencialmente pessoas por pessoas, em lugar de pessoas por procedimentos ou doenças. A proposta está relacionada à busca de democracia organizacional, já que propõe outra distribuição de poder e relativa autonomia para a equipe interdisciplinar. Neste sentido, um modelo de gestão normativo, que padroniza o cumprimento de metas, que não estimula a construção singular do cardápio de cada equipe para cada população, dificulta muito o trabalho do apoiador, cujo trabalho tem este pressuposto de adequar sua oferta às necessidades da equipe de referência, que teria relativa autonomia.

Outra questão que poderia influenciar as respostas e as formas de organização do trabalho dos fonoaudiólogos é o tempo de experiência no trabalho em equipe NASF. Identificou-se que a grande maioria dos respondentes, apresenta um tempo superior a dois anos de experiência/trabalho em equipe NASF, o que pode ser considerado um período bastante significativo para o entendimento e reflexão acerca dos processos de trabalho dentro de uma equipe.

A partir das respostas dos fonoaudiólogos, foi possível extrair que a motivação que os levou a buscar o cargo dentro de uma equipe NASF nem sempre é a mesma que os mantém neste campo de atuação. Como motivação inicial identificou-se principalmente as inclinações pela proposta NASF e pelo campo da Saúde Coletiva, e em outros casos as questões relacionadas à remuneração e

estabilidade trabalhista. Já em relação às motivações para a permanência neste trabalho, encontramos as questões relacionadas à forma de organização do trabalho na proposta do NASF, que trazem aos profissionais uma satisfação pessoal, tornando a própria subjetividade do trabalhador sua motivação para o trabalho. Alguns profissionais se referiram ainda às possibilidades de crescimento que a proposta do NASF traz seja para os indivíduos seja para a Fonoaudiologia em geral.

Sobre os elementos que compõem os processos de trabalho dos fonoaudiólogos de NASF, pode-se afirmar que o objeto são as equipes de Saúde da Família e a população adscrita ao território destas equipes, e a finalidade é contribuir, através do Apoio, para que as equipes de SF realizem os objetivos da Atenção Primária e atendam às necessidades de saúde da população assistida.

Ainda sobre este aspecto do objeto/finalidade do trabalho no NASF, identificou-se que talvez nem todos os profissionais inseridos neste serviço têm clareza acerca do seu papel como apoiador, uma vez que em algumas respostas observa-se certo reducionismo acerca do que seria atribuição do fonoaudiólogo no NASF. Esta dificuldade de compreensão de alguns profissionais do NASF, não somente do fonoaudiólogo mas de todas as categorias, reforça muitas dúvidas e questionamentos entre os profissionais das equipes de saúde da família e gestores das UBS e gera muitos conflitos, uma vez que já existe a expectativa de que os profissionais do NASF devem suprir a carência de suporte assistencial no nível secundário de atenção.

Tal observação levou à discussão de uma questão que se refere ao entendimento do escopo de trabalho do fonoaudiólogo do NASF e do que se espera deste profissional como profissional da reabilitação, diante da enorme demanda que se apresenta, de suas diversificadas atribuições como membro da equipe de Apoio para além da especificidade da categoria profissional, e dos limites da capacidade resolutiva neste modelo de atenção. Faz-se necessário que esta discussão ainda seja aprofundada em outros estudos e que seja sempre debatida entre os profissionais envolvidos no trabalho, considerando sempre as especificidades de cada caso em questão.

Sobre os meios e instrumentos utilizados para a organização dos processos de trabalho do NASF, identificou-se entre os respondentes que a maior parte das equipes utiliza, minimamente, algumas das ferramentas tecnológicas preconizadas para esta organização, e que o primeiro contato prático da maior parte dos profissionais com tais ferramentas se deu somente a partir da entrada no NASF. Em algumas respostas ficou clara a falta de familiaridade do profissional com tais especificidades do trabalho no NASF, as ferramentas, uma vez que não envolveu nenhum aspecto ligado à organização do processo de trabalho, ou se reduziu a alguma atividade específica, o que reflete o despreparo de muitos profissionais inseridos no serviço.

Dentre as ferramentas tecnológicas sugeridas pelo Ministério da Saúde nas diretrizes para organização dos processos de trabalho, foram citadas pelos respondentes como presentes nos processos de trabalho diários o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto Saúde no Território. A Pactuação do Apoio foi referida apenas por alguns profissionais e ainda assim como sendo a ferramenta menos utilizada, o que nos permite inferir que as equipes não estão familiarizadas com esta ferramenta de apoio à gestão e que talvez esta questão ainda não faça parte do cotidiano de trabalho destes profissionais. Entretanto, pode ocorrer ainda que estas ações de planejamento e gestão dos processos de trabalho ocorram no cotidiano das equipes, mas sem que os profissionais percebam ou dêem a isto uma denominação, já que pactuar, definir ou redefinir e reavaliar frequentemente as ações é função intrínseca da atividade de Apoio.

Sobre a organização e divisão do trabalho no NASF, a média foi de oito (8) profissionais por equipe, envolvendo 14 categorias diferentes. O número de Unidades Básicas de Saúde em que cada equipe NASF atua variou entre um (1) até seis (6), sendo a média de 2,8 UBSs por equipe de NASF. Em relação ao número de Equipes de Saúde da Família apoiadas, a variação encontrada foi entre oito (8) e 20 equipes, com média de 14 equipes saúde da família para cada equipe NASF.

É importante chamar a atenção para as diferenças encontradas no número de profissionais que compõem as equipes, correlacionando estes dados com o número de Equipes de Saúde da Família que cada equipe NASF apóia e ainda em quantas

Unidades Básicas diferentes. Saliento que estas diferenças não são proporcionais, portanto não são as equipes NASF com maior número de profissionais que apóiam o maior número de equipes de SF. Neste estudo encontramos equipes NASF compostas por cinco (5) profissionais apoiando 19 equipes de SF. Estas questões refletem significativamente na forma de organização dos processos de trabalho das equipes NASF e na qualidade do apoio e da assistência prestada. O grande número de Unidades Básicas que uma única equipe NASF é referência dificulta muito a criação de vínculo entre os profissionais, já que o tempo que passam nas unidades fica bastante reduzido, restringindo tanto o acesso das equipes de SF aos profissionais do NASF quanto as ações a serem realizadas por esta equipe no território. Da mesma forma, um número grande de equipes de SF a serem apoiadas por uma única equipe NASF, restringe o acesso da população a um cuidado mais integral e ampliado, já que cada vez mais as equipes terão de elencar as prioridades das prioridades.

Estas questões precisam ser vistas pela gestão municipal de forma mais cuidadosa, primando não só pela garantia de que os princípios do SUS, a integralidade, a equidade e a universalidade, sejam minimamente cumpridos, mas também pela qualidade de um serviço que possibilite um apoio real para as equipes de SF e uma assistência em Atenção Primária de qualidade para a população.

A organização do trabalho entre equipe NASF e ESF se dá em espaços rotineiros de discussões e de planejamento entre os profissionais NASF e do NASF com as equipes de SF. Estes espaços se constituem em reuniões para discussão de casos clínicos, definição de objetivos, de critérios de prioridades, critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussão de projetos para o território, bem como para discussão acerca das diversas situações do dia-a-dia do trabalho em equipe, e são comumente chamados de “Reuniões de Matriciamento”.

Foi identificada grande variação na forma como são organizadas as reuniões entre a equipe NASF e as equipes de SF. O modelo mais comum entre os participantes é a ocorrência da reunião semanal, com duração de uma hora com cada equipe de Saúde da Família, seguida pela reunião quinzenal, também com uma hora de duração. As outras conformações mais comuns também envolvem a periodicidade

semanal ou quinzenal, porém com duas horas de duração cada reunião. As formas de organização deste espaço, que é tão importante para o planejamento e coresponsabilização das ações, também dependem diretamente das questões citadas acima, acerca do número de profissionais da equipe NASF em relação ao número de equipes apoiadas.

No que se refere ao compartilhamento dos casos, é neste espaço de reunião entre equipe de SF e NASF onde, prioritariamente, são trazidas as demandas de apoio não só para o fonoaudiólogo, mas para toda a equipe NASF. O fluxo mais comum apresentado entre os respondentes determina que os casos a serem apoiados já tenham recebido uma atenção da equipe de SF, inclusive dos profissionais técnicos, e após decisão conjunta entre os profissionais da ESF em reunião prévia, as demandas são trazidas para discussão neste espaço de reunião com o NASF. Quando o caso necessita da intervenção de outro profissional NASF, que não está presente na discussão, esta é estendida para o espaço de reunião específico da equipe NASF. Além dos casos que chegam por demanda das equipes de saúde da família, acontece também um fluxo contrário, que são casos acompanhados em algum outro serviço de saúde ou de outros setores, moradores dos territórios da ESF, e que chegam por intermédio das articulações intersetoriais realizadas pela equipe NASF. Estes casos são discutidos entre os profissionais dos diferentes equipamentos da rede e a equipe NASF, que leva estas demandas para as reuniões com as equipes da ESF, para que estas tomem conhecimento dos casos e partilhem da construção do PTS.

As ações que compõem a agenda do fonoaudiólogo do NASF e que se constituem como o “Apoio em Ato” envolvem as ações de apoio à assistência, que são as intervenções diretas do fonoaudiólogo com os usuários do serviço, as ações de apoio técnico-pedagógico, voltadas para as equipes de saúde da família, onde os profissionais são o alvo das ações, as ações de articulação de rede, todas aquelas voltadas para a aproximação entre os diferentes serviços que atendem a população adscrita no território, sejam da saúde ou de outros setores, e as ações de gestão do trabalho, que são aquelas direcionadas ao planejamento e avaliação dos processos de trabalho tanto individuais como os compartilhados com as equipes NASF e da ESF.

Na Atenção Primária o fonoaudiólogo possui infindas possibilidades de atuação, sejam específicas ou compartilhadas, do núcleo de conhecimento ou de âmbito mais geral, e o enfoque desta atuação dependerá das características epidemiológicas e populacionais do território onde ele atua. Sobre as diversificadas ações do fonoaudiólogo do NASF, existem as demandas específicas do núcleo de conhecimento, que perpassam todos os ciclos de vida dos sujeitos. A principal demanda específica para a Fonoaudiologia apontada pelos respondentes deste estudo foram crianças com problemas no desenvolvimento de linguagem oral e escrita.

Para trabalhar essa demanda, diversas são as ações citadas como possíveis e realizadas no NASF. Podem envolver desde consultas compartilhadas ou específicas, até mesmo visitas domiciliares, e visitas às escolas; capacitações nas equipes de saúde da família para favorecer a ampliação do olhar para estes casos; também capacitações nas escolas a fim de que os profissionais da educação adquiram mais ferramentas para lidar com as dificuldades apresentadas por seus alunos. Os casos podem ser acompanhados individualmente ou em grupos/oficinas terapêuticas, envolvendo intervenções com os familiares e com a escola, ou ainda podem ser encaminhados a outros níveis de atenção dentro da rede de serviços em saúde, quando necessário.

A demanda específica em Fonoaudiologia apontada pelo estudo como a mais prevalente no NASF também se caracteriza pelo número elevado de casos em outros serviços. No entanto, são poucos os lugares (clínica escola, serviços particulares e/ou outros níveis de atenção) em que o leque de possibilidades de intervenção, apresentado no parágrafo anterior, é tão amplo. A formação básica do fonoaudiólogo não garante tamanha amplitude de capacidades de intervenção, uma vez que ainda é focada no atendimento fonoaudiológico tradicional, na individualidade do paciente e no distúrbio que se apresenta. Os fonoaudiólogos do NASF que responderam a este estudo apresentam um tempo significativo de experiência no qual foi possível desenvolver a capacidade de abordar esta demanda de uma forma muito mais ampliada, a partir da incorporação de novas práticas e conhecimentos adquiridos no decorrer do trabalho no NASF.

O fonoaudiólogo do NASF compartilha suas ações tanto com os profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto com outros profissionais NASF. No entanto, algo que chama a atenção neste aspecto é o critério atribuído pela grande maioria dos respondentes para a definição acerca de qual profissional deverá compor determinada ação compartilhada. Quando a ação compartilhada se dá com outros profissionais NASF o critério usado na maioria das respostas é a pertinência de determinada categoria na ação com cada caso ou tema discutido, com vistas à maior resolubilidade da questão. Já no caso das equipes de SF o critério é a disponibilidade dos diferentes profissionais da equipe para determinadas ações e para o trabalho compartilhado com o NASF, disponibilidade esta que não somente está ligada à questão da agenda, mas também às questões de estarem dispostos ao compartilhamento do cuidado.

Esta questão evidencia certa indisponibilidade dos profissionais da ESF para o trabalho compartilhado com o NASF, seja por escolha ou por questões inerentes às dificuldades de organização dos seus processos de trabalho.

Sobre os determinantes na organização dos processos de trabalho foram identificados elementos internos à dinâmica de trabalho dos fonoaudiólogos do NASF envolvendo principalmente a demanda apresentada pelas equipes de SF e o próprio trabalho em equipe. Também foram identificadas questões externas a esta dinâmica do trabalho, que se referem às metas e cobranças institucionais, o que impacta significativamente no modo de fazer dos profissionais, atravessando de maneira brusca e negativa todos os processos disparados pelos determinantes inerentes ao trabalho.

A organização do trabalho do fonoaudiólogo do NASF estar pautada na demanda reflete uma lógica inversa à lógica da Estratégia Saúde da Família na qual o planejamento das ações deve partir do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da área de atuação, para que se tenha uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Sendo assim, faz-se necessário quebrar esta lógica inversa e pautar a organização dos processos de trabalho no planejamento, de modo a intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas

atenção integral, permanente e de qualidade. Também é importante que a gestão cuide para que a autonomia das equipes de saúde em relação ao trabalho seja respeitada a fim de que este seja organizado de acordo com as características do território em detrimento de metas padronizadas.

Foram identificadas potencialidades no trabalho dos fonoaudiólogos que envolvem desde as subjetividades dos profissionais diante da lógica e da proposta do NASF até questões práticas deste trabalho como a evolução dos processos de trabalho entre as equipes (NASF e ESF), as parcerias com as diferentes categorias, a maior resolubilidade na demanda fonoaudiológica e o matriciamento efetivo de outros profissionais sobre a Fonoaudiologia.

Como dificuldades do trabalho no NASF os fonoaudiólogos apontam a falta de entendimento acerca da proposta, ou não aceitação da mesma, e a conseqüente cisão entre ESF e NASF com a não co-responsabilização pelos processos. Foi apontado também falta de estrutura e espaço físico nas UBS para a realização do trabalho do NASF, as metas de produção incompatíveis com a realidade local e entre as equipes NASF e ESF, e por fim a falta de suporte da Rede, principalmente no nível secundário de atenção.

Como pôde ser observado neste estudo, os profissionais reconhecem, em número, mais dificuldades do que potencialidades no trabalho do NASF. Entretanto, no que se refere à qualidade do que foi apontado como potencialidade, existe algo que é muito maior para estes profissionais, que é a sensação de fazer parte da construção de um SUS mais integral, mais humanizado, mais acessível e resolutivo nas questões da Fonoaudiologia.

São muitos ainda os desafios que o NASF tem pela frente para se consolidar como apoio da Atenção Primária de modo que todos os profissionais e a população assim o reconheçam. Mas sabe-se que mesmo com tantas dificuldades e entraves, que fazem do dia-a-dia destes profissionais um grande desafio, o que se pode fazer por esta população na atuação conjunta das equipes de SF com o NASF é sim um cuidado de qualidade que propicia muito mais qualidade de vida e saúde a essas pessoas.

A partir deste estudo foi possível compreender um pouco mais o papel do fonoaudiólogo neste contexto, as características de sua atuação e a contribuição deste profissional na construção do Sistema Único de Saúde, potencializando as ações da Atenção Primária por meio do Apoio no NASF.

Outros trabalhos que problematizem as questões levantadas, porém não aprofundadas neste estudo, são de extrema relevância para a construção do conhecimento voltado ao campo de trabalho e de práticas do fonoaudiólogo na Atenção Primária e nos NASF, e para que a Fonoaudiologia continue evoluindo no campo da Saúde Coletiva.

7. REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. **Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde**. Saúde e Sociedade v.14, n.3, p.30-50, set-dez. 2005.
- Alves, LVV; Cardoso, LS; Dimkoski, ED. **Percepção do Programa Saúde da Família a Partir de Estagiários do Projeto VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, v.7, n.3, p.266-271, set./dez. 2005.
- Andrade, LMB; Quandt, FL; Campos, DA; Delziovo, CR; Coelho, EBS; Moretti-Pires, RO. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina**. Sau. &Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- Azevedo, NS. **Núcleos de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2012.
- Araújo, MBS; Rocha, PM. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):455-464, 2007
- Barbetta, PA. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 6ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC. 2006.
- Bardin, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Editora 70, 2008.
- Barreto, S.S.; Castro, L. **Formação e práticas em saúde de fonoaudiólogos inseridos em serviços públicos de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, vol.16, no.1. Rio de Janeiro. Jan. 2011. Disponível em Scielo: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100023>
- Barros, PML; Oliveira, PN. **Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um serviço público de RECIFE – PE**. Rev. CEFAC. Jan-Fev; 12(1):128-133. 2010.
- Befi, D. **Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**. Série Atualidades em Fonoaudiologia, vol 3. Editora Lovise. 1997.
- Brasil. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- Brasil. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Pró-saúde : programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 77 p.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

Brasil. **Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS nº 2 de 13.04.2012**. Diário Oficial da União. 2012.

Campos, GWS; Domitti, AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007.

Campos, GWS. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, práxis e da arte**. Ciência e Saúde Coletiva, 16(7): 3033-3040. 2011.

Capistrano Filho, D. **O Programa de Saúde da Família em São Paulo**. Estudos Avançados. São Paulo, 13 (35), 1999.

Casanova, IA; Moraes, AAAM; Ruiz-Moreno, L. **O ensino da promoção da saúde na graduação de Fonoaudiologia na cidade de São Paulo**. Pro-Posições, Campinas, v. 21, n. 3 (63), p. 219-234, set./dez. 2010.

Ceccim, RB; Feuerwerker, LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

Chun, RYS. **Promoção de Saúde e as Práticas em Fonoaudiologia**. In: Ferreira, Leslie Piccoloto; Befi, Débora Lopes (Org.). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1104 p. Cap. 41. 2004.

Cunha, GT. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 3ª Ed. 212p. São Paulo: Hucitec, 2010.

Cunha, GT; Campos, GWS. **Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho.** ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

Cunha, GT; Campos, GWS. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Parte 1 - Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo. Saúde Soc. vol.20, no.4. São Paulo. Oct./Dec. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; Alma-Ata; USSR. 6-12 de setembro 1978.

Diniz RD, Bordin R. **Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(2):126-31.

Fausto, M. C. R.; Matta, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** In: Modelos de atenção e a saúde da família. Organizado por Morosini, M. V. G.C.; Corbo, A. D. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

Gil, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5 Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Gurgueira AL. **Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde.** In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas AL. Tratado de fonoaudiologia. 2a ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 619-26.

Haddad, AE; Campos, FE; Freitas, MSBF; Brenelli, SL; Passarella, TM, Ribeiro, TCV. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde.** Cadernos ABEM. vol 5. Out. 2009.

Ibãñez, N. Vecina Neto, G. **Modelos de Gestão e o SUS.** Ciência e Saúde Coletiva. Nov. Ano/Vol 12. PP 1831-1840. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

Lemos, M; Bazzo, LMF. **Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2563-2568, 2010.

Marsiglia, RM. G., Spinelli, S. P.; Lopes, M. F.; Silva, T. C. P. **Das ciências sociais para as ciências sociais em saúde: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais.** Ciênc. saúde coletiva. vol.8 nº.1. Rio de Janeiro – 2003. Disponível em Scielo: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100020>

Marx K. **O capital: crítica à economia política.** 11ª ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1987.

Matumoto, S.; Fortuna, CM; Mishima, SM. Pereira, MJB; Domingos, NAM. **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.** Rev. Interface-Comum. Saúde Educ. 2005; 8(16): 9-24.

Mendes, VLF. **Uma Clínica no coletivo: experimentações no Programa Saúde da Família.** São Paulo: Hucitec. 2007. 165p

Mendes-Gonçalves, RB. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, (Cadernos Cefor, 1 – Série textos) 1992.

Mendonça, AM. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Londrina, Paraná. 2012. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

Merhy, EE. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde.** In: Merhy, E. E; Onocko, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112

Minayo,MCS.; Sanches,O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Molini-Avejonas, DR; Mendes, VLF; Amato CAH. **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências.** Rev Soc Bras Fonoaudiol;15(3):465-74. 2010.

Moreira, MD; Mota, H. B. **Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS.** Rev. CEFAC. Jul-Set; 11(3):516-52. 2009.

Nascimento, DDG. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

Nascimento, DDG.; Oliveira, M.A.C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** O mundo da saúde, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

Oliveira, FR. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família - limites e possibilidades para mudança na formação profissional.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

Oliveira, GN. **Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede.** In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. **Manual De Práticas Da Atenção Básica. Saúde Ampliada E Compartilhada.** 2ª Ed. Ed. Hucitec. São Paulo: 2010. pp. 273-282 [a]

Oliveira, GN. **O Projeto Terapêutico Singular**. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. **Manual De Práticas Da Atenção Básica. Saúde Ampliada E Compartilhada**. 2ª Ed. Editora Hucitec. São Paulo: 2010. pp. 283-297. [b]

Open QLQT, versão 1.4 [software na internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; [s.d.] [acesso em 25 de fevereiro de 2011]. Disponível em: <http://www.qlqt.ipdsc.com.br>.

Peduzzi, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 1998.

Peduzzi, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, 1(1): 75- 91. 2003.

Penteado, RZ; Servilha, E. A. M. **Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde**. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 107-116, abril, 2004.

Pires, D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 53, p. 251-63, 2000.

Rodrigues, KGW. **Atendimento Fonoaudiológico Domiciliar no Programa de Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo. 2003

Sampaio, MM; Gonçalves, A. **Fonoaudiologia em saúde pública: apreciações preliminares a propósito de experiência pioneira em São Paulo, SP(Brasil)**. Rev. Saúde púb. S. Paulo, 14:215-23, 1980.

Santos, AC. **A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.7, n.3, p.257-265, set./dez. 2005.

Santos, LG; Lemos, SMA. **Construção do conceito de promoção da saúde: comparação entre estudantes ingressantes e concluintes de Fonoaudiologia**. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. vol.16, no.3. São Paulo Jul/Set. 2011.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Diretrizes e Parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Prefeitura Municipal de São Paulo. 2009

Shimizu, HE; Zanatta, AM. **Análise do processo de trabalho de um Centro de Saúde sob a ótica da Ergologia**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 5, p. 55-66, 2011. Disponível em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1057/965>

Souza, APR; Crestani, AH; Vieira, CR; Machado, FCM; Pereira, LL. **O Grupo na Fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva.** Rev. CEFAC. 2011 Jan-Fev; 13(1):140-151

Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Tanaka, O. Y.; Melo C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.

Tanaka, OY; Ribeiro, EL. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):477-486, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/166/11

26 de abril de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **3ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **15/4/2011**, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2241, intitulado "**O TRABALHO DO FONOAUDIÓLOGO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): COMPREENDENDO AS PRÁTICAS A PARTIR DA COMPOSIÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO**", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Carla Soleman** e orientação da Professora **Cleide Lavieri Martins**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1)** Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; **2)** Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; **3)** Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; **4)** Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **5)** Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. **Cleide Lavieri Martins**
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO 2

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0033.0.207.162-11

São Paulo, 07 de Abril de 2011
PARECER Nº 99/11 – CEP/SMSIlma Sra.
Carla Soleman

Título do Projeto: Trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho.

Pesquisadora: Carla Soleman; Dra. Cleide L. Martins

Tipo de Projeto: Mestrado. Saúde Pública (Serviços de Saúde Pública) /USP

Local: Sem local físico (fonoaudiólogos dos NASF)

I - Sumário Geral do Protocolo.**OBJETIVOS:**

- Caracterizar o trabalho do fonoaudiólogo no NASF segundo objeto/finalidade, instrumentos, organização e divisão do trabalho.
- Identificar a história dos profissionais, segundo a formação, experiências anteriores e suas influências no trabalho no NASF.
- Localizar os determinantes externos que orientam as práticas que realizam no NASF.
- Identificar as novas tecnologias utilizadas/criadas pelo profissional no NASF para ações coletivas e educação em saúde fonoaudiológica.

RESUMO:

O objeto deste estudo são os processos de trabalho dos fonoaudiólogos inseridos nos NASF relacionando-os com o quadro teórico do trabalho em Saúde.

A pesquisadora mostra o objeto da fonoaudiologia como sendo principalmente a "reabilitação clínica individual". Discorre sobre os NASF. Aponta alguns problemas na área da fonoaudiologia, inclusive a "limitada produção de conhecimento dos processos de trabalho" que justificam a sua proposta.

Apresenta o estudo como descritivo e exploratório e de caráter tanto quantitativo quanto qualitativo. A população do estudo são os profissionais da Fonoaudiologia inseridos nas equipes dos NASF no município de São Paulo. Os dados qualitativos serão obtidos por meio de questionário on-line auto-aplicado; os dados quantitativos serão analisados por meio da Estatística Descritiva.

MÉTODO:

Estudo descritivo exploratório, qualitativo/quantitativo.

Universo: fonoaudiólogos trabalhando nos NASF do município que conta com 87 equipes e 65 fonoaudiólogos. As equipes estão distribuídas nas 5 Coordenadorias Regionais de Saúde (apresenta quadro).

Procedimentos: Identificação dos profissionais em questão via Coordenação da Atenção Básica da SMS e/ou Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; solicitar ao CRFa da 2ª região os contatos desses profissionais (endereço, telefone e endereço de e-mail para correspondência); será solicitada a colaboração do Conselho por meio de carta que exporá os motivos da solicitação. Contato com os profissionais por meio de correio ou do endereço eletrônico, explicando os objetivos da pesquisa. Encaminhamento do site onde estará o questionário (questionário posto à disposição dos profissionais na internet). Este questionário foi anexado ao protocolo apresentado ao CEP/SMS.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0033.0.207.162-11

Pesquisa encaminhada também para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública. O questionário é precedido de "Termo de Aceite", só assim se terá acesso a ele.

II - Considerações.

Trabalho visa preencher uma lacuna no campo de pesquisa sobre o trabalho do profissional fonoaudiólogo, especificamente trabalhando nos NASF. A pesquisadora apresenta cronograma (início previsto para janeiro de 2011) e finalização em maio/junho de 2012. Apresenta um quadro de orçamento com despesas de pouco mais de R\$ 300, 00 que correm por conta da pesquisadora. Apresenta bibliografia e currículos. Anexa TCLE; questionário e convite aos sujeitos da pesquisa.

A sua metodologia lança mão de tecnologia já bastante incorporada no cotidiano de profissionais e poderá ou não se mostrar eficiente para seu trabalho.

TCLE adequado.

Riscos/benefícios: Não envolve risco, eventualmente cansaço (como sugere a própria pesquisadora).

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Colocar no TCLE o contato do CEP/SMS para casos de dúvidas ou denúncias relativas a ética da pesquisa.

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Lara Coelho Zito Guerriero
Vice- Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa: **“O Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF: compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho”**. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte deste estudo, clique em **a) Concordo em participar da pesquisa** e inicie o preenchimento do formulário.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Pesquisador Responsável: Carla Soleman – Telefone para Contato: (11) 23725707/ (11) 87936886 – e-mail: carlasoleman@usp.br

A presente pesquisa tem como objetivo compreender as características do Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF e os determinantes que orientam as práticas deste profissional, considerando o contexto do município de São Paulo. Para que tal compreensão seja possível, serão levantadas informações a respeito do processo de trabalho, características deste trabalho, informações sobre a formação e experiência profissional.

Sua identidade não será revelada sob nenhuma hipótese e, em caso de recusa, você não será penalizada(o) de forma alguma. Os riscos aos quais estará exposta(o) são mínimos, podendo se consistir, no máximo, em cansaço durante o preenchimento do questionário. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação quando quiser sem penalização alguma. Não haverá gastos de qualquer natureza e você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, antes e durante o curso da pesquisa.

O material coletado na pesquisa poderá ser utilizado em futuras publicações em livro e/ou periódico científico, no entanto, vale ressaltar que o sigilo será resguardado uma vez que a identidade dos participantes não será revelada.

O formulário é fácil e de rápido preenchimento e sua participação é muito importante uma vez que os resultados deste estudo poderão gerar subsídios para uma melhor organização dos processos de trabalho do fonoaudiólogo na Atenção Primária a Saúde, ampliando o acesso da população a este cuidado e contribuindo para se pensar na formação básica destes profissionais.

☐ a) concordo em participar da pesquisa

☐ b) não concordo em participar da pesquisa

ANEXO 4**Contato inicial com os Coordenadores das Equipes NASF**

Prezados coordenadores de NASF da CRS ,

Sou mestranda da Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP, sob orientação da Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins, e estou realizando uma pesquisa sobre o Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF, no município de São Paulo.

Este estudo toma como objeto os processos de trabalho dos fonoaudiólogos inseridos nos NASF e, considerando as questões históricas da profissão, a formação destes profissionais e a limitada produção de conhecimento acerca dos seus processos de trabalho, tem o objetivo de compreender as características do trabalho do Fonoaudiólogo no NASF e os determinantes que orientam as práticas deste profissional.

Os Fonoaudiólogos que aceitarem participar do estudo responderão a um questionário on-line, cujo link será enviado juntamente com o convite.

Este questionário poderá ser respondido no momento em que os profissionais julgarem mais pertinente, dentro do período em que estará disponível no nosso site.

Consideramos que uma aproximação com estas experiências de atuação da Fonoaudiologia nos NASF pode contribuir para o avanço na produção de conhecimentos e na sistematização de práticas que irão subsidiar maiores investimentos na capacitação dos profissionais que já estão inseridos neste contexto, bem como daqueles que ainda estão em formação. Também possibilitará uma visão mais ampla dos processos de trabalho destes profissionais dentro das equipes NASF, permitindo aos gestores destas equipes intervenções que visem à melhoria e qualidade do Trabalho em Saúde.

Neste sentido, solicitamos a colaboração de vocês coordenadores para que nos seja fornecido os contatos de email e telefone dos Fonoaudiólogos atuantes em suas equipes NASF, afim de que possamos contatá-los prontamente.

Informamos que todas as informações prestadas a esta pesquisa terão caráter confidencial e os dados fornecidos só serão utilizados para este fim.

Para atender aos critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a fim de validar a proposta da presente pesquisa e posterior divulgação das informações e dos resultados obtidos. O protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo encontra-se em anexo e o projeto de pesquisa está à disposição para sanar possíveis dúvidas.

Atenciosamente,

Carla Soleman
Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins
Orientadora da Pesquisa

Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP)

ANEXO 5**E-mail convite enviado aos fonoaudiólogos para participação no estudo**

Prezada(o) ... ,

Estou realizando uma pesquisa sobre o Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF, no município de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins (Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP) e seu contato me foi passado pelo seu coordenador de equipe NASF

Este estudo tem o objetivo de compreender as características do trabalho do Fonoaudiólogo no NASF e os determinantes que orientam suas práticas, e com ele esperamos contribuir para um avanço na produção e na sistematização de conhecimentos sobre o tema.

Você, como fonoaudiólogo inserido em uma equipe NASF do município de São Paulo, pode dar a sua colaboração respondendo à pesquisa que está on-line.

Para tanto, acesse o site: <http://qlqt.ipdsc.com.br> e siga às instruções descritas no documento em anexo.

Informo que o site é seguro, que o questionário é simples e para qualquer dúvida sobre o estudo ou dificuldades, entre em contato pelo telefone (11) 87936886 ou pelos emails: carlasoleman@usp.br ou carlasoleman@yahoo.com.br.

Em anexo também se encontra o convite formal para participação da pesquisa, no qual há mais detalhes sobre o estudo.

O questionário estará on-line no período de 20/09/2011 até 15/10/2011 e sua contribuição é imprescindível para a qualidade dos resultados deste estudo.

Agradeço imensamente sua contribuição,

Att,

Carla Soleman

ANEXO 6

Questionário de Pesquisa:**O Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF: compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho**

1. (a) Nome da Instituição de Ensino Superior na qual concluiu a graduação em Fonoaudiologia.

Resposta:

- 1 (b) Ano de conclusão da graduação.

Resposta:

2. (a) Kursou alguma pós graduação?

() sim

() não (vá para a questão 3)

- 2 (b) Quais? (pode selecionar mais de uma)

() Aprimoramento

() Especialização

() Residência

() Mestrado

() Doutorado

() Outra – Especifique: _____

- 2 (c) Em que área(s)?

() Saúde Coletiva

() Audiologia

() Linguagem

() Motricidade Orofacial

() Voz

() Disfagia

() Fonoaudiologia Educacional

() Outra

- 2 (d) Se kursou alguma pós na área de Saúde Coletiva, especifique:

Nome do curso:

Resposta:

Instituição:

Resposta:

Duração:

Resposta:

Ano de conclusão:

Resposta:

- 3. (a) Teve alguma experiência profissional como fonoaudiólogo anterior ao NASF?**

() sim
() não (vá para a questão 4)

- 3 (b) Qual o nome da Instituição/Empresa/Clínica?**

Resposta:

- 3 (c) Natureza da instituição**

() Privada
() Pública governamental
() Pública filantrópica
() Pública beneficente
() Comunitária
() Cooperativa
() Outra

- 3 (d) Tempo de permanência nesta instituição (em meses)**

Resposta:

- 4. O que a(o) levou a trabalhar no NASF? Fale da sua motivação para iniciar neste campo e também para se manter nele.**

Resposta:

- 5. Há quanto tempo trabalha no NASF? (em meses, incluindo outros parceiros em que atuou)**

Resposta:

- 6. Qual o parceiro pelo qual é contratado atualmente?**

Resposta:

- 7. Qual é a composição da sua equipe NASF? (Cite as categorias profissionais e a quantidade de componentes de cada categoria)**

Resposta:

- 8. (a) Quantas Equipes de Saúde da Família sua equipe NASF apóia?**

Resposta:

8. (b) Cada Equipe de Saúde da Família apoiada pela sua equipe NASF tem reuniões de matriciamento/discussão de casos com que periodicidade? (Semanal, Quinzenal, Mensal, etc.)?
E quantas horas duram estas reuniões?

Resposta:

8. (c) Em quantas UBS diferentes sua equipe NASF presta serviço?

Resposta:

9. Para você, qual é o papel do Fonoaudiólogo no NASF?

Resposta:

10. A Portaria nº 154 do Ministério da Saúde traz algumas diretrizes para o trabalho do NASF que vão para além do atendimento clínico em reabilitação. Dentre estas diretrizes estão a Integralidade, a Intersetorialidade, Promoção e Educação em saúde, Ações de Prevenção e Ações Coletivas.

Dos processos pelo qual passou, aquele que você considera ser o principal responsável pela sua capacidade de atuação no NASF, de acordo com estas diretrizes foi:

(assinale apenas uma alternativa)

- ☐ Graduação
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Prática Profissional anterior ao NASF
- ☐ Prática Profissional dentro do NASF
- ☐ Ainda não consegue atuar segundo as diretrizes do NASF

11. Das ferramentas de trabalho preconizadas para a organização dos processos de trabalho do NASF, quais você e sua equipe utilizam e quais delas você já conhecia antes mesmo de trabalhar neste campo?

Resposta:

12. Como é para você trabalhar no NASF, obedecendo a lógica de trabalho proposta? Fale um pouco sobre suas potencialidades e/ou dificuldades

Resposta:

13. De que forma, em que momento e por intermédio de quem os casos ou ações que necessitam da atuação do Fonoaudiólogo chegam até você?

Resposta:

- 14. Qual é a sua maior demanda como Fonoaudiólogo do NASF e como você trabalha com esta demanda?**

Resposta:

- 15. Para você, qual é o principal fator determinante na organização do seu processo de trabalho como Fonoaudiólogo do NASF?**

Resposta:

- 16. Descreva as atividades que desenvolve em uma semana típica de trabalho.**

Resposta:

- 17. Com quais profissionais da Estratégia Saúde da Família e do NASF você realiza mais ações compartilhadas? Fale um pouco sobre estas ações e o porquê você acha que elas acontecem mais com estes profissionais e menos com os outros.**

Resposta:

- 18. Você está envolvido em alguma ação intersetorial? Fale um pouco destas ações relatando que ações são estas, qual a periodicidade e o modo como você atua nestas ações.**

Resposta:

- 19. Você está envolvido em alguma ação de aspecto mais geral de saúde e/ou de gestão da UBS, que não envolva diretamente a Fonoaudiologia? Fale um pouco sobre estas ações.**

Resposta:

- 20. Se você já atuou em equipes NASF de diferentes parceiros/instituições de São Paulo, fale um pouco sobre as diferenças e semelhanças que observa no processo de trabalho.**

Resposta:

ANEXO 7**Novo e-mail aos fonoaudiólogos prorrogando o prazo final para resposta**

Prezada(o) colega fonoaudióloga(o),

Devido ao fato de não conseguirmos atingir, até a presente data, o número mínimo de profissionais participantes, o prazo para responder ao questionário da pesquisa, no site <http://qlqt.ipdsc.com.br>, **foi prorrogado até o dia 25 de outubro de 2011.**

Ressalto a importância de sua participação para a qualidade e efetividade deste estudo, bem como para o avanço na produção de conhecimentos sobre o tema, possibilitando uma visão mais ampla dos processos de trabalho do fonoaudiólogo dentro das equipes NASF, nos dando subsídios para buscar melhorias e qualidade no Trabalho em Saúde.

Acaso não tenha recebido o Email-convite, no qual se encontram os detalhes da pesquisa e as instruções para acessar o questionário, responda a este email para que eu possa reenviá-lo.

Conto com a sua contribuição e desde já agradeço imensamente a atenção!

Atenciosamente

Carla Soleman

Pesquisadora da Faculdade de Saúde Pública – USP

ANEXO 8**Solicitação de apoio aos Coordenadores no incentivo à participação dos profissionais**

Prezado Coordenador

Escrevo para solicitar mais uma vez seu apoio junto aos profissionais que foram convidados a participar do estudo.

Como ainda não tenho nem 30% dos profissionais fonoaudiólogos de NASF em SP participando do estudo, juntamente com minha orientadora optamos por solicitar o apoio dos coordenadores para que incentivem os profissionais a responderem, e posteriormente, caso ainda não tenhamos um número significativo, as próprias supervisões farão esta solicitação.

Outra estratégia que adotamos foi disponibilizar para os profissionais o questionário em formato Word para que respondam de modo offline, aos poucos, conforme o tempo que disponibilizarem, e enviem por email assim que terminado.

Para aqueles que ainda tiverem algum tipo de dificuldade para responder, há ainda a possibilidade de um contato telefônico que eu posso agendar com os mesmos, para que respondam oralmente às questões.

Já foi enviado email para eles informando estas novas possibilidades de resposta.

Além do incentivo para que os profissionais participem, seria possível que confirmasse se todos os fonoaudiólogos receberam o email convite?

Mais uma vez agradeço imensamente a colaboração e o apoio!

Att,

Carla Soleman

ANEXO 9**Convite via e-mail disponibilizando o questionário em arquivo de texto (WORD):**

Prezada ...,

Estou realizando uma pesquisa sobre o Trabalho do Fonoaudiólogo no NASF no município de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins (Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP), e seu contato me foi passado pela sua coordenadora de equipe NASF Cibele, por intermédio da Supervisão Técnica de Saúde Sul.

Este estudo tem o objetivo de compreender as características do trabalho do Fonoaudiólogo no NASF e os determinantes que orientam suas práticas, e com ele esperamos contribuir para um avanço na produção e na sistematização de conhecimentos sobre o tema.

Você, como fonoaudióloga inserida em uma equipe NASF do município de São Paulo, pode dar a sua colaboração respondendo à pesquisa de forma on-line.

Para tanto, acesse o site: <http://qlqt.ipdsc.com.br> e siga às instruções descritas no documento em anexo. Vale informar que no site o questionário deve ser respondido todo de uma só vez, não sendo possível salvar as respostas parcialmente para enviá-las depois.

Outra forma de participar da pesquisa é enviando o questionário respondido em formato de WORD (ANEXO). Desta forma é possível que vá respondendo às questões parcialmente e salvando para enviá-las assim que terminar.

Caso ainda tenha dificuldades em participar, outra possibilidade é, por meio de contato telefônico, as respostas serem dadas oralmente. Para isto basta combinarmos o melhor dia e horário para a ligação.

Informo que o site é seguro, que o questionário é simples e para qualquer dúvida sobre o estudo ou dificuldades, entre em contato pelo telefone (11) 87936886 ou pelos emails: carlasoleman@usp.br ou carlasoleman@yahoo.com.br.

Em anexo também se encontra o convite formal para participação da pesquisa, no qual há mais detalhes sobre o estudo.

Saliento que este estudo tem o apoio da Coordenadoria de Atenção Básica da SMS e da Supervisão Técnica de Saúde Sul, portanto é possível que sua participação seja dentro de seu horário de trabalho. Basta pactuar isto com sua coordenação.

As respostas devem ser enviadas preferencialmente até 15/01/2012 e sua contribuição é imprescindível para a qualidade dos resultados deste estudo.

Informo que devido à dificuldades no contato com a instituição Einstein para o fornecimento dos emails dos fonoaudiólogos, este convite está chegando para você com um atraso de dois meses. Por este motivo, o prazo para o envio das respostas é curto, uma vez que os questionários dos profissionais de outras instituições já entrou em fase de análise.

Em todo caso, independente de prazos, sua participação é de suma importância e portanto, se tiver qualquer problema podemos combinar algo que seja mais adequado à sua agenda.

Agradeço imensamente sua contribuição,

Atenciosamente

Carla Soleman

CURRÍCULO LATTES

Carla Soleman

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6060767443510926>
Última atualização do currículo em 06/08/2012

Especialista em Saúde Coletiva pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2011). Possui graduação em Fonoaudiologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (2007) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Carlos (2008-2010). Atualmente é mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Coordenadora de uma equipe NASF do município de São Paulo pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Estratégia Saúde da Família, NASF, Trabalho em equipe, Fonoaudiologia na Atenção Básica, Interdisciplinaridade, Apoio Matricial, Clínica Ampliada. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome

Carla Soleman

Nome em citações bibliográficas

SOLEMAN, C.

Sexo

Feminino

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Avenida Doutor Arnaldo, 715
Cerqueira Cesar
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

Cleide Lavieri Martins

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5490605608485130>
Última atualização do currículo em 12/06/2012

possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1976), Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980), Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo (1977), mestrado (1990) e doutorado (1999) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: formação em saúde, avaliação de serviços de saúde, saúde da família, e controle da tuberculose. É editora do periódico Saúde e Sociedade. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Cleide Lavieri Martins

Nome em citações bibliográficas

MARTINS, C. L.

Sexo

Feminino

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av Dr Arnaldo 715
Cerqueira Cesar
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617719
Fax: (11) 30833501
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação