



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

**ALINE GONÇALVES BOMFIM BISPO**

**FONOAUDIOLOGIA e NASF: Ações do fonoaudiólogo e  
desafios em sua atuação - Revisão de Literatura**

Salvador

2017

**ALINE GONÇALVES BOMFIM BISPO**

**FONOAUDIOLOGIA e NASF: Ações do fonoaudiólogo e  
desafios em sua atuação - Revisão de Literatura**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Ms. Daiane Celestino Melo

Salvador

2017

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Ações desenvolvidas pelo fonoaudiólogo no NASF.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Desafios na atuação do fonoaudiólogo.....</b>	<b>13</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>14</b>
<b>ANEXO 1 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES (PERIÓDICO SELECIONADO).....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO 2 – PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO.....</b>	<b>23</b>

## FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

FONOAUDIOLOGIA E NASF: AÇÕES DO FONOAUDIÓLOGO E DESAFIOS EM  
SUA ATUAÇÃO - REVISÃO DE LITERATURA

SPEECH, LANGUAGE AND HEARING SCIENCES AND NASF: ACTIONS OF THE  
SPEECH THERAPIST AND CHALLENGES IN ITS PERFORMANCE - LITERATURE  
REVIEW

Aline Gonçalves Bomfim Bispo – Estudante de Graduação em Fonoaudiologia da  
Universidade Federal da Bahia.

Daiane Celestino Melo – Mestre em Saúde Coletiva.

Correspondência: Aline Gonçalves Bomfim Bispo; Prof.<sup>a</sup> Ms. Daiane Celestino Melo.

Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de  
Fonoaudiologia, 1º andar, Vale do Canela. CEP: 40110-902. Salvador, BA, Brasil.

Tel.: (71) 3283-8885. E-mail – [agbb.fono@yahoo.com](mailto:agbb.fono@yahoo.com); [daianecelestino@hotmail.com](mailto:daianecelestino@hotmail.com)

## RESUMO

Este estudo visa descrever as ações desenvolvidas pelo fonoaudiólogo junto à equipe do NASF e elencar os principais desafios para a sua atuação na equipe. Foi realizada uma revisão da literatura através de busca eletrônica nas bases de dados *Scielo Brasil*, Portal de Periódicos da CAPES, Lilacs e PubMed, publicados nos últimos 20 anos, de 1995 a 2015. Algumas das ações mais frequentemente encontradas foram: ações de promoção da saúde e prevenção de comorbidades; apoio matricial/matriciamento; discussão de casos com a ESF para formulação de PTS; terapias e ações de apoio técnico-pedagógico. Quanto aos desafios, destacam-se: dificuldade de relacionamento com outros profissionais da saúde e com gestores que não são da área e entendimento reduzido acerca da proposta NASF ou dificuldade de aceitação da mesma. As ações mencionadas são fundamentais para o trabalho do fonoaudiólogo ser coerente com a proposta NASF, porém, diante dos achados dos desafios, é imprescindível serem realizadas, por todas as equipes, a divulgação das ações desenvolvidas pela equipe NASF, destacando a contribuição da Fonoaudiologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fonoaudiologia, Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica, Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

This study aims to describe the actions developed by the speech therapist with the NASF team and to highlight the main challenges for their performance in the team. A review of the literature through electronic search in the databases Scielo Brazil, Portal of Periodicals of CAPES, Lilacs and PubMed, published in the last 20 years, from 1995 to 2015. Some of the actions most frequently found were: actions to promote the Health and prevention of comorbidities; matrix support; discussion of cases with ESF for PTS formulation; therapies and technical-pedagogical support actions. Regarding the challenges, the following stand out: difficulty in relationship with other health professionals and managers who are not of the area and reduced understanding about the NASF proposal or difficulty in accepting it. The actions mentioned are fundamental for the speech therapist's work to be coherent with the NASF proposal. However, faced with the challenges findings, it is imperative that all the teams carry out the actions developed by the NASF team, highlighting the contribution of Speech Therapy.

**KEYWORDS:** Speech, Language and Hearing Sciences; Primary Health Care; Speech, Language and Hearing Sciences; Public Health.

## 1. INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, representou uma extrema mudança no padrão de organização dos serviços de saúde. O SUS é assim reconhecido como uma política pública promotora de cidadania devido à sua grande capacidade de inclusão e amplitude de ações. Dessa forma, a saúde é garantida como um direito social dos cidadãos brasileiros<sup>1</sup>.

O SUS vem com uma proposta de ordenar a saúde em três níveis de atenção: baixa, média e de alta complexidade. Todos estes com o mesmo grau de relevância considerando que a atenção à saúde deve ser integral. Dessa maneira, ocorre uma mudança no sistema de organização da saúde, deixando de ser pensado em um formato piramidal para uma construção em redes de cuidado<sup>1</sup>.

Em meados da década de 90, houve a criação de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde<sup>2</sup>. Em 1991 foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde da população, principalmente nas regiões que apresentavam baixa oferta de serviços de saúde e manifestavam maiores índices de risco e vulnerabilidade social<sup>1</sup>. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família que, a partir de 1996, começou a romper com o conceito de programa para usar a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o Ministério da Saúde considerou esta estratégia como uma forma de reorientar as práticas de saúde do Brasil. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) utiliza a Saúde da Família como principal estratégia a fim de expandir e consolidar a atenção básica e deve, assim como as outras estratégias, seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS<sup>3</sup>. A ESF tem por objetivo reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, de acordo com os preceitos do SUS de integralidade e universalidade da assistência, equidade, resolubilidade e humanização do atendimento, além do estímulo à participação comunitária<sup>4</sup>.

Mendes (2009) refere que a ESF foi implantada, inicialmente, em grandes centros urbanos, como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, gerando melhoria nas condições de saúde de indivíduos e grupos sociais, não somente nestas capitais

como em todo o Brasil, configurando-se assim uma das prioridades do Ministério da Saúde como política de qualificação da atenção básica<sup>5</sup>.

As equipes de Saúde da Família são formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (um número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada), podendo ser ampliada com a equipe de saúde bucal (dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal)<sup>4</sup>. Conforme estabelecido pela PNAB, cada equipe se responsabiliza por acompanhar até quatro mil pessoas, porém, recomenda-se, em média, três mil<sup>4</sup>.

Diante da grande demanda de usuários em busca de serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), somente esta equipe mínima não seria capaz de suprir esses acompanhamentos, tornando-se necessária a criação de uma equipe multiprofissional a mais, com o objetivo de ampliar a abrangência, o escopo e resolubilidade das ações da atenção básica, apoiando a inserção das ESFs na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da atenção básica<sup>1</sup>. Surge então, em 2008, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pela portaria 154 do Ministério da Saúde<sup>6</sup>. Os profissionais que poderão compor esta equipe são os seguintes: 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<sup>6</sup>.

Neste contexto, o fonoaudiólogo tem um papel muito importante na manutenção da saúde e na qualidade de vida da população, visto ser um profissional da comunicação, algo que está intimamente relacionado à interação do indivíduo com o meio social, com a aprendizagem e com os fatores emocionais. Cumpre este papel atuando de forma generalista, na rede de cuidados à saúde, pois atua não somente no campo clínico como também no social<sup>1</sup>.

O fonoaudiólogo está entre os profissionais previstos para integrar os NASFs tipo um, tipo dois e o tipo três, os quais estão vinculados, respectivamente, a de cinco a nove, três a quatro e uma a duas ESFs e/ou equipes de Atenção Básica para



populações específicas, como consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais<sup>6</sup>. De 2008 a 2012, o número de NASF tipo dois cresceu de 22 para 345 e, de NASF tipo um, subiu de 245 para 1.512<sup>8</sup>. De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde<sup>9</sup>, em 2012, 841 fonoaudiólogos compunham equipes de NASF em todo território nacional, sendo a frequência de 48,1% para NASF tipo um e 28,1% para NASF tipo dois. Assim, são poucas equipes NASF que inserem este profissional, conforme apontam os estudos, a exemplo do realizado na Região Metropolitana do Recife em que, dentre os quatorze municípios da região, apenas quatro têm na composição do NASF o fonoaudiólogo<sup>14</sup>.

É notório que a incorporação do fonoaudiólogo à atenção básica é recente, considerando o tempo de existência do NASF. Como consequência, existe uma incipiente produção científica sobre as ações desenvolvidas pelo fonoaudiólogo neste campo de trabalho. Além disso, sua reduzida inserção nessas equipes provoca a reflexão sobre os desafios que estes profissionais devem enfrentar para continuar atuando dentro delas. Portanto, este estudo pode ajudar a preencher estas lacunas de conhecimento.

Deste modo, o presente trabalho visa descrever as ações desenvolvidas pelo fonoaudiólogo junto à equipe do NASF e elencar os principais desafios para a sua atuação na equipe.

## 2. MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura através de busca eletrônica nas bases de dados *Scielo Brasil*, Portal de Periódicos da CAPES, Lilacs e PubMed, de materiais publicados nos últimos 20 anos, de 1995 a 2015.

Foram utilizados os seguintes descritores em português e em inglês, respectivamente: Fonoaudiologia and Atenção Primária à Saúde; Fonoaudiologia and Atenção Básica; Fonoaudiologia and Saúde Coletiva; Speech, Language and Hearing Sciences and Primary Health Care; Speech, Language and Hearing Sciences and Public Health. Os critérios de inclusão foram os seguintes: artigos científicos, dissertações, teses, documentos oficiais, leis e portarias. Os critérios de exclusão foram materiais não disponíveis na íntegra.

Esta revisão foi realizada em três etapas:

- 1ª Etapa – Pesquisa e coleta de artigos;
- 2ª Etapa – Seleção dos artigos a partir da leitura do título e do resumo;
- 3ª Etapa – Leitura na íntegra dos materiais selecionados e elaboração das categorias de análise a partir das questões de investigação do presente estudo.

Os dados obtidos foram analisados, por meio de tabelas descritivas, a partir das informações colhidas dos artigos selecionados.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta revisão de literatura foram encontrados 499 artigos, 434 foram excluídos por repetição ou por não estarem diretamente associados à temática, 65 foram selecionados após a leitura do título e, destes, com a leitura dos resumos, 6 foram escolhidos para contribuir com a revisão. Destes, 3 revelam que a maior parte das ações desenvolvidas está abaixo do esperado ou não são adequadas ao preconizado pelo Ministério da Saúde para um fonoaudiólogo, prevalecendo a prática voltada para a cura e não para a promoção e prevenção à saúde.

#### **3.1 Ações desenvolvidas pelo fonoaudiólogo no NASF**

Soleman e Martins trazem o apoio matricial, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto Saúde no Território (PST) e a pactuação do apoio como principais tipos de ações<sup>4</sup>.

O apoio matricial oferece auxílio à equipe de referência na formulação, reformulação e execução de um projeto terapêutico singular, individual e coletivo quando a equipe de saúde não tem mais condições de continuar o trabalho sozinha, além de oferecer retaguarda assistencial e apoio técnico-pedagógico<sup>4</sup>. Esta última ação será explanada adiante.

A clínica ampliada se realiza através da articulação e diálogo dos diferentes saberes, por meio da compreensão ampliada do processo saúde-doença, da construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, incluindo as equipes de saúde da família, os serviços de saúde e outros pela ação intersetorial, além dos

usuários como participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico<sup>10</sup>.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) possibilita discussões coletivas de caso e a coordenação de ações ao longo do tempo, possui caráter estratégico e é composto de propostas de intervenção, ações, tomadas de decisão em relação ao caso, existindo responsáveis e prazos para cada determinação<sup>4</sup>.

O Projeto Saúde no Território (PST) consiste em uma estratégia visando o desenvolvimento de ações efetivas na produção da saúde em um território, com foco na articulação com os serviços em saúde e com outros serviços e com políticas sociais para investir na qualidade de vida e autonomia de sujeitos e comunidades<sup>4</sup>.

A pactuação do apoio funciona como ferramenta tecnológica de apoio à gestão utilizada quando ocorre a implantação de uma equipe NASF, quando gestores junto com equipes de saúde da família e os conselhos de saúde devem realizar uma análise sobre as necessidades de saúde do território com o objetivo de identificar os temas que mais precisam de apoio e, desta forma definir a equipe NASF<sup>4</sup>.

Andrade et al<sup>11</sup> apresentam as seguintes ações: planejamento conjunto das ações; desenvolvimento de ações de promoção à saúde; elaboração de materiais informativos; prevenção de deficiências; apoio e participação em grupos; ações em escolas, creches e outros equipamentos sociais do território; encaminhamentos e acompanhamento das indicações e concessões de próteses; acolhimento de crianças com risco social; incentivo ao aleitamento materno exclusivo; apoio e participação em grupos educativos; visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos; elaboração de estratégias de divulgação das atividades da fonoaudiologia no NASF; consultas/intervenções conjuntas; matriciamento e discussão de casos com a ESF para formulação de PTS; atendimento clínico coletivo a usuários que requeiram cuidados de reabilitação e desenvolvimento de ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC).

Soleman e Martins<sup>12</sup>, em um trabalho de análise das respostas dos fonoaudiólogos sobre o seu papel na equipe NASF, mostram, como um destes relatos, a questão da sensibilização das equipes de saúde da família sobre a prática fonoaudiológica, fator imprescindível para o bom andamento do trabalho na equipe multiprofissional, em vista da falta de conhecimento de alguns sobre a profissão.

Abordam também ações de apoio à assistência, ações de apoio técnico-pedagógico, ações de articulação de rede e ações de gestão do trabalho<sup>12</sup>.

As ações de apoio à assistência envolvem a ação direta do fonoaudiólogo com os usuários do serviço, tais como: 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 saúde mental nos quais o fonoaudiólogo pode aplicar conhecimentos do seu núcleo de saber estimulando as boas práticas de vida saudável; grupos educativos de promoção à saúde compartilhados com profissionais da equipe NASF e/ou da ESF (grupo de gestantes, crianças/puericultura, 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 articulatórios, voz, contação de histórias, memória, motricidade orofacial); oficinas lúdicas; grupos de orientação para pais compartilhados com profissionais da equipe NASF e/ou da ESF<sup>12</sup>.

Em relação ao apoio técnico-pedagógico são desenvolvidas ações voltadas aos profissionais das equipes de Saúde da Família que se constituem em reuniões de matriciamento, reuniões direcionadas às discussões de casos, possibilitando que o conhecimento técnico dos profissionais do NASF contribua na ampliação do olhar da equipe de Saúde da Família para os diferentes casos e nas capacitações para os profissionais com temas em Fonoaudiologia, geralmente relacionados aos casos discutidos ou temas de interesse das diferentes categorias profissionais da ESF e também do NASF<sup>12</sup>.

As ações de articulação de rede envolvem a aproximação entre os diferentes serviços que atendem a população adscrita ao território, sejam da saúde ou de outros setores<sup>12</sup>.

As ações de gestão do trabalho são direcionadas ao planejamento e avaliação dos processos de trabalho tanto os individuais como os compartilhados com as equipes NASF e da ESF<sup>12</sup>. Consiste na reunião NASF em que todos os

profissionais da equipe podem discutir, planejar e alinhar seus processos de trabalho; na reunião técnica da Unidade Básica de Saúde (UBS), em que são colocadas questões importantes acerca do funcionamento da UBS, que podem estar relacionadas ao trabalho conjunto, bem como nas reuniões gerais da UBS; reuniões do Conselho Gestor; Comissão de Prontuários; Comissão Interna para Prevenção de Acidentes (CIPA); ações administrativas, como planejamento de alguma intervenção, preenchimento de fichas de produção, elaboração de relatórios, criação de materiais para atendimentos ou para divulgação de grupos<sup>12</sup>.

Costa et al<sup>13</sup>, em seu artigo, alista alguns relatos de fonoaudiólogos de equipes NASF em municípios paraibanos, os quais referem realizar ações de promoção e prevenção, porém, as de terapia individual dos pacientes são muito maiores em quantidade, além de palestras em saúde e grupos com hipertensos, gestantes, mulheres, adolescentes, entre outros, e atuação junto às ESF.

Molini-Avejonas et al<sup>1</sup> destacam ações de promoção e prevenção de saúde, matriciamento, terapias, capacitação de agentes comunitários, encaminhamentos, visitas domiciliares, ações intersetoriais e atividades administrativas.

Fernandes et al<sup>14</sup> constatou, em seu estudo, realização de diagnóstico de área antes dos fonoaudiólogos iniciarem seu trabalho no NASF, criação de protocolos assistenciais, participação da pactuação com os profissionais da ESF em relação à construção de grupos prioritários na Unidade de Saúde da Família (USF), elaboração de projetos terapêuticos, realização de reuniões para discussões de casos entre ESF e NASF, desenvolvimento de ações de acolhimento e práticas humanizadas, ações de prevenção integradas com equipamentos sociais, projetos intersetoriais e ações de inclusão de pessoas com deficiências em 80% deles, ações de reabilitação (maioria em atendimentos coletivos), além de divulgação das ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF.

Diante dos achados, as ações mais frequentemente encontradas foram: encaminhamentos e acompanhamentos em geral; ações de promoção da saúde e prevenção de comorbidades; apoio matricial/matriciamento; discussão de casos com a ESF para formulação de PTS; terapias; visitas domiciliares e ações de apoio técnico-pedagógico.

Estas ações são fundamentais na atuação do fonoaudiólogo, como parte da equipe, para o NASF ser NASF, na prática, ou seja, realmente apoiar a ESF em seus trabalhos. E, quando o fonoaudiólogo se propõe a atuar de maneira

generalista, pensando na sua formação como profissional da saúde, em primeiro lugar, realiza estas ações satisfatoriamente em uma equipe multiprofissional, pois está despido de rótulos e limitações, impostos pelo modelo biomédico.

### **3.2 Desafios na atuação do fonoaudiólogo**

Existem alguns desafios à atuação do fonoaudiólogo de forma satisfatória na equipe NASF. Costa et al<sup>13</sup> traz em seu estudo alguns relatos de fonoaudiólogos, de municípios paraibanos, sobre os maiores desafios, os quais são: dificuldade de relacionamento com os outros profissionais da saúde no trabalho das equipes, os quais acham que somente a sua parte é suficiente para a resolução dos casos; relação conturbada com o enfermeiro que, às vezes, dificulta o acesso aos prontuários dos pacientes; trato com os médicos que sempre estão mudando; dificuldade relacionada a gestão, pois muitas vezes o gestor não é um profissional de saúde e se depara com questões que desconhece, o que pode dificultar o trabalho do fonoaudiólogo.

Soleman e Martins<sup>4</sup> também trazem outros relatos de fonoaudiólogos sobre os desafios ao trabalho, porém, não diretamente associados às relações entre os colegas de equipe. Os profissionais afirmam que existe um entendimento reduzido acerca da proposta NASF ou dificuldade de aceitação da mesma, há falta de estrutura e espaço físico nas UBSs para a realização do trabalho, as metas de produção são incompatíveis com a realidade local e entre as equipes NASF e ESF e não existe suporte da Rede de serviços, principalmente no nível secundário da atenção<sup>4</sup>.

Os dados revelam que a origem dos desafios à atuação do fonoaudiólogo refere-se à falta de conhecimento dos outros profissionais da equipe acerca do seu trabalho, o que dificulta as relações e, conseqüentemente, interfere nas práticas, impossibilitando um trabalho no nível do esperado para a proposta NASF. A Fonoaudiologia ainda tem pouca visibilidade a nível de Saúde Coletiva e grande parte da população desconhece o papel da profissão.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta revisão, foi constatado que as ações mais importantes e frequentemente encontradas foram: encaminhamentos e acompanhamentos em geral, ações de promoção da saúde e prevenção de comorbidades, apoio matricial/matriciamento, discussão de casos com a ESF para formulação de PTS, terapias, visitas domiciliares, ações de apoio técnico-pedagógico. Estas se constituem como ações fundamentais para o trabalho do fonoaudiólogo ser coerente com a proposta NASF. Os desafios estão diretamente atrelados ao desenvolvimento das ações, pois, se não vencidos através de decisões precisas, poderão interferir decisivamente na realização das mesmas. Desta maneira, é imprescindível que sejam realizadas, por todas as equipes NASF, nas unidades de saúde e residências dos usuários, a divulgação das ações desenvolvidas pela equipe, destacando a contribuição da Fonoaudiologia.

## REFERÊNCIAS

1. Moline-Alvejonas, DR; Mendes, VLF; Amato, CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010 [acesso em 2015 out 29];15(3):465-74. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf)>.
2. Scorel, S; Giovanella, L; Mendonça, MHM; Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007 [acesso em 2015 nov 9]. Disponível em:<[www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf)>.
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 2015 nov 9]. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:<[189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)>.

4. Soleman, C; Martins, CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo a prática a partir da composição dos processos de trabalho. São Paulo. 2012. [acesso em 2015 out 29]. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15012013-095113/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-15012013-095113/)>.
5. Mendes VLF. Fonoaudiologia, Atenção Básica e Saúde da Família. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas AL. Tratado de fonoaudiologia. 2a ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 612-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. [acesso em 2016 out 13] Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>.
7. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2012. [acesso em 2015 nov 2] Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>.
8. Molini-Avejonas, DR; Aboboreira, MS; Couto, MIV; Samelli, AG. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. CoDAS vol.26 no.2 São Paulo mar / abr 2014. [acesso em 2016 abr 7] Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n2/pt\\_2317-1782-codas-26-02-00148.pdf](http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n2/pt_2317-1782-codas-26-02-00148.pdf)>.
9. Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio à Saúde da Família — Perspectivas 2013. In: Encontro Estadual NASF [cited 2014 Mar 21]. [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em:<[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/atencao\\_basica/nasf/Apres/04/Manha/Marcelo/Marcelo%20\(NASF\)-%20Encontro%20Estadual%20NASF.pdf](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/atencao_basica/nasf/Apres/04/Manha/Marcelo/Marcelo%20(NASF)-%20Encontro%20Estadual%20NASF.pdf)>.
10. 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. [acesso em 2017 jan 30] Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>.



11. Andrade, AF; Lima, MM; Monteiro, NP; Silva, VI. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. *Audiol., Commun. res*; 19(1): 52-60. 2014. [acesso em 2016 abr 7]. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/acr/v19n1/2317-6431-acr-19-1-0052.pdf](http://www.scielo.br/pdf/acr/v19n1/2317-6431-acr-19-1-0052.pdf)>.
12. Soleman, C; Martins, CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. *Rev. CEFAC [online]*. 2015, vol.17, n.4, pp.1241-1253. [acesso em 2016 abr 7] ISSN 1516-1846. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01241.pdf>>.
13. Costa, LS; Alcântara, LM; Alves, RS; Lopes, AMC; Silva, AO; Sá, LD. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*; 25(4): 381-387, 2013. tab. [acesso em 2016 abr 7] Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/codas/v25n4/14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n4/14.pdf)>.
14. Fernandes, TL; Nascimento, CMB; Sousa, FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC*. 2013 Jan-Fev; 15(1):153-159. [acesso em 2015 out 29] Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/15-11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/15-11.pdf)>.

## ANEXO 1 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES (PERIÓDICO SELECIONADO)



A Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná, criada em 1989, é uma publicação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - iNESCO que, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Paraná, e com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde, tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate, para a produção e disseminação de conhecimentos nos campos da saúde coletiva e da saúde pública, inclusive das áreas de ensino, formação e de gestão do trabalho e da educação continuada e permanente na saúde. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista, não sendo admitida a sua apresentação simultânea a outro periódico, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinalar a opção referente à Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. Quando a investigação envolver sujeitos humanos, a publicação do artigo na Revista estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, que deverá ser claramente descrito no último parágrafo da seção Metodologia do artigo, na qual deverá ser registrado o número do processo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa. O encaminhamento do manuscrito deverá ser feito de forma eletrônica pelo portal de periódicos da Universidade Estadual de Londrina. Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Revista.

**CATEGORIAS DE ARTIGOS** Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná publica artigos de revisão, relatos de experiência, notas e informações, resenhas de livros e cartas ao

editor. Artigos – são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa empírica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora. Devem ter no máximo 6.000 palavras e cinco ilustrações (tabelas e/ou figuras, dentre outras). Artigos de revisão – são avaliações críticas e ordenadas da literatura sobre determinado assunto, devendo conter Objetivo (por que a revisão da literatura foi realizada, indicando se ela enfatiza algum fator em especial), Fonte de dados (informar os critérios de seleção de artigos, os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações), Síntese dos dados (informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos) e Conclusões (as conclusões e suas aplicações). Deve-se separar os resultados da discussão. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 5.000 palavras e quatro elementos visuais. Relatos de experiência – são contribuições que relatam experiências inovadoras em saúde, com potencial de extrapolação e possibilidades de aplicação em outras realidades. Essa modalidade de submissão engloba relatos de projetos aplicativos ou projetos de intervenção, devendo conter Objetivos e as formas para alcançá-los. Devem ter no máximo 5.000 palavras e 4 (quatro) elementos visuais. Notas e informações – são relatos de estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a saúde pública. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas para artigos originais, limitando-se a 2.000 palavras. Cartas ao editor – são comentários, discussões ou críticas a artigos recentes, publicados na Revista, ou relatos de pesquisa originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 800 palavras. Resenhas de livros – 1.000 palavras.

**AUTORIA** O número máximo de autores para cada artigo é limitado a cinco. Acima disso haverá necessidade de ser apresentada uma justificativa pormenorizada, que será examinada pelo Editor. O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção “Agradecimentos”. A indicação dos nomes dos autores deverá vir logo abaixo do título do artigo. Todas as pessoas designadas como

autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por e-mail (espacosauade@inesco.org.br) a seguinte Declaração de Autoria e Responsabilidade: "Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto. Revi a versão final do artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro também que nem este trabalho e nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação de outra revista." Os autores deverão acrescentar o seu código ORCID no sistema SEER no momento da submissão. Caso os autores não tenham ainda seu ID ORCID recomendamos inscrever-se previamente em [www.orcid.org](http://www.orcid.org).

**PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS** Os critérios de editoração estabelecidos pela Revista visam garantir a qualidade das publicações e o comprometimento como fortalecimento da produção de conhecimento em saúde pública e coletiva em âmbito regional. Para o biênio 2016-2017 será buscada a meta de publicação de 60% de artigos que abordem problemáticas de saúde existentes no Paraná. Os manuscritos submetidos serão inicialmente analisados pela secretaria da revista para verificar a adequação às Instruções para os Autores. Caso haja inadequação, serão devolvidos aos autores sem análise de mérito pelo corpo de revisores. Os artigos submetidos que atendam às "Instruções aos Autores" e que se coadunem com a sua política editorial, são encaminhados ao Corpo Editorial que considerará, junto com o Editor Associado da Área, o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os artigos serão encaminhados a membros do corpo de avaliadores ou consultores ad hoc. Cada artigo é enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada. Diante dos pareceres emitidos pelos avaliadores, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação. Posteriormente, encaminha os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Editor. Os artigos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento. Os artigos aceitos sob condição serão encaminhados aos

autores para alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista. Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados em edição posterior.

**PREPARO DOS MANUSCRITOS DA FORMATAÇÃO:** Os manuscritos deverão ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com: a) fonte arial, corpo 12 (doze), espaço 1,5 em todo o texto, incluindo página de rosto, resumos, ilustrações, agradecimentos e referências; b) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação; c) margens laterais, superiores e inferiores de 2,5 cm cada.

**DA ESTRUTURA:** Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com a ortografia e a gramática oficiais, e obedecendo à estrutura formal abaixo:

**a) Página de rosto – deve conter:** - Título do artigo que deve ser centralizado, em caixa alta, conciso e completo, com, no máximo, 20 palavras. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais relevante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância; - Versão exata do título para o idioma inglês; - Abaixo do título, centralizado: Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m); - Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável para troca de correspondência; - Tipo de auxílio e nome da agência financiadora; - Se baseado em tese ou dissertação de mestrado, o título, ano e instituição onde foi apresentada.

**b) Resumos e descritores** – devem ser apresentados dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract) com, no máximo, 140 (cento e quarenta) palavras, incluindo descritores e palavras-chave nos dois idiomas. Para artigo original, o resumo deve conter no máximo 140 (cento e quarenta) palavras, estabelecendo os objetivos do estudo ou investigação, os métodos empregados, os principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, devem ser indicados de 3 (três) a 6 (seis) descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS – disponível em <http://www.decs.bvs.br>) que fornece os descritores em quatro idiomas português, espanhol, inglês e francês. Há uma categoria desenvolvida no Brasil para cobertura específica dos temas de Saúde Pública e

Coletiva. Caso não sejam encontrados descritores para a temática tratada no artigo, deverão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido na área. Para as demais categorias de artigo, o formato do resumo deve ser narrativo, com até 140 (cento e quarenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos, as conclusões e suas aplicações.

**c) Texto** – o texto de estudos experimentais ou observacionais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo: Introdução (deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes), Métodos (deve descrever de forma objetiva e completa os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção), Resultados (deve descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras), Discussão (deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo), e Conclusões (relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes). O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma breve introdução, em que o(s) autor(es) explica(m) qual a importância da revisão para a prática, à luz da literatura, uma síntese dos dados, que deve apresentar todas as informações pertinentes, e uma conclusão, que deve relacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações. As demais categorias terão estrutura textual livre, devendo, entretanto, serem observadas as regras de formatação.

**d) Tabelas e figuras** – as tabelas e figuras deverão ser apresentadas inseridas no texto, tituladas corretamente, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto e construídas para sua reprodução direta sempre que possível.

**e) Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos

nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

**f) Citações** – Citações – identificar as referências no texto por números arábicos sequenciais (iniciando pelo 1) e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,3,7).

**g) Referências** – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto e normalizadas segundo o estilo Vancouver, disponível no site [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>.

Publicações com até 6 (seis) autores citam-se todos; acima de 6 (seis) autores, citam-se os seis primeiros autores, seguidos da expressão latina “et al”. Não serão aceitas as referências em notas de rodapé ou fim de página.

## ANEXO 2 – PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

### 1. INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, representou uma extrema mudança no padrão de organização dos serviços de saúde. O SUS é assim reconhecido como uma política pública promotora de cidadania devido à sua grande capacidade de inclusão e amplitude de ações. Dessa forma, a saúde é garantida como um direito social dos cidadãos brasileiros (MOLINE-ALVEJONAS *et al.*, 2010).

O SUS vem com uma proposta de ordenar a saúde em três níveis de atenção: básica, média complexidade e de alta complexidade. Todos estes com o mesmo grau de relevância considerando que a atenção à saúde deve ser integral. Dessa maneira, ocorre uma mudança no sistema de organização da saúde, deixando de ser pensado em um formato piramidal para uma construção em redes de cuidado (MOLINE-ALVEJONAS *et al.*, 2010).

Em meados da década de 90, houve a criação de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde (ESCOREL *et al.*, 2007). Em 1991 foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde da população, principalmente nas regiões que apresentavam baixa oferta de serviços de saúde e manifestavam maiores índices de risco e vulnerabilidade social (MOLINE-ALVEJONAS *et al.*, 2010). Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família que, a partir de 1996, começou a romper com o conceito de programa para usar a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o Ministério da Saúde considerou esta estratégia como uma forma de reorientar as práticas de saúde do Brasil. A Política Nacional de Atenção Básica utiliza a Saúde da Família como principal estratégia a fim de expandir e consolidar a atenção básica e deve, assim como as outras estratégias, seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS (BRASIL, 2012). A ESF tem por objetivo reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, de acordo com os preceitos do SUS de integralidade e universalidade da assistência, equidade, resolubilidade e humanização do atendimento, além do estímulo à participação comunitária (SOLEMAN, 2012).



Inicialmente, a ESF foi implantada em grandes centros urbanos como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, gerando melhoria nas condições de saúde de indivíduos e grupos sociais, não somente nestas capitais como em todo o Brasil configurando-se assim em uma das prioridades do Ministério da Saúde como política de qualificação da atenção básica (MENDES, 2009 apud MOLINE-ALVEJONAS *et al.*, 2010).

A equipes de Saúde da Família são formadas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (um número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada), podendo ser ampliada com a equipe de saúde bucal (dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal). Conforme estabelecido pela PNAB, cada equipe se responsabiliza por acompanhar até quatro mil pessoas, porém, recomenda-se, em média, três mil pessoas (SOLEMAN, 2012).

Diante da grande demanda, notou-se que somente esta equipe mínima não seria capaz de suprir esses acompanhamentos, tornando-se necessária a criação de uma equipe a mais para apoiar a ESF. Surge então, em 2008, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído pelo Ministério da Saúde.

Assim como a ESF, o NASF é formado por uma equipe multiprofissional e dentre eles está o fonoaudiólogo o qual atua de forma generalista, identificando as questões fonoaudiológicas de maior relevância na comunidade, elaborando ações preventivas, sempre que possível, focando uma melhor qualidade de vida para a comunidade (GOULART, 2003 apud FERNANDES *et al.*, 2013). O fonoaudiólogo cumpre um importante papel na rede de cuidados à saúde pois atua tanto no campo clínico quanto no social. Apesar deste fato, são poucas as equipes do NASF que inserem este profissional, conforme apontam os estudos, a exemplo de um realizado na Região Metropolitana do Recife em que, dentre os quatorze municípios da região, apenas quatro têm na composição do NASF o fonoaudiólogo (FERNANDES *et al.*, 2013).

Diante disso, este trabalho visa descrever qual é o papel do fonoaudiólogo junto à equipe do NASF e elencar os principais desafios para a sua inserção.

## **2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

- Discutir o papel do fonoaudiólogo junto à equipe do NASF.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar os municípios brasileiros que inseriram o fonoaudiólogo na equipe do NASF.
- Apontar os principais desafios para a sua inserção.

## **3. REVISÃO DA LITERATURA**

### **3.1. O TRABALHO DO FONOAUDIÓLOGO NO NASF**

O objetivo do trabalho de todo profissional de saúde na equipe do NASF é matriciar as equipes da Estratégia de Saúde da Família oferecendo suporte assistencial na atuação direta com os usuários do serviço, dando também suporte técnico pedagógico para contribuir com as equipes de Estratégia a fim de que cumpram os objetivos da APS junto à população adscrita (SOLEMAN, 2012).

O fonoaudiólogo deve trabalhar junto à equipe multiprofissional, desenvolvendo ações de apoio tais como: 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 e discussão do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2011 apud SOLEMAN, 2012).

Partindo do princípio de que houve uma reforma curricular nos cursos de fonoaudiologia no país, em 2002, o fonoaudiólogo deve ter uma visão generalista sobre o cuidado, vendo o usuário não de forma recortada, enxergando somente uma alteração fonoaudiológica ou uma doença, mas sim o indivíduo com sua

singularidade, o que envolve seu estilo de vida e determinantes sociais. Isto não significa que o fonoaudiólogo restringirá o seu trabalho somente as ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e capacitação dos profissionais da ESF para detecção precoce dos distúrbios fonoaudiológicos (SOLEMAN, 2012). O fonoaudiólogo no NASF deve também atender pacientes com demanda, propondo ações assistenciais que envolvam o trabalho direto com essa população, além de poderem trabalhar com ações de reabilitação.

É importante ressaltar que tanto o fonoaudiólogo quanto os demais profissionais do NASF e ESF devem atuar dentro do que está ao alcance da atenção básica e, caso necessário, o paciente deve ser encaminhado para assistência em outro nível de atenção. Por isso é tão importante o suporte assistencial da rede de serviço de saúde nos níveis secundário e terciário para a assistência em reabilitação. Porém, nem sempre fica claro para todos os profissionais quais são as situações que podem ser resolvidas na atenção básica ou nos outros níveis de atenção. O que pode ajudar é o fato de que na maioria das intervenções fonoaudiológicas em reabilitação não são necessários grandes recursos tecnológicos ou equipamentos complexos, sendo assim, está ao alcance do fonoaudiólogo do NASF resolver a maioria das situações apresentadas. Porém, nem sempre o que é de responsabilidade da atenção básica fica tão evidente. Por exemplo, casos considerados de média ou alta complexidade, mas o paciente está restrito ao lar ou a família não tem condições de levá-lo à serviços fora do território. Por isso, os serviços de saúde devem estar bem integrados e os fonoaudiólogos e outros profissionais do NASF devem ter uma capacidade de reflexão para gestão do trabalho e tomada de decisões a fim de não deixar de considerar as singularidades das equipes, do território e de cada caso em questão e assim decidir qual função cabe a cada profissional do NASF e de que forma, além de decidir o que necessita da assistência também de outros níveis de atenção (SOLEMAN, 2012).

O fonoaudiólogo do NASF, além de desempenhar ações específicas da sua profissão, têm uma agenda cheia a cumprir, o que envolve reuniões com as equipes de saúde da família, reuniões em equipamentos da rede e da comunidade para articulação entre os serviços, ações coletivas no território e na UBS, os espaços de gestão das UBSs e da própria equipe NASF como reuniões técnicas e gerais, além de outras ações. Esta agenda ainda aumenta devido ao

número de equipes de saúde da família que a equipe apoia e em quantas UBSs presta atendimento. Portanto, entende-se que o foco do trabalho do fonoaudiólogo não é a assistência em reabilitação até porque ele não seria capaz de cumprir toda essa demanda e, ao mesmo tempo, garantir o cumprimento dos princípios do SUS. Portanto, a depender do caso, a efetividade da reabilitação não será garantida devido à falta de disponibilidade na agenda (SOLEMAN, 2012).

Segundo Soleman (2012), *“o que é preconizado na atuação do NASF é o compartilhamento de projetos terapêuticos, a atenção domiciliar e a educação permanente”*. O usuário continuará sendo acompanhado pela equipe de Atenção Primária/Saúde da Família e esta deve continuar fortalecendo seus atributos e o papel da coordenação do cuidado do SUS.

O fonoaudiólogo do NASF deve ter uma nova visão sobre o processo saúde-doença, incluindo assim questões sociais e desenvolvendo ações no plano coletivo e nos territórios respectivos com uma perspectiva de responsabilidade coletiva e inclusão social (BRASIL, 2009 apud SOLEMAN, 2012).

#### **4. QUADRO TEÓRICO**

##### **4.1 A HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA E AS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS NA SAÚDE COLETIVA**

O fonoaudiólogo iniciou seus trabalhos na saúde escolar, nas décadas de 20, 30 e 40, em um contexto sociopolítico do movimento nacionalista e desenvolvimentista que tinha a escola como um o lugar privilegiado para a reorganização da sociedade (PENTEADO E SERVILHA, 2004). Neste período, as práticas baseavam-se na ideologia do Estado Novo, na doutrina higienista nacional e nas ideias escolanovistas da educação, fixando assim limites entre o normal e o patológico, o saudável e o doente, localizando os problemas no aluno e atribuindo ao indivíduo a questão da determinação saúde/doença, sem considerar as questões políticas sociais e as condições de trabalho e vida da população (GOMES, 1991;

BERBERIAN, 1995; SMEKE E OLIVEIRA, 2001 apud PENTEADO E SERVILHA, 2004).

Entre as décadas de 50 a 70, as práticas do fonoaudiólogo foram direcionadas para os consultórios particulares e clínicas de reabilitação. A partir de então, surgiram os primeiros cursos de Fonoaudiologia, cuja formação tinha por foco de atenção a doença ou o distúrbio da comunicação e privilegiava a reabilitação clínica individual, ao invés de ações preventivas ou de maior alcance (MASSON, 1995 apud PENTEADO E SERVILHA, 2004).

Após esse período, o Brasil passou por vinte anos de regime de ditadura militar e no final da década de 80, durante o processo de redemocratização, ocorreu a implantação da nova política de saúde, o SUS –Sistema Único de Saúde. Surge assim, uma nova política de saúde brasileira que passa a considerar a saúde vinculada às condições de vida da sociedade e princípios doutrinários de Universalização, Integridade e Equidade. A concretização dessa reforma sanitária implica nas seguintes transformações: *“o redimensionamento da concepção de saúde; a reorganização dos serviços, mudança do modelo de atenção à saúde e da formação dos profissionais da saúde; contratação de novos profissionais para os quadros públicos (dentre os quais o fonoaudiólogo), dentre outras”* (PENTEADO E SERVILHA, 2004).

## 4.2 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) funciona como “porta de entrada” ao sistema de saúde, pois representa o primeiro contato na rede assistencial (XAVIER *et al.*, 2013). Envolve um conjunto de ações promotoras de saúde no contexto individual e coletivo (MOLINE-ALVEJONAS *et al.*, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB (p.19, 2012), instituída pelo ministério da saúde:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e

autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Dessa maneira, a atenção básica deve ser desenvolvida de forma descentralizada, ser conduzida 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, principalmente, considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012). Caracteriza-se também pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (XAVIER *et al*, 2013).

Os principais países do mundo adotam a atenção primária como ordenadora dos seus serviços de saúde, alcançando os melhores resultados, o que gera maior satisfação aos usuários, menores custos e maior equidade (KRUK *et al*, 2010 apud MOLINE-ALVEJONAS *et al*, 2010). Os estudos internacionais afirmam que a atenção primária reflete positivamente sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; melhora o acesso a serviços de saúde; a qualidade global da atenção à saúde e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde. Estudos no Brasil confirmam este fato, apontando que a Saúde da Família melhora o acesso e tem alguns efeitos positivos na situação de saúde (VAN STRALEN *et al.*, 2008 apud MOLINE-ALVEJONAS *et al.*, 2010).

#### 4.3 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O NASF foi criado no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de oferecer apoio à ESF no âmbito da Atenção Básica. Cabe a esta equipe oferecer apoio matricial, dando suporte técnico-pedagógico para ampliar a resolubilidade das ações e, em casos necessários, realizar atuações específicas (ALMEIDA; REIS, 2009 apud FERNANDES *et al*, 2013). Desta forma, amplia-se a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da Atenção Básica no Brasil (SOLEMAN, 2012).

A equipe do NASF atua de acordo com algumas diretrizes relativas à APS, como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (XAVIER *et al*, 2013).

Os NASF são formados por uma equipe de profissionais de diversas áreas atuando de maneira integrada e em conjunto com os profissionais das ESF compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes (SOLEMAN, 2012). Os NASF fazem parte da Atenção Básica, porém não são constituídos como porta de entrada do sistema para os usuários, mas como apoio às equipes de Saúde da Família e atuam conforme as demandas identificadas no trabalho conjunto com estas e de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (BRASIL, 2009 apud SOLEMAN, 2012)

Os profissionais que compõem essas equipes são os seguintes: 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 (BRASIL, 2011 apud SOLEMAN, 2012).

Inicialmente, foram criadas duas propostas de implantação do NASF (NASF 1 e 2), porém, com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, surgiu uma terceira modalidade de conformação de equipe, o NASF 3, o que abriu a possibilidade de qualquer município do Brasil implantar equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. A equipe do NASF1 possui carga horária de 200 horas semanais e cada equipe é vinculada a de 5 a 9 eSF e/ou eAB (Equipe Atenção Básica) para populações específicas (eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial), o NASF2 tem a carga horária de 120 horas semanais e cada equipe vinculada a de 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF), o NASF3 com carga horária de, no mínimo, 80 horas semanais é vinculado a de 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) (BRASIL, 2012).

## 5. METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se como um estudo descritivo e analítico de revisão da literatura. Os dados desta pesquisa serão obtidos através de busca eletrônica de materiais nas bases de dados *Scielo Brasil*, Portal de Periódicos da CAPS, Lilacs e PubMed, publicados nos últimos 20 anos, de 1995 a 2015.

Serão utilizados os seguintes descritores: Fonoaudiologia and Atenção Primária à Saúde; Fonoaudiologia and Atenção Básica; Fonoaudiologia and Estratégia de Saúde da Família. Os critérios de inclusão são os seguintes: artigos científicos, teses, documentos oficiais, leis e portarias. Os critérios de exclusão são materiais não disponíveis na íntegra.

Esta revisão será realizada em três etapas:

- 1ª Etapa – Pesquisa e coleta de artigos;
- 2ª Etapa – Seleção dos artigos a partir da leitura do título e do resumo;
- 3ª Etapa – Leitura na íntegra dos materiais selecionados e elaboração das categorias de análise.

Os dados obtidos serão analisados a partir das informações colhidas dos artigos incluídos na pesquisa, por meio de tabelas descritivas.

## 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Visto se tratar de uma revisão de literatura, não há questões éticas envolvidas.

## 7. CRONOGRAMA

<b>Atividades/Semestre</b>	<b>2015.1</b>	<b>2015.2</b>	<b>2016.1</b>
Elaboração do Pré-Projeto	<b>X</b>		
Pesquisa Literária	<b>X</b>	<b>X</b>	



Qualificação do Projeto	X		
Coleta de Dados		X	
Análise e discussão de Resultados		X	
Elaboração do Artigo		X	X
Apresentação do TCC			X

## 8. ORÇAMENTO

Este projeto será realizado utilizando-se recursos próprios.

### Equipamentos de uso permanente:

- Notebook Dell Inspiron 14 2630, Core i5, 6G de memória e 750GB – R\$ 2.000,00
- Impressora – R\$500,00
- Pen-drive (4G) – R\$ 20,00

Total: R\$ 2.520,00

### Material de consumo:

- Resma de papel A4 – 1 unidade = R\$ 18,00
- Caneta – 4 unidades (R\$ 1,00 cada) = R\$ 4,00
- Lápis – 2 unidades (R\$ 1,00 cada) = R\$ 2,00
- Borracha–1 unidade (R\$ 1,00 cada) = R\$ 1,00
- Cartucho de tinta preta para impressão – 5 unidades (R\$ 10,00 cada) =R\$ 50,00
- Encadernação – 5 unidades (R\$ 2,00 cada) – R\$ 10,00

Total: R\$ 85,00

**Orçamento – R\$ 2.605,00**

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<[189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)>. Acesso em: 9 nov. 2015.

BRASIL, 2012. Departamento de Atenção Básica. **Portal da Saúde.** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em: 2 nov. 2015.

SCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil, **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**21(2), 2007. Disponível em:<[www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf)>. Acesso em 9 nov. 2015.

FERNANDES, TL; NASCIMENTO, CMB; SOUSA, FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do Nasf em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC.** 2013 Jan-Fev; 15(1):153-159. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/15-11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/15-11.pdf)>. Acesso em:29 out 2015.

MOLINE-ALVEJONAS, DR; MENDES, VLF; AMATO, CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev SocBras Fonoaudiol.** 2010;15(3):465-74. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/24.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2015.

SOLEMAN, C. **O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica.** São Paulo.2012. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01241.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01241.pdf)>. Acesso em: 29 out. 2015.

XAVIER, IALN; SANTOS, ACO; SILVA, DM. Saúde vocal do professor: intervenção fonoaudiológica na atenção primária à saúde. **Rev. CEFAC.** 2013 Jul-Ago; 15(4):976-985. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/26.pdf)>. Acesso em: 29 out 2015.

PENTEADO, RZ; SERVILHA, EAM. 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. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11631>> . Acesso em: 1º dez. 2015.