

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LÍVIA SALES DA COSTA

**ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA PARAÍBA: tecendo os fios entre a Fonoaudiologia e a Saúde  
Coletiva**

João Pessoa - PB

2011

LÍVIA SALES DA COSTA

**ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA PARAÍBA: tecendo os fios entre a Fonoaudiologia e a Saúde  
Coletiva**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte de Sá

João Pessoa - PB

2011

*C837a Costa, Livia Sales da.*

*Atuação do fonoaudiólogo nos núcleos de apoio à saúde da família na Paraíba : tecendo os fios entre a fonoaudiologia e a saúde coletiva / Livia Sales da Costa. - - João Pessoa : [s.n.], 2011.*

*116f. : il.*

*Orientadora: Lenilde Duarte de Sá.*

*Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.*

*1. Saúde Coletiva. 2. Saúde da família. 3. Fonoaudiólogo - Prática profissional. 4. Promoção da saúde. 5. Enfermagem.*

**LÍVIA SALES DA COSTA**

**ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE  
DA FAMÍLIA NA PARAÍBA: tecendo os fios entre a Fonoaudiologia e a Saúde  
Coletiva**

**BANCA EXAMINADORA**

Aprovada em: \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

---

**Profª. Drª. Lenilde Duarte de Sá - Orientadora**  
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)

---

**Profª. Drª. Clélia Albino Simpson- Examinador**  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN)

---

**Profª. Drª. Bernadete de Lourdes F. Almeida- Examinador**  
(Universidade Federal da Paraíba-UFPB)

---

**Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe- Suplente**  
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP)

---

**Profª. Drª. Antônia Oliveira Silva- Suplente**  
(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

À maravilhosa mãe que tenho, **Roseanne M<sup>a</sup> Guedes Sales**,  
pela criação e educação proporcionada sob tantos esforços  
e doação. Mãe querida que vibra comigo diante de cada  
vitória e me ampara nas dificuldades da vida, fazendo-me  
sentir a cada dia mais amada.

**DEDICO**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por mais uma longa etapa da minha vida, superada sob um contexto de lutas com vitórias e derrotas que serviram tão somente para me fortalecer;

Sou grata ao meu noivo, **André Luiz Almeida de Paiva e família**, por toda a fé e confiança em mim e nos meus esforços para vencer e superar as dificuldades nos estudos e na vida;

Às minhas avós, **Rosa M<sup>a</sup> Guedes Sales e Glória Maria Cavalcanti Costa** pelo amparo para as minhas aflições e fortaleza para a renovação de minhas forças;

À irmã tão diferente e, ao mesmo tempo, tão parecida comigo, **Nicolle Sales da Costa**, por mostrar-me minhas imperfeições à sua maneira e, assim, despertar-me para as suas superações. Irmã que amo tanto e peço para Deus o mesmo teor de conquistas e felicidades que anseio para a minha própria vida;

Ao tio materno maravilhoso que tenho, **Reginaldo Sales**, que sempre foi e será um pai para mim. Grande é o amor e respeito por esse ser maravilhoso que me acolhe como filha e vibra continuamente pelo meu sucesso e prosperidade.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte de Sá** por acreditar e investir em minhas capacidades, por saber valorizar meus atributos e corrigir minhas falhas de forma tão sublime com a sua compreensão, acolhimento e amizade, suas valiosas sugestões e sua dedicação;

Às minhas colegas do **G7**, mestrandas da seleção de 2009.2 que, junto comigo, enfrentaram cobranças, dificuldades, alegrias e muitas realizações: **Elisabeth, Lara, Adriana, Débora, Annelissa e Ana Cláudia**;

À minha amiga **Luípa Michele Silva**, pelo apoio e amizade que sempre tivemos em todos os momentos uma para com a outra;

À jovem estudante de Enfermagem **Lilia** pela sua amizade e sua colaboração para o meu engrandecimento acadêmico e de vida;

Aos **fonoaudiólogos**, colaboradores da pesquisa, que se prontificaram a participarem dela de forma tão importante;

Ao meu avô, **Aguinaldo Vieira Sales**, falecido há cinco anos, pelo seu amor incondicional e fé num futuro promissor para mim. Difícil é esquecê-lo enquanto pai que sempre foi e será; difícil, ainda mais, por não poder vê-lo e abraçá-lo como de costume o fazia;

Ao meu irmão, **Bruno Costa**, portador da Síndrome de Duchenne, que me ensinou a viver de uma forma mais descomplicada e bem mais positiva.

Pelas amizades que fiz durante o período de Mestrado, entre elas, **os alunos do curso de Enfermagem do terceiro período**, os quais me permitiram cursar a Disciplina Saúde Coletiva I na Unidade de Saúde da Família dos Bancários na qualidade de aluna em Estágio-docência sob a supervisão da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte de Sá;

À **CAPES**, pelo apoio financeiro concedido para a viagem à Ribeirão Preto/SP, em cumprimento à parceria entre as universidades UFPB e USP, através do Programa de Cooperação Acadêmica – PROCAD.

À todo o **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da UFPB por suas valiosas contribuições como educadores para a formação profissional, acadêmica e de vida e, em especial, à **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Antônia Oliveira Silva**, sempre apta e pronta a ajudar os discentes na edificação do saber e, em particular, pela sua amizade e contribuição na minha vida acadêmica;

Muito obrigada!

“... Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde.

E por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem do presente, de forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro.

E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido”.

**Dalai Lama.**

COSTA, Livia Sales da. **Atuação do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Paraíba: tecendo os fios entre a Fonoaudiologia e a Saúde Coletiva**. 2011. 116 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

## RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família representa hoje um cenário que revela a atuação do fonoaudiólogo no campo da Saúde Coletiva. Este estudo objetivou analisar a atuação do fonoaudiólogo nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em municípios do Estado da Paraíba, na perspectiva de promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, e o seu material empírico foi construído por meio de entrevistas semidirigidas no período de abril a junho de 2011, realizadas com doze fonoaudiólogos. A análise foi feita conforme técnica de Análise de Discurso de tendência francesa. Foram produzidas três formações discursivas: 1) Percepções do fonoaudiólogo sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Saúde Coletiva; 2) A prática desenvolvida pelo fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e sua compreensão de promoção da saúde; 3) As dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da prática profissional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Na primeira formação discursiva os fonoaudiólogos apresentaram dificuldades em conceituar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Saúde Coletiva, fato que pode implicar em um processo de trabalho distanciado da concepção de promoção da saúde. Na segunda formação, os sujeitos se posicionam de modo a informar que, embora o trabalho das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família esteja voltado à promoção da saúde, a sua prática ainda é centrada no cuidado individual e curativo, o que reforça sua característica reabilitadora. Na terceira formação, os fragmentos discursivos revelam que o processo de trabalho do fonoaudiólogo é impactado por dificuldades na estrutura física, transporte e recursos materiais e pela interação entre as equipes da estratégia saúde da família e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Revelam, ainda, a sobrecarga de atividades e a incompreensão dos gestores sobre o trabalho dos fonoaudiólogos. Como parte da Saúde Coletiva, as formações discursivas indicam que a prática desses profissionais precisa ser repensada face à importância de rupturas que fortaleçam o modelo da promoção da saúde, de modo a estender as ações desses profissionais para além do cuidado individual, curativo e reabilitador.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia. Promoção da Saúde. Saúde da Família. Saúde Pública

COSTA, Livia Sales da. **Performance of the speech therapist in the Support Center for Family Health in Paraíba: weaving threads between the Speech language and hearing sciences and the Public Health.** 2011. 116 f. Dissertation (Master of Nursing)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

## **ABSTRACT**

The Core of Family Health Support represents today a scenario that reveals the actions of the speech therapist in the field of collective health. This study sought to examine the actions of the speech therapist in teams of Cores to Support Family Health, in municipalities from the State of Paraíba, in the perspective of health promotion. It is a qualitative research and its empirical material was constructed through semi-directed interviews in the period from april to june 2011, held with 12 speech therapists. The analysis was made according to the technique of discourse analysis with French trend. Three discursive formations were produced: 1) perceptions of the speech therapist about the core of support for family health and collective health; 2) the practice developed by the speech therapist in the core of support for family health and her understanding of health promotion; 3) the difficulties encountered for the development of professional practice at the core of support for family health. At the first discursive formation the audiologists presented difficulties in conceptualizing nucleus of support to family health and collective health, a fact that may result in a worker process distanced from the conception of health promotion. In the second formation, the subjects are positioned in order to inform you that, although the work of the core teams to support family health is aimed at health promotion, its practice is still centered on the individual care and curative, which reinforces its characteristic of rehabilitation. In the third formation, the discursive fragments show that the worker process of the speech therapist is impacted by difficulties in physical structure, transport and material resources and by the interaction between the teams of the family health strategy and the teams of the Core of Support for Family Health. They also reveal overhead activities and incomprehension of managers on the working of speech therapists. As part of collective health, discursive formations indicate that the practice of these professionals need to be reconsidered in view of the importance of ruptures that strengthen the model of health promotion, in order to extend the actions of these professionals beyond the individual care, curative and rehabilitative.

**Key Words:** Speech language and hearing sciences. Health Promotion. Family health. Public Health

COSTA, Livia Sales da. **Actuación del fonoaudiólogo en los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia de Paraíba: tejiendo hilos entre la Fonoaudiología y la Salud Colectiva**. 2011.116 f. Disertación de Maestría (Maestría en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba.

## RESUMEN

El Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia representa hoy un escenario que revela la actuación del fonoaudiólogo en el campo de la Salud Colectiva. Este estudio tuvo como objetivo analizar la actuación del fonoaudiólogo en los equipos de los Núcleos de Apoyo a la Salud de Familia, en municipios del Estado de Paraíba, bajo la perspectiva de promoción de la salud. Se trata de una investigación cualitativa, y su material empírico fue construido a través de entrevistas semidirigidas en el período comprendido entre abril y mayo de 2011, realizadas con doce fonoaudiólogos. El análisis fue realizado conforme a la técnica de Análisis del Discurso de tendencia francesa. Fueron producidas tres formaciones discursiva: 1) Percepciones del fonoaudiólogo sobre el Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia y Salud Colectiva; 2) Práctica desarrollada por el fonoaudiólogo en el Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia y su comprensión de la promoción de la salud; 3) Las dificultades enfrentadas para el desarrollo de la práctica profesional en el Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia. En la primera formación discursiva los fonoaudiólogos presentaron dificultades en conceputar el Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia y Salud Colectiva, hecho que puede implicar un proceso de trabajo distanciado del concepto de promoción de la salud. En la segunda formación, los sujetos se posicionan de modo que informan que, aunque el trabajo de los equipos del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia esté direccionado hacia la promoción de la salud, su práctica todavía está centrada en el cuidado individual y curativo, lo que refuerza su característica rehabilitadora. En la tercera formación, los fragmentos discursivos revelan que el proceso de trabajo del fonoaudiólogo está impactado por dificultades en la estructura física, transporte y recursos materiales y por la interacción entre los equipos de la estrategia de la salud de familia y los equipos del Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia. Revelan, incluso, la sobrecarga de actividades y la incomprensión de los gestores sobre el trabajo de los fonoaudiólogos. Como parte de la Salud Colectiva, las formaciones discursivas indican que la práctica de esos profesionales precisa ser repensada con vistas a la importancia de las rupturas que fortalezcan el modelo de promoción de la salud, de modo que se extiendan las acciones de esos profesionales más allá del cuidado individual, curativo y rehabilitador.

**Palabras-clave:** Fonoaudiología. Promoción de la Salud. Salud de Familia. Salud Pública

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**FIGURA 1:** Mapa das Mesorregiões da Paraíba.

**FIGURA 2:** Mapa das microrregiões da Paraíba.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** : Disposição dos municípios paraibanos inclusos na pesquisa.

**Quadro 2** : Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AD</b>	Análise de Discurso
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>CFE</b>	Conselho Federal de Educação
<b>CFFa</b>	Conselho Federal de Fonoaudiologia
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>DAU</b>	Departamento de Assuntos Universitários
<b>EPM</b>	Escola Paulista de Medicina
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FUNAD</b>	Fundação Nacional de Apoio ao Deficiente
<b>IES</b>	Instituição de Ensino Superior
<b>INES</b>	Instituto Nacional de Educação de Surdos
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>PUC-SP</b>	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO</b> .....	15
1.1 CONHECENDO A PROFISSÃO E O INTERESSE PELO TEMA.....	16
1.1.1 Delimitação do objeto de investigação.....	17
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.2.1 Objetivo geral.....	20
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
2.1 FONOAUDIOLOGIA: História e Definição .....	22
2.1.1 Formação profissional do fonoaudiólogo.....	24
2.2 SAÚDE COLETIVA E FONOAUDIOLOGIA: Vivendo no contexto do SUS.....	27
2.2.1 O fonoaudiólogo na promoção da saúde.....	30
2.2.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF.....	34
2.2.3 O trabalho do fonoaudiólogo no NASF.....	38
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO.....	44
3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	45
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	48
3.4 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO.....	51
3.5 UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO.....	51
3.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	53
3.6.1 Aplicação da técnica de análise – Análise de Discurso.....	53
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	55
<b>4. ANALISANDO AS FORMAÇÕES DISCURSIVAS</b> .....	56
<b>1ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: Percepções do fonoaudiólogo quanto aos</b> Núcleos de Apoio à Saúde da Família e à Saúde Coletiva.....	57

<b>2ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: A prática desenvolvida pelo fonoaudiólogo no NASF e sua percepção de promoção da saúde.....</b>	<b>65</b>
<b>3ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: As dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da prática profissional no NASF.....</b>	<b>84</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>111</b>
APÊNDICE A .....	112
APÊNDICE B.....	113
<b>ANEXO.....</b>	<b>114</b>



**CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO**

---

## 1.1 CONHECENDO A PROFISSÃO E O INTERESSE PELO TEMA

Há exatos onze anos, iniciou-se o envolvimento da Mestranda com a Fonoaudiologia enquanto carreira profissional a ser seguida. Nesta, direcionou seus intentos em esclarecê-la a muitos desinformados. Inicialmente, viu-se forçada a explicar para cada pessoa de seu convívio social, do que se tratava aquela profissão de nome tão extenso e de difícil soletração. Para alguns, era nada mais do que “aquele doutor” que cuida de gogos, gente que não sabe falar direito, que se atropela nas palavras ou mesmo aquele que nada ouve: o famoso “moco”.

No decorrer dos quatro anos de formação profissional, ampliou-se o seu envolvimento com a área, o que a conduziu a uma história de paixão pela profissão que, de forma gradativa, incitou-a a explicar às pessoas o seu objeto de estudo, já que achava inóspita toda a fama indevida que levava. Sendo assim, ocorreu gradativamente o desenvolvimento e aprimoramento de seus conhecimentos, uma vez que foi todo um trabalho sedutor que a envolveu aos poucos, ao ponto de incorporar todo aquele saber construtivo da profissão a qual se dedicou.

Depois de tanto explicar a definição de Fonoaudiologia e o seu objeto de estudo, venceram-se algumas barreiras que foram sendo superadas ao longo de uma intensa jornada de vida profissional e acadêmica turbulenta, permeadas por tantas informações que, ao mesmo tempo, se apresentavam tão fascinantes.

Formada, foi exercer sua ocupação mais comum, até mesmo hoje: aderiu ao trabalho na estrutura de um consultório clínico. Esse tem seu valor! No entanto, desde cedo achava que aquilo ainda não lhe preenchia no quesito satisfação. Por isso, foi se aperfeiçoando e enriquecendo os seus conhecimentos através da especialização e do mestrado, cenário em que se desenvolve o fascínio da mestranda pelo campo da Saúde Coletiva e onde se enxerga claramente o seu desejo mais íntimo: a prática da docência.

Como nova possibilidade de atuação fonoaudiológica, o campo da Saúde Coletiva despertou as necessidades em aperfeiçoar os seus estudos. Dessa forma, a Saúde Coletiva inseriu-se em sua vida de modo a influenciar o modo de pensar e de articular as ideias em torno de um bem comum, ofertado a muito mais do que um único indivíduo. Com isso, abraçou esse campo de atuação, tentando aliá-lo à

sua profissão, usando como um dos seus instrumentos a elaboração da dissertação de mestrado, quando foi possível aperfeiçoar as informações às quais tinha acesso, além de ir atrás de tantas outras por onde se desenvolve o conhecimento através do convívio com colegas, em sua grande maioria, enfermeiros. No Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba encontra esclarecimentos precisos que a auxiliaram na compreensão desse campo.

Hoje, há extrema satisfação em poder discutir temas tão relevantes quanto o direcionamento do trabalho dos profissionais da saúde, entre eles o fonoaudiólogo, no contexto da saúde coletiva. Para tal feito, a mestrandia vem transpondo dificuldades inerentes ao seu pensamento clínico reabilitador, pelo qual ainda foi formada e acostumada a vivenciar, despertando-a, desse modo, para mais um forte incentivo em guiar a presente pesquisa e em contribuir para o engrandecimento de sua profissão, escolhida de coração, de paixão e, acima de tudo, de muita doação.

#### 1.1.1 Delimitação do objeto de investigação

A Fonoaudiologia é uma ciência destinada ao estudo da comunicação humana, na qual envolve aspectos relacionados à capacidade vocal, auditiva, de motricidade orofacial e linguagem. Trata-se de uma profissão que possui seu próprio Código de Ética, que elenca os direitos, deveres e responsabilidades do seu profissional, inerentes às relações estabelecidas em função de sua prática. À esta, recentemente, pôde-se ampliar a sua atuação ao campo da Saúde Coletiva, incentivado através da criação do Departamento de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Ao longo dos anos, esta profissão vem transpondo caminhos e lutas percorridos pelos seus profissionais na tentativa de reconhecimento e expansão nas ciências da saúde e na sua consolidação como categoria inserida na rede de serviços de saúde no país. Atende a proposta principal de servir à população que apresenta demandas por serviços que tratem da habilitação e reabilitação dos transtornos que afetam a comunicação humana.

Como nova possibilidade atuacional do fonoaudiólogo, a Saúde Coletiva vem representando para os seus muitos profissionais, um espaço de expansão para as ações em uma esfera coletiva do trabalho fonoaudiológico, rompendo com as barreiras tradicionais da prática reducionista influenciada pelo caráter clínico e biomédico, pautado nos atendimentos individualizados.

Adotando-se a ideia de que a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença, despertando a necessidade de ações voltadas a uma mudança radical, em que se rompa com as barreiras da prática reducionista, torna-se a mesma, conforme Arouca (1982), um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde\enfermidade sendo, assim, um espaço de densidades ideológicas.

Nesta, o fonoaudiólogo, entre os demais profissionais da saúde, deve conduzir seu pensamento de forma a contribuir pela cidadania plena da população por meio de atitudes capazes de exprimir a importância da promoção da saúde, estimulando-o à condução de ações voltadas às reais necessidades da população. É no contexto da saúde da família que esse profissional tem obtido expressões cada vez maiores no trato com os usuários do sistema de saúde. Por abarcar um número expressivo de fonoaudiólogos na atenção básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família vem-se revelando um espaço significativo de efetivação da categoria nesse nível.

Para compreender melhor o que se passa com a Fonoaudiologia em seu caminhar na Saúde Coletiva, é preciso refletir acerca do aprofundamento e sistematização dos conceitos que envolvem esse campo e dos novos rumos das políticas públicas em saúde que favoreçam, em especial, a Fonoaudiologia para o coletivo, a formação do fonoaudiólogo para o trabalho em saúde, bem como a organização dos serviços e da disposição das ações na perspectiva da promoção da saúde, aspectos, estes, explorados no desenvolvimento da pesquisa.

O objeto de estudo é, portanto, **o discurso do fonoaudiólogo no que concerne à sua atuação no NASF em uma perspectiva de promoção da saúde nos municípios paraibanos.**

Sendo assim, é neste cenário que o fonoaudiólogo encontra o seu desafio para o desenvolvimento e consolidação de sua prática no campo da saúde coletiva,

já que a mesma também abarca o conceito ligado aos conhecimentos voltados às condições de saúde e atenção às necessidades da população. Para isso, precisa ser capaz de formular ações voltadas para o coletivo que ultrapassem o trabalho de consultório para as atividades no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), direcionando sua prática de formas interdisciplinar e intersetorial.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família têm o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica e melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde, o que representa para o fonoaudiólogo uma perspectiva de atuação profissional que seja baseada na Integralidade das ações e dos serviços desenvolvidos no âmbito da Saúde Coletiva (CONASS, 2007). Para Mendes (2009), essa atuação requer o desenvolvimento de tecnologias distintas de trabalho em saúde que sejam capazes de cuidar dos processos de adoecimento de pessoas e de grupos sociais de risco ou em situação de vulnerabilidade social.

Diante disso, **questiona-se como se dá a prática desempenhada pelo fonoaudiólogo no NASF, considerando a importância do desenvolvimento das ações ligadas à promoção da saúde e a condução de práticas voltadas para a coletividade.**

A atuação do fonoaudiólogo na Estratégia Saúde da Família, perante o contexto coletivo de seu trabalho, deve empreender esforços radicais para entrar em contato com diferentes saberes e desenvolver projetos capazes de lidar com a pluralidade da vida e a complexidade do processo saúde-doença. Essa atitude conduzirá a categoria à condutas cada vez maiores e mais sólidas em sua consolidação no campo da saúde coletiva.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar a atuação do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Paraíba, considerando aspectos ligados à prática profissional na perspectiva da promoção da saúde.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Discutir a percepção do fonoaudiólogo quanto à compreensão do NASF e aos conceitos de Saúde Coletiva e promoção da saúde;
- Identificar as ações desenvolvidas na prática do fonoaudiólogo em níveis preventivo e curativo no âmbito do NASF;
- Apontar as dificuldades encontradas para a realização da prática do fonoaudiólogo no NASF.



**REFERENCIAL TEÓRICO**

---

## 2.1 FONOAUDIOLOGIA: História e Definição

Para dedicar-se aos aspectos da comunicação humana que envolve as habilidades auditivas, lingüísticas, vocais e de motricidade orofacial foi criada a Fonoaudiologia, ciência que objetiva o estudo e pesquisa dos métodos e técnicas de prevenção e terapia, realizadas na comunicação oral (fala – linguagem) e escritas, voz e audição (SOUZA, 2000).

Conforme o Conselho Regional de Fonoaudiologia, 2ª região/SP, que elucida sobre a história da Fonoaudiologia, explica-se:

A Fonoaudiologia é uma ciência estudada de forma sistemática nas universidades de mais de uma centena de países no mundo e existe formalmente há mais de um século. Sua primeira referência formal é de 1900, quando a Hungria reconheceu a profissão e criou a primeira faculdade de Fonoaudiologia (CRFa 2ª região/SP, 2008, p.30).

Para Souza (2000), no Brasil, a sua história é ainda mais antiga. Porém, não em termos de formação acadêmica. Se considerada a sua associação com a Educação Especial, em 1854, ano de fundação do Imperial Colégio para meninos cegos, hoje, Instituto Benjamim Constant, ela é ainda mais remota.

No ano seguinte, em 1855, foi fundado o Colégio Nacional, destinado ao ensino aos surdos. Passou o dito Colégio pelos seguintes nomes: Imperial Instituto de Surdos-Mudos (1857) e Instituto Nacional de Surdos Mudos (1949), para, somente em 1957, ser definitivamente reconhecido como Instituto Nacional de Educação de Surdos, conhecido como INES. Paralelamente à educação dos surdos, em 1912 o Dr. Augusto Linhares, grande precursor da Fonoaudiologia no Brasil, já a diferenciava da educação especial, dando início às pesquisas e à reabilitação dos distúrbios da voz e da fala, bem como cursos de orientação a professores. Também promoveu conferências sobre o "Tratamento da Voz" e "Gagueira", as quais podem ser encontradas nos Anais da Academia Nacional de Medicina (SOUZA, 2000).

Souza (2000) refere que, nas décadas de quarenta e cinquenta do século passado, inicia-se a atuação profissional propriamente dita, cuja formação estava ligada ao curso de Magistério. Desde então, a Fonoaudiologia tem tido estreita relação com as atividades pedagógicas, vinculando-se também à área médica em virtude de seu caráter reabilitador. A partir da década de 1940 vários trabalhos surgiram em diversas partes do país, principalmente no Sul e no Sudeste, que

enfaticavam a necessidade de criação e aprimoramento no campo da reabilitação dos Distúrbios da Fala, Voz, Audição e Linguagem.

Na década de 1960, surgem os primeiros cursos na Universidade de São Paulo, em 1960, e, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1961, ambos com duração de um ano. Conforme Okida e Vieira (2000), em 1960 a Universidade de São Paulo - USP criou o curso de Ortofonia, com um ano de duração, inserido na Cátedra de Otorrinolaringologia e voltado para a formação de ortofonistas.

Lacerda e Cabral (1997) referem, sobre os ortofonistas, que a sua atuação profissional se iniciou na década de 1950, como profissionais responsáveis pela atividade de correção ligada ao magistério. Entretanto, com a especialização exigida para o prático da reabilitação, o profissional se aproxima mais da área médica, reforçando, assim, o seu perfil técnico, visto que o ortofonista não possuía fundamentação teórica própria, exercendo a sua prática sem muitas reflexões.

Em 1967, esse antigo curso, já conhecido como curso de Fonoaudiologia, passa a ser ministrado em três anos, destinado à formação de fonoaudiólogos. Sob o ponto de vista histórico, os quatro cursos mais antigos do Brasil são o da Universidade de São Paulo (USP), o da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), o da Escola Paulista de Medicina (EPM) e o da Universidade Federal de Santa Maria (OKIDA; VIEIRA, 2000).

De acordo com Figueiredo Neto (1998), a formação do fonoaudiólogo da USP possuía uma presença médica marcante, tanto na condução administrativa do curso como na pedagógica. Já na formação dos fonoaudiólogos da PUC-SP foi priorizada mais a Psicologia e a Educação. Isto, por ser a PUC-SP vinculada ao Instituto de Psicologia e à Clínica de Psicologia da universidade.

Em outubro de 1975, o Conselho Universitário da USP autorizou o funcionamento do curso de graduação em Fonoaudiologia com quinze vagas e duração de quatro anos a ser iniciado no ano seguinte. Há trinta anos, a Lei 6965, de 09 de dezembro de 1981, regulamentou a profissão de Fonoaudiólogo no Brasil. Já o reconhecimento do curso pelo Ministério da Educação (MEC) ocorreu apenas em 1983.

Ainda em 1975, junto ao curso de Fonoaudiologia da Escola Paulista de Medicina, iniciou-se o curso de Especialização (pós-graduação *lato sensu*) e, a partir de 1980, o curso de Distúrbios da Comunicação Humana: campo fonoaudiológico

em nível de Mestrado e Doutorado (pós-graduação *strictu-sensu*), credenciado pelo Conselho Federal de Educação em 3 de dezembro de 1982, conforme parecer CFE nº 0.624\82 (OKIDA; VIEIRA, 2000).

Em 1983, as atividades do Conselho Federal de Fonoaudiologia foram inicializadas para, em 15 de setembro de 1984, pela Resolução CFFa nº 010/84, ser aprovado o primeiro Código de Ética da profissão, que elencava os direitos, deveres e responsabilidades do profissional, inerentes às diversas relações estabelecidas em função de sua prática (CFFa, 2007).

Conforme comentários de Okida e Vieira (2000), foram feitas sugestões enviadas pela Escola Paulista de Medicina (Processo nº 430\82) e pela Comissão Nacional para Regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo (Processo nº 352\82), endossado por doze das treze instituições de ensino que ministravam cursos de Fonoaudiologia no país para a elaboração de um novo currículo mínimo. A Conselheira Eurides Brito da Silva aprova o parecer CFE nº 20\83 de 3 de fevereiro de 1983 (processo nº 352\82), juntamente com a Resolução que continha um novo currículo mínimo, dessa vez para cursos de Graduação em Fonoaudiologia, nascendo daí a primeira alteração de estrutura curricular nos cursos de Fonoaudiologia no Brasil.

Conforme dados atualizados, existem aproximadamente 71 instituições de ensino de Fonoaudiologia espalhadas em todo o país, nas quais 52 são credenciadas pelo Ministério da Educação. As maiores concentrações desse ensino estão inseridas em São Paulo (26), Rio de Janeiro (11) e Minas Gerais (5), persistindo, assim, sua prevalência nos Estados da região Sudeste (CAIADO, 2009).

### 2.1.1 Formação profissional do fonoaudiólogo

Conforme afirma Meira (1997), foram necessários anos de luta para que a profissão do fonoaudiólogo adquirisse o *status* de nível superior, pois, inicialmente, o Conselho Federal de Educação e do Departamento de Assuntos Universitários (DAU) tinha interesse em regulamentar o Curso de Fonoaudiologia como um curso superior de curta duração. Desse modo, o fonoaudiólogo seria um tecnólogo, subordinado a outro profissional de curso superior de longa duração. Em protesto, seus profissionais assinaram um documento, solicitando que a fonoaudiologia tivesse *status* de curso superior de longa duração, fato consolidado no ano de 1975.

Para Ferreira et al., (2010) alguns dos primeiros doutores fonoaudiólogos tiveram que buscar sua formação em programas de outras áreas do conhecimento, uma vez que, de início, os cursos específicos não existiam. Atualmente, o fonoaudiólogo tem buscado sua formação como mestre e doutor, não apenas nos programas específicos, mas em outros que fazem interface com a Fonoaudiologia, evento que propicia a interdisciplinaridade e maior aproximação com o campo da Saúde Coletiva.

O número ainda pouco expressivo de fonoaudiólogos doutores, quando comparado ao total de titulados doutores no país, que foi de 78.155 em levantamento realizado no período de 1996 a 2007, foi pouco significativo para a categoria que se titularam em apenas 504 doutores em áreas da Fonoaudiologia. Dessa forma, destaque especial pode ser dado na comparação com o total de 33.400 fonoaudiólogos existentes no Brasil que chegam a representar apenas 1,5% a 2% dos doutores em áreas ligadas à Fonoaudiologia (CFFa, 2009).

Essa diferença pode ser explicada por ser a Fonoaudiologia, assim como a Fisioterapia, uma profissão em fase de amadurecimento e consolidação. Outra justificativa para esse quadro seria o fato de essa profissão apresentar inicialmente cursos de pós-graduação em somente alguns principais Estados do país, realidade que gradativamente vem superada pelas alternativas de cursos a distância, ampliação das possibilidades de atuação fonoaudiológica, além das atividades dos Conselhos Regionais e Federal de Fonoaudiologia em ampliar esse quadro e investir no reconhecimento da profissão.

Vale ressaltar que a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, pela Constituição Federal, regulamentado pela Lei 8080/90, possibilitou à sociedade o acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção e proteção da saúde (CONASS, 2003). Nesse contexto, a Fonoaudiologia, como área da saúde, passa a compor equipes de profissionais responsáveis pela assistência integral à saúde dos indivíduos (CFFa, 2007), o que serviria de estímulo às posteriores adaptações curriculares ao advento do SUS.

Durante o fim da década de 1980 e início da de 1990, a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo passou a ser alvo de fortes

discussões que tinham como eixo central atender às grandes mudanças sociais, aos avanços desta ciência e às necessidades apresentadas pela política nacional de saúde vigente (Sistema Único de Saúde - SUS). (LEMOS; BAZZO, 2010).

Quanto à atuação e formação do fonoaudiólogo, este pode ser compreendido como o profissional do campo das ciências humanas, uma vez que o seu interesse central é o de estimular uma boa comunicação entre os sujeitos. Por outro lado, pode ser compreendido como pertencente ao campo das ciências da saúde ao considerar seu interesse na saúde e bem-estar dos indivíduos. Entretanto, a Fonoaudiologia é tratada como esfera que procura conhecer e compreender o ser humano enquanto sujeito comunicante, inserindo-o num campo epistêmico interdisciplinar que interage e dialoga com as ciências biológicas, da linguagem e da comunicação, como é vista e assimilada por muitos profissionais atuais (ANDRADE, 2002).

Segundo Andrade (2002), o fonoaudiólogo é preparado para atender a população, fornecendo suas contribuições de promoção à saúde por meio de medidas educativas, como ocorre com os programas de qualidade da voz, auditiva e de linguagem, exercendo, dessa forma, a sua contribuição para o papel social e profissional perante a sociedade. Atua no campo da saúde coletiva com medidas de controle e combate às alterações fonoaudiológicas, o que reflete no processo de construção do controle social de sua região, em contraste com o que ocorria inicialmente, onde se podia verificar uma perpetuação de modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e em tecnologias especializadas, dependentes de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Sendo assim, chama-se atenção para a formação desses profissionais, que para Lemos e Bazzo (2010) apresenta ainda um incipiente contato com a Saúde Coletiva e com os movimentos de construção de lutas que reafirmam uma política pública de saúde no Brasil, o que favorece a reprodução do modelo tradicional médico-centrado e pautado no atendimento à demanda espontânea e terapêutica reabilitadora. Na tentativa de romper com a tradição clínica, ampliando o seu trabalho para uma esfera pautada no trabalho coletivo de profissionais da saúde, o fonoaudiólogo tem, na Saúde Coletiva, instrumento favorável à prática de ações voltadas à população no âmbito do SUS.

## 2.2 SAÚDE COLETIVA E FONOAUDIOLOGIA: Vivendo no contexto do SUS

Configurada como movimento ou corrente de pensamento entre os anos de 1950 e 1960, a Saúde Coletiva tem, no debate do movimento preventivista, a sua origem. Para Nunes (1994), inicialmente, esse movimento se associa à crítica de uma medicina tradicionalmente biomédica, cujas necessidades de saúde, aglutinadas em torno da Saúde Coletiva, ampliam a visibilidade para os problemas da população.

Dessa forma, a Saúde Coletiva reforça, em seu campo, o debate das ciências sociais, cujos novos sanitaristas emergiram, não mais à moda da Saúde Pública, como ocorria com os exemplos de Osvaldo Cruz e Carlos Chagas, mas como expressão dessa crítica às práticas profissionais e à realidade social. Essa visão vitalizou o movimento que viria a seguir: o movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Com isso, já não mais se podia priorizar a simples extensão da cobertura da atenção básica, mas alterar as relações sociais e diminuir a geração dos lucros empresariais sobre a saúde das pessoas (CARVALHO, 1998).

Hoje, a Saúde Coletiva é uma das mais potentes na produção científica nacional, e isso se deve, em parte, às mudanças na organização do sistema de saúde ocorridas nas últimas décadas, que contribuíram para ampliar e dinamizar esse setor, através da criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Giovanella et al., (2009), a geração de um conjunto de tecnologias e inovações políticas, gerenciais e assistenciais que requerem a constante capacitação de técnicos e profissionais; a descentralização e a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde partilhada entre as três esferas de governo; o modelo baseado no estímulo ao controle social e a participação da população – todos esses elementos favorecem uma dinâmica inédita na área social do país e reiteram a importância de conhecer, de forma abrangente, os mecanismos políticos e institucionais do setor saúde no Brasil.

A Fonoaudiologia que, entre os anos de 1980 e 1990, passou a modificar suas ações e práticas profissionais, adaptando-se ao contexto do SUS, foi, também,

uma das profissões a superar gradativamente sua persistente característica atuacional inspirada no modelo biomédico, direcionando suas ações para a coletividade.

Segundo Lewis (1996), houve uma grande dificuldade de encontrarem-se documentos que relatem a inserção da Fonoaudiologia nos serviços públicos de saúde. Para levantar essa história, coletaram-se depoimentos de profissionais que contribuíram para a inclusão da categoria nesse contexto. A autora supõe, a partir de seus resultados, razões para justificar a escassa documentação que indica, em linhas gerais, a inserção do fonoaudiólogo na Saúde Pública após o advento do Sistema Único de Saúde – SUS. Sugere a pouca reflexão acumulada sobre o assunto até então e o perfil de profissional liberal do fonoaudiólogo, pouco afeito até os anos 80, às questões sanitárias, além da sua formação tecnicista.

Ressalta-se que a atuação do fonoaudiólogo no SUS tornou-se mais densa, bem como sua formação profissional, exatamente nos anos 80, impulsionando mudanças nas estruturas curriculares, mais tarde estimuladas pelos encontros entre gestores, profissionais da saúde, Conselho Nacional de Saúde e instituições de ensino superior (LEWIS, 1996). Com o objetivo de organizar novas relações de compromisso e responsabilidade com o Ministério da Educação e sobre as competências desenvolvidas na formação, a Fonoaudiologia ingressa agora no campo da Saúde Coletiva para além dos muros universitários.

Assim, embora com inserções pontuais na Saúde Pública entre os anos 80, amplia-se a sua entrada na atmosfera do SUS, impulsionada pela elaboração recente de documentos como o que foi desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e dirigido ao Ministério da Saúde em 2006, onde explicita a necessidade de reconhecimento das entidades representativas e especificação de suas competências, além da criação e incentivo das políticas públicas que favoreçam a profissão, destacadamente, entre os anos de 2000 a 2006, o que implicou rever conceitos julgados pela característica, até então, puramente reabilitadora.

Com vistas à introdução da profissão no âmbito da Saúde Coletiva e conforme os seus interesses junto à população, em 2001, a inserção de mesas para discussão da saúde pública no Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, em

Guarapari, foi o marco que determinou a criação do 9º Comitê da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, o Comitê de Saúde Pública, o que levou recentemente, com a aprovação do novo estatuto da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, à implantação do Departamento de Saúde Coletiva (TOMÉ, 2009), responsável também pela adaptação curricular dos cursos de Fonoaudiologia ao contexto desse campo. Tal evento contribuiu para o surgimento de novas vagas de professores voltadas ao ensino da Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Fonoaudiologia no âmbito nacional.

Para prosseguir com esse objetivo, é que se vem percebendo a maior participação da categoria nos Conselhos estaduais, municipais e nacional de Saúde, dentro dos 25% de participação que são conferidos aos profissionais da saúde. Assim, o fonoaudiólogo passa a participar da exposição das reais necessidades da população, bem como propaga a sua atuação e prática ao denunciar as carências da assistência fonoaudiológica, participando através das ações de saúde e buscando resultados cada vez mais expressivos e duradouros (CARVALHO, 2006).

Befi (1997) reforça que o fonoaudiólogo que optar pela atuação em Saúde Coletiva deve ter como objetivo a promoção da saúde fonoaudiológica da população, em geral, através de medidas de alcance coletivo. Para isso, realiza ações de atenção e promoção da saúde, através da recuperação das ações baseadas na Educação Permanente com vistas à reinserção social das vítimas da doença e dos distúrbios fonoaudiológicos, preocupando-se, assim, em lançar e propor bases para a formulação de políticas públicas que valorizem as suas ações de promoção.

Em relação às políticas públicas, têm-se conseguido avanços que envolvam o acesso da população às propostas de interesse público pelo Sistema Único de Saúde como o que ocorre, por exemplo, em defesa dos direitos e possibilidades do deficiente auditivo e ao seu reconhecimento, incorporados através da Portaria MS\SAS nº 126 de 17 de setembro de 1993, relacionada ao implante coclear para proporcionar melhor acesso ao tratamento dessa população (BEVILACQUA et al., 2009).

Com a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, publicada pela Portaria GM/MS nº 2.073 de 28 de setembro de 2004, reforça-se a participação do

fonoaudiólogo no âmbito das conquistas nas políticas públicas de saúde e, a seguir, com as Portarias SASMS nº 587 e 589 que propõem a organização de uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada na atenção básica nos níveis de complexidade da assistência ao portador de deficiência auditiva (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção à Saúde Auditiva está disponível em quase todo o território nacional com 128 serviços de referência em saúde auditiva, sendo destes 48 de média complexidade e oitenta de alta complexidade, com condições de atender a população de deficientes auditivos em necessidades diagnósticas, de seleção e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora e terapia fonoaudiológica.

Essas atitudes reforçam a solidez do trabalho fonoaudiológico no âmbito do SUS e impulsionam o reconhecimento da profissão entre comunidade gestora, profissional e população a fim de garantir, ainda, a importância e continuidade das ações de promoção da saúde.

### 2.2.1 O fonoaudiólogo na promoção da saúde

O termo “Promoção da Saúde” foi conceituado pela primeira vez na Carta de Ottawa, documento elaborado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986. Nele, é definido como processo de capacitação que objetiva atuar pela melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade, considerando-a, de forma ampla, determinação socioeconômica-cultural, além de importante dimensão dessa qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Para Andrade e Barreto (2002), esse documento teve o mérito de melhorar o conceito de promoção da saúde, definida como algo capaz de proporcionar aos povos os meios necessários para a obtenção da melhoria de sua situação sanitária e de um controle maior sobre ela. Bydlowski et al., (2004) acrescentam que a promoção da saúde constitui um movimento cuja principal preocupação é o desenvolvimento do ser humano num mundo saudável.

Conforme Buss (2000), em seu artigo sobre a promoção da saúde e a qualidade de vida, partindo-se de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se que a promoção da saúde seja a articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o seu enfrentamento e resolução.

Se for tomar a associação direta da saúde com a qualidade de vida, essa comparação traria a vantagem de poder inserir-se na discussão sobre o conceito de saúde a questão dos determinantes sociais, gerando uma ampliação semântica que favorece imprecisões conceituais sobre os termos saúde e qualidade de vida (MARCONDES, 2004). Para o autor, posto sob essa perspectiva, o conceito implicaria empreender esforços para que a abordagem sobre qualidade de vida seja efetivamente capaz de contemplar questões como a busca da felicidade, a realização de potenciais pessoais e coletivos etc., tornando a saúde um enfoque multidimensional, sob o ponto de vista da promoção.

Soto (1997) aponta uma similitude entre o modelo preventivista e aquele orientado pela promoção da saúde: ambos têm como meta a saúde. Apesar disso, há divergência na concepção subjacente a cada modelo. Na prevenção, saúde é compreendida em oposição à doença e como um estado idealizado e estanque a ser buscado. Contrariamente, a perspectiva da Promoção da Saúde prevê uma relação saúde-doença como processo: a saúde não é uma meta a ser atingida, mas um recurso positivo aplicável à vida cotidiana das pessoas e comunidades, compreendida como um componente dinâmico das experiências e manifestações da vida.

Conforme ideias de Buss (2000), a promoção da saúde, compreendendo o chamado conceito positivo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), seria algo mais do que a própria ausência da doença, uma vez que são levados em conta nessa abordagem os macrodeterminantes do processo saúde-doença, como alimentação, nutrição, saneamento, trabalho, habitação, apoio social, ambiente físico, entre outros aspectos.

As diretrizes e políticas de Saúde Pública nacionais e internacionais sofreram transformações significativas nos últimos vinte anos, representadas pela proposta de

Promoção da Saúde, e vêm influenciando mudanças na sociedade, na concepção de saúde e em seu modelo de atenção, na organização dos serviços, nos papéis desempenhados pelos atores sociais e na formação dos profissionais (ANDRADE, 1996). Entretanto, ainda predomina uma diversidade de interpretações em relação a esse conceito nas diversas profissões da saúde.

Na Fonoaudiologia, observa-se o crescente emprego do termo Promoção da Saúde; contudo, uma análise mais cuidadosa evidencia, na maioria das vezes, a superficialidade da fundamentação teórico-conceitual e das concepções que as norteiam; o que leva à construção de uma percepção às vezes equivocada de que Promoção da Saúde seja apenas um novo nome, uma nova roupagem para a já conhecida prevenção (PENTEADO; SERVILHA, 2004).

A promoção da saúde fonoaudiológica depende de uma ampla gama de atividades, como cuidados pré-natais, boa nutrição, resistência a doenças físicas e mentais, estruturação familiar, estimulação ambiental favorável à livre expressão, amor e preocupação por sentimentos e necessidades específicas, entre tantas outras considerações que tornem o indivíduo capaz de desenvolver e manter uma imagem positiva enquanto ser comunicante (ANDRADE, 1996). O fonoaudiólogo, baseado na organização consciente desses determinantes, deve proporcionar ao indivíduo e à coletividade ações que os impulsionem ao autocuidado, através de medidas educativas em saúde, bem como conduzir o seu trabalho sob uma perspectiva da Integralidade, o que, para Mattos (2004), implicaria dizer que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, onde os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.

Em reforço, Befi (1997) propõe que o fonoaudiólogo seja um generalista e não apenas um especialista em determinada área da Fonoaudiologia e da saúde, capaz de identificar os problemas e planejar suas ações a fim de solucionar os males que afetam os indivíduos e a coletividade.

Para enfrentar as mudanças emergentes na saúde, a Fonoaudiologia, entre outras categorias profissionais, começa a rever seus paradigmas e capacitar seus profissionais, buscando subsídios no conhecimento da Saúde Coletiva, de modo a

inserir-se em um conceito de saúde que atenda, de fato, aos propósitos da Promoção da saúde (CRFa\SP, 2002).

O campo de trabalho e pesquisa relativo ao eixo preventivo-comunitário ou da saúde pública-coletiva configura-se como um espaço privilegiado de encontro da Fonoaudiologia com a realidade de vida da população brasileira. Isso evidencia a importância sócio-histórica da Fonoaudiologia na Saúde Pública que, representa, hoje, um eixo essencial na pesquisa e na formação do futuro profissional e do papel social do fonoaudiólogo na comprovação das políticas e diretrizes da Promoção da saúde no Brasil e no mundo.

Servindo a esses princípios, devem se dar as práticas profissionais desempenhadas pelo fonoaudiólogo na Saúde Coletiva, envolvendo atitudes que favoreçam as reais necessidades de saúde da população, favorecendo as ações integralizadoras de atenção e da qualidade da assistência intersetorial.

No que diz respeito às ações educativas, o fonoaudiólogo começa a se aperceber de que a atitude normativa e prescritiva, sem envolvimento da comunidade, se encontra em processo de falência e procura novas formas de aproximação, sensibilização e comunicação com a população. Ouvir o que a população pensa, quer, sonha, planeja e, mais do que isso, considerá-la ativa e capaz de mudanças (ao invés de mera espectadora ou depositária de orientações acerca da saúde) e, por isso, parceira do fonoaudiólogo na conquista da informação, torna-se uma opção de bastante interesse na implementação das ações de promoção da saúde (PENTEADO; SERVILHA, 2004).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Caracterizada como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, deve permitir, entre outros, o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2009).

Sendo assim, na assistência fonoaudiológica prestada à Saúde da Família, o profissional da Fonoaudiologia tem a possibilidade de realizar o seu trabalho direcionando suas atividades para a sociedade, o indivíduo e o meio, a fim de atingir atitudes que contemplem o bem comum.

Nesse contexto, considerando dados fornecidos por Tomé (2009), cerca de 460 fonoaudiólogos encontram-se inseridos nas equipes do NASF em todo o país, devendo essa realidade servir de incentivo ao desenvolvimento do trabalho fonoaudiológico nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que será discutido em linhas posteriores.

### 2.2.2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF

A Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB,2006), tem como principal propósito “consolidar e qualificar a estratégia da Saúde Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS”. Apresenta os seguintes fundamentos: a) efetivar a integralidade de forma interdisciplinar e com coordenação do cuidado na rede de serviços; b) desenvolver práticas em saúde a partir do diagnóstico do território local, a co-responsabilização e a atenção continuada; c) criar e/ou aprimorar sistemas de avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde; d) ampliar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; e) desenvolver ações intersetoriais e a integração com instituições e organizações sociais; f) estimular a participação popular e controle social, como espaço de construção de cidadania (MENDES, 2009).

Aliado aos fundamentos da Saúde da Família têm-se, nos últimos anos, observado mudanças importantes na saúde da população brasileira onde, entre outras intenções, se encontra o interesse em ampliar o escopo das ações da atenção básica e apoiar a inserção da Estratégia da Saúde da Família na sua rede de serviços. Considerando o fortalecimento e resolubilidade dessa estratégia no nível de atenção básica, criam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, formalizados sob a promulgação da Portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008 (DA ROS, 2000).

Neles, os profissionais de saúde compartilham práticas interdisciplinares em seus territórios, na medida em que atuam diretamente no apoio às equipes e unidades de Saúde da Família, prestando atenção e continuidade das práticas em atenção à saúde.

Assim, o NASF poderá prestar apoio a equipes de Saúde da Família de mais de um município, cabendo às Secretarias de Saúde dos Estados assessorarem os municípios na definição dos territórios, bem como a sua vinculação com as equipes de Saúde da Família ao NASF, assim como monitorar o desenvolvimento de suas ações e assessorar a organização da prática e funcionamento dos núcleos (CONASS, 2007).

Desse modo, um NASF deve ser constituído pelo conjunto de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe SF (BRASIL, 2010). Tal composição deve ser definida pelos gestores municipais e essas equipes, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de Saúde da Família. A composição de cada núcleo considera estudos epidemiológicos para saber da necessidade da região em que irá atuar. Partindo deste esquema, cada equipe lida com as peculiaridades de sua localidade. Tudo depende das características de cada território. Este, enquanto campo dinâmico das relações, direciona o tipo de atuação no NASF (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde, o NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde, sendo elas: 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 (BRASIL, 2010).

Assim, a organização dos processos de trabalho neste âmbito, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidade mútua, de forma a gerar experiência para todos os profissionais

envolvidos. É mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto que se organiza todo o trabalho (BRASIL, 2010).

Pela Portaria que os cria, o NASF não pode ser considerado porta de entrada do sistema. A responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a equipe do núcleo prevê uma revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica\Saúde da Família, atuando no fortalecimento dos seus atributos e papel de coordenação do cuidado no SUS (CONASS, 2007).

Essa postura favorece o surgimento das práticas interdisciplinares e intersetoriais de saúde numa perspectiva de trabalho coletivo, em que todas as ações serão voltadas para as necessidades da população, numa atitude de valorização da Integralidade das ações de Atenção à Saúde. Para Mendes (2009), as ações nesse âmbito desenvolvidas exigem necessariamente a atuação de equipes interdisciplinares, implicadas em processos de trabalho transdisciplinar e na criação\invenção de dispositivos terapêuticos, ampliando os horizontes de atuação dos profissionais de saúde.

O NASF traz a possibilidade de ampliar a oferta das práticas integrativas e complementares e a oferta da melhor tecnologia disponível para grande parte das doenças crônicas, bem como a revisão dos tratamentos baseados somente na medicalização das doenças (CAVALHEIRO, 2009). Sua criação constitui um passo importante para a consolidação da Estratégia Saúde da Família, especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Neles, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista e assistencialista (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Em junho de 2009, somavam-se 648 NASF em funcionamento no país, o que representa um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção e no cuidado à saúde da população. Com a inclusão dos novos profissionais, vinculados às Equipes de

Saúde da Família, aumenta-se a possibilidade de responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros (CAVALHEIRO, 2009).

Conforme orientações para a implantação dos núcleos pela Portaria GM nº 154, são criados dois tipos de NASF:

**NASF 1:** deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, que deverão realizar as suas atividades vinculados a, no mínimo, oitos Equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, vinte Equipes de Saúde da Família;

**NASF 2:** deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, que deverão realizar as atividades vinculados, no mínimo a três Equipes de Saúde da Família.

Dessa forma, é possível comprovar que a categoria do fonoaudiólogo é contemplada para a atuação no âmbito do NASF, assim como as demais categorias inseridas nesse núcleo, gerando a necessidade de reflexão do trabalho fonoaudiológico voltado a suprir as necessidades das demandas de saúde da população.

Mendes (2009) relata que, para a consolidação da Fonoaudiologia nesse âmbito seja possível, a atuação do fonoaudiólogo, para além de suas especificidades científicas e práticas clínicas tradicionais, requererão mais esforços em conectar-se aos diferentes saberes e desenvolver projetos capazes de lidar com a dimensão da pluralidade da vida e a complexidade do processo saúde\doença.

No que se refere à inserção desse profissional na Saúde da Família, Lessa (2005) afirma que, se esse profissional não começar a trabalhar na direção do seu envolvimento com a política de saúde, não sendo apenas um profissional que atue

em saúde pública sem capacitação para isto, acabará não fazendo com que o seu discurso seja compreendido pelos outros. Para o autor, daí a importância de se buscar o conhecimento e a capacitação na área de saúde coletiva para os fonoaudiólogos e conhecer o que é o SUS, fugindo, dessa maneira, do seu caráter persistente na área clínica pautada no atendimento particular. É preciso ser capacitado e ter um diferencial para mostrar ao gestor a capacidade do trabalho desenvolvido pelo fonoaudiólogo e, assim, integrar-se em equipes.

Conforme Lessa (2005), atualmente a Fonoaudiologia conquista um grande espaço na Saúde Coletiva com a integração em equipes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Assim, com essa inserção, a profissão ficará cada vez mais reconhecida, e o trabalho que o fonoaudiólogo realizará junto aos pacientes na atenção básica, deverá traduzir a real dimensão da sua importância no dia a dia.

Sendo assim, faz-se importante discutir sobre a importância da assistência fonoaudiológica oferecida à população nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, temática abordada em parágrafos próximos.

### 2.2.3 O trabalho do fonoaudiólogo no NASF

A análise das experiências de atuação da Fonoaudiologia na Saúde da Família e, mais recentemente no NASF, merece ser acompanhada e avaliada de perto, uma vez que estamos diante de uma das propostas mais promissoras de ampliação do acesso da população à Atenção Integral à Saúde. Sabe-se que a produção dos processos de cuidado vem passando por uma série de inflexões, exigindo dos profissionais a incorporação de saberes sobre o trabalho em saúde e o desenvolvimento de novas competências e habilidades, entre as quais destaca-se a capacidade de trabalho em equipe. Exige, ainda, a capacidade de conduzir projetos terapêuticos que contemplem os conceitos de clínica ampliada e apoio matricial, além da apropriação de um novo campo conceitual expresso nas diretrizes das políticas públicas do SUS (AVEJONAS et al., 2010).

A demanda por reflexão e diálogo em torno dessa perspectiva ocorre tanto na esfera interna de cada profissão quanto no campo da saúde como um todo. Por um

lado, é preciso que os profissionais reflitam conjuntamente sobre as finalidades de sua prática, reconstruindo o sentido e o significado do seu agir, tornando-os coerentes com a proposta apresentada, em especial, no que tange à atenção básica. Por outro, torna-se indispensável a ponderação junto aos gestores e às organizações comprometidas com a participação social, sobre a relação entre a composição das equipes e as necessidades de saúde das comunidades (REZENDE et al., 2009).

Dessa maneira, os fonoaudiólogos necessitam ter disponibilidade para atuarem a partir da necessidade da população local e não do interesse próprio ou formação/especialização. Conhecimentos na área de saúde pública e saúde coletiva são essenciais para dar subsídios teórico-práticos. Para Gurgueira (2009), ainda há muita ênfase na formação de especialistas em detrimento de generalistas, mas ambos são importantes.

Conforme aponta Mendes (2009), a presença efetiva do fonoaudiólogo na Atenção Básica, na Saúde da Família e no NASF deve iniciar-se por meio de discussões organizadas dos profissionais na definição de estratégias de sensibilização dos gestores e profissionais sobre a importância da inserção do fonoaudiólogo no NASF. Para a autora, através da sistematização e análise dos agravos, das necessidades de sujeitos e grupos sociais, bem como de propostas e ações que contribuam com a melhoria dos indicadores de saúde; da ampliação da participação dos fonoaudiólogos em fóruns de associações profissionais, conselhos gestores, reuniões de equipes e de comunidade; de um alinhamento das ações do fonoaudiólogo às atuais proposições das políticas públicas nacionais; da reorganização das ações na rede de atenção à saúde e dos processos de trabalho em equipe, supõe-se outra ética na produção dos saberes, práticas e relações na saúde.

Com a reestruturação do sistema de saúde, a Fonoaudiologia se inseriu na atenção básica, devendo atuar em todos os níveis de atenção (BEFI, 1997). Sob esses ideais, Andrade (2002) afirma que a prática desempenhada pelo fonoaudiólogo deve visar à promoção da saúde e consistir em eliminar os fatores que interferem na aquisição e desenvolvimento dos padrões da fala, linguagem e audição, por meio de medidas de caráter amplo e específicas que atendam ao

combate e controle da doença fonoaudiológica. O princípio fundamental é que a responsabilidade com a saúde não cesse, estendendo-se durante toda a vida.

Dessa forma, a Fonoaudiologia possui um papel significativo na manutenção da saúde e sobre a qualidade de vida, uma vez que a comunicação permeia todas as relações humanas, propicia a participação social, a aprendizagem e contribui para a integridade emocional do indivíduo. Por meio da palavra, em especial, é que se consegue expressar diretamente as emoções, frustrações, sentimentos e esperanças em relação à vida, ao meio e ao outro.

Pensando nisso, o fonoaudiólogo deve atuar, promovendo a saúde e a qualidade de vida como estratégias de prevenção de doenças junto de ações multiprofissionais, como na saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso de forma direta e indireta com essas populações: de forma direta, realizando programas de orientação do desenvolvimento da linguagem, audição e das funções estomatognáticas (sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e respiração), entre outras; de forma indireta, atuando na realização de triagens e diagnósticos precoces em linguagem, motricidade oral, voz e audição (WERTZNER, 1997).

Conforme o Sistema dos Conselhos de Fonoaudiologia (2006), o trabalho do fonoaudiólogo no NASF compreende o diagnóstico e levantamento dos problemas de saúde da população; desenvolver a promoção da saúde fonoaudiológica, incluindo aspectos físicos e comunicativos, com vistas ao auto-cuidado; efetivar estratégias que visem ao acompanhamento de crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento; desenvolver a reabilitação, priorizando atendimentos coletivos; adotar a integração aos equipamentos sociais existentes, incluindo a orientação de professores e outros profissionais de escolas, creches, asilos etc; realizar visitas domiciliares para orientação, adaptação e acompanhamento; capacitar, orientar e dar suporte às ações dos Agentes Comunitários de Saúde; realizar discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares; acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico; realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de aparelhos auditivos e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; realizar ações que facilitem a inclusão social no trabalho e na comunidade

Assim, o fonoaudiólogo do NASF, em conjunto com os demais profissionais da equipe, deve buscar instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família.

Por meio da comunicação humana, o fonoaudiólogo e o usuário podem estabelecer um vínculo afetivo e uma relação de responsabilização fundamental para solucionar as queixas de uma forma ampla, envolvendo todos os aspectos necessários para proporcionar saúde e qualidade de vida. Sendo capaz de enxergar as pessoas concretas com todas as suas aflições e limitações, o fonoaudiólogo pode contribuir para a resolutividade de problemas do usuário e para sua integração ao mundo.

O fonoaudiólogo, como todo profissional da saúde deve assumir sua responsabilidade social, tratando de ajudar a programar projetos sociais transformadores. Esse compromisso repercute no processo de acolhimento por meio de uma escuta ampliada e qualificada, que busca ir além dos significantes verbais e imediatos, constituindo-se uma disponibilidade ao mesmo tempo ativa e seletivamente construtiva.

Um dos encaminhamentos do II Fórum de Inserção do Fonoaudiólogo no NASF, promovido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2ª região, em 2009, foi a promoção da I Mostra de Fonoaudiologia na atenção básica do estado de São Paulo, repetida no ano seguinte e reuniu nomes importantes da Fonoaudiologia para discutir sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Neste, a presidente do CRFa 2ª região, em seu discurso de abertura, destacou a abrangência de sua atuação na atenção básica bem como a necessidade de o profissional estar sensibilizado e capacitado para atuar nessa proposta, de forma a contribuir para uma sociedade mais humana, justa e com melhor qualidade de vida (CRFa/ 2ª REGIÃO, 2011).

Dessa forma, é evidente a necessidade e importância da formação profissional para o desenvolvimento do seu trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com ações que integrem a promoção da saúde fonoaudiológica de forma conjunta e com vistas ao saber interdisciplinar.

Para isso, tem-se investido em disciplinas que contemplem a sua atuação na saúde coletiva a fim de gerar uma noção de pensar e agir na saúde e, em especial, sob as diretrizes do NASF, que devem guiar o processo de trabalho do fonoaudiólogo.

Fruto da mobilização da categoria e contribuindo para a visibilidade das ações do fonoaudiólogo na atenção básica, a partir de novembro de 2008, a tabela de procedimentos do SUS incorporou modificações que favorecem o registro de procedimentos realizados por esses profissionais.

Reconhece-se que o cenário atual das políticas públicas tem favorecido a ampliação das ações fonoaudiológicas no Sistema Único de Saúde - SUS, efetivando sua inserção em todo o sistema. Porém, a sua consolidação dependerá do envolvimento e processo de educação permanente de cada profissional, além de uma mobilização e articulação das entidades representativas de classe.



**PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

---

### 3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

O fenômeno a ser estudado, destacado entre a introdução e todo o marco teórico, possui como enfoque principal a análise da discursividade dos fonoaudiólogos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Paraíba, considerando aspectos ligados à prática profissional em uma perspectiva de promoção da saúde.

Por essas razões, busca-se, na abordagem qualitativa da pesquisa, um suporte para operacionalizar as inferências elencadas na mesma, uma vez que envolve mais do que a expressão de um fenômeno singular. A pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas que valoriza histórias, tensões e contradições na sociedade, com o compromisso de resguardar a complexidade das coisas e dos fenômenos estudados (PINHO, 2009).

Os métodos qualitativos de pesquisa se assemelham a procedimentos de interpretação dos fenômenos que empregamos no nosso dia a dia, que têm a mesma natureza dos dados que o pesquisador qualitativo emprega em sua pesquisa. Tanto em um como em outro caso, trata-se de dados simbólicos, situados em determinado contexto; revela parte da realidade ao mesmo tempo em que escondem outra parte (MAANEM, 1979).

Conforme colocações de Minayo (2004), o estudo do tipo qualitativo é apropriado para as questões que indagam sobre uma realidade específica, “que tem carga histórica e reflete posições frente à realidade, momento do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações de classes e de grupos determinados”. Acrescenta que a pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e a defende como constitutiva do social e inerente ao atendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr e explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

Dessa forma, utilizando-se de considerações feitas por Pope e Mays (2005), busca-se, no presente estudo, explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida profissional, estando relacionadas aos significados que atribuem às suas experiências e na forma como compreendem o seu trabalho, tentando, assim, interpretar os fenômenos sociais em termos de sentidos que as pessoas fornecem a eles.

Para Oliveira (2005), o enfoque qualitativo permite oferecer contribuições no processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

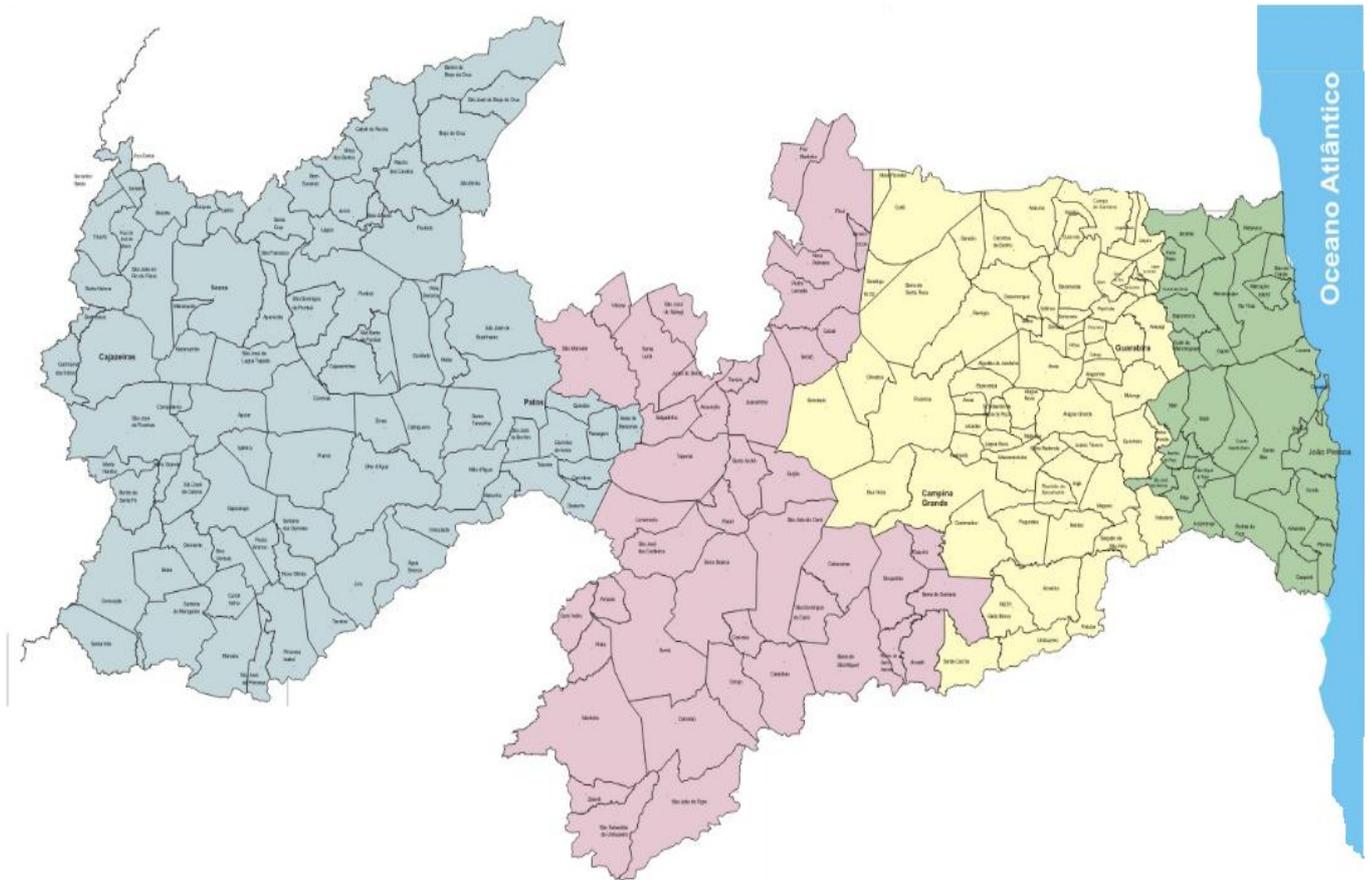
Sob o propósito de atingir os objetivos deste estudo, buscar-se-á, a partir dos depoimentos dos sujeitos, analisar como o fonoaudiólogo compreende e desenvolve o seu trabalho no NASF assim como percebe os aspectos relativos à Saúde Coletiva numa perspectiva de promoção da saúde, identificando suas ações e apontando as dificuldades encontradas para realizar o trabalho no NASF.

### 3.2 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Elegeu-se como cenário do estudo o Estado da Paraíba, destacando os municípios em que o fonoaudiólogo se encontra inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. São 223 municípios na Paraíba, onde apenas 39 deles possuem o fonoaudiólogo inserido em seus serviços de saúde.

A Paraíba é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situada a leste da região Nordeste e tem como limites o estado do Rio Grande do Norte ao norte, o Oceano Atlântico a leste, Pernambuco ao sul e o Ceará a oeste. Ocupa uma área de 56.439 km<sup>2</sup>. Em dez anos, o Estado ganhou 306 mil habitantes, e hoje a população é de 3.766.384 moradores que vivem em 1,3 milhões de domicílios. Os dados foram revelados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), ao divulgar os primeiros resultados do Censo 2010. Outro dado revelado pelo IBGE é a concentração populacional na zona urbana, sobretudo na Grande João Pessoa. Dos 3,7 milhões de habitantes contabilizados no Estado, 75,3% (2,78 milhões) reside na área urbana das cidades (MARCONI, 2010), o que relega as áreas rurais à menor quantidade de cidadãos paraibanos.

A Paraíba divide-se em mesorregiões. Trata-se de uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Suas quatro mesorregiões são Sertão paraibano, Borborema, Agreste paraibano e Mata paraibana (IBGE, 2010), conforme divisões expostas no mapa seguinte:

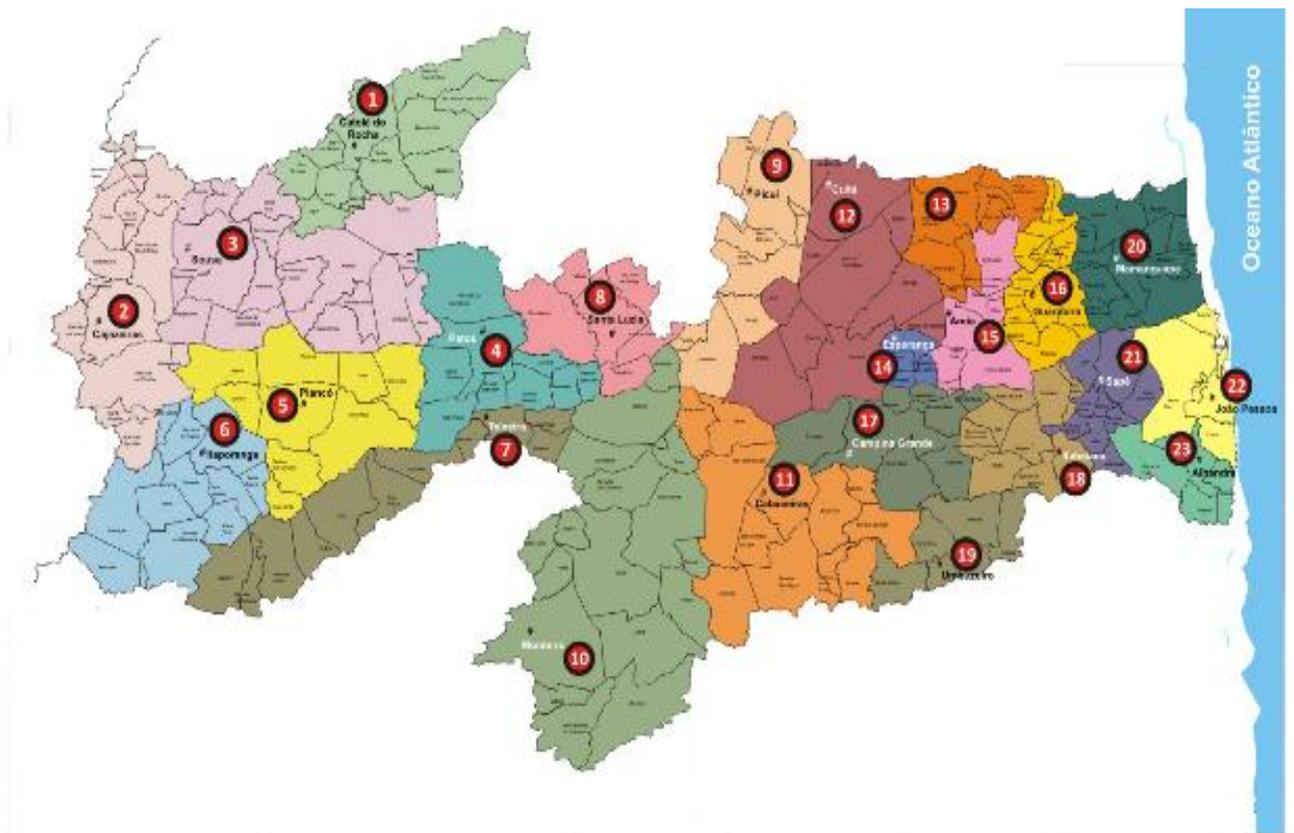


Mesorregiões	
<b>Sertão Paraibano</b>	7 microrregiões, 83 cidades.
<b>Borborema</b>	4 microrregiões, 44 cidades.
<b>Agreste Paraibano</b>	8 microrregiões, 66 cidades.
<b>Mata Paraibana</b>	4 microrregiões, 30 cidades.

**FIGURA 1** - Mapa das Mesorregiões da Paraíba.

Fonte: IDEME – PB

Essas mesorregiões estão, por sua vez, desagregadas em microrregiões geográficas que são, de acordo com a Constituição brasileira de 1988, um agrupamento de municípios limítrofes. Sua finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, definidas por lei complementar estadual. O termo é muito mais conhecido em função de seu uso prático pelo IBGE que, para fins estatísticos e com base em similaridades econômicas e sociais, divide os diversos estados da federação brasileira em microrregiões. Na Paraíba, são 23 microrregiões que dividem o Estado, sendo elas distribuídas entre as quatro mesorregiões citadas.



### Microrregiões

1 - Sertão: Catolé do Rocha (11 cidades)	11 - Cariri Oriental: Cabaceiras (12 cidades)	18 - Agreste: Itabaiana (9 cidades)
2 - Sertão: Cajazeiras (15 cidades)	12 - Curimataú Ocidental: Picuí (12 cidades)	19 - Agreste: Umbuzeiro (5 cidades)
3 - Sertão: Sousa (18 cidades)	13 - Curimataú Oriental: D. Inês (7 cidades)	20 - Mata: Litoral Norte, Mamanguape (11 cidades)
4 - Sertão: Patos (9 cidades)	14 - Agreste: Esperança (4 cidades)	21 - Mata: Sapé (9 cidades)
5 - Sertão: Piancó (9 cidades)	15 - Agreste: Brejo Paraibano: Areia (8 cidades)	22 - Mata: João Pessoa (6 cidades)
6 - Sertão: Itaporanga (12 cidades)	16 - Agreste: Guarabira (14 cidades)	23 - Mata: Litoral Sul, Alhandra
7 - Sertão: Teixeira (11 cidades)	17 - Agreste: Campina Grande (8 cidades)	
8 - Seridó Ocidental: Santa Luzia (9 cidades)		
9 - Seridó Oriental: Picuí (8 cidades)		
10 - Cariri Ocidental: Monteiro (16 cidades)		

**FIGURA 2** – Mapa com as microrregiões da Paraíba

Fonte: IDEME-PB.

Entre os 39 municípios paraibanos, apenas dezenove contêm o fonoaudiólogo inserido nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, conforme dados comprovados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

No entanto, doze municípios foram contemplados no estudo, a considerar fatores de inclusão, comentados no próximo tópico. Sendo assim, a quantidade de municípios inseridos no cenário da pesquisa corresponde ao número de fonoaudiólogos entrevistados, considerando a presença de apenas um profissional

ativo no NASF em cada localidade. A seguir, constam os municípios incluídos no cenário da pesquisa:

**Quadro 1** – Disposição dos municípios paraibanos incluídos na pesquisa.

MUNICÍPIO	MESOREGIÃO	MICROREGIÃO	POPULAÇÃO (IBGE, 2010)
Alagoa Grande	Agreste paraibano	Brejo paraibano	28.482 hab.
Araçagi	Agreste paraibano	Guarabira	17.224 hab.
Araruna	Agreste paraibano	Curimataú	20.009 hab.
Barra de Santana	Borborema	Cariri	8.619 hab.
Bayeux	Mata paraibana	João Pessoa	99.758 hab.
Boqueirão	Borborema	Cariris Velhos	16.889 hab.
Cuité	Agreste paraibano	Curimataú	25.950 hab.
Itapororoca	Mata paraibana	Litoral Norte	16.998 hab.
Piancó	Sertão paraibano	Piancó	15.465 hab.
São Bento	Sertão paraibano	Catolé do Rocha	30 880 hab.
Sapé	Mata paraibana	Sapé	50 15 hab.
Solânea	Agreste paraibano	Curimataú	26.689 hab.

**Fonte:** Wikipédia, 2010.

Verifica-se que, dos doze municípios incluídos no estudo, prevalecem as mesorregiões do Agreste paraibano, Zona da Mata e do Sertão paraibano, grafados em verde, e que contêm um número expressivo de populações. Cada município, inclusive os mais numerosos, apresenta apenas um profissional da Fonoaudiologia, inserido no quadro de profissionais ativos no NASF.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para a definição dos sujeitos do estudo, deve-se buscar o aprofundamento e a compreensão sobre um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação (MINAYO et al., 2005). Para estes autores, deve-se ainda priorizar os sujeitos que possuem atributos do que se deseja conhecer, certificar-se

de que a amostra é suficiente a partir da reincidência de informações, porém não desprezando informações singulares; trabalhar com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças e que o grupo ou grupos contenham o conjunto das experiências que se pretende captar (MINAYO et al., 2005).

A amostragem é realizada com base numa parte representativa da população da pesquisa. Uma amostra é considerada representativa quando ela apresenta as mesmas características gerais da população da qual foi extraída. Uma das características que mais diferenciam a pesquisa qualitativa da quantitativa, em relação à amostragem, é a quantidade de sujeitos sociais pesquisados. Este número não deve ser muito grande, mas deve ser suficientemente pequeno, de forma a permitir que o pesquisador seja capaz de conhecer bem o objeto de estudo (MINAYO, 2001).

Assim, os sujeitos do estudo foram doze fonoaudiólogos que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos, conforme critérios inclusivos para participação na pesquisa, que foram: possuir uma sede municipal, conter o fonoaudiólogo no quadro de profissionais ativos e serem comprovados os dados do SCNES junto à Secretaria Estadual de Saúde, além de confirmada a existência do núcleo de forma presencial pela mestranda durante a maior parte das entrevistas realizadas.

Utilizando-se da resolução 196\96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a fim de evitar a quebra de sigilo de informações ou de identidade, os atores-chave, os fonoaudiólogos envolvidos no estudo e entrevistados pela mestranda, caracterizaram-se, nesta etapa da pesquisa, por siglas que referiram a ordem de suas entrevistas, respectivamente, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12.

A seguir, o quadro apresenta os sujeitos investigados conforme a sigla utilizada ("F"), o sexo ao qual pertence e a especialização na qual se aperfeiçoou, além da carga horária ambiental a que estão submetidos e a existência de outros vínculos empregatícios segundo a sua quantidade. Os dados foram obtidos durante a realização das entrevistas e no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

**Quadro 2** – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

FONOAUDIOLOGO	SEXO	ESPECIALIZAÇÃO	CHA NO NASF	VÍNCULOS EMP. EXTRAS
F1	M	-----	40 hs	01
F2	M	Fonoaudiologia Escolar	40 hs	-----
F3	F	-----	40 hs	-----
F4	F	Saúde Coletiva	40 hs	-----
F5	F	Fonoaudiologia Hospitalar	40 hs	-----
F6	F	Motricidade orofacial	40 hs	-----
F7	F	Fonoaudiologia Hospitalar	40 hs	01
F8	F	Linguagem	40 hs	-----
F9	F	Saúde Coletiva	40 hs	-----
F10	M	Audiologia Clínica \ Saúde Pública	40 hs	02
F11	F	Saúde Pública	40 hs	02
F12	F	Linguística	40 hs	01

**Fonte:** Dados da pesquisa (abril \ junho, 2011)

Constata-se que os sujeitos do estudo pertencem, em sua maioria, ao sexo feminino, dois sujeitos possuem especialização em Saúde Coletiva (grafados em verde), ao passo que os demais especialistas estão em áreas específicas da Fonoaudiologia, como Linguagem e Motricidade orofacial, com exceção de dois sujeitos com especializações em Saúde Pública, dois sujeitos em Fonoaudiologia Hospitalar e um em Linguística. Observa-se, ainda, que alguns dos sujeitos recorrem a vínculos empregatícios extras, conforme for, a suprir suas necessidades de sobrevivência, indicando novas ocupações profissionais que, possivelmente, lhes favoreçam o aumento da renda.

Ressalta-se que as áreas de atuação da Fonoaudiologia são bem amplas, podendo o seu profissional inserir-se em serviços distintos dos campos das ciências humanas, sociais e da saúde, pois as alterações fonoaudiológicas dizem respeito às áreas da linguagem, voz, motricidade e audição, sendo, portanto, aspectos que envolvem a comunicação humana.

### 3.4 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

Conforme Turato (2003), a preparação para o trabalho de campo é uma das fases da pesquisa que requer um conjunto de providências práticas, em sua maioria previamente pensadas, as quais serão conjugadas no campo, precisamente no momento e no local onde o pesquisador contata os sujeitos e recolhe os dados. Assim, para o desenvolvimento do trabalho de campo, foram tomadas algumas medidas prévias:

- \_ elaborar um cronograma com o roteiro de atividades, fazendo os contatos prévios com os sujeitos do estudo de forma a agendar as visitas, entrevistas e outros que se fizeram indispensáveis;

- \_ preparar todos os insumos, equipamentos e instrumentos que foram necessários à realização da coleta de dados.

### 3.5 UNIVERSO EMPÍRICO DO ESTUDO

O instrumento eleito para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista elaborado junto ao orientador da pesquisa e conforme as necessidades de exploração dos dados dos sujeitos a serem entrevistados. As questões inseridas foram minuciosamente construídas de forma a obter do sujeito resultados satisfatórias que respondam aos objetivos elencados no estudo.

A técnica empregada para obtenção dos dados foi a entrevista. Esta possibilita ao pesquisador alcançar os dados mais fidedignos de modo a fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema (TRIGUEIRO, 2009).

Segundo Richardson (2009), quanto à entrevista, trata-se de uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estrita relação entre as pessoas, ou seja, “ato de perceber realizado entre duas pessoas”.

A entrevista, para Turato (2003), é uma técnica preciosa de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador.

Numa entrevista de pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, e a tarefa de pesquisar é, portanto, evitar o máximo possível, impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado (POPE; MAYS, 2005).

Partindo disso, optou-se pela escolha da entrevista semidirigida que permite ao pesquisador a interlocução com o entrevistado a fim de auxiliar a construção das ideias expostas. Nesse estudo, adotou-se a nomenclatura “entrevista semidirigida” em vez de “entrevista semiestruturada” por compactuar com o pensamento de Turato (2003), ao mencionar que todas as entrevistas têm uma estrutura previamente estabelecida. Quanto a serem dirigidas, estas podem ser totalmente, parcialmente ou praticamente nada, pois o ato de dirigir significa dar direção, além de apontar para onde a entrevista se encaminhará.

Sendo assim, utilizou-se um roteiro de entrevistas (APÊNDICE C), contendo questões acerca da compreensão do fonoaudiólogo sobre o NASF, a Saúde Coletiva e a Promoção da Saúde, a prática desenvolvida pelo fonoaudiólogo no NASF e o que ele atribui ao seu trabalho no mesmo, sua percepção sobre a relação estabelecida entre a formação e prática e as dificuldades enfrentadas para realizar o trabalho no NASF.

A coleta de dados foi realizada entre abril e junho de 2011, sendo as entrevistas marcadas previamente após contato do entrevistador com o informante, que teve a liberdade de escolha do dia, hora e local da entrevista. Todas foram realizadas nas unidades sedes do NASF, com exceções de indivíduos que se encontravam em condições restritas ao seu local de trabalho, respeitando as suas condições circunstanciais e de conveniência. Foram explicitados os objetivos do estudo na finalidade do estabelecimento do *rapport*<sup>1</sup> e um esclarecimento do que seria realizado, além do motivo de sua escolha enquanto participante.

---

<sup>1</sup> *Rapport* pode ser definido como um sentimento consciente de acordo, confiança e responsividade mútua entre uma pessoa e outra (TURATO, 2003, p. 327).

Em seguida, o entrevistado recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos e a garantia do sigilo na sua utilização, através da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram gravadas individualmente por meio de um gravador audioportátil e de um MP4, após concordância dos entrevistados. A cada gravação, utilizou-se também um diário de campo, a fim de realizar o registro das impressões sobre o contato com os entrevistados, o ambiente em que se deu a entrevista e as dificuldades encontradas durante o percurso para a coleta das informações.

As entrevistas se deram, em sua maioria, nos locais de trabalho, que corresponderam, geralmente, a uma sala pequena reservada para os atendimentos. Foram respeitadas as condições circunstanciais do participante em ceder a entrevista devido à rotina de trabalho, sendo, nesse caso, a entrevista cedida no município, porém, em local alheio ao de sua atividade profissional. Ocorreram de forma tranquila, sem, no entanto, impedir ou atrapalhar a jornada de trabalho dos profissionais envolvidos, que, por sua vez, mostraram-se receptivos, de forma a colaborar com todo o intuito da pesquisa e eventuais solicitações feitas por parte da autora.

Em etapa seguinte, os depoimentos foram transcritos de forma atenta e dedicada, pois trata-se de um momento de profunda alerta e concentração para conseguí-las de forma fidedigna, com a fala gravada, os trechos exatos de cada formulação, de forma a apreender a autenticidade de cada relato. Após essa fase, foram relidos os relatos acompanhados da gravação e de uma terceira leitura sem o equipamento, sob o propósito de observar a essência do texto.

### 3.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

#### 3.6.1 Aplicação da técnica de análise – Análise de Discurso

Nesta etapa, foi utilizada a técnica de análise do discurso (AD), na vertente proposta por Orlandi (2009), indicada em pesquisas qualitativas pelas possibilidades que a mesma oferece de relacionamento com os materiais que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis como argumentos ou como meios capazes de revelar a visão de mundo, sendo, portanto, a posição ideológica do sujeito discursivo.

Faz-se preciso esclarecer que a AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que é, então, produzido, podendo-se afirmar que o seu *corpus* é constituído pela tríade: ideologia×história×linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário inconsciente ou sistema de ideias que constitui uma representação. A história, por sua vez, é a materialidade do texto ao gerar “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, oferecendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (COREGNATO; MUTTI, 2006).

Conforme Orlandi (2009), o discurso é uma dispersão de textos, e o texto é uma dispersão do sujeito. Nesse sentido, a constituição do texto torna-se heterogênea, ocupando várias posições a partir do local onde o sujeito se encontra. Para a autora, essas distintas posições do sujeito no texto correspondem a diversas formações discursivas, pois isto ocorre em um mesmo texto, podendo-se encontrar enunciados de discursos diversos que derivam de várias formações discursivas.

A autora Eni Lourdes Puccinelli Orlandi, que inspirou a elaboração metodológica do estudo, sofre, em sua obra sobre Análise de Discurso, influência francesa. Embora seja brasileira, Orlandi realizou o seu trabalho sob contribuições de autores franceses. Decerto, a proposta do objeto chamado “discurso” surgiu com o autor Michel Pêcheux na França, em sua tese *Analyse Automatique du Discours* no ano de 1969.

Para Pêcheux (1997), a linguagem é um sistema capaz de cometer ambiguidades, sendo definida em sua discursividade como inserção dos efeitos materiais da língua na história. Define o interdiscurso como memória discursiva, cujas pessoas são filiadas a um saber discursivo que não se aprende, mas que produz seus efeitos por intermédio da ideologia e do inconsciente. Desse modo, o interdiscurso é articulado ao complexo de formações ideológicas representadas nos discursos pelas formações discursivas.

Portanto, toda interpretação é regulada conforme possibilidades e não meros gestos de decodificação ou apreensão de sentidos. Dessa forma, através da aplicação da técnica de AD foi possível identificar, no discurso dos sujeitos, que posição discursiva se produziu e os seus sentidos, o que, para Orlandi (2009), é determinado pelas posições ideológicas postas em jogo no processo social e histórico em que as palavras são produzidas.

Sob esse propósito, para realização da análise foram feitas leituras sobre a AD de tendência francesa, destacadamente a obra de Orlandi (2009) que, nesse estudo, propiciou revelar tanto a visão de mundo quanto o posicionamento dos sujeitos em relação à temática da atuação do fonoaudiólogo no NASF na Paraíba, além de tornar possível a extração das emoções percebidas nos discursos relativos à temática. A partir do *corpus* discursivo considerado sobre o objeto de estudo e os seus objetivos, foi observada nos enunciados a discursividade e, incidindo-se num primeiro lance de análise de natureza linguística enunciativa, pôde-se elaborar o objeto discursivo.

Com isso, foram identificadas três formações discursivas, oriundas dos relatos e posicionamentos do entrevistado em relação ao objeto discursivo: 1) percepções do fonoaudiólogo quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e à Saúde Coletiva; 2) a prática desenvolvida pelo fonoaudiólogo no NASF e sua percepção de promoção da saúde; 3) as dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da prática profissional no NASF.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento do estudo, foram cumpridos os aspectos éticos e legais esperados para uma pesquisa que envolva seres humanos, preconizados pela Resolução 196\96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Sob esse propósito, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob o título “Atuação do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na Paraíba: tecendo os fios entre Fonoaudiologia e Saúde Coletiva”, através do protocolo nº 084\2011. Cada sujeito recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), através do qual foi solicitada a sua participação voluntária.

As entrevistas foram transcritas e guardadas em local seguro e confidencial pela pesquisadora, em conformidade com os princípios que implicam a eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.



**ANALISANDO AS FORMAÇÕES  
DISCURSIVAS**

---

## 1ª FORMAÇÃO DISCURSIVA: Percepção do fonoaudiólogo quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e à Saúde Coletiva

A partir da primeira formação discursiva relacionada à percepção do fonoaudiólogo quanto ao que seja o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, foi possível perceber que muitos dos relatos proferidos se referem ao intuito de criação dos núcleos, descritos como tentativas de resgate, suporte e apoio ao Programa Saúde da Família. Em alguns casos, os sujeitos o descrevem como um programa ou extensão e mesmo uma porção especializada da Estratégia Saúde da Família, bem como uma forma de suprir a falta de profissionais existentes nos núcleos, distanciando-se, assim, dos conceitos fornecidos pelo Ministério da Saúde:

*O NASF pra mim, na minha realidade, misturando um pouco de teoria com a vivência, é aquele programa que veio tentar resgatar o que seria originalmente o PSF, o que na prática, eu considero como a mãe do NASF... (F1);*

*Então, o NASF veio mesmo para suprir essa falta de profissionais que existe no PSF (F2);*

*O NASF é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Como eu já falei, a parte especializada do PSF (F7);*

*O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é um complemento, uma extensão da Estratégia Saúde da Família (F8).*

Quanto à finalidade de criação do NASF, o Ministério da Saúde afirma:

O NASF foi criado para apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização e a regionalização no escopo da atenção básica, bem como para contribuir com a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (BRASIL, 2010, p.7).

Pela Portaria que os cria, GM nº154 em 24 de janeiro de 2008, um NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes SF. Desse modo, o NASF possui papel de apoiador, intuito apontado no fragmento seguinte:

*O NASF é para dar apoio à Saúde da Família (F3).*

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Nele, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde.

Nessa perspectiva, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família constitui um espaço para o profissional promover suas ações voltadas ao desenvolvimento de um processo que permita às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. Representa, dessa forma, palco de uma evolução social e política, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas a fim de minimizar seu impacto na saúde individual e pública.

Alguns sujeitos entrevistados apontam em seus discursos o intuito de criação do NASF como sendo o de utilizar ou complementar com profissionais não contidos nas equipes de SF, alguns, numa versão especializada, o que se contrapõe à função dada para o apoiador NASF fornecida pelo Ministério da Saúde, cuja estratégia de apoio é de fundamental importância para que as ações voltadas para o cuidado sejam efetivadas e direcionadas à população.

Em alguns fragmentos discursivos, os sujeitos parecem atribuir o intuito de criação do NASF ao objetivo de ampliação das categorias de profissionais da saúde ainda não inseridos nas equipes de Saúde da Família bem como uma forma de complementaridade do serviço da Estratégia Saúde da Família, distanciando a proposta de apoiador na assistência prestada às equipes SF. As equipes, nesse âmbito, devem agir de forma corresponsabilizada na edificação de um processo de trabalho conjunto que exprima a preocupação do profissional em promover a saúde aos usuários do sistema, desconsiderando uma possível característica especializada da profissão, conferida nos fragmentos seguintes:

*O NASF é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e, como o próprio nome já diz, ele veio pra apoiar o PSF,*

inserindo as especialidades que ainda não existem nele (F9);

Trata-se de profissionais especializados que vem complementar o PSF, que, hoje, é a Estratégia Saúde da Família (F4).

Quanto à percepção dos sujeitos sobre os conceitos da saúde coletiva, percebe-se uma visão não esclarecida sobre a sua dimensionalidade, uma vez que os seus relatos demonstram haver incerteza das informações cedidas. Muitas vezes, supõem-se, em depoimentos, os conceitos e propósitos desse campo, o que denota insegurança na compreensão acerca do que seja e do que compreende a saúde coletiva:

Eu nunca tinha pensado em conceito para Saúde Coletiva,... (F11).

Essa pergunta é difícil de ser respondida.(F6).

A partir do último fragmento, vê-se que o sujeito remete as suas colocações a um pensamento mais voltado ao campo da Saúde Pública, citando as ações a um cunho curativo da doença, distanciando-se da proposta ampliada da Saúde Coletiva e do entendimento sobre o processo saúde-doença.

Para Breilh (1990), enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a a um plano fenomênico e individualizado da causação etiológica, a saúde coletiva, por sua vez, propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados desse processo. Enquanto a primeira assume a possível atitude de consecução de melhorias localizadas e graduais, a segunda propõe a necessidade de uma ação voltada a uma mudança radical.

A Saúde Coletiva se refere a um campo científico e um âmbito de práticas cujas origens se relacionam com o projeto preventivista emergente na segunda metade dos anos 50 do século passado, visando superar dialeticamente a Saúde Pública convencional e o modelo biomédico, desenvolvendo-se historicamente, no Brasil, a partir dos anos 1970 (NUNES, 2009).

Este campo científico, em permanente reconstrução, se funda na interface das Ciências Naturais e das Ciências Humanas e Sociais, com uma natureza

epistemológica e uma prática política diferenciada. No que concerne à sua constituição como campo de saberes e práticas, os conhecimentos nele produzidos podem (tal como se observa em relação aos demais no setor saúde) ser aplicados por distintos atores, mas confluímos para a vertente que sustenta existir um corpo básico que dá identidade ao "pensar" e ao "fazer" em Saúde Coletiva, inspirado em um conjunto de valores ("ser") (BOSI; PAIM, 2009).

No tocante ao plano epistemológico, reconhece-se que a Saúde Coletiva, tal como e ainda mais fortemente que a Saúde Pública, não constitui especialidade médica, sendo suas interseções cada vez mais amplas e profundas com as Ciências Humanas e Sociais e outros domínios disciplinares, consoante a interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade exigidas pelos objetos de que se ocupa (PAIM, 2006).

Conforme Breilh (1990), ao contrário do que muitos imaginam, quanto à saúde coletiva não se trata de um neologismo ou mesmo uma tentativa de modernização da saúde pública, ainda que esta última terminologia seja predominante e consagrada dentro da produção científica da área em nosso meio até hoje. Explica que o nome saúde coletiva se aplica para designar novos conteúdos e projeções da disciplina que resultou do movimento sanitário latino-americano e, particularmente no Brasil, da corrente da Reforma Sanitária.

Observa-se que as respostas fornecidas pelos fonoaudiólogos, quanto ao que compreende a saúde coletiva que fizeram ou fazem alguma qualificação ligada a esse campo, mostraram um domínio não muito distante do percebido pelos fonoaudiólogos que não fazem ou não possuem qualificações no mesmo. Logo, eles não têm a certeza do que compreendem por Saúde Coletiva, mas dentro do que concebem, mostram percepções ampliadas de suas ações nesse campo. Busca-se, por parte deles, o acréscimo de informação para o trabalho desenvolvido na atenção básica, o que denota a necessidade de ampliar os seus conhecimentos, uma vez que não somente o que é apreendido na formação se torne capaz de responder a todas as questões envolvidas. Embora alguns estejam passando por qualificações, percebem-se, ainda, restrições quanto ao domínio do conceito de saúde coletiva, restringindo-o a uma assistência focada em níveis de atenção:

*Bem, a Saúde Coletiva, até falando pelo que eu sei também através da especialização, compreende tudo o que é oferecido à população, todos os caminhos para que ela seja bem atendida, ou seja, ele (usuário) tem que passar pela atenção primária, ter também o acesso aos outros níveis de atenção e isso deve ser da forma correta (F9).*

Outro ponto percebido é que alguns dos discursos proferidos apontam para o conhecimento sobre como se dá o papel de apoiador do NASF e, no que diz respeito ao mesmo de não se tratar de uma porta de entrada do sistema de saúde:

*Fazemos um trabalho conjunto e não somos a porta de entrada do sistema, porque esta é o PSF (F4);*

*O NASF não foi criado para servir de porta de entrada para o usuário (F11).*

Para Giovanella et al., (2009), o primeiro atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, procurado, regularmente, a cada vez que o usuário precise de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada novo episódio.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada pelo Ministério da Saúde como vertente brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS), caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010, p.7)

Com isso, a Estratégia Saúde da Família vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Assim também, a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para isso, a equipe NASF e as equipes SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando ao aprendizado coletivo.

Nesse contexto, o NASF deve superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF.

Contudo, ao constituir o papel de apoiador, o NASF vem a ser uma estratégia inovadora que objetiva o apoio, ampliação e aperfeiçoamento do cuidado e gestão da saúde na atenção básica, cujos requisitos técnicos envolvem a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao seu paradigma (BRASIL, 2010).

O correto entendimento da expressão **apoio** que é central na proposta do NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada **apoio matricial**, que se complementa com o processo de trabalho em **equipes de referência** (BRASIL, 2010, p.11).

Para o Ministério da Saúde, as equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas (BRASIL, 2010). Dessa maneira, fica claro que o conceito de apoio matricial possui uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente. Ele apresenta as dimensões de suporte essenciais para prestar a assistência e suporte técnico-pedagógico.

A dimensão assistencial vai produzir a ação clínica direta com os usuários do sistema, ao passo que a ação pedagógica produzirá ações de apoio educativo com e para a equipe de SF, podendo essas dimensões misturarem-se em diversos momentos. “A rigor, as equipes do NASF terão, desse modo, dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a equipe de SF” (BRASIL, 2010, p.13).

Quanto a essa primeira formação discursiva, relacionada à percepção do fonoaudiólogo quanto aos que seja o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, utilizando-se também da compreensão desse profissional sobre o conceito da Saúde Coletiva, destacam-se alguns pontos principais que venham em busca de justificar, ao menos em parte, as percepções colhidas em depoimentos.

Inicialmente, através da Portaria Ministerial que cria os Núcleos de Saúde Integral onde o fonoaudiólogo passa a integrar as equipes de apoio às equipes

básicas de Saúde da Família junto às demais categorias profissionais também inseridas pela Portaria, a discussão acerca de como se daria essa inserção ainda supunha algumas interfaces entre a Fonoaudiologia e o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre quais os compromissos concretos que permeariam a atuação fonoaudiológica em seu contexto.

Portanto, através dos fragmentos discursivos destacados acima, é perceptível que alguns sujeitos, senão todos, parecem demonstrar insegurança quanto aos domínios da atuação fonoaudiológica no campo da Saúde Coletiva e, por algumas vezes, até mesmo ao que a mesma representa, pois, para Nicolloti e Da Ros (2009), a própria inserção da Fonoaudiologia no SUS caminha ainda de forma pouco expressiva em algumas regiões, apesar de a mesma ter crescido nos últimos anos e ter ganho maior destaque entre as equipes do NASF.

Para Nicolloti e Da Ros (2009), embora esse profissional já atue no SUS, são percebidas dificuldades de identificação com o sistema e, da mesma forma, deste com o fonoaudiólogo que, assim como as demais profissionais da área de saúde, ainda não seriam bem capacitados durante a formação para atuar nesse âmbito.

Esses elementos que, somados a outros, permeiam a relação da Fonoaudiologia com os serviços públicos de saúde supõem dificuldades na adequação do trabalho desses profissionais em uma estrutura distante do consultório que busca a integração entre o coletivo e o individual e, possivelmente, têm contribuído para cristalizar, na sua prática, o pensar a saúde a partir dos cuidados com a doença, sem realizar planejamento a partir das reais necessidades da população (NICOLOTTI; DA ROS, 2009).

Essa postura se opõe à caracterização do processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, conseqüentemente, se realça na dificuldade de compreensão dos fonoaudiólogos quanto aos domínios de conceitos da saúde coletiva, tida em muitos trechos como um foco no atendimento e percebidos nos discursos proferidos em relação à essa primeira formação discursiva bem como nas que permeiam o trabalho do fonoaudiólogo no NASF e as dificuldades relacionadas ao desenvolvimento do seu trabalho nesses núcleos, discutidas em parágrafos posteriores.

No que diz respeito à compreensão do fonoaudiólogo quanto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, observa-se de fundamental importância o esclarecimento da definição de núcleo para Onocko (1999), que afirma que o mesmo indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo. Igual à noção de *corpus*, a de núcleo também parte da necessidade e da inevitabilidade de construírem-se identidades sociais para as profissões e para os campos de saber

Para Campos et al., (2000) o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Da mesma forma, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família constrói o seu espaço, na tentativa de, pelos domínios de saberes, proporcionar práticas em saúde que apoiem as ações desenvolvidas em conformidade com as equipes de saúde da família no campo da saúde coletiva. Visto isso, torna-se preciso ter em mente que os núcleos são propostas de interação entre diversos saberes de forma a propiciar um bem comum, tal como ocorre no intuito de criação do NASF em promover espaços de trocas interdisciplinares para o desenvolvimento do trabalho conjunto.

Para isso, tem-se, na proposta de promoção da saúde um elemento operacionalizador desse intento, uma vez que, conforme Buss (2000), as diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos.

No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de

vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. (BUSS, 2000)

Utilizando essas colocações, **a promoção da saúde deve guiar o trabalho dos profissionais do NASF em suas ações e propostas de intervenção frente aos usuários do sistema, dando curso a uma prática profissional fundada no saber, cooperação e sentimento de responsabilidade social.**

**2ª FORMAÇÃO DISCURSIVA:** A prática desenvolvida pelo fonoaudiólogo no NASF e sua percepção de promoção da saúde

Sobre o trabalho do fonoaudiólogo no NASF, valendo-se também de suas compreensões acerca da promoção da saúde, percebe-se a tendência ao desempenho das ações preventivas e curativas que, em sua maioria, aparecem vinculadas à prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação:

*O trabalho do fonoaudiólogo no NASF entra no campo da prevenção, da promoção da saúde, da reabilitação e de vários aspectos (F1)*

Partindo da concepção que a saúde é produto de fatores relacionados à qualidade de vida, as atividades de promoção da saúde estariam voltadas ao coletivo de pessoas e ao ambiente, mediante a existência de políticas públicas e ambientes favoráveis ao seu desenvolvimento, e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment) (BUSS, 2003). Assim, remete-se a ideia de que as ações de prevenção, considerando a amplitude da promoção, nesta esteja contida. Nesse contexto, salienta-se que as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, o que demanda uma abordagem intersetorial e interdisciplinar das ações e serviços (TERRIS, 1990).

A conscientização das atitudes interdisciplinares é foco de trabalho valorizado pelo fonoaudiólogo e proposto pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia (2006) ao inferir que o profissional, em conjunto com os demais membros da equipe, deva

instituir ações integradas e intersetoriais para a integralidade do cuidado dos usuários. Foi observado o desenvolvimento de ações educativas em creches e escolas, voltadas à prevenção, mediante o acompanhamento das crianças nos aspectos que interferem na aprendizagem escolar, ação observada no fragmento discursivo a seguir:

*Geralmente, faço as visitas puerperais com as enfermeiras, para realizar orientações sobre amamentação, atividades com professores das creches e educação infantil, sobre o desenvolvimento da linguagem oral e escrita, como também aos pais (F11)*

Ao se indagar sobre o trabalho desenvolvido no NASF, percebe-se, no fragmento do discurso, que o sujeito informa que o seu trabalho encontra-se centrado no cuidado clínico individual:

*O trabalho, aqui, foge da real proposta do NASF. São realizadas pouquíssimas ações de promoção e prevenção... No que diz respeito apenas ao meu trabalho, realizo visitas/atendimentos domiciliares aos pacientes acamados uma manhã por semana e, com exceção de mais duas manhãs, faço a terapia individual dos pacientes (NASF 8)*

O fragmento discursivo demonstra haver, na prática desenvolvida pelo fonoaudiólogo no NASF, uma discrepância entre o que ele atribui às suas ações nesse âmbito e ao que realmente desenvolve como trabalho, pois o sujeito se posiciona de modo crítico ao falar da atuação voltada às esferas da promoção e da prevenção. As ações realizadas, nesse âmbito, distanciam-se das diretrizes do NASF.

Essa tendência reabilitadora, baseada em atendimento individual, inseriu-se, de forma característica, à atuação do fonoaudiólogo desde os primórdios de sua formação, influenciada pelo modelo biomédico e, entre outros fatores, pela recuperação das mazelas decorridas das enfermidades demenciais, competência importante atribuída ao fonoaudiólogo em tratar de sequelas decorridas dos acidentes neurológicos e neuropatias ao longo de sua profissão. Reforçados pela estrutura clínica do atendimento ambulatorial, a reabilitação tornou-se pauta

indiscutível às propostas de ações da categoria na edificação da saúde física e psíquica ao indivíduo doente.

Quanto ao frágil domínio dos fonoaudiólogos entrevistados acerca da Saúde Coletiva e dos silenciamentos encontrados na compreensão de sua prática nesse campo, é preciso ressaltar a influência do modelo americano de saúde em algumas instituições formadoras, o que reafirma uma postura de caráter clínico em alguns cursos de graduação em Fonoaudiologia no país, como é o caso da IES na qual pertenceu grande parte dos fonoaudiólogos envolvidos na pesquisa. Essa postura repercute na atuação desses profissionais quanto às ações e condutas em torno da Saúde Coletiva e da política de saúde vigente.

Por razões como esta, houve, e ainda há, uma persistência pela tradição clínica reabilitadora no reconhecimento profissional e social do fonoaudiólogo, especialmente reforçada pelas demandas postas à profissão como a sua centralidade prática reabilitadora diretamente ligada à Educação Especial, comprovada pela crescente atuação em instituições destinadas aos portadores de necessidades especiais.

Visto isso, o atendimento terapêutico ambulatorial é citado como recurso operacional do trabalho do fonoaudiólogo no NASF na maioria dos discursos proferidos, evidenciando, em alguns, até mesmo o atendimento puramente ambulatorial e, algumas vezes, de forma priorizada para a assistência fonoaudiológica no NASF. Esses posicionamentos denotam um pensamento de que as ações do fonoaudiólogo estariam, sim, voltadas à promoção da saúde, porém mais no sentido da reabilitação do que no âmbito da prevenção, aspecto facilmente encontrado em trechos de discursos de grande parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa, a exemplo do fragmento:

*O trabalho do Fonoaudiólogo no NASF é atender todos os pacientes que necessitam de acompanhamento fonoaudiológico, principalmente na área terapêutica (F10).*

Neste, comprova-se uma inclinação à realização de ações reabilitadoras em detrimento às ações de cunho preventivo, priorizadas pelo Ministério da Saúde que afirma que as intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser

realizadas, porém sempre sob encaminhamento das equipes de saúde da família, com discussões e negociações *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso, onde tal atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2010).

Mendes (2009), ao afirmar que as unidades de saúde têm na assistência clínica seu principal filão, atenta para o fato de que esses profissionais foram sendo incorporados aos serviços sem que houvesse, para isso, alterações suficientes na lógica e na estrutura de funcionamento para o pleno exercício de suas funções. Dessa maneira, o fonoaudiólogo, ao se inserir na rede pública de atenção à saúde, o faz de forma a levar para a prática o conhecimento clínico\privatista da sua formação, de modo a fortalecer um modelo de saúde centrado na cura e reabilitação. Para a autora, talvez isso ocorra pelo fato de o profissional encontrar-se fixado na ideia de distúrbio como ocorrência individual, e nele se centre para propor ações e definir critérios de acolhimento ou exclusão da demanda.

Nesse estudo, o discurso revela que grande é a demanda por cuidados individuais e curativos, o que mostra as necessidades da população relacionadas aos aspectos da comunicação, como se pode observar no fragmento a seguir:

*Como eu já falei, a gente trabalha mais com a reabilitação, ou seja, a parte curativa. Então, a promoção da saúde fica um pouco escanteada. (...) Então na promoção da saúde seria aonde a gente deveria mais trabalhar para que, assim, não ocorresse o que está acontecendo (distúrbios de comunicação). Trabalhando mais com a promoção, certamente teríamos uma saúde bem melhor, pois muita coisa seria prevenida (F3).*

Esse pensamento clínico-reabilitador do fonoaudiólogo é também explicado a partir da implantação do SUS pela Constituição de 1988, que, pela diretriz de municipalização dos serviços de saúde, ganharam evidência como possibilidade de ampliar o mercado de trabalho. Para Befi (1997), em decorrência de sua própria formação, era difícil para o fonoaudiólogo propor e organizar serviços voltados a grandes contingentes populacionais, encaminhando seus procedimentos para a estruturação de consultórios, que identificava esse profissional diretamente ligado às unidades de saúde voltadas para a reabilitação.

A autora complementa que, além da formação desse profissional e do desconhecimento por parte do sistema sobre as suas possibilidades de atuação, a demanda reprimida para o atendimento que havia, e ainda há, veio a facilitar a organização de “consultórios de fonoaudiologia” na rede básica (BEFI, 1997).

Dando curso ao que seja o trabalho do fonoaudiólogo no NASF, algumas colocações também merecem destaque:

*No que diz respeito apenas ao meu trabalho, realizo visitas/atendimentos domiciliares aos pacientes acamados uma manhã por semana e, com exceção de mais duas manhãs, faço a terapia individual dos pacientes. Ou seja, dos dez expedientes semanais, sete são de terapia. Isso acontece porque sou a única fonoaudióloga do município (F8).*

*Então no NASF, segundo o Ministério da Saúde, a gente trabalha mais com o preventivo, ou seja, pra que a população não chegue a precisar realmente da reabilitação, só que o próprio quadro de saúde da população faz com que a gente acabe fazendo mais a reabilitação (F9)*

Neste fragmento, destaca-se o motivo pelo qual o profissional da Fonoaudiologia se vê pressionado a realizar o tratamento, às vezes, até mesmo pela falta de esclarecimento quanto ao trabalho no NASF, outras quanto a atender pressões da própria gestão não esclarecida sobre o processo de trabalho nesse âmbito e mesmo por não ter quem realize esse atendimento nas proximidades, já que, quando encaminhados para municípios vizinhos ou outros serviços, as filas chegam a ser extensas, além do fato de serem os únicos profissionais de Fonoaudiologia em um raio de talvez “centenas de quilômetros”. Portanto, não se deve, também, nesse contexto, descartar a demanda reprimida que se forma, devendo supri-la através dos atendimentos fonoaudiológicos.

Como se pode comprovar em outros discursos, persiste a percepção do fonoaudiólogo em sentir-se pressionado para o atendimento:

*A gente chega aqui no NASF com a ideia de fazer grupos e outras coisas, mas se depara com muita gente com a patologia já instalada e, aí, a gente é obrigado a ter que realizar o atendimento ambulatorial (F4);*

*Além dessa questão do atendimento, e lá só tenho eu de fonoaudióloga pra tudo, vou fazer as palestras e tudo mais. Mas, pra quem eu encaminho? Pra João Pessoa? Aí chegam lá e não tem vaga. Então o pessoal fica desassistido. A gente não tem como fugir da responsabilidade em atender, aí fazemos também o domicílio e atendemos ambulatoriamente... (F4).*

Constata-se que o fonoaudiólogo permanece preso à tradição do atendimento clínico terapêutico. Sua posição ideológica sobre o atendimento individualizado, em detrimento ao coletivo, reforça esse comportamento. Tal aspecto é considerado contrário ao que é proposto pelas diretrizes do NASF, as quais reafirmam a importância da assistência compartilhada e do atendimento conjunto. Ressalta-se que a reabilitação é indicada como recurso do trabalho nesse âmbito, porém a sua atuação exacerbada, ou não negociada com as equipes de saúde da família, é conduta inadequada à prática sob o enfoque da promoção da saúde.

Essa constatação realça a importância dos gestores serem esclarecidos sobre as funções do fonoaudiólogo nas equipes NASF, assim como no envasamento de ações que promovam a interação dos profissionais NASF com os da ESF, de modo a resultar na qualidade do cuidado para com o usuário.

Mediante as colocações, percebe-se que muitos dos sujeitos recorrem a essa assistência por sentirem-se forçados ou influenciados pela ideologia gestora que, por sua vez, sofre também influências sobre o próprio atendimento do profissional de saúde, atribuído ao trabalho de um consultório, e ao que acontece, muitas vezes, sobre a falta de orientação quanto ao que seja o NASF e suas competências, gerando a evidente necessidade de capacitações à gestão, em conjunto às discussões com a equipe e a comunidade ao se implantar o serviço.

Um aspecto que chama a atenção nos discursos diz respeito ao fato dos sujeitos informarem que a maioria dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, envolvidos na investigação, são intermunicipais ou consorciados, o que implica julgar que o fonoaudiólogo que assiste a população do município que sedia o NASF, tem de responder às demandas de equipes de saúde da família dos demais municípios, o que concorre para o deslocamento dos profissionais entre um município e outro:

Eu faço atendimento individual quando necessário, por não haver outro fonoaudiólogo no município. Nos outros quatro que assistimos, pois se trata de um NASF intermunicipal, eu só faço mais a parte da promoção da saúde e a prevenção. Em.., faço o atendimento individualizado quando se faz preciso, ou quando o paciente é mais crítico, porque a gente não tem muito tempo, pois ficamos viajando pelos outros municípios”(NASF 5).

Outro ponto seria o de que, em alguns casos, o gestor municipal não pertence à área da saúde, o que o influencia ao desenvolvimento da imagem clínico-reabilitadora da maioria dos profissionais da saúde, entre eles, o fonoaudiólogo:

... Íamos lá mostrar o trabalho porque também muitas vezes o gestor não é alguém da saúde, então ele chega lá e se depara com muita coisa que ele desconhece e assim pode nos dificultar ou a nosso trabalho. (NASF 6).

No trecho do discurso seguinte, é possível perceber essa tendência do fonoaudiólogo à realização das atividades clínico-reabilitadoras, voltadas à esfera curativa no âmbito do NASF:

O fonoaudiólogo, como profissional do NASF, tem como uma de suas funções básicas no núcleo, promover a saúde cognitiva, juntamente aos profissionais fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos etc, além de fazer, como no meu caso, a atuação ambulatorial (NASF 2).

E em seguida, quando indagado sobre o trabalho que desenvolve no NASF, o mesmo sujeito aponta somente o desenvolvimento da atividade ambulatorial:

Hoje, a gente está basicamente fazendo atendimento ambulatorial, onde temos essa sede, que funciona com Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia.

Dessa forma, evidencia-se mais uma tendência ao atendimento ambulatorial nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e à ausência de um discurso não dito que contemple não só a promoção da saúde cognitiva, uma das competências do fonoaudiólogo para o trabalho no NASF, mas as demais funções a serem desenvolvidas nesse âmbito, lembradas pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia em 2006 como sendo também a promoção da saúde auditiva, o

manejo das situações oriundas da deficiência ou da incapacidade que não só resumem a cognição, mas outras funções psicomotoras e linguísticas bem como as necessidades dos usuários em alteração de comunicação, mastigação e deglutição decorrentes de doenças ou do envelhecimento, saúde vocal e os hábitos orais, o que causa lacunas relativas ao conteúdo teórico adquirido pelo profissional em sua formação ainda incipiente quanto aos domínios da prática fonoaudiológica em uma perspectiva de promoção da saúde.

No que se refere ao planejamento das ações focadas em campanhas pontuais conforme as reais necessidades de cada território, percebe-se que algumas não respondem às necessidades da população, uma vez que as ações são baseadas unicamente no calendário do próprio SUS, procedimento que dificulta o acesso da população sobre assuntos relacionados à saúde, que fujam às campanhas pré-estabelecidas, assim como a atitude do profissional em valorizar a escuta:

*Realizamos campanhas que a gente puxa pelo próprio calendário do SUS, como é o caso das datas relacionadas à saúde mental, Síndrome de Down entre outras; aí então a gente faz uma planilha semestral de ações sobre o que a gente pode fazer tanto no âmbito do NASF como nas USF's em relação a palestras e ações preventivas (F2).*

Essa situação acontece possivelmente pela carência de aprofundamento na formação em disciplinas que contemplem questões como a transdisciplinaridade e a educação permanente em saúde, além do fato de que muitos dos profissionais formados sob as estruturas curriculares mais antigas que pouco dominavam os conceitos e referências da saúde coletiva são contratados ao serviço e, portanto, não forçados a se capacitarem e adquirir novos conceitos quanto ao trabalho nos serviços que contemplem a atenção básica à saúde.

Outra colocação que merece ainda destaque, dentro dessa segunda formação discursiva, é demonstrada pelo fragmento do discurso:

*Devemos realizar o atendimento e a assistência compartilhada com outros profissionais que, infelizmente, acham que apenas a sua parte é o suficiente (F3).*

Percebem-se, através deste, dois pontos principais que necessitam ser destacados: o primeiro se relaciona com a concordância da fundamentação teórica fornecida pelo Ministério da Saúde quanto à organização dos processos de trabalho no NASF, quando refere que os mesmos, tendo sempre o foco do território sob sua responsabilidade, deve ser estruturado de modo a priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar (BRASIL, 2010); o outro ponto, talvez a considerar implícito, não dito no discurso do sujeito, nos leva a refletir quando refere que os outros profissionais de equipe SF acham que apenas fazer a sua parte é o suficiente, o que implica dizer que, apesar da importância e do fato de serem a assistência compartilhada e a interdisciplinaridade focos do processo de trabalho no NASF, alguns ainda os parecem ignorar. Justificativas à parte, é preciso que se reflita acerca das possíveis causas desse evento. Para isso, utiliza-se o fragmento:

*Trabalhamos ainda com o enfermeiro, mas às vezes ele também nos barra, mais do que o médico. Então, estamos com dificuldades, principalmente para ter acesso aos prontuários dos pacientes pra que facilitemos o acompanhamento (F3);*

*Dificuldades maiores geralmente estão no trato com os médicos porque sempre estão mudando, então a gente tem mais contato com o pessoal da Enfermagem (F5).*

É possível constatar, nesse caso, uma falta de interação e mesmo conscientização de cada profissional da saúde ao colaborar para a edificação de um processo de trabalho conjunto, onde todos possam se beneficiar das ações desenvolvidas ao coletivo, pois o acesso aos prontuários é procedimento necessário para auxiliar o fonoaudiólogo na realização do planejamento terapêutico do paciente, pois, por meio deles, poder-se-á conhecer o perfil social e de saúde do usuário encaminhado. Esse quadro não cooperativo é gerado, muitas vezes, pela própria falta de conscientização do profissional acerca da competência do trabalho do outro. Por isso, devem-se gerar reuniões e discussões como o próprio Ministério sugere, para que se possam discutir pontos relativos ao trabalho de cada profissional, além de orientar e esclarecer a importância da parceria entre os membros da equipe, instrumento primordial para o bom andamento do serviço e que reforçaria o papel de apoiador definido para a equipe NASF, pouco identificado nos discursos.

Além disso, é preciso que se considerem questões como carga horária de trabalho, nível de *stress* dos profissionais envolvidos e demanda gerada para o atendimento, o que de fato colaboraria, de forma indireta, para a união e a parceria entre a equipe.

No fragmento, também se evidencia a existência da rotatividade de profissionais na Estratégia de Saúde da Família, no caso, o médico. Pode-se interpretar que a dificuldade, nesse contexto, diz respeito a não se estabelecer discussões com esse profissional, a fim de melhorar o cuidado ao usuário. Ou seja, a falta desse profissional impacta negativamente no processo do fonoaudiólogo que atua no NASF.

No início do século vinte, os médicos possuíam recursos limitados para tratar seus pacientes, apoiando-se no saber e experiência pessoais, dedicando seu trabalho ao cuidado dos doentes, de modo a desenvolver uma relação de proximidade e confiança. As tecnologias e as técnicas desenvolvidas na segunda metade do século vinte promoveram um período novo na história da medicina, onde a atuação médica passou a se realizar de forma fragmentada, impessoal e com valorização de habilidades técnicas, em detrimento da relação médico-paciente. É paradoxal, portanto, o fato de a confiança na medicina ter se ampliado, ao passo que a confiança nos médicos foi progressivamente se reduzindo, instalando-se uma crise de confiança (SCHRAIBER et al., 1996).

Carole et al., (1995) levantaram determinantes da escolha pela APS entre estudantes de Medicina, revelando entre os fatores que desestimulam a procura pela APS, a carência de conhecimento sobre o assunto e as imagens distorcidas da especialização nessa área adquiridas ao longo da graduação e fortemente influenciadas pela cultura da instituição.

Fernandes (1993) destaca que a prática clínica extra-hospitalar na APS tem má reputação entre os médicos, na medida em que esses se veem desguarnecidos de instrumentos teóricos capazes de ajudá-los a dar conta de boa parte da demanda que têm a atender. De maneira geral, o interesse pelo PSF surgiu para os médicos por empatia pessoal com a saúde pública ou para obter um emprego para iniciar sua atuação profissional.

Um aspecto a ser destacado, quanto à atuação do fonoaudiólogo e também aos profissionais que formam a equipe, diz respeito ao desenvolvimento de uma visão generalista, importante conduta a ser seguida no âmbito da saúde coletiva e que é destacada no discurso do sujeito:

*O Fonoaudiólogo do NASF tem que ter uma visão generalista da Fonoaudiologia e promover a Saúde da Comunicação Humana (SCH), passando isso para os profissionais da equipe dos NASF para que eles saibam como solicitar o fono e organizar projetos terapêuticos; conhecer bem como funciona o sistema de saúde, especialmente as atribuições do NASF para que possa capacitar os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e também passar informações sobre a SCH (F11)*

Desse modo, observa-se o desenvolvimento das noções de compartilhamento das ações com as equipes da estratégia, de modo a facilitar o relacionamento entre os seus membros, além do direcionamento de suas responsabilidades em estabelecer o trabalho conjunto e a favorecer o desenvolvimento da noção de saúde coletiva, à medida que, a partir dessas discussões, se acredita surgirem apontamentos quanto às necessidades da população, não somente relacionadas à saúde física, mas ao contexto biopsicossocial dos usuários do sistema, reforçadas no discurso do mesmo sujeito, quando indagado sobre descrever o seu trabalho no NASF:

*Quanto à promoção da saúde, dentro da equipe multiprofissional, são todos os profissionais da área de saúde que têm que passar para a população informações que favoreçam conhecimentos para o cuidado da saúde e qualidade de vida". Vamos saber da necessidade do município que estamos atuando e fazemos palestras (F11).*

A ideia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, de história natural das doenças e da estratégia de integração e não na centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam.

No campo da saúde, o trabalho em equipe emerge em um contexto formado por três vertentes: 1) a noção de integração, que constitui um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária nos anos 60 e dos programas de extensão de cobertura, implantados no Brasil nos anos 70; 2) as mudanças da abordagem de saúde e de doença que transitam entre as concepções da unicausalidade e da multicausalidade; 3) as consequentes alterações nos processos de trabalho com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias (PEDUZZI, 2005, p.273)

Para Peduzzi (2005) o ‘trabalho em equipe’ não tem na sua origem apenas o caráter de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas, também, responder à necessidade de integração das disciplinas e das profissões, entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.

Agora, a centralidade do discurso com relação à promoção da saúde, recai sobre atividades de educação em saúde, tendo a realização de palestras como recurso:

*Eu participo das palestras dos colegas e também atuo junto as ESF nas ações de promoção de acordo com a realidade de cada território (F11).*

Conforme essa passagem discursiva é possível observar o reforço ao desenvolvimento da noção de territorialização, o que na prática dos serviços, se articula com os aspectos da vigilância da saúde, entendida como “modo tecnológico de organização do trabalho” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

*...no NASF a gente tem mais contato é com o coletivo, não só na parte fonoaudiológica mas com todos os profissionais e também com a população, por estar conhecendo a realidade e a história bem como o perfil de cada paciente e da população, vendo realmente o que cada localidade tem de necessidade (F5).*

Um dos pontos fortes à noção de território é o fato de que facilita a interação entre a equipe de saúde, a população e os atores políticos, possibilitando ao profissional dos serviços, compartilharem espaços institucionais como sujeito

fundamental na organização do processo de trabalho em sistemas locais de saúde. Assim, podem-se visar ações em comunidades por meio de práticas de vigilância em saúde, concepção que se fundamenta no debate do princípio de integralidade. Para o Ministério da Saúde, em 2010, essa nova denominação – vigilância em saúde- e o fato do Serviço de Vigilância Sanitária localizar-se formalmente no mesmo nível organizacional da estrutura responsável pela área de assistência à saúde, são indícios do desejo de superação das dicotomias entre preventivo e curativo, e entre individual e coletivo.

Portanto, a implementação da Vigilância em Saúde é um processo complexo que articula o **enfoque populacional** (promoção), com o **enfoque de risco** (proteção) e o **enfoque clínico** (assistência), constituindo-se, de fato, uma forma de pensar e de agir em saúde, ou seja, uma referência para a formulação de propostas e estratégias de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumem configurações específicas, de acordo com a situação de saúde das populações em cada localidade (territórios). (BUSS, 2000)

Quanto ao apoio fornecido pela equipe NASF em nível primário de atenção, aponta-se o fragmento:

*O papel do NASF em si é de dar um apoio à sociedade e ao município, prestando apoio em orientação a nível primário de atenção e mesmo secundário e, às vezes, até terciário, que é justamente o curativo. Como tratamos mais em primário e secundário, o terciário nem tanto. Vamos saber da necessidade do município que estamos atuando e fazemos palestras” (F9).*

Pelo discurso destacado acima, observa-se que o papel do NASF implica em prestar assistência à sociedade e ao município, no entanto, através das ações desenvolvidas em conjunto às equipes de saúde da família, que têm a responsabilidade pelos territórios que compreendem (BRASIL, 2010).

Outro ponto a se observar é que o NASF, em suas diretrizes, prioriza a assistência primária de saúde aos seus usuários e à comunidade, fazendo-se conforme necessidades específicas, e, se preciso for, a assistência nos demais níveis de atenção. Essa dificuldade em compreender o trabalho desenvolvido no NASF é reforçada pela falta de provimento de concursos públicos que levem o candidato aos esforços admissionais de uma seleção, que o estimule a se

especializar, adquirir novos conhecimentos e capacitar-se, aliada às lacunas encontradas na formação do fonoaudiólogo quanto à atuação nos serviços de saúde sob o contexto da saúde coletiva e, conseqüentemente, ao da promoção da saúde humana. O discurso reforça, ainda, a idéia de que as ações de promoção da saúde, muitas vezes idealizadas sob o mesmo conceito de prevenção das doenças, se resumam meramente à realização de palestras.

No que se refere à formação de grupos no desempenho das atividades da equipe, em especial o do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o Ministério da Saúde, prioriza as ações desenvolvidas com enfoque nas discussões e no trabalho conjunto, na realização das práticas educativas, além do desenvolvimento de grupos (BRASIL, 2010).

Alguns fragmentos discursivos apontam essa questão:

*O trabalho preventivo, por exemplo, é feito com gestantes, já que temos muitos grupos de gestantes (F3);*

*Fazemos a parte das escolas, principalmente após o programa de saúde nas escolas e trabalhamos também em creche e escolas estaduais além de estar fazendo a parte da capacitação com os ACS's, palestras em saúde e grupos com hipertensos, gestantes, mulheres, adolescentes etc. Os grupos variam conforme cada município (F5).*

Nota-se que a formação dos grupos, citadas nos discursos dos sujeitos acima, atende a três principais aspectos.

Primeiro, os grupos são focados em conjunto com os outros profissionais da equipe, mesmo que a temática seja, por algumas vezes, específica e, diante disso, os demais profissionais vivenciam esse quadro como prática rotineira do processo de trabalho, o que pode ser considerado um ponto positivo para a integração das ações da equipe e o reforço ao trabalho conjunto.

No segundo aspecto, os grupos são formados tanto para finalidades preventivas quanto curativas no atendimento coletivo, o que para o fonoaudiólogo, em especial, favorece a troca de informações e, assim, as atitudes interdisciplinares;

E ainda num terceiro ponto, quando o próprio fonoaudiólogo é capaz de possuir uma visão generalista do seu trabalho, uma vez que as temáticas possuem também caráter alheio às suas competências, reforçando pontos positivos que

levam a crer no reforço da formação a contemplar a troca de informações interdisciplinares, realidade comprovada ao observar que a maioria dos fonoaudiólogos que referiram interagir com grupos sob temáticas gerais, comuns a outras modalidades profissionais, foram formados recentemente, logo após alterações curriculares através de eventos que ocorreram e impulsionaram a proliferação da visão generalista da doença através da Atuação fonoaudiológica na Saúde Coletiva.

Observa-se que muitos dos sujeitos que proferiram esses discursos, possuem ou estão adquirindo cursos de Especialização em Saúde Coletiva, o que aponta a própria necessidade deles em se aperfeiçoarem para o trabalho no NASF, considerando que grande parte dos sujeitos entrevistados se formaram antes do advento de criação do NASF em 2008, e das reformas curriculares adaptadas ao contexto da saúde coletiva, impulsionadas pela mais expressiva atuação nos serviços da atenção básica e pela realização de Fóruns que discutem a atuação fonoaudiológica nos mesmos.

Sendo assim, nas universidades, após o ano de 2001, mais recentemente, com a aprovação do novo estatuto da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, quando foi implantado o Departamento de Saúde Coletiva (TOMÉ, 2009), o fonoaudiólogo tem sofrido em seu processo de formação, reflexos de sua inserção na rede pública de saúde, a constar distintas necessidades de saúde da população e dos conceitos e referências da saúde coletiva na melhoria da condição de saúde dos indivíduos.

Da mesma forma, o movimento estudantil também se fortaleceu com a Executiva de Estudantes de Fonoaudiologia (ENEFON), inserindo a temática de maneira constante em seus encontros anuais. Por isso, também, a recente criação da especialidade em saúde coletiva na Fonoaudiologia foi alvo de discussões presenciais e virtuais por todo o país e, embora haja diversos pontos que merecem aprofundamento, a iniciativa reflete a necessidade da categoria em definir sua atuação mais efetivamente nesse campo.

Quanto à formação dos grupos, apontada no último fragmento discursivo, Mendes (2009), em seu capítulo sobre Grupos, Instituições e Processos Grupais, discursa sobre o campo grupal na Fonoaudiologia e refere que essa questão só começa a ganhar alguma visibilidade na década de 80, pela ampliação da inserção

do fonoaudiólogo em instituições. Para a autora, inicialmente, a questão do trabalho com grupos restringia-se a terapias, muitas das vezes, em decorrência da angústia dos fonoaudiólogos em diminuir filas de espera, ou seja, em absorver a maior demanda possível do que por qualquer concepção sobre o trabalho com grupos.

Mendes defende a ideia de que, se bem utilizada, a estratégia de grupos para ampliar o atendimento não seria um problema, mas sim nos modos pelos quais os investem enquanto recurso terapêutico, já que sua implementação em serviços de saúde não se restringe a criar grupos. Em reforço, é necessário esclarecer que nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, esse recurso é valorizado junto à realização de palestras e grupos de discussões temáticos, mais em âmbito preventivo do que na realização do procedimento curativo, muito embora o atendimento coletivo e compartilhado esteja, também, entre as missões do NASF, ao constituírem-se como processos de aprendizado coletivo.

Dando curso ao trabalho desenvolvido pelo fonoaudiólogo no NASF, as visitas domiciliares são também relatadas pelos sujeitos entrevistados quando indagados a descrever o que realiza como prática nesse âmbito e, em ordem geral, ao que compete aos mesmos nesses núcleos:

*Atendemos tanto pacientes que têm a disponibilidade de ir até nós, quanto aquele paciente que está acamado, disponibilizando, para estes, o atendimento a domicílio*  
(F1)

As visitas domiciliares, segundo o Ministério da Saúde, são atribuições de todos os profissionais da equipe, e devem ser priorizadas, também, em seus processos de trabalho no NASF (BRASIL, 2010). Essas visitas são recomendadas como procedimento operacional dos núcleos, independentemente do fato de seus usuários se mostrarem incapazes para a locomoção. Para tanto, a assistência em domicílio não é interpretada como promoção da saúde.

Sendo assim, a visita domiciliar serve para fornecer orientações, adaptações e acompanhamentos. Para o Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia (2006), a mesma será realizada em prol de fornecer orientações, em especial, a usuários restritos ao leito ou ao domicílio, que requeiram cuidados quanto à fala, linguagem e alimentação segura, não desconsiderando, porém, a assistência prestada a usuários não acamados ou restritos ao leito. Essa definição é comprovada pelo discurso

abaixo, em que o entrevistado comenta a realização da visita como mecanismo de acompanhamento e orientação, destacando a reabilitação:

*A gente trabalha muito com a visita domiciliar e em hospital também, inclusive com a parte da reabilitação, junto ao fisioterapeuta (F3).*

É possível observar, entre outros aspectos, a tendência reabilitadora na tentativa de suprir a demanda por pressões externas que pressionem esses profissionais a realizarem muito mais o atendimento ambulatorial, mesmo que muitos realcem em seus discursos a conscientização sobre sua não priorização para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, devendo valorizar as ações promocionais da saúde mais tencionadas ao caráter preventivo, fato evidenciado, em discurso, quando o sujeito é indagado sobre o que compreende por promoção da saúde:

*Como eu já falei, a gente trabalha mais com a reabilitação, ou seja, a parte curativa. Então, a promoção da saúde fica um pouco escanteada. Pra eles, é mais fácil dar o remédio pra curar, por que envolve o seu nome, e não prevenir, pois no preventivo eles (gestores) não aparecem. (F3).*

Dessa forma, conclui-se que muitos profissionais assumem o papel de apoiadores de uma maneira inadequada, apesar de se mostrarem conscientes de suas atribuições nos núcleos. No entanto, a considerar exceções em alguns pontos, nos quais referem a real missão do NASF enquanto apoiador e, em contrapartida, são “pressionados” à tendência reabilitadora da profissão. Esses pontos necessitam ser aprofundados para a compreensão do processo de trabalho no NASF e abordados durante a formação, bem como desempenhados pela própria troca de informações entre a gestão, equipe do NASF e de saúde da família, além dos próprios usuários, que desconhecem as competências dos profissionais NASF para o trabalho de apoiadores.

Outro aspecto observado e também facilmente percebido pelos discursos de alguns sujeitos entrevistados é a insegurança quando solicitado a descrever a sua compreensão quanto ao conceito de promoção da saúde, descrevendo-o até mesmo como um programa:

*Eu espero que esteja certo o que eu vou falar, mas a gente procura fazer o trabalho em... e em muitos municípios por aqui que a gente também assiste, atuando nas escolas, nos postos de saúde com essa parte da promoção, de divulgar cada especialidade que contém o NASF e como podemos estar interferindo no dia-a-dia das pessoas, prevenindo futuras doenças (F5);*

*Promoção da saúde é um programa em que o profissional alerta a importância dos cuidados que as pessoas devem ter para uma boa educação na saúde, na verdade, é uma troca de experiências em que tanto os profissionais quanto a população adquirem conhecimentos... (F10).*

O conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 25 anos. Para Buss (2000), a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios (capacitação) que permitam às pessoas realizarem completamente o seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos.

No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de

toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. (BUSS, 2000)

Mediante essas colocações, é notável o posicionamento dos sujeitos, tencionado a uma descrição insatisfatória sobre os domínios da promoção da saúde, pois, além dos aspectos biopsicossociais levados em consideração no trato com os indivíduos, há também que considerar a existência de uma visão ampliada sobre a responsabilidade de um profissional da saúde com o usuário, mas que esta ocorra do usuário para consigo, propósito este contemplado nas propostas de educação permanente em saúde e que descentraliza a figura do profissional de saúde como responsável e principal provedor da condição de saúde dos usuários do sistema.

Dentro das ações de promoção da saúde, as ações preventivas desenvolvidas pelos fonoaudiólogos, identificadas nos discursos proferidos, são as de palestras e grupos, ao passo que, nas atividades curativas, é citado unicamente o atendimento individual, reflexos também da formação profissional inicialmente biomédica do fonoaudiólogo.

Portanto, a partir dessa segunda formação discursiva relacionada ao trabalho desenvolvido pelo fonoaudiólogo no NASF, valendo-se também de suas compreensões acerca da promoção da saúde, **foi observado que, dentre as ações promocionais, é percebida uma maior inclinação às atividades reabilitadoras em prol das atitudes preventivas que, em alguns casos, são adotadas como recurso assistencial único nos municípios.**

Entre os pontos, destacam-se os que o Ministério da Saúde (2010) declara e precisam ser esclarecidos para o bom funcionamento das equipes e do serviço conforme necessidades de apreensão e conhecimento encontradas nos discursos proferidos em relação a essas duas formações discursivas: o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família; vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação; a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo; o

NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado que se pretende pela saúde da família.

**3ª FORMAÇÃO DISCURSIVA:** As dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da prática profissional no NASF

Em uma terceira formação discursiva, é despertada a atenção para os depoimentos dos sujeitos da pesquisa ao serem solicitados a descreverem as dificuldades encontradas para realizar o trabalho fonoaudiológico nos municípios em que atuam.

Primeiramente, a dificuldade que predominou em quase todos os discursos proferidos diz respeito às dificuldades estruturais de funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em aspectos apontados desde as instalações utilizadas pelos profissionais no atendimento aos usuários até a escassez de material para procedimentos durante o contato terapêutico com os mesmos, demonstrados no fragmento abaixo:

*A grande dificuldade que a gente observa, primeiramente, é a questão da parte estrutural. Não se tem, inicialmente, uma preocupação com o espaço físico e isso não só na nossa unidade... Acho que essa é a grande dificuldade, porque você quer reabilitar um paciente, como no caso de suspeita de perda auditiva, e, se na cidade não tiver um centro auditivo ou clínica conveniada ao SUS, aquele paciente vai esperar muito e vai acabar recebendo um tratamento mais demorado... (F1).*

Fica clara nesse fragmento discursivo, a percepção dos sujeitos quanto ao descaso da gestão em relação ao provimento das condições mínimas necessárias para prestar uma assistência de forma mais eficientemente possível aos usuários. Ressalta que, apesar da gestão já ter conhecimento prévio do tipo de NASF a ser implantado no município e os profissionais atuantes no serviço, podem-se almejar os recursos estruturais necessários ao atendimento adequado dos seus usuários, de modo que, mesmo sob esse conhecimento, pouco é feito inicialmente para que o NASF seja bem instalado e possa oferecer à população uma adequada assistência.

Segundo a Portaria nº 154 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, no Art. 4º, § 1º (parágrafo 1), a composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Em face disso, é percebido que o gestor de saúde, ao solicitar a implantação de um NASF, tenha o conhecimento prévio sobre as necessidades de saúde da população do município que gere e, com isso, possa fazer tomadas de decisão baseado na evidente necessidade de contratação dos profissionais de saúde, para, assim, criar condições, entre elas estruturais, que possam garantir à população o acesso integral aos serviços de saúde.

Em outro fragmento de discurso, é também relatada a dificuldade com a questão da estrutura para se trabalhar, tanto no aspecto de instalações quanto aos ligados ao ambiente, o que, por vezes, pode vir a dificultar o trabalho do profissional de saúde na prestação adequada do atendimento aos usuários:

*(...) primeiro, tem a questão do local, onde conseguimos um fixo, uma sede pra trabalhar no NASF, e isso é muito importante. De início, a gente chegava e não tinha sala pra atender, havia dificuldade de horário entre atendimento e palestra, então todo aquele agendamento teve que ser bem articulado pra gente dar conta, pois só dispomos de duas salas. Enquanto um atende na cozinha, outro atende na sala e aí vai, como você pode ver, a nossa localização é central. O problema é que a rua é alagada e cheia de buracos. Em relação à material, temos o básico, que é luva e espátula, os recursos como brinquedos são geralmente a gente que faz. No meu caso, às vezes eu consigo ajuda do Conselho Regional. Muito do que a gente quer fazer, a gente ainda tem que custear. (F9).*

Conforme o Art. 7º da Portaria nº154 que cria os Nucleos de Apoio à Saúde da Família, é da competência das secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que comporão o NASF. No entanto, é visto que, em alguns casos, esta determinação não é cumprida de forma adequada pelos gestores de saúde dos municípios, frente aos relatos obtidos em depoimento por esses profissionais da saúde.

No discurso anterior, proferido pelo sujeito entrevistado, é possível perceber que algumas das atitudes gestoras responsáveis diretamente pelo provimento de recursos necessários ao bem-estar e saúde da população deixam a desejar no que se refere à organização dos aspectos estruturais ligados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em alguns municípios, evidenciados também no seguinte fragmento discursivo:

*As dificuldades são muitas, e começam com os gestores, que não dão uma orientação inicial ao profissional, até porque é difícil até encontrá-los. Eles nem sequer sabem o que significa a sigla NASF, então eu tive que ir atrás, e estudar a Portaria pra ficar a par do que é o NASF e do que eu iria trabalhar (F7);*

Alguns, por sua vez, apontam para as dificuldades de acesso, tanto da equipe SF quanto da equipe NASF, às localidades mais distantes no território, bem como para a dificuldade dos profissionais no transporte até os indivíduos para a realização das visitas domiciliares, já que o acesso em alguns municípios tende a ser dificultado por motivos variados:

*Como eu já havia dito antes, a dificuldade é mais relacionada a algumas localidades de difícil acesso. Uma coisa que eu acho o mal de quase toda cidade de interior é a questão do transporte do pessoal do NASF, que, muitas vezes, não está disponível” (F2);*

*Existe dificuldade de transporte pra fazer uma visita domiciliar, às vezes, eu peço o meu próprio carro e vou lá com o pessoal. O NASF é algo que funciona, mas que tem ainda muitas coisas a serem organizadas e investidas (F4);*

*Outra dificuldade é a do transporte, apesar de termos um carro. Mas na maioria das vezes, ele está ocupado com outros serviços de envio de pacientes aos exames etc. Geralmente, a gente tem que ficar pedindo carona ao PSF, que também é ocupado. Fica até difícil pra gente fazer uma visita. Acontece de o PSF nos requisitar pra uma avaliação e não podermos ir, pela falta de um carro (F7).*

Em alguns fragmentos, é possível perceber, por parte do profissional de saúde, um sentimento de frustração quanto ao trabalho desenvolvido no âmbito do NASF no que diz respeito à relação entre jornada de trabalho e remuneração:

*Dificuldades também que eu enfrentei e que poderia ser um ponto a ser revisto pelo Ministério é a questão do repasse pros profissionais, que são levados a procurar outro vínculo de emprego pra suprir a renda mensal. Nós temos quarenta horas semanais de trabalho aqui e, pra gente, acredito a maioria, a renda é baixa. No nosso caso, são R\$20.000 que entram pra dividir entre equipe, custeio de equipamentos e recursos pro bom funcionamento do núcleo e para oferecer à população uma boa saúde, pelo menos no âmbito da prevenção (F1).*

Para a Portaria de nº154 que institui a criação do NASF em 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde, ao se tratar de um NASF 1, o repasse deverá ser feito no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, como é o tipo de NASF descrito no discurso. Esse valor será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal. Ainda, segunda a portaria, o NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (BRASIL, 2006).

O Art. 4º desta portaria refere que os NASF devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF, considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, quarenta horas semanais, salvo profissionais de fisioterapia, terapeutas ocupacionais e médicos que devem ser adotados pelo Núcleo em número de dois profissionais que cumpram, no mínimo, vinte horas semanais de trabalho (BRASIL, 2006).

No entanto, o que se percebe pelos relatos do entrevistado, é um posicionamento frustratório em relação à jornada de trabalho, as condições em que é realizado e ao repasse oferecido pelo reconhecimento de sua prática, visivelmente inviável ao ritmo de *stress* e sobrecarga relatada por muitos dos sujeitos da pesquisa que, nesse caso, é levado a uma busca por outro tipo de vínculo empregatício que lhe complemente a renda, conduzindo-o a uma rotina profissional muitas vezes apressada e cansativa, o que poderá vir a favorecer um atendimento inadequado às populações dos municípios em que esse profissional se encontra inserido.

Outra dificuldade relatada pelos sujeitos, em sua maioria, diz respeito à sobrecarga de trabalho, pois é grande o número de equipes de SF que têm de prestar apoio. Essa situação causa ao fonoaudiólogo, que geralmente trabalha só, uma demanda desenfreada ao atendimento reabilitador, muitas vezes em prol da assistência preventiva aos usuários, já que esses profissionais são geralmente únicos em todo o território no qual se inserem:

*...Mas é como dizemos: são os “ossos do ofício” e, infelizmente, temos que lidar com isso. A gente só tem um NASF para doze UBSs. Tá dando pra dar conta, quer dizer... eu corro pra dar conta pois sou o único fonoaudiólogo, ao passo que são seis fisioterapeutas, então, pra eles, é mais fácil e a divisão é bacana. Fora isso, o trabalho é tranquilo no município (F2);*

*Em primeiro lugar vem a falta de mais profissionais, porque não tem como a gente abraçar tudo. É o fato de só ter um fonoaudiólogo no NASF pra esse trabalho todo e porque não o tem também num PSF ou numa policlínica. Então como realizar um bom trabalho de divulgação e de promoção, se tem que realizar o atendimento ao mesmo tempo, já que sou só? (F4);*

Nos termos da Portaria nº 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses Nasf deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de vinte equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco; o NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a, no mínimo, três equipes de SF (BRASIL, 2006).

No entanto, é visível a dificuldade encontrada pelo fonoaudiólogo na prestação de seu serviço nesse âmbito. Percebe-se que muitos profissionais se consideram vitimados pela sobrecarga de trabalho em seus núcleos, o que contribui, de certa forma, para a estafa e o cansaço, podendo repercutir na

condução de suas ações, forçando os mesmos a realizarem mais o atendimento ambulatorial do que as ações preventivas e de educação permanente em saúde. Em algumas passagens, percebe-se também que o tempo dedicado a realizarem somente os atendimentos poderia ser mais bem distribuído para as ações de cunho preventivo e de orientação à comunidade e às equipes de SF.

Outro aspecto percebido é a dificuldade de interação entre os profissionais da equipe NASF e os profissionais das equipes de Saúde da Família, no que diz respeito à condução das suas ações e ao processo de trabalho conjunto:

*Já temos mais de dois anos de implantação, e só conseguimos nos relacionar bem com quatro, das onze equipes aqui existentes. Elas não nos solicitam, fazem de conta que o NASF nem existe” (F8).*

Sobre isso, deve-se lembrar de que a busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser um processo em construção, sendo a relação entre a equipe de SF e NASF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos (BRASIL, 2010).

Para o Ministério da Saúde, do ponto de vista das responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais do NASF, algumas considerações devem ser feitas, como as metas a serem estipuladas para os profissionais do NASF, que 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.

Diante disso, é reforçado o papel de apoiador da equipe NASF para com as equipes de SF. A sua aproximação mútua deve ser realizada na tentativa de fornecer à população uma assistência integral, onde essas duas vertentes, NASF e SF, possam se aproximar e se relacionar da melhor maneira e que, tanto a equipe NASF quanto a equipe SF possam gerir o cuidado com as pessoas, de forma longitudinal e corresponsabilizada.

Para isso, o trabalho de orientação da equipe NASF nas equipes de SF deve ser, entre outros motivos, o de esclarecer o seu trabalho de apoiador em relação à condução das ações e dos serviços e no planejamento de suas atividades para promover à população o acesso e segurança necessários no que diz respeito à sua saúde. É preciso ter em mente que a responsabilidade sob o território é da SF, mas que a assistência integral aos usuários é fruto da união e cumplicidade dos profissionais que promovam a saúde do indivíduo, independentemente se este for o NASF ou as equipes de SF.

Uma dificuldade apontada pelo profissional, em discurso, se refere ao relacionamento com os Agentes Comunitários de Saúde, onde referem uma restrita cooperação dos mesmos ao trabalho do fonoaudiólogo:

*Outra dificuldade grande é a resistência dos agentes de saúde, apesar de já termos nos reunido com eles para esclarecer nosso serviço... eles parecem não nos dar muito crédito e resistem a trazer o paciente pra gente, apesar de já ter sido feito até capacitação com eles. Muitas vezes a gente chega numa unidade no dia de atender e eles dizem que não tem paciente pra você atender, o que é um absurdo, porque num município como... onde o índice de acometimentos por AVC é altíssimo, não ter ninguém precisando é muito frustrante (F9).*

O posicionamento do fonoaudiólogo requer articulação de saberes junto ao ACS, uma vez que esse agente possui maior conhecimento da população e assumem-se, de certa forma, como instrumento de aproximação entre população e equipe à medida que possibilita aos mesmos o acesso às informações de saúde e aos serviços oferecidos pela equipe.

A argumentação percebida no discurso do sujeito acima gira em torno do seu sentimento de impotência perante o relacionamento com o ACS, já que relata a resistência dele ao encaminhar indivíduos para o serviço apesar de já se ter investido na orientação e na capacitação dos mesmos em relação ao trabalho do fonoaudiólogo no NASF e a importância da categoria na rede de serviços. O discurso, desse modo, é o efeito de sentidos que o sujeito fornece ao construir o seu posicionamento ideológico acerca do papel do ACS para com a propagação de suas funções.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante das equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), possui uma situação singular, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Por ter maior proximidade com o usuário e por habitar o mesmo bairro, adentrando freqüentemente o seu domicílio, é importante que se estabeleçam relações no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, garantindo a privacidade daqueles com quem o ACS se relaciona na comunidade, além de reforçar o seu papel de facilitador no acesso às informações em saúde.

Segundo documentos do Ministério da Saúde de, inclui-se entre o elenco de ações propostas ao Agente Comunitário de Saúde estimular continuamente a organização comunitária; participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população; fortalecer elos entre a comunidade e os serviços de saúde; informar os demais membros da equipe de saúde da disponibilidade e necessidades, além da dinâmica social da comunidade e orientar a comunidade para utilização adequada dos serviços de saúde (BRASIL, 1994).

Dessa forma, constata-se que uma das funções dos Agentes Comunitários de Saúde é a de promover uma aproximação entre a população e o acesso aos serviços oferecidos pela equipe de profissionais de Saúde da Família que, por sua vez, devem estar conectados às atribuições dos profissionais NASF para que possam ser realizados encaminhamentos à mesma, a fim de estabelecer uma relação vincular em que ambos, SF e NASF, possam atuar conforme o princípio de corresponsabilidade na gestão do cuidado aos usuários do sistema.

Uma dificuldade relatada em discurso, evidenciada na relação deficitária da prática do fonoaudiólogo no NASF, refere-se ao fato de a população esperar dos profissionais de saúde apenas o tratamento, a solução direta para os seus problemas, desconsiderando, às vezes completamente, os meios de se evitar o surgimento da doença, intuito evidente no discurso, onde o sujeito entrevistado afirma que apesar de já terem sido feitas orientações junto à população em nível preventivo e de explicar a importância deste procedimento, a população persiste na busca pelos fins e não pelos meios:

*Eles (usuários) não gostam muito disso! É questão mesmo de cultura. Eles simplesmente só querem o atendimento. Antes daqui, eu trabalhava no hospital, e só fazia o atendimento de terapia, a reabilitação. Aí, eles ficaram acostumados comigo fazendo só a reabilitação e só visam isso (F7);*

*Quanto à população, eles não participam de grupos, exceto os idosos. Desde cedo as pessoas aqui começam a trabalhar e ganham por produção, então, eles preferem garantir mais um dinheirinho no final do mês, do que participar de uma reunião de grupo, mesmo que estas sejam apenas uma vez por mês (F8).*

Um aspecto importante para o qual se deve despertar a atenção é para a importância do relacionamento entre gestores, profissional NASF e equipe SF, o que o torna aspecto-chave no processo de trabalho dos profissionais, sendo a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e equipe de SF definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (BRASIL, 2010):

*Só tivemos uma apresentação da Secretaria Estadual sobre a atuação dos NASF e não tivemos muita capacitação na área (F11);*

*Em muitos casos, a maior dificuldade encontrada consiste na falta de apoio da família para aderir às orientações da equipe de saúde, além da demora dos gestores para atender algumas solicitações dos profissionais da saúde. (F12)*

Nessa relação entre gestor, equipe de SF e NASF, deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação, conforme adverte o Ministério da Saúde:

*Essa é uma tarefa importante dos gestores, que para o Ministério da Saúde devem estar atentos à explicitar e negociar as atividades e os objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de SF e o trabalho em conjunto com elas; e identificar as possíveis responsabilidades parcerias, além de construir e acompanhar as atividades, mediante indicadores de impacto (BRASIL, 2010, p.24).*

Dessa forma, a busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser um processo em construção. Em tal contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar também a resolutividade, a qualidade do cuidado e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos, os quais também não eximem a gestão do papel de responsabilidade conjunta e articulação de poderes e saber realizado sob a finalidade de se promover o bem à coletividade.

Grande parte das dificuldades apontadas nessa terceira formação discursiva diz respeito ao relacionamento deficitário entre formação profissional e prática desempenhada no âmbito da Saúde Coletiva, citadas por todos os sujeitos da pesquisa quando convidados a discutir sobre a relação entre formação e prática profissional desenvolvida no âmbito do NASF:

*Durante a minha formação universitária não vi quase nada de Saúde Coletiva, e até do próprio NASF, pois ele ainda não existia.. Hoje, eu percebo que deveríamos ter tido mais estágios, pois ainda sinto um pouco de dificuldade quando vou a campo, porque a gente está acostumado com aquela coisa da clínica. (F2);*

*O que a gente trabalha é realmente visto na universidade, mas não na parte de saúde pública, por que isso a gente pouco aprende lá. Então a gente vai buscar na prática o que pouco se viu na teoria (F3);*

A aproximação da Fonoaudiologia com o campo da Saúde Coletiva se mostra um processo discreto se levarmos em consideração o contexto intrincado da rede de saúde e das políticas públicas no país. A inserção da fonoaudiologia nos serviços públicos de saúde acontece apenas em 1989, quando surgiram cargos e concursos em algumas prefeituras e estados (BEFI, 1997).

No início da década de noventa, a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo passou a ser alvo de fortes discussões, que buscavam atender às grandes mudanças sociais, aos avanços desta ciência e às tentativas de suprir as necessidades apresentadas pela política nacional de saúde vigente.

As diretrizes curriculares propõem diversificação de cenários de aprendizagem e ampliação dos tempos de prática e aproximação ao sistema de saúde, mas ainda são genéricas demais em relação à orientação do perfil ético, humanístico, científico e tecnológico dos profissionais à multiprofissionalidade, em

especial ao caráter interdisciplinar. Reconhecer a necessidade da transformação, trilhar novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicos, solidamente instalados dentro e fora das instituições formadoras.

Algumas experiências de mudança na formação de profissionais de saúde revelam que o mais potente eixo integrador dos processos educativos inclui as práticas organizadas a partir das necessidades de saúde da população (FEUERWERKER, 2003).

Como proposição de governo, uma política de mudança na formação deve possibilitar o fortalecimento da articulação entre a universidade e os serviços/sistema de saúde de modo a ampliar as chances de indução de novos compromissos de cooperação entre universidade e SUS, desde a base locorregional de inserção da instituição formadora, dos órgãos de gestão do SUS e de sua rede de atenção (FEUERWERKER, 2003).

Esse processo de aproximação e construção de compromissos, sem dúvida, favorece a ampliação da responsabilidade pública e da relevância social da universidade, na medida em que traz para o cenário da educação o conjunto das referências centrais da reforma sanitária brasileira ou das diretrizes do SUS: descentralização da gestão, integralidade da atenção e fortalecimento do controle da sociedade sobre as ações, serviços e sistema de saúde.

Dentre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF está a formação dos profissionais que pouco atende às necessidades do SUS, especialmente no que tange à Atenção Básica. O distanciamento dos serviços na formulação das propostas pedagógicas para formação inicial, assim como a iniciativa crescente de educação a distância na pós-graduação, não contempla questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e o próprio trabalho em equipe, indispensáveis para a proposta de trabalho do NASF (FEUERWERKER, 2003).

Embora as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia tenham sido aprovadas pelo CNE em 2002, por meio da Resolução CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002, que buscava, entre outras razões, ampliar essa visão além-clínica da profissão, esse caráter é ainda predominante na formação desses profissionais, apesar dessa atitude já indicar

uma necessidade da categoria em articular a formação profissional com os princípios e diretrizes do SUS.

Foi observado durante a pesquisa, destacadamente, durante o processo de coleta das informações, que grande parte dos fonoaudiólogos entrevistados formaram-se em uma mesma Instituição de Ensino Superior (IES), em que, até meados de 2005, adotava-se uma estrutura curricular voltada às disciplinas de cunho orgânico das doenças e dos problemas de saúde, baseadas em processos de tratamento das então doenças advindas destes.

Observou-se que, na estrutura curricular desta instituição, constavam disciplinas relacionadas à atuação do fonoaudiólogo nas áreas que a profissão compreende. No entanto, foi pouco observado a existência de disciplinas voltadas ao contato desse profissional com o coletivo e também com a atuação no âmbito dos serviços públicos de saúde. Percebeu-se que a estrutura curricular pouco preparava o fonoaudiólogo para as atividades direcionadas aos grandes contingentes populacionais, conduzindo esse profissional, em sua maioria, ao trato clínico individualizado dos indivíduos, como é observado nos atendimentos realizados em consultórios particulares.

A formação do fonoaudiólogo, dessa maneira, distanciava-se da real concepção de promoção da saúde, voltada à visão de indivíduo em seu pleno contexto biopsicossocial e à relação de seus problemas e necessidades de saúde aos diversos aspectos da Saúde Coletiva, bem como à uma precisa compreensão acerca do processo saúde-doença.

Poucas disciplinas se destinavam ao contato direto e mesmo indireto com as questões da saúde pública/coletiva, o que favorece a visão clínico-reabilitadora da profissão e, conseqüentemente, dos seus profissionais quando solicitados a descreverem suas percepções em torno da relação entre a formação recebida e a prática desempenhada, especialmente no que se refere ao meio em que estão inseridos, ou seja, no nível de atenção básica, como ao que se situa os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse quadro situacional a que o fonoaudiólogo se submete é identificado nas linhas dos fragmentos dos discursos seguintes:

*A formação me deu um suporte grande. Nela, vemos mais a realidade clínica e o atendimento ambulatorial, então quando eu cheguei ao serviço público, não havia nem material pra se trabalhar (F6);*

*Existe uma boa relação no que diz respeito aos conhecimentos teóricos, mas quanto à prática e ao trabalho preventivo de promoção da saúde, deixa muito a desejar. Pude observar que a universidade privada não prepara o profissional para o serviço público (F3).*

Dessa forma, no ano de 2008, observada essa conduta desde 2006, pôde-se observar que nas estruturas curriculares desta mesma IES já incluíam estágio supervisionado em serviços públicos de saúde, fator contribuinte para a visão ampliada do fonoaudiólogo formado a partir deste ano, e que foram minoria entre os entrevistados da pesquisa, fator observado nos fragmentos:

*A parte teórica sobre SUS, epidemiologia etc eu vi muito pouco durante a graduação. Na prática, tivemos dois semestres. Nesse período conhecemos um pouco mais sobre nossa atuação no serviço público e participamos de muitas atividades nas comunidades onde realizávamos campanhas, procurávamos fazer visitas e fazíamos a divulgação da clínica-escola (NASF 9);*

*Na formação universitária a gente não vê tanto isso, né? Tanto que estou tendo que fazer especialização em Saúde Coletiva. Mas eu tive uma experiência durante a graduação em 2006 na Saúde Pública indo em um PSF. Então, assim, deu para ter noção, apesar de que falta ainda essa interação por conta da universidade, então a gente não sabia bem como isso funcionava (NASF 10).*

Atualmente, o curso de Fonoaudiologia na Paraíba conta com disciplinas em Saúde Coletiva, Saúde Coletiva aplicada à Fonoaudiologia, estágio supervisionado em saúde coletiva, entre outras disciplinas indispensáveis a uma adequada formação profissional direcionada a esse campo, adequações estas, submetidas ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Federal da Paraíba, que aprovou o projeto político-pedagógico do curso de Fonoaudiologia da instituição em reunião realizada em 28 de abril do ano de 2009, sob o propósito de expandir e promover a capacitação de profissionais de Fonoaudiologia para atuarem nos campos de trabalho emergentes na área, como o que ocorre com a inserção recente do fonoaudiólogo na Saúde Coletiva.

Esses avanços em relação à formação profissional apresentam-se como indicadores de esforços e interesse da categoria em promover o bem coletivo,

destinado a uma população de forma eficaz, e direcionada através de condutas, nas quais o profissional da saúde, independentemente de sua profissão, deva ter para com a população, contribuindo para melhoras nos indicadores de saúde, na qualidade de vida e na saúde fonoaudiológica, despertando o indivíduo, enquanto sujeito comunicante, à livre expressão do ser e do fazer.

Sabe-se que a evolução educativa da formação e das práticas em saúde é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Portanto, a promoção de atitudes baseadas na Educação Permanente em Saúde aliado ao diálogo e à aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços.

Em relação a essa terceira formação discursiva, foi possível observar que, se houvesse um posicionamento claro entre os papéis dos gestores, dos profissionais da saúde e comunidade, poucas dificuldades seriam relatadas, uma vez que um teria plena consciência dos deveres do outro enquanto agente provedor da saúde dos indivíduos.

Percebe-se, assim, que muitas das dificuldades relatadas nessa formação estão relacionadas a uma dificuldade ou carência na promoção de ações educativas em saúde que propiciem a interação entre os sujeitos, assim como um trabalho talvez pouco divulgado que priorize o reconhecimento das ações e dos papéis dos profissionais da Saúde da Família, da equipe NASF, gestão e comunidade.

Quanto ao aspecto da gestão, Ferla et al., (2003) mencionam que, para que a gestão em saúde alcance seus objetivos, torna imprescindível que conduza propostas e fomenta **arranjos descentralizados resolutivos e solidários que permita a participação da população nos processos decisórios, desde o sistema local de saúde.** Para os autores, o principal núcleo de desafios postos à gestão, é relativo à capacidade de implementar **práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes.**

Para a efetivação do SUS, é essencial que haja uma ruptura com modelos gerenciais hegemônicos presentes no setor saúde e que os modelos de

gestão possam construir caminhos onde trabalhadores de saúde, usuários, instituições formadoras e os próprios integrantes da gestão tornem-se sujeitos, de fato, ativos na luta pelo SUS e por um sistema de saúde baseados, à risca, sobre os princípios e diretrizes propostas pelo SUS.

A Atenção Primária à Saúde é um conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, sendo algo complexo que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade. Para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, recomenda-se a utilização de saberes variados para que a APS possa ser eficaz e resolutiva e, estes saberes, tanto específicos quanto de outros campos do conhecimento, devem compreender um exercício permanente de responsabilidade social, em que tanto os profissionais da saúde quanto os gestores se comprometam com os princípios de compromisso da cidadania plena.



**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O Fonoaudiólogo é essencial integrante na equipe do NASF, já que tem importante atuação nas ações de promoção, prevenção e reabilitação dos diversos aspectos relacionados à comunicação humana. Para se trabalhar no NASF é necessário que esse profissional tenha um conhecimento técnico em todas as áreas da Fonoaudiologia, atuando como um **generalista**. Além do conhecimento técnico, é necessário ser um profissional pró-ativo, dinâmico, que saiba atuar em equipe e com grupos populacionais. É preciso também ser um conhecedor de políticas de saúde e, no Brasil, atuar sob as diretrizes e princípios do SUS.

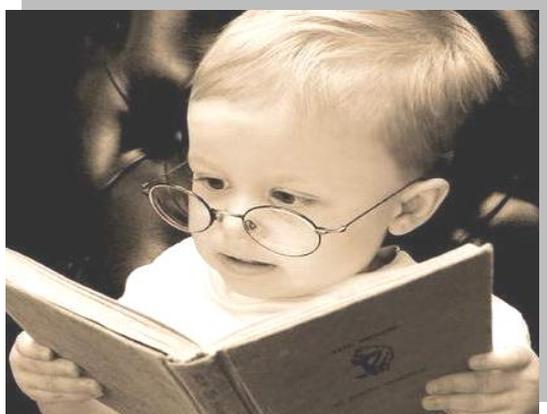
Nesse contexto, o trabalho no NASF solicita que a formação em saúde (graduação) e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, prestar assistência e desenvolver ações educativas, estimulando o autocuidado e emancipação. Além do mais, essas competências incluem a responsabilidade com o empoderamento da população, em uma constante luta da saúde como direito de cidadania.

Respondendo aos objetivos inicialmente propostos é possível perceber, a partir das formações discursivas, que os fonoaudiólogos apresentam dificuldades em conceituar o NASF e a Saúde Coletiva, fato que pode implicar em um processo de trabalho distanciado da concepção de promoção da saúde. Percebe-se que os sujeitos se posicionam de modo a informar que, embora o trabalho das equipes do NASF deva estar voltado à promoção da saúde, a sua prática ainda é centrada no cuidado individual e curativo, o que reforça sua característica reabilitadora dada pela predominância do atendimento ambulatorial. Os fragmentos discursivos revelam que o processo de trabalho do fonoaudiólogo é impactado por dificuldades na estrutura física, transporte e recursos materiais e pela interação entre as equipes da ESF e as equipes do NASF, além de uma sobrecarga de atividades evidenciadas em sua rotina profissional e de uma incompreensão, por parte dos gestores, sobre o trabalho dos fonoaudiólogos.

Como parte da Saúde Coletiva, as formações discursivas indicam que a prática desses profissionais precisa ser repensada face à importância de rupturas

que fortaleçam o modelo da promoção da saúde, de modo a estender as ações desses profissionais para além do cuidado individual, curativo e reabilitador.

Espera-se que as dificuldades apontadas no presente estudo, em relação à prática do fonoaudiólogo no NASF, sejam superadas de forma resolutiva entre gestores, equipe NASF e equipe ESF para que a saúde seja promovida a todos indistintamente. Encontra-se no planejamento das ações conjuntas e na Educação Permanente em Saúde, importante instrumento para alcançar esse fim. A relevância social da pesquisa necessita ser compreendida pela comunidade profissional e acadêmica como valiosa contribuição à categoria enquanto parcela responsável pelas coletividades e às suas necessidades de saúde. Sua contribuição deverá relacionar-se às competências para o trabalho do fonoaudiólogo na rede de serviços da atenção básica no país e, em particular, aos municípios paraibanos que integra o fonoaudiólogo em seus Núcleos de Apoio à Saúde da Família.



**REFERÊNCIAS**

---

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, L.C.H.C. **Promoção da saúde e cidades\municípios saudáveis**: propostas da articulação entre saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ANDRADE, C.R. F. História natural da gagueira: vocabulário, fonologia e pragmática. **Rev Pró-fono de Atualização Científica**. v.14, n.3, p. 371-382, 2002

ANDRADE, C. R. F. **Fonoaudiologia preventiva**. São Paulo: Lovise, 1996;

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

BEVILACQUA M.C; MORRETIN M; MORET M. Conferências Nacionais: “Políticas Públicas, Serviços e Sistemas em Saúde Auditiva”. In: **III Seminário Científico USP /FOB**, Bauru, 2009

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2006<sup>a</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de Outubro 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.3073/GM de 28 de setembro de 2004. Instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da república Federativa do Brasil**, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>. Acesso em 26 de Out. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, 2010

BOSI, M.L.M; PAIM, J.S. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. **Cad Saude Publica**. v.25, n.2, p. 236-237, 2009

BREILH J. La salud enfermedad como hecho social: um nuevo enfoque. In: BREILH J et al. **Deterioro de la vida**. Quito: Editora Nacional, 1990.

BYDLOWSKI C.R. et al.. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não. **Rev Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p. 14-24, 2004.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc e Saúde Coletiva**. v. 5; n.1, p.163-1777, 2000.

BUSS, P. M.. **Saúde, Sociedade e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAIADO, E.C. A importância da comunicação. **Brasil Escola**, 2009. Disponível em: [www.brasilecola.com/fonoaudiologia/](http://www.brasilecola.com/fonoaudiologia/). Acesso em: 21 de Agosto de 2011.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor e o método Paidéia**: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. [Tese de livre-docência]. São Paulo:, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), 2002.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes práticas. **Ciênc e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CAROLE, J.B. et al. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. **Acad Méd**. v.70, n.7, p.620-641, 1995

CAVALHEIRO, M.T.P. Fonoaudiologia e saúde da família. **Rev CEFAC**. v.11, n. 2, p. 4-5, 2009

CARVALHO, G. **Sistema de saúde no Brasil**: participação dos profissionais de saúde. São Paulo: Casa do fonoaudiólogo, 2006

CARVALHO, S.R. **Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil.** [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1998

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**, 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT-20-07.pdf>>. Acesso em: 14 de Set. de 2010

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Legislação do SUS**, 2003. Disponível em: [http://www.conass.org.br/?id\\_area=48](http://www.conass.org.br/?id_area=48). Acesso em: 24 de Junho de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **Número de fonoaudiólogos no Brasil por região**, 2009. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br//servlet/ConsultaNoticia?acao=V&notId=52>> Acesso em: 02 de Jul. de 2009;

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. (CRFa). A Fonoaudiologia inserida no novo conceito de saúde. **Rev de Fonoaudiologia -2ª região**, v. 45, p. 12-14, 2002

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRFa). **História da Fonoaudiologia**, 2008. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo>. Acesso em 30 de Set. de 2010

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRFa/SP). II Mostra de Fonoaudiologia na Atenção Básica. **Rev do Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia**, 2011; Disponível em: [www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/comunicar48.pdf](http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/comunicar48.pdf). Acesso em: 21 de Agosto de 2011

COREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Ver Texto Contexto Enfermagem**. v. 15, n.4, p. 679-684, 2006

CUTOLO, L.R.A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC.** [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação, CED\UFSC, 2001.

DA ROS, M.A. **Estilos de pensamento em Saúde Pública**: um estudo da produção da FSP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994 a partir da epistemologia de Ludwick Fleck. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, CCE-UFSC, 2000

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GONÇALVES, C.G.O. et al. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. **Rev Saúde em revista**. v.7, n.15, p.45-51, 2005

FERLA A.A. et al. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO R; MATTOS R.A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

FERREIRA L.P. et al. Fonoaudiólogos Doutores no Brasil: perfil da formação no período de 1976 a 2008. **Rev Pró-Fono de Atualização Científica**. v. 22, p. 15-16, 2010

FERNANDES, J.C.L. A quem interessa a relação médico-paciente? **Cad. de Saúde Pública**. v.9, n.1, p.21-27, 1993

FEUERWERKER, L.C.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Rev Olho Mágico**. n.10, p. 21-26, 2003

FIGUEIREDO, N.L.E. **O início da prática fonoaudiológica na Cidade de São Paulo**: seus determinantes históricos e sociais. [Dissertação]. São Paulo: Pontífice Universidade Católica de São Paulo, 1998.

LACERDA, B. F; CABRAL, I. P. **Tempo de Fonoaudiologia**. São Paulo: Editora Universitária, 1997

GURGUEIRA, A.L. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde. In: FERNANDES, F.D.M. et al. **Tratado de fonoaudiologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

LEMOS, M; BAZZO, L.M.F. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. **Ciênc e Saúde Coletiva**. v.15, 2010

LESSA, F. Formação adequada é essencial para inserção em saúde pública. **Rev da fonoaudiologia, 2º região**. São Paulo. n.60, 2005.

LEWIS, D.R. **A prática do fonoaudiólogo em serviços de atenção primária à saúde em São Paulo**: um estudo de representações sociais. [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1996

MAANEN, J.V. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface In: **Administrative Science Quaterly**. v.24, n.4, p. 539-550, 1979a.

MÂNGIA, E.F; LANCMAN, S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v.19, n.2, 2008

MARCONDES, W.B.A. A convergência de referências na promoção da saúde. **Rev Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p.5-13, 2004

MARCONI. **Paraíba hoje**: notícias da Paraíba, 2010. Disponível em: blogmarconi@ig.com.br. Acesso em: 28 de Julho de 2011;

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. de Saúde Pública**. v.20, n5, Set-Out, 2004

MEIRA, I. **Breve relato da história da fonoaudiologia no Brasil**. São Paulo: Lovise, 1997

MENDES, V.L.F. Inserção da Fonoaudiologia no NASF [*em Editorial*]. **Rev da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo. v.14, n.1, 2008

MENDES, V.L.F. Fonoaudiologia, Atenção Básica e Saúde da Família. In: Fernandes F.D.M. et al. **Tratado de fonoaudiologia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Rev Saúde e Sociedade**. v.3, n.2, p. 5-21,1994

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: Campos GWS. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2009

OKIDA, Y; VIEIRA, R.M. Os cursos de Fonoaudiologia no Brasil. In: VIEIRA et al. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, 2000. Disponível em: [www.usp.br/teses/disponiveis/25/25141/tde.../TatianeJorge.pdf](http://www.usp.br/teses/disponiveis/25/25141/tde.../TatianeJorge.pdf). Acesso em: 21 de Agosto de 2011.

OLIVEIRA, D.P.R, **Sistemas, organização e métodos**: uma abordagem gerencial. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ONOCKO R. **Planejamento e razão instrumental**: análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.16, n.3, p.723-731, jul-set, 2000

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 8 ed, São Paulo: Pontes, 2009

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

PAIM, J.S. **Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI**. Bahia: UDFBA, 2006

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento, 1983. Trad. Eni Pulcinelli Orlandi. São Paulo: Pontes,1997.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe: gênese do conceito**. Dicionário da educação profissional em saúde, 2005

PENTEADO, R.Z; SERVILHA, E.A.M. **Fonoaudiologia em Saúde Pública Coletiva**: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde, 2004. Disponível em: [www.fonoaudio.com.br/artigos/artfono2.pdf](http://www.fonoaudio.com.br/artigos/artfono2.pdf). Acesso em: 18 de Julho de 2011.

PINHO, L.B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa:** na atenção à saúde. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

REZENDE, M. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc e Saúde Coletiva.** v.14, n.1, p. 1403-1410, 2009

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009

ROCHA, D; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na reconstrução de uma trajetória, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/alea/v7n2/a10v7n2.pdf). Acesso em: 29 de Julho de 2011.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R; NEMES, M.I.B. **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SISTEMA DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA. **A fonoaudiologia no nasf,** 2006. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br>. Acesso em: 28 de Fev. de 2011.

SOTO, R. O. "Promoción de salud", 1997. In: SOTO, R. O; ROJAS, I. C. e SELVA, M. C. "**Promoción de Salud compilaciones**". Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. Cuba, pp. 11-21.

SOUZA, L.B.R. **Fonoaudiologia Fundamental.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Ann. Review of Public Health.** n. 11, p. 39-51, 1990

TOMÉ, M.C. **Dialogando com o coletivo:** dimensões da saúde em Fonoaudiologia. São Paulo: Santos Editora, 2009

TRIGUEIRO, V.S.J. **Controle da Tuberculose e os desafios da gestão na atenção básica de municípios prioritários da Paraíba.** [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

TURATO, E.R. **Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2 ed. São Paulo: Vozes, 2003.

WERTZNER, H.F. Ambulatórios de fonoaudiologia em unidade básicas de saúde. In: BEFI, D. **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde.** São Paulo: Lovise, 1997.



**APÊNDICE**

---

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

\*Dados de identificação:

Iniciais do nome completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão e especialidade: \_\_\_\_\_

Nº de registro do Conselho profissional: \_\_\_\_\_

Unidade atuante: \_\_\_\_\_

\*Questão de corte:

- 
1. FALE SOBRE O TRABALHO DO FONÁUDIÓLOGO NO NASF:
  2. O QUE VOCÊ COMPREENDE POR SAÚDE COLETIVA:
  3. FALE O QUE VOCÊ COMPREENDE POR PROMOÇÃO DA SAÚDE
  4. FALE PARA MIM: O QUE É O NASF?
  5. DESCREVA O TRABALHO QUE VOCÊ REALIZA NO NASF
  6. EM SUA OPINIÃO, COMO VOCÊ PERCEBE A RELAÇÃO ENTRE A SUA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA E O TRABALHO QUE VOCÊ DESENVOLVE NO NASF?
  7. FALE SOBRE AS DIFICULDADES QUE VC ENFRENTA PARA REALIZAR O TRABALHO NO NASF
-

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Na qualidade de aluna do Mestrado em Enfermagem, campo de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, realizo um estudo com o objetivo de analisar a atuação do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Paraíba, considerando aspectos ligados à prática profissional neste âmbito, bem como a compreensão do fonoaudiólogo sobre a promoção da saúde, percepções sobre o NASF e a Saúde Coletiva, formação profissional e dificuldades relacionadas à prática de sua profissão.

Esse trabalho servirá de contribuição à oferta de bases sólidas necessárias para a compreensão do desenvolvimento da Fonoaudiologia no Estado, à medida que abarcará as contribuições sociais da profissão no âmbito das ciências da saúde.

Nessa pesquisa, o depoimento fornecido pelo colaborador será gravado, copiado e organizado para a elaboração fidedigna das respostas às questões levantadas pela pesquisadora durante as entrevistas e que servirão de eixo norteador para o desenvolvimento do estudo.

Informo que o estudo não oferece riscos previsíveis para sua saúde e que a sua participação será voluntária e sigilosa, não sendo jamais prejudicado, caso opte por não participar da pesquisa. Será, também, garantido ao colaborador da mesma o direito de desistir da sua participação, sem que esta decisão o prejudique.

Esperando contar com o seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

### **Contatos com a mestrandia, autora da pesquisa:**

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contatar a pesquisadora Lívia Sales da Costa – Telefone: (83) 32458709; 88034873; Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cidade Universitária, 58059900 – João Pessoa, PB, Brasil; e-mail: [liviafonoaudiologa@hotmail.com](mailto:liviafonoaudiologa@hotmail.com)

Atenciosamente,

A pesquisadora.

---

Aceito participar da pesquisa nos termos supracitados.

Colaborador

---



**ANEXO**

---



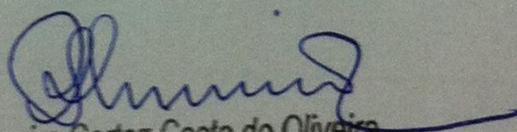
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS - CEP**

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/03/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NA PARAÍBA: tecendo os fios entre Fonoaudiologia e Saúde Coletiva.** Protocolo CEP/HULW nº. 084/2011, Folha de Rosto nº 410391, da pesquisadora LÍVIA SALES DA COSTA.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 05 de abril de 2011.

  
Laponira Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CEP/HULW

**Profª Drª Laponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW