

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**GIALILE DE SÁ LÚCIO**

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BELO HORIZONTE  
2014**

GIALILE DE SÁ LÚCIO

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Geralda Fortina dos Santos

BELO HORIZONTE  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

LÚCIO, GIALILE DE SÁ

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE APOIO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA [manuscrito] / GIALILE DE SÁ  
LÚCIO. - 2014.

44 f.

Orientador: Geralda Fortina dos Santos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em  
Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade  
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do  
título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais  
de Saúde..

1.Fonoaudiologia. 2.Educação em Saúde. 3.Saúde da Família.  
4.Atenção Primária à Saúde,. I.Santos, Geralda Fortina dos .  
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.  
III.Título.

Gialile de Sá Lúcio

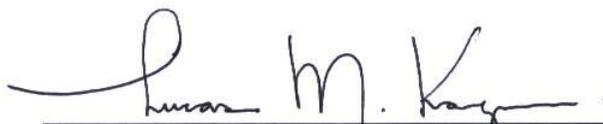
## ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Geralda Fortina dos Santos (Orientadora)



Prof. Me. Lucas Miranda Kangussu

Data de aprovação: 15/02/2014

Dedico este trabalho a todos aqueles que sempre estão ao meu lado no dia-a-dia e torcem pelo meu crescimento profissional e pessoal.

Aos meus pais por sempre me apoiarem e à minha irmã Giovanna que mesmo longe continua sendo meu maior exemplo.

Ao meu noivo pela compreensão, amor e por toda a ajuda.

À minha orientadora e tutora presencial Geralda, que me auxiliou e guiou nesse processo juntamente com a tutora a distância Marcela, que me ensinaram uma nova forma de aprender e que a construção do conhecimento é um processo contínuo e prazeroso.

As queridas amigas e companheiras do CEFPEPS que apesar do pouco tempo que passamos juntas, construimos uma história linda de parceria, carinho e amizade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido uma oportunidade tão valiosa de aprender e aprimorar meus conhecimentos em duas áreas igualmente interessantes e complementares: educação e saúde.

Agradeço à minha família, meus pais e minha irmã Giovanna, e ao meu noivo Leandro pelo apoio e incentivo em todos os momentos. Aos tutores e colegas do CEFPEPS por tornarem a nossa caminhada alegre e prazerosa.

Agradeço também a minha orientadora Geralda por me dar a oportunidade de compartilhar e construir juntas o produto do nosso curso.

À Universidade Federal de Minas Gerais que mais uma vez me proporciona a oportunidade de ampliar meus conhecimentos com qualidade e excelência.

## **LISTA DE QUADROS**

**QUADRO 1** - Avaliação do nível de evidência mostrado por cada estudo.....24

**QUADRO 2**- População e amostra dos artigos indexados nas bases eletrônicas antes e após serem submetidos aos critérios de seleção.....26

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Distribuição da formação dos autores dos artigos que fizeram parte da revisão	29
TABELA 2 - Distribuição dos autores quanto a área de atuação	30
TABELA 3 - Distribuição dos autores dos artigos desta revisão segundo a titulação	30
TABELA 4 - Distribuição das publicações segundo os periódicos divulgados	31
TABELA 5 - Distribuição dos artigos da presente revisão segundo o delineamento do estudo realizado	32
TABELA 6 - Distribuição dos artigos quanto ao ano de publicação, nível de evidência	32
TABELA 7 - Distribuição das ações desenvolvidas pelo NASF na área de fonoaudiologia	33

## **LISTA DE SIGLAS**

ACR	Audiology Communication Disorder
CoDAS	Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

O fonoaudiólogo é o profissional que atua nos processos de comunicação humana. O surgimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em 2008 ampliou as possibilidades de atuação desse profissional em saúde pública. Na perspectiva de conhecer aspectos desta atuação, este estudo tem como objetivo descrever ações educativas que vem sendo desenvolvidas nesse Núcleo na área de fonoaudiologia. Assim, foi utilizado o método de revisão integrativa de literatura com pesquisa em artigos nas bases de dados BIREME, Lilacs e Scielo, utilizando os descritores: fonoaudiologia; saúde da família, educação em saúde, atenção primária à saúde e promoção da saúde. No total, obteve-se uma população de 152 artigos dos quais foram selecionados 18 conforme os critérios de inclusão. Da amostra final 18 (100%) artigos, 9 (50%) encontram-se na base LILACS e 9 (50%) na base Scielo. Como resultado verificou-se que os artigos foram escritos em sua maioria por profissionais doutores 9 (50%), fonoaudiólogos 13 (72,2%), atuando na área de saúde pública 14 (77,7%), sendo a maioria dos estudos primários/qualitativos 11 (61,1%). Com este estudo foi possível identificar que as ações predominantes no NASF na área de fonoaudiologia são as de promoção à saúde, visitas domiciliares e o apoio matricial oferecido as Equipes de Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Saúde da Família, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

The speech therapist is a professional who works in human communication process. The Support Center for Family Health opening at 2008 expanded its scope of action in public health. From the perspective of knowing performance aspects, this study objective is to describe educational activities that have been developed in this core area of speech. Thus, integrative literature review method with research articles was used in the BIREME database, Lilacs and SciELO database , using the keywords: speech therapy, family health, health education, primary health care and health promotion. In total, we obtained a population of 152 articles of which 18 were selected in according with the inclusion criteria. Final sample of 18 (100 %) articles, 9 ( 50 % ) are found in LILACS and 9 ( 50 % ) based on SciELO . As a result it was found that the articles were written mostly by professional doctors 9 ( 50 % ) , speech pathologists 13 ( 72.2 % ) , working in public health 14 ( 77.7 % ) , with most studies primary / qualitative 11 (61.1 %). With this study it was concluded that the predominant actions in the area of speech NASF are health promotion, home visits and matrix support offered to the Family Health Teams.

**Key-words:** Family Health Program; Health Education; Primary Health Care; Health Promotion.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 OBJETIVO .....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	16
3.1 Breve histórico da Fonoaudiologia e sua inserção no Sistema Único de Saúde.....	16
3.2 O NASF e a Fonoaudiologia.....	19
3.3 Educação em saúde e NASF .....	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	24
4.1 Referencial teórico metodológico .....	24
4.2 Percurso Metodológico.....	25
4.3 Etapas da Revisão Integrativa .....	25
4.4 População e amostra.....	26
4.6 Variáveis do estudo.....	27
4.7 Instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) .....	27
4.8 Análise dos dados.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFERÊNCIAS .....	40
APÊNDICE .....	43

## 1 INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia é a ciência que tem como objeto de estudo os processos de comunicação humana. A profissão foi regulamentada pela Lei nº 6.965 de 9 de dezembro de 1981 (BRASIL, 1981). A atuação da fonoaudiologia teve seu início marcado por práticas limitadas a atendimentos individuais, clínicos, com ênfase na reabilitação nas áreas da linguagem oral e escrita, voz, audição e motricidade oral, realizados prioritariamente em consultórios particulares, o que restringia sua demanda a uma pequena parcela da população (FARIAS, 2010).

Nos serviços públicos, o fonoaudiólogo começou a exercer suas atividades entre as décadas de 1970 a 1980, vinculadas às secretarias de educação e/ou saúde, porém o acesso era difícil. A demanda por atendimento crescia e havia um número restrito de profissionais que continuava atuando de forma individual, reabilitadora e sem propostas abrangentes, o que impossibilitou o reconhecimento do trabalho pela população e pelos órgãos competentes (FARIAS, 2010; FERNANDES, 2013).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, surge para a Fonoaudiologia um movimento de reflexão e mudanças que procurava redirecionar a prática fonoaudiológica numa perspectiva social, coletiva e preventiva (FERNANDES, 2013). Surgiu então a necessidade de investimento em conhecimento científico que fundamentasse o crescimento da Fonoaudiologia voltada para uma visão mais ampla (MEDEIROS, 2009).

O SUS ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são denominados como de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde (PEREIRA, 2004).

Com o surgimento da Atenção Básica/Atenção Primária, que envolve um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas e atua na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, tratamento, reabilitação e na manutenção da saúde houve um aumento nas oportunidades para a fonoaudiologia em saúde pública (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

A partir da necessidade de reorganização da Atenção Básica no país, surge em 1997, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é considerada como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, pois imprime uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população

(MOLINI-AVEJONAS, 2010; PEREIRA, 2004). Considera-se que:

Cada ESF é constituída por uma equipe de saúde composta por um conjunto de profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal. Esta equipe se responsabiliza pela situação de saúde das pessoas de determinada área geográfica (PEREIRA, 2004, p.2).

Com a mudança do olhar sob a atuação da fonoaudiologia em saúde coletiva houve a necessidade de uma reforma curricular e como consequência ocorreu o fortalecimento da inserção do profissional fonoaudiólogo na Estratégia Saúde da Família (FERNANDES, 2013).

Outro espaço de atuação do fonoaudiólogo no SUS surge com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria 154/GM/MS de 24 de janeiro de 2008, o que permitiu aumentar a abrangência das ações da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (FERNANDES, 2013; MOLINI-AVEJONAS, 2010; CUTOLO, 2012; SILVA, 2012; REIS, 2009; SAMPAIO, 2012).

Sua implantação reflete a busca crescente pela integralidade da atenção e pela interdisciplinaridade das ações em saúde, visando à consolidação da ESF, reorganizando a demanda e reduzindo a procura dos serviços da atenção secundária e terciária como porta de entrada no sistema (REIS, 2009; SILVA, 2012). Para compor o NASF

A Portaria Ministerial 154/2008 considerou a necessidade de agregar profissões da saúde, com profissionais de até 13 diferentes ocupações, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos, que são solicitados conforme a necessidade, vulnerabilidade e perfil epidemiológico de cada região abrangida pelas equipes de ESF (MOLINI-AVEJONAS, 2010, p. 467).

O fonoaudiólogo que atua no NASF tem como competências: valorizar os princípios do acolhimento, vínculo e responsabilização pela comunidade junto à Equipe Multiprofissional; estimular o autocuidado; apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, epidemiológicas e ambientais do território, identificando também os fatores de risco para os distúrbios fonoaudiológicos; e buscar soluções para os problemas encontrados, inclusive com o estabelecimento de prioridades pactuadas com a comunidade e com as equipes de saúde, potencializando a resolutividade das ações (MEDEIROS, 2009).

Toda proposta de ação do NASF deve ser compartilhada com a equipe seja ela de atendimentos individuais, atenção domiciliar a acamados, atendimentos em grupo, oficinas de educação em saúde, planejamentos terapêuticos, entre outros.

Considerando o contexto atual, a demanda por atendimento na área de fonoaudiologia tem aumentado nos serviços públicos. No entanto, são poucos os profissionais que se inserem

nessa área, sendo necessário o aumento da oferta de atenção fonoaudiológica, principalmente no campo preventivo e coletivo, no qual a fonoaudiologia ainda apresenta uma visão e atuação incipiente (FERNANDES, 2013). Observa-se também que há notória escassez de literatura sobre as ações desenvolvidas pelo fonoaudiólogo na atenção básica (SILVA, 2012).

Sendo assim, as ações em Fonoaudiologia na Saúde da Família e no NASF devem ser acompanhadas e novos estudos deverão ser realizados, uma vez que a proposta é inovadora e visa a atenção integral à saúde e o cuidado com a população (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

A partir da minha inserção no NASF por meio da Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família pelo Hospital Odilon Behrens e no Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS), pude perceber que as duas áreas estão relacionadas, pois, enfocam e relacionam temas ainda pouco discutidos na literatura como a relação entre educação e saúde no SUS e a sua inserção na prática cotidiana do fonoaudiólogo.

No cotidiano da atenção básica, observa-se que as ações educativas de promoção e prevenção de saúde não são tratadas como prioridade e quando realizadas não são planejadas e também não são reconhecidas, o que prejudica o alcance dos objetivos propostos, a melhoria da qualidade do serviço e a continuidade das ações.

Por meio da realização do estudo espera-se obter informações importantes para agregar conhecimentos e divulgar a necessidade de pesquisas na área, assim a profissão tende a avançar, buscando melhores resultados na promoção de saúde, qualidade de vida e satisfação dos usuários do SUS.

Portanto, faz-se necessário verificar quais ações educativas estão sendo realizadas pelo profissional fonoaudiólogo no NASF.

## **2 OBJETIVO**

Descrever ações educativas desenvolvidas no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na área de fonoaudiologia.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Breve histórico da Fonoaudiologia e sua inserção no Sistema Único de Saúde**

O fonoaudiólogo é definido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia em 1981 como:

Profissional da saúde de atuação autônoma e independente, que exerce suas funções nos setores público e privado. É responsável pela promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, função vestibular, linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala, sistema miofuncional orofacial, cervical e deglutição. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativa (BRASIL, 1981).

Em 09 de dezembro de 1981, a Lei nº 6.965, que regulamenta a profissão de Fonoaudiólogo, foi sancionada pelo presidente João Figueiredo. Com ela, também foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia (BRASIL, 1981).

Segundo Rezende (2004) a profissão possui seu Código de Ética, que elenca e disciplina os direitos, deveres e responsabilidades do Fonoaudiólogo, inerentes às relações estabelecidas em função de sua atividade profissional. De acordo com o código de Ética da Fonoaudiologia, no Brasil, constituem direitos gerais dos Fonoaudiólogos inscritos nos Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, nos limites de sua competência e atribuições:

1. exercício da atividade sem ser discriminado;
2. exercício da atividade com ampla autonomia e liberdade de convicção;
3. avaliação, solicitação, elaboração e realização de exame, diagnóstico, tratamento e pesquisa, emissão de parecer, laudo e/ou relatório, docência, responsabilidade técnica, assessoramento, consultoria, coordenação, administração, orientação, realização de perícia e demais procedimentos necessários ao exercício pleno da atividade;
4. liberdade na realização de estudos e pesquisas, resguardados os direitos dos indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos;
5. liberdade de opinião e de manifestação de movimentos que visem a defesa da classe;

6. requisição de desagravo junto ao Conselho Regional de Fonoaudiologia da sua jurisdição, quando atingido no exercício da atividade profissional;
7. consulta ao Conselho de Fonoaudiologia de sua jurisdição quando houver dúvidas a respeito da observância e aplicação deste Código, ou em casos omissos.

A inserção da Fonoaudiologia no sistema público acontece a partir da década de 1970, época onde o número de profissionais era pequeno e os trabalhos eram isolados, sem integração e sem propostas abrangentes. Este fato comprometeu a efetividade do trabalho e não surtiu efeito na comunidade em geral e muito menos aos olhos dos órgãos competentes. Os procedimentos eram voltados para estrutura de consultório, devido ao fato da formação reabilitadora que o profissional de Fonoaudiologia recebia. Era difícil propor e organizar serviços voltados para grandes populações. O serviço, então, se concentrava em ambulatórios de saúde mental e hospitais, mantendo a proposta reabilitadora. (MOREIRA; MOTA, 2009).

Após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 surgiram novos concursos públicos para a contratação de fonoaudiólogos na saúde pública. Desta forma, muitos destes profissionais foram lotados nos centros de saúde – porta de entrada do sistema – iniciando neste momento a inserção da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. Porém, manteve-se a estrutura de consultório, gerando insatisfação tanto do fonoaudiólogo quanto da instituição pública (MOREIRA; MOTA, 2009).

Nesse período, o fonoaudiólogo passou a organizar seus atendimentos e realizar pesquisas, considerando as diversas patologias da comunicação, e que casos mais complexos requerem atendimentos especializados e a participação de outros profissionais. A partir daí iniciou-se a relação da Fonoaudiologia com a Epidemiologia, objetivando o levantamento das patologias de maior ocorrência na população, assim como suas características e possibilidades de organização (MOREIRA; MOTA, 2009).

Com o passar do tempo, os fonoaudiólogos sentem a necessidade de formalizar sua inserção em outros serviços da instituição que não somente o ambulatório e tentam organizar propostas de ações a serem executadas junto aos programas de pediatria e puericultura, saúde do adolescente, saúde da mulher, do trabalhador e do idoso, além da sua inserção em creches e escolas da área de abrangência das unidades. (MOREIRA; MOTA, 2009). Pesquisas revelam que:

Em geral, a população que apresenta maior demanda em fonoaudiologia na Atenção Primária é a infantil, concordando com estatísticas americanas que mostram que, segundo o Committee on Language, Speech and Hearing Problems, as patologias da comunicação constituem a primeira causa de distúrbios infantis. Segundo a American Speech, Language and Hearing Association (ASHA), são consideradas como desordens da comunicação as alterações de fala (articulação, voz e fluência),

da linguagem (forma, conteúdo e função comunicativa) e da audição (sensibilidade, função, processamento e fisiologia). Os dados de morbidade fonoaudiológica ainda são muito precários (MOREIRA; MOTA, 2009, p.518).

Destaca-se que o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e apresentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que o reconhece como uma política pública promotora de cidadania pela sua grande capacidade de inclusão e amplitude de suas ações. A participação da comunidade no âmbito do SUS foi divulgada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

A proposta do SUS com relação ao cuidado a saúde é ordenada em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), sendo que todos tem a mesma relevância, pois a atenção à saúde precisa ser integral (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

O foco desta pesquisa é Atenção Primária, definida como um conjunto de ações promotoras de saúde tanto no contexto individual como no coletivo e atua na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, tratamento, reabilitação e na manutenção da saúde. A incorporação do conceito ampliado de saúde, que a considera não somente a ausência de doenças, norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficaz, eficiente, com equidade e participação popular fez-se necessária (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

A atenção primária tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde, pois, reduz gastos totais; melhora o acesso a serviços de saúde, a qualidade global da atenção à saúde e as ações preventivas; facilita o diagnóstico precoce de doenças, reduzindo internações hospitalares e garante cuidados apropriados à saúde da população.

As principais dificuldades para a organização da Atenção Básica são a falta de qualificação dos profissionais envolvidos e a escassez de recursos financeiros. Para ordenar as redes de atenção à saúde no SUS na Atenção Básica surgiu a Estratégia de Saúde da Família com diversos objetivos:

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, tendo como foco a família e a comunidade e, ainda, que preconizem o vínculo, a co-responsabilização e a atenção continuada; c) criar e aprimorar os 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 (MOLINI-AVEJONAS, 2010, p.466).

A Saúde da Família é também uma estratégia promissora para favorecer encontros entre profissionais e usuários, buscando assim reconhecer a evidência das possibilidades de risco vivida pelo grupo familiar.

O trabalho multidisciplinar e em equipe representa um dos principais pilares da Saúde da Família. A perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação inter/transdisciplinar. A consolidação do projeto deve ser norteadada por um trabalho assistencial comum onde haja interação entre os agentes e a comunidade envolvida. Os agentes comunitários de saúde realizam são os detentores do saber popular e representam o elo entre a população e os profissionais da Unidade.

O atendimento ao usuário é prestado na unidade básica de saúde ou em domicílio, pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, há a atuação das equipes de saúde bucal e saúde mental, NASF, juntamente com outros profissionais de saúde, entre os quais figura o Fonoaudiólogo.

### **3.2 O NASF e a Fonoaudiologia**

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pela portaria ministerial 154/2008, e tem como objetivo ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

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 (MOLINI- AVEJONAS, 2010).

O NASF oferece apoio matricial, suporte técnico-pedagógico e, em casos necessários, realiza atuações específicas ampliando a resolubilidade das ações na atenção básica. Dessa forma, garante-se o compromisso cotidiano da gestão e dos trabalhadores com a reordenação do trabalho em saúde, segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipes (ESF e NASF) e usuários e da interdisciplinaridade das práticas e dos saberes (FERNANDES, 2013). Sendo assim, espera-se que a interação entre os profissionais do NASF e da ESF garanta uma

melhoria do fluxo e a efetivação da rede nas Unidades Básicas de Saúde.

Cada NASF vincula-se a um número variável de equipes de saúde da família, entre 8 e 20. De acordo com a Portaria 154, para se estabelecer o NASF, são necessários no mínimo oito ESF em municípios com 100.000 habitantes ou mais. Foram concebidos e instituídos nos moldes da Portaria, duas modalidades de NASF, o um e o dois, sendo que em nenhum município brasileiro ou no Distrito Federal poderão existir os dois modelos concomitantemente. O NASF do tipo um é composto por, no mínimo, cinco profissionais de ocupações não coincidentes, vinculados a pelo menos oito equipes de Saúde da Família. O NASF dois é composto por, no mínimo três profissionais de áreas não coincidentes, vinculados a três equipes de Saúde da Família. O gestor local é quem define quais profissionais darão parte do NASF em sua região, de acordo com a necessidade da população, sendo que o fonoaudiólogo pode integrar a equipe nos dois modelos (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

A atuação do NASF é dividida em áreas estratégicas a seguir:

A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividades físicas e práticas corporais; práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (NASCIMENTO, 2010, p. 93).

A operacionalização do NASF adota, entre algumas concepções, o conceito de matriciamento, que é caracterizado como arranjo organizacional que busca diminuir a fragmentação dos processos de trabalho, fazendo com que as equipes estabeleçam relações ou responsabilizem-se pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde. Além disso, proporciona uma ampliação nas alternativas de composição dos projetos terapêuticos individuais, sem diminuir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. (FERNANDES, 2013). Outro termo muito utilizado no NASF é o projeto terapêutico singular que é definido como:

Movimento de co-produção e co-gestão do cuidado de um Sujeito Singular. Pressupõem a discussão coletiva de caso clínico; realização de reunião de toda equipe para definição de propostas de ações; considerar que todas as opiniões são importantes para compreender o caso. São organizados em quatro momentos: 1) Diagnóstico, buscando uma avaliação que possibilite uma conclusão a respeito do risco e da vulnerabilidade do usuário; 2) Definição de Metas, visando construir propostas de curto, médio e longo prazo; 3) Divisão de Responsabilidades, onde se compartilha ou define-se as tarefas de cada um com clareza, aumentando as possibilidades de identificação dos problemas e diminuindo as possibilidades das práticas meramente prescritivas) Reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correção de rumo (MOLINI- AVEJONAS, 2010, p.468).

A capacidade de trabalho em equipe e de criar e conduzir projetos terapêuticos a partir dos conceitos de clínica ampliada e do apoio matricial exige dos profissionais a incorporação

de saberes sobre o trabalho em saúde e o desenvolvimento de novas competências e habilidades (MOLINI- AVEJONAS, 2010).

Várias são as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais que compõem os NASF. O diferencial do trabalho é o apoio às equipes da ESF.

Com relação à atuação do fonoaudiólogo no NASF, esse profissional pode atuar realizando programas de orientação no desenvolvimento da linguagem, da audição e das funções estomatognáticas (sucção, mastigação, deglutição, fonoarticulação e respiração), por exemplo.

Outra função do fonoaudiólogo do NASF é a realização de ações intersetoriais, em creches, escolas e em outros equipamentos sociais favorecendo a troca de conhecimentos e a participação de diversas estruturas sociais, produzindo assim, efeitos significativos para a saúde da população, além de divulgar o trabalho desse profissional em outros setores. Nestes locais podem ser realizados grupos de promoção da saúde e de prevenção da doença, discussão de casos e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares com a equipe (FERNANDES, 2013).

As visitas domiciliares constituem também uma das ações do NASF, sendo uma ferramenta importante para o encaminhamento e atendimento dos problemas de saúde de maior prevalência na população e, principalmente, “na promoção da saúde e na prevenção de co-morbidades” (FERNANDES, 2013).

Além disso, esse profissional pode atuar com estratégias de prevenção de doenças junto às ações multiprofissionais voltadas à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, trabalhando de forma direta e indireta com essas populações.

O fonoaudiólogo implicado nas questões que se referem à Saúde da Família deve atuar promovendo a saúde e a qualidade de vida, além de estar comprometido com a intervenção e a transformação da realidade de educação e saúde da população que concorram para superar as iniquidades sociais e a exclusão, com melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

A produção científica em fonoaudiologia encontra-se em expansão e são intensificadas críticas sobre a formação e a prática profissional, resultando em um movimento para mudanças curriculares e mudanças nas ações nos serviços públicos, em que a classe profissional e a universidade têm papel fundamental, para superar esse desafio. Diversas mudanças vêm sendo observadas ao longo do tempo:

Em fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior aprovaram as novas diretrizes curriculares do curso de graduação em Fonoaudiologia, substituindo o antigo currículo, representando um importante movimento para a inserção de mudanças no processo de formação dos fonoaudiólogos, quando então as universidades serão capazes de formar profissionais generalistas,

aptos para desenvolverem ações voltadas para a assistência humanizada. Mas esse processo de mudança nos currículos de graduação ainda está acontecendo de forma muito lenta, não acompanhando a rápida transformação nos demais cursos da saúde e as necessidades das redes de serviços (FERNANDES, 2013, p.154).

Diante do empenho do Ministério da Saúde, no que refere à implantação do NASF, da inclusão de novas profissões na atenção primária, ou seja, frente a uma proposta que pode trazer avanços para o Sistema de Saúde, a inserção do fonoaudiólogo torna-se indispensável nesse processo (FERNANDES, 2013).

Sua atuação deve priorizar o coletivo, contribuindo assim para o resgate da cidadania, o fortalecimento do apoio social e integração da comunidade (FERNANDES, 2013).

A atuação da Fonoaudiologia dentro do sistema de saúde é bastante extensa, perpassando diferentes níveis de assistência, o que requer o desenvolvimento de distintas tecnologias 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 e de desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde, diretamente relacionadas à melhoria dos indicadores de qualidade de vida e de saúde da população (CUTOLO, 2012).

### **3.3 Educação em saúde e NASF**

A educação em saúde é uma forma de atingir o cotidiano das pessoas por meio do conhecimento científico produzido na área da saúde, discutido por profissionais deste campo, o que possibilita a compreensão do processo saúde-doença, com o intuito de adotar novos hábitos e condutas de saúde (CUTOLO, 2012).

Uma proposta de educação em saúde deve ser norteadada por um modelo educativo. O modelo dialógico de Educação em Saúde tem sido associado a mudanças de hábitos e de comportamentos para a saúde, pois a utilização desses princípios possibilitaria a construção de novos sentidos e significados sobre os temas abordados.

Uma das estratégias dialógicas de educação em saúde descritas na literatura é a formação de pequenos grupos para a realização de oficinas focais, dinâmicas de grupo, rodas de conversa e jogos coletivos, apoiados em material técnico ilustrativo/ informativo, como folheto, cartaz, vídeo, entre outros (MANDRÁ; SILVEIRA, 2013).

O NASF deve atuar na Educação Permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, e o próprio profissional do NASF deve ser formado em campo, já que, boa parte das vezes, ele não terá experiência em atenção primária à saúde. Há necessidade de adequação da

formação às propostas do SUS e às diversas atribuições dos profissionais estabelecidas não apenas pela teorização das características do profissional na atenção primária à saúde, mas também de acordo com as necessidades de saúde da população. (SILVA, 2012).

A educação em saúde deve criar circunstâncias favoráveis às reflexões sobre saúde, sobre as práticas de cuidado, mudanças de comportamento potencialmente prejudiciais à saúde, aquisição de hábitos favoráveis ao bem comum e à saúde pessoal, construindo-se um dos pilares da promoção da saúde.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Referencial teórico metodológico

O referencial teórico metodológico adotado para o estudo foi a Prática Baseada em Evidência (PBE).

A PBE emergiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. Essa abordagem envolve a delimitação do problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implantação das evidências na prática clínica e a avaliação dos resultados obtidos (POMPEO, 2009).

A PBE motivou o desenvolvimento de métodos de revisão de literatura, dentre eles a revisão integrativa, os quais têm como principal propósito buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado (POMPEO, 2009).

Os níveis de evidência e graus de recomendação são elementos que conferem maior confiabilidade e validade do resultado do estudo, pois mostra dentro da perspectiva do rigor metodológico a contribuição positiva que o estudo traz, bem como a oportunidade de consolidá-lo como evidência forte ou fraca (SOARES, 2005).

**QUADRO 1**  
**Avaliação do nível de evidência mostrado por cada estudo**  
**Classificação das evidências**

<b>Nível</b>	<b>Fontes de evidências</b>
<b>Nível I</b>	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
<b>Nível II</b>	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
<b>Nível III</b>	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
<b>Nível IV</b>	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
<b>Nível V</b>	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
<b>Nível VI</b>	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo

Adaptado: (POMPEO et al., 2009)

## **4.2 Percurso Metodológico**

Neste estudo foi adotada, como estratégia metodológica, a revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa é um método de revisão amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas que investiguem problemas idênticos ou similares. Os estudos incluídos na revisão serão analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o a análise do conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. É desenvolvida conforme as etapas apresentadas, a seguir (SOUZA, 2010).

## **4.3 Etapas da Revisão Integrativa**

### **1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora**

O processo de elaboração da revisão integrativa se iniciou com a definição do problema e a formulação da questão de pesquisa. Determinou quais estudos foram incluídos, meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo que foi selecionado. Foi elaborada de forma clara e específica, e relacionada ao raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos.

### **2ª Fase: busca ou amostragem na literatura**

Foi realizada a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. A busca foi ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas e a busca manual em periódicos. A determinação dos critérios foi realizada em concordância com a pergunta norteadora.

### **3ª Fase: coleta de dados**

Para extrair os dados dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento previamente elaborado capaz de buscar os dados relevantes, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados incluíram: metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embaixadores empregados. O nível de

evidência dos estudos foi avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que geraram o estado do conhecimento atual do tema investigado.

#### **4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos**

Esta fase demandou uma abordagem organizada que ponderou o rigor e as características de cada estudo. Na avaliação crítica foram utilizadas as seguintes questões: qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; o que a questão da pesquisa responde; a resposta está correta e quais pesquisas futuras serão necessárias.

#### **5ª Fase: discussão dos resultados**

Nessa etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, foram comparados os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de buscar identificar possíveis lacunas do conhecimento, foi possível delimitar prioridades para estudos futuros.

#### **6ª Fase: apresentação da revisão integrativa**

Contêm informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada.

### **4.4 População e amostra**

Para realização do estudo foram utilizados artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os descritores extraídos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: “fonoaudiologia”, “educação em saúde”, “saúde da família”, “atenção primária à saúde”, e “promoção de saúde”. Foi realizado o cruzamento entre os descritores a fim de obter maior refinamento da pesquisa. As estratégias de busca estão descritas no QUADRO 2.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente ao NASF bem como da participação da Fonoaudiologia na Atenção Primária/Saúde da Família e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos anos de 2009 a 2013.

**QUADRO 2 - População e amostra dos artigos indexados nas bases eletrônicas antes e após serem submetidos aos critérios de inclusão**

<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO</b>			
<b>ESTRATÉGIA DE BUSCA</b>	<b>FONTE</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>AMOSTRA</b>
“FONOAUDIOLOGIA”	LILACS	18	4
AND			
“EDUCAÇÃO EM SAÚDE”	SCIELO	4	3
“FONOAUDIOLOGIA”	LILACS	7	3
AND			
“SAÚDE DA FAMÍLIA”	SCIELO	4	4
“FONOAUDIOLOGIA”	LILACS	6	1
AND			
“ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”	SCIELO	2	1
	LILACS	33	1
“FONOAUDIOLOGIA”			
AND			
“PROMOÇÃO DA SAÚDE”	SCIELO	2	1
<b>TOTAL</b>		<b>152</b>	<b>18</b>

#### **4.5 Critérios de inclusão**

Utilizou-se como critério de inclusão os artigos publicados após o surgimento do NASF de 2009 até a atualidade em 2013, publicados na língua portuguesa, e que responderam a questão do presente estudo.

#### **4.6 Variáveis do estudo**

Neste estudo foram selecionadas variáveis relacionadas aos autores: profissão, área de atuação, qualificação; relacionadas às publicações: fonte, ano de publicação, periódico, tipo de publicação, delineamento, nível de evidência; além da variável de interesse: relacionada ao problema de estudo.

#### **4.7 Instrumento de coleta de dados (APÊNDICE)**

- Quadro caracterizador do estudo (apêndice);
- Pergunta da investigação;
- Tipo de delineamento;
- Local de desenvolvimento do estudo;
- Características da amostra estudada;
- Tamanho e critérios de inclusão;
- Medição dos resultados;
- Principais conclusões;
- Conclusões têm congruência com os objetivos do estudo;

#### **4.8 Análise dos dados**

A análise dos estudos selecionados tanto na análise quanto na síntese dos dados extraídos dos artigos foi realizada de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a seleção dos 152 artigos identificados nas bases de dados LILACS e SCIELO obteve-se uma amostra final de 18 artigos para realização do estudo, sendo 09 na Base LILACS e 09 na Biblioteca SCIELO.

Foi utilizado o instrumento de coleta (APENDICE) para extrair as seguintes variáveis: formação dos autores, titulação, periódico, ano de publicação, delineamento do estudo, nível de evidência e ações realizadas pela Fonoaudiologia no NASF.

A Tabela 1 demonstra os resultados encontrados com relação aos autores dos artigos pesquisados:

**TABELA 1 - Distribuição da formação dos autores dos artigos pertencentes a revisão**

<b>PROFISSÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fonoaudiólogo	13	72,2%
Médico	2	11,1%
Enfermeiro	1	5,5%
Psicólogo	1	5,5%
Fisioterapeuta	1	5,5%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Com relação à formação dos autores dos artigos, a maioria 13 (72,22%) são fonoaudiólogos, 2 (11,11%) são médicos, 1 (5,55%) enfermeiro, 1(5,55%) psicólogo e 1 (5,55%) fisioterapeuta, o que demonstra o interesse desses profissionais em sua própria área de atuação para buscar o avanço da fonoaudiologia em saúde pública atualmente no NASF baseada em evidências. No entanto, segundo Fernandes (2013), ainda são poucos os profissionais que se inserem nessa área, principalmente no campo preventivo e coletivo, no qual a fonoaudiologia ainda apresenta uma visão e atuação incipiente.

Vale ressaltar o interesse de outras profissões da área de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas) em pesquisas com temas relacionados à fonoaudiologia, o que reflete a importância da troca de saberes e conhecimentos entre áreas afins bem como o caráter multidisciplinar que é necessário na atuação em Saúde Pública.

A Tabela 2 indica a área de atuação dos autores pesquisados:

**TABELA 2**  
**Distribuição dos autores dos artigos da revisão quanto a área de atuação**

<b>ATUAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Saúde Pública	14	77,7%
Pediatria	1	5,5%
Medicina de Família e da Comunidade	1	5,5%
Enfermagem materno infantil	1	5,5%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

No que diz respeito à atuação dos autores dos artigos utilizados na pesquisa, houve um predomínio da área de Saúde Coletiva 14 (77,7%). Este fato revela também a possibilidade de aumento no número de pesquisas, que eram consideradas escassas devido ao fato de ser um assunto relativamente novo em Fonoaudiologia, principalmente no NASF. Foram encontradas também outras áreas que podem estar relacionadas ao SUS como Pediatria 1 (5,5%), Medicina de Família e da Comunidade 1(5,5%) e Enfermagem materno-infantil 1(5,5%).

A Tabela 3 mostra os resultados dos artigos pesquisados com relação à titulação dos autores:

**TABELA 3**  
**Distribuição dos autores quanto a titulação**

<b>TÍTULO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Doutor	9	50,0%
Mestre	6	33,3%
Especialista	2	11,1%
Graduado	1	5,5%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Quanto a titulação dos autores dos artigos, 9 (50%) possuem doutorado, 6 (33,3%) mestrado, 2(11,1%) especialistas e 1 profissional (5,5%) é graduado. Observa-se que a atuação em Fonoaudiologia no NASF requer a necessidade cada vez maior dos profissionais de aperfeiçoar seu conhecimento, considerando a grande complexidade das relações dos profissionais que atuam no SUS. No entanto, a quantidade de profissionais que realiza pesquisas somente com a graduação revela a dificuldade do profissional em realizar pesquisas na área somente com este título, o que pode sugerir a necessidade de melhor estruturação do currículo e um maior número de oportunidades na área durante o período acadêmico. Como afirma Silva (2009):

somente a graduação em fonoaudiologia muitas vezes não é suficiente e compatível com as necessidades do SUS. As propostas pedagógicas construídas são distanciadas dos serviços e não contemplam pontos chave como equipe, vínculo e acolhimento

(SILVA, 2012, p.2080).

Segundo Fernandes (2013), as universidades têm buscado se adequar a esta área de atuação fonoaudiológica, reorganizando seus currículos para que os profissionais possam atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde.

**TABELA 4**  
**Distribuição dos artigos da revisão quanto aos periódicos publicados**

<b>PERIÓDICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Revista CEFAC	7	38,8%
Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	2	11,1%
Revista Sociedade Brasileira de Educação Médica	1	5,5%
Caderno de Saúde Pública	1	5,5%
Epidemiologia nos Serviços de Saúde	1	5,5%
Revista Brasileira de Ciências da Saúde	1	5,5%
O Mundo da Saúde	1	5,5%
Sobral	1	5,5%
CoDAS	1	5,5%
ACR	1	5,5%
Ciência & Saúde Coletiva	1	5,5%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

A Tabela 4 mostra que periódico que mais se destacou foi a Revista CEFAC com 7 (38,8%) publicações sobre o tema, seguido pela Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia 2 (11,11%), Revista Sociedade Brasileira de Educação Médica 1 (5,5%) , Caderno de Saúde Pública 1(5,5%), Epidemiologia nos Serviços de Saúde 1(5,5%), Revista Brasileira de Ciências da Saúde 1(5,5%), O Mundo da Saúde 1(5,5%) , Sobral 1(5,5%) , CoDAS 1(5,5%) , ACR 1(5,5%), Ciência & Saúde Coletiva 1(5,5%).

A produção científica em fonoaudiologia encontra-se em expansão e são intensificadas críticas sobre a formação e a prática profissional, resultando em um movimento para mudanças curriculares e mudanças nas ações nos serviços públicos, em que a classe profissional e a universidade têm papel fundamental, para superar esse desafio (FERNANDES, 2013, p. 154).

**TABELA 5**  
**Distribuição dos estudos da revisão quanto ao tipo de delineamento**

<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primário/qualitativo	11	61,1%
Reflexão/revisão narrativa	4	22,2%
Relato de experiência	3	16,6%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Com relação ao delineamento do estudo observa-se o predomínio de pesquisas de caráter primário/qualitativo 11 (61,1%), seguidos de reflexão/revisão narrativa 4 (22,2%) e relato de experiência 3 (16,6%). Estudos com maior rigor científico, no caso os primários, possuem melhores níveis de evidência, com critérios mais significativos e consequentemente com credibilidade ao público, além de possuir metodologia mais criteriosa.

**TABELA 6**  
**Distribuição dos autores, bases, ano de publicação e nível de evidência**

<b>Autor</b>	<b>Base</b>	<b>Ano</b>	<b>Nível de Evidência</b>
Fernandes, et al (2013)	SciELO	2013	IV
Costa, et al (2013)	SciELO	2013	IV
Mandrá e Silveira (2013)	SciELO	2013	IV
Santana, et al (2013)	LILACS	2013	V
Botasso, et al (2013)	SciELO	2013	IV
Cutolo, et al (2012)	SciELO	2012	V
Silva, et al (2012)	LILACS	2012	IV
Sampaio, et al (2012)	LILACS	2012	IV
Santos, et al (2012)	LILACS	2012	IV
Mendonça e Lemos (2011)	SciELO	2011	IV
Molini-Avejonas, et al (2010)	LILACS	2010	V
Nascimento e Oliveira (2010)	LILACS	2010	V
Goulart, et al (2010)	SciELO	2010	IV
Farias, et al (2010)	SciELO	2010	IV
Reis, et al (2009)	LILACS	2009	IV
Medeiros, et al (2009)	LILACS	2009	V
Moreira e Mota (2009)	LILACS	2009	V
Cavalheiro (2009)	SciELO	2009	V

Percebe-se com relação ao ano de publicação dos artigos que após o surgimento do

NASF em 2008 crescem as publicações relacionando a Fonoaudiologia e Saúde Pública, sendo que em 2009 4 (22,2%) e em 2010 4(22,2%) artigos foram publicados em cada ano , ocorrendo um declínio em 2011 a 1(5,5%), e subsequente aumento em 2012 4(22,2%) e 2013 5(27,7%).

No que se refere ao nível de evidência dos estudos desta pesquisa, 11 (72,2%) encontram-se no nível IV e 7 (38,8%) com nível V, mostrando que as pesquisas existentes na área apresentam baixo nível de evidência.

**TABELA 7**  
**Distribuição quanto as ações desenvolvidas pelo NASF na área de fonoaudiologia**

<b>AÇÃO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Levantamento da situação de saúde da população</b>	Fernandes, et al (2013) Medeiros, et al (2009) Mendonça e Lemos (2011) Cavalheiro (2009) Santana, et al (2013)	<b>5</b>
<b>Ações individuais</b>	Fernandes, et al (2013) Cutolo, et al (2012) Silva, et al (2012) Sampaio, et al (2012) Nascimento e Oliveira (2010) Moreira e Mota (2009) Costa, et al (2013)	<b>7</b>
<b>Ações coletivas</b>	Fernandes, et al (2013) Silva, et al (2012) Reis, et al (2009) Moreira e Mota (2009)	<b>4</b>
<b>Grupos operativos</b>	Molini-Avejonas, et al (2010) Cutolo, et al (2012) Goulart, et al (2010) Medeiros, et al (2009) Costa, et al (2013) Santana, et al (2013)	<b>6</b>
<b>Ações integradas a outros equipamentos sociais</b>	Fernandes, et al (2013) Molini-Avejonas, et al (2010) Cutolo, et al (2012) Medeiros, et al (2009) Santos, et al (2012)	<b>6</b>

	Cavalheiro (2009)	
<b>Ações de promoção da saúde</b>	Fernandes, et al (2013) Reis, et al (2009) Goulart, et al (2010) Medeiros, et al (2009) Santos, et al (2012) Mendonça e Lemos (2011) Cavalheiro (2009) Botasso, et al (2013) Santana, et al (2013) Costa, et al (2013)	<b>10</b>
<b>Ações de prevenção de agravos</b>	Fernandes, et al (2013) Reis, et al (2009) Goulart, et al (2010) Farias, et al (2010) Moreira e Mota (2009) Santana, et al (2013) Botasso, et al (2013)	<b>7</b>
<b>Reabilitação</b>	Molini-Avejonas, et al (2010) Reis, et al (2009) Cavalheiro (2009) Costa, et al (2013)	<b>4</b>
<b>Visitas domiciliares</b>	Fernandes, et al (2013) Molini-Avejonas, et al (2010) Cutolo, et al (2012) Reis, et al (2009) Sampaio, et al (2012) Goulart, et al (2010) Medeiros, et al (2009) Cavalheiro (2009)	<b>8</b>
<b>Atendimentos compartilhados</b>	Reis, et al (2009) Sampaio, et al (2012) Nascimento e Oliveira (2010)	<b>3</b>
<b>Apoio matricial</b>	Fernandes, et al (2013) Molini-Avejonas, et al (2010) Cutolo, et al (2012) Silva, et al (2012) Nascimento e Oliveira (2010) Reis, et al (2009) Sampaio, et al (2012) Santos, et al (2012) Cavalheiro (2009) Botasso, et al (2013)	<b>10</b>
<b>Criação de protocolos assistenciais</b>	Fernandes, et al (2013) Medeiros, et al (2009) Santos, et al (2012)	<b>3</b>
<b>Elaboração de projetos terapêuticos singulares em</b>	Fernandes, et al (2013) Molini-Avejonas, et al (2010)	<b>5</b>

<b>equipe</b>	Cutolo, et al (2012) Silva, et al (2012) Nascimento e Oliveira (2010) Cavalheiro (2009)	
<b>Divulgação das ações (folders, cartazes, painéis)</b>	Fernandes, et al (2013) Santos, et al (2012) Mandrá e Silveira (2013)	<b>3</b>
<b>Acolhimento</b>	Fernandes, et al (2013) Molini-Avejonas, et al (2010) Nascimento e Oliveira (2010) Medeiros, et al (2009) Botasso, et al (2013)	<b>5</b>
<b>Trabalho em equipe</b>	Molini-Avejonas, et al (2010) Cutolo, et al (2012) Silva, et al (2012) Nascimento e Oliveira (2010) Farias, et al (2010) Cavalheiro (2009) Botasso, et al (2013)	<b>7</b>
<b>Participação em campanhas públicas</b>	Molini-Avejonas, et al (2010)	<b>1</b>
<b>Ações multiprofissionais e transdisciplinares</b>	Molini-Avejonas, et al (2010) Cutolo, et al (2012) Sampaio, et al (2012)	<b>3</b>
<b>Oficinas</b>	Cutolo, et al (2012) Mendonça e Lemos (2011)	<b>2</b>
<b>Educação permanente</b>	Silva, et al (2012) Nascimento e Oliveira (2010) Medeiros, et al (2009) Santos, et al (2012) Cavalheiro (2009)	<b>5</b>
<b>Residências multiprofissionais</b>	Nascimento e Oliveira (2010) Medeiros, et al (2009)	<b>2</b>
<b>Educação Popular</b>	Goulart, et al (2010) Santana, et al (2013)	<b>2</b>
<b>Campanhas</b>	Medeiros, et al (2009)	<b>1</b>
<b>Capacitação das ESF</b>	Medeiros, et al (2009)	<b>1</b>
<b>Registro no prontuário</b>	Santos, et al (2012)	<b>1</b>
<b>Palestras</b>	Costa, et al (2013)	<b>1</b>
<b>Rodas de conversa</b>	Mandrá e Silveira (2013)	<b>1</b>

Nas ações desenvolvidas pelo profissional fonoaudiólogo que atua no NASF são destacadas por um maior número de autores as ações de promoção da saúde 10 (55,5%), o

apoio matricial oferecido as Equipes de Saúde da Família 10 (55,5%) e as visitas domiciliares 8 (44,4%). O arranjo matricial, segundo Fernandes (2013):

proporciona uma ampliação nas alternativas de composição dos projetos terapêuticos individuais, sem diminuir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. Busca-se a ampliação da clínica na ESF, aumentando a capacidade de intervenção e resolubilidade, e o estímulo aos profissionais a trabalharem com outras racionalidades e visões de mundo, além das próprias de seu núcleo (FERNANDES, 2013).

O atendimento domiciliar auxilia o profissional na percepção do contexto familiar e das condições ambientais do domicílio. A adaptação da terapêutica ao contexto as condições de habitação, higiene e hábitos de vida possibilita a realização de um planejamento das ações que condiz com as condições por ele observadas no domicílio (DENER, 2009).

As ações individuais, de prevenção de saúde e o trabalho em equipe são relatados em 7 (38,8%) dos artigos. Pelo grande número de autores que cita as ações individuais (38,8%), comparando as coletivas (28,8%), pode-se perceber que ainda é necessário avançar na prática, visando superar o histórico de atendimentos ambulatoriais, fragmentados, biomédicos e centrados na doença. Já a troca de conhecimentos no trabalho em equipe é fundamental para as práticas de saúde, e bastante evidente na atenção primária à saúde, na qual o conhecimento de todos os profissionais são essenciais e complementares. No pensar coletivo, são definidos nós críticos ou pontos chaves; conhecimento e compreensão relativos aos mesmos são buscados; levantam-se hipóteses de solução e desenham-se planos de ação que podem ser aplicados à realidade. Definem-se necessidades e respostas, e gestão participativa e humanização são feitas (SILVA, 2012).

A realização de grupos operativos e ações integradas a outros equipamentos sociais é citada por 6 (33,3%) autores. Como cita Fernandes (2013), a realização de ações intersetoriais pelos fonoaudiólogos:

favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, produzindo assim, efeitos significativos para a saúde da população (FERNANDES, 2013, p. 157)

O levantamento da situação de saúde da população é ressaltado em 5 (27,7%) artigos, assim como a elaboração de projetos terapêuticos singulares 5(27,7%), o acolhimento 5 (27,7%) e educação permanente 5 (27,7%).

Com relação à educação permanente, observa-se atuação ainda incipiente, uma vez que se trata de um assunto relativamente novo e, além disso, os profissionais que atuam no NASF não são capacitados para realizar a formação em serviço. A Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta imprescindível às transformações do fazer dos profissionais, visando

à atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Para Fernandes (2013):

A elaboração de projetos terapêuticos, com discussão de casos entre as equipes, favorece o alargamento e a flexibilidade das ciências, pois se constituem em atos de troca mútua entre a áreas envolvidas (FERNANDES, 2013, p.157)

As ações coletivas e de reabilitação são citados em 4 (22,2%) dos artigos. Como afirma Fernandes (2013) a atuação do fonoaudiólogo no NASF deve priorizar o coletivo, contribuindo assim para o resgate da cidadania, o fortalecimento do apoio social e integração da comunidade, portanto observa-se que poucos autores enfatizaram o enfoque coletivo. Para justificar as ações de reabilitação, apesar de observar que as condições neurológicas, o acidente vascular encefálico, lesões medulares, paralisia cerebral e Parkinson, assim como o crescimento da expectativa de vida, há um aumento da demanda por essas ações, pouco relatadas nos artigos utilizados.

Os atendimentos compartilhados, criação de protocolos assistenciais e divulgação das ações realizadas pelo NASF aparecem somente em 3 (16,6%) dos artigos. O baixo índice de citação da utilização de protocolos revela uma fragilidade do sistema, pois eles são ferramentas importantes para nortear o planejamento e monitoramento das ações realizadas. Além disso, possibilitam obter informações mais precisas e estabelecer melhoria nos determinantes e condicionantes da saúde pela atuação da fonoaudiologia.

Pouco divulgados ainda são as residências multiprofissionais 2( 11,1%), educação popular 2 (11,1%), oficinas 2 (11,1%) e participação em campanhas públicas, capacitação das ESF, registro no prontuário, palestras e rodas de conversa, sendo citados apenas por um autor (5,55%). A realização das oficinas parte do pressuposto de que o trabalho na área da saúde, segundo Silva (2012):

não pode ser um simples “executar tarefas”, mas um constante pensar sobre o trabalho capaz de criar estratégias que recuperam significados tanto para os usuários quanto para os profissionais (SILVA, 2012. p. 2082).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde que precisa qualificar os trabalhadores para o desafio de trabalhar na coletividade visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

A educação popular é um dos instrumentos metodológicos fundamental para o fortalecimento do SUS com o objetivo de que as pessoas assumam maior controle de sua própria saúde e vida (GOULART, 2010).

Percebe-se, portanto, a necessidade de investimentos nos processos de capacitação e educação permanente no SUS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do fonoaudiólogo no NASF cumpre importante papel na rede do SUS, pois, além de ampliar a abrangência das ações e aumentar a resolubilidade na Atenção Primária, promove a integralidade e a continuidade do cuidado ao usuário que necessita dos serviços de saúde ofertados.

Os níveis de evidências encontrados nos estudos se mostraram baixos, o que sugere a necessidade de realização de pesquisas com maiores níveis de evidência.

Os artigos utilizados na presente pesquisa foram escritos em sua maioria por profissionais doutores, fonoaudiólogos, que atuam na área de saúde pública, sendo que a proporção de estudos primários/qualitativos foi a mais significativa.

Identificou-se que as ações predominantes no NASF na área de fonoaudiologia segundo os artigos pesquisados são as ações de promoção à saúde, visitas domiciliares e o apoio matricial oferecido as Equipes de Saúde da Família.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família se apresenta como uma nova possibilidade de atuação do fonoaudiólogo, que tem como um de seus desafios priorizar as ações de promoção e prevenção em saúde diante das ações de reabilitação.

Faz-se necessário o acompanhamento das ações realizadas pela Fonoaudiologia no NASF para que haja maior reconhecimento da necessidade e legitimidade da profissão neste campo, bem como a realização de estudos na área para fortalecer e ampliar os conhecimentos dos profissionais para assim melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

BOTASSO, Kátia et al. **Avaliação de um programa de acompanhamento de lactentes sob a óptica da família.** Rev. CEFAC. Campinas, vol 15, n 2, mar-abr 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462013000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462013000200014&script=sci_arttext) >. Acesso em: 23 nov. 2013.

CAVALHEIRO, Maria. **Fonoaudiologia e Saúde da Família.** Revista CEFAC.Campinas, vol 11, n 2, abr/jun 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462009000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462009000200002&script=sci_arttext) >. Acesso em: 03 nov. 2013.

CUTOLO, Luiz et al. **Algumas palavras sobre o NASF: Relatando uma experiência acadêmica.** Revista Brasileira de Educação Médica. Vale do Itajaí, v.36, n.4, out 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/19.pdf> > . Acesso em: 03 set. 2013.

COSTA, Livia et al. **A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família em municípios paraibanos.** CoDAS. João Pessoa, vol 25, n 4, jun 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n4/14.pdf> > . Acesso em: 28 nov. 2013.

FARIAS, Andressa *et al.* **Repercussões das estratégias de retirada de hábitos orais deletérios de sucção nas crianças do Programa de Saúde da Família em Olinda –PE.** Revista CEFAC. Olinda, vol 12, n 6, nov/dez 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/11-10.pdf> > . Acesso em: 03 nov. 2013.

FERNANDES, Thaís et al. **Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife.** Revista. CEFAC. Recife, vol 15, n 1, jan/fev 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/15-11.pdf> > . Acesso em: 03 set. 2013.

FIGUEIREDO, João. **Lei n° 6965, de 9 de dezembro de 1981.** 5 f. Diário Oficial da União, Brasília, 1981. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/129429/lei-6965-81>>. Acesso em: 15 dez. 2013

GERBER Viviane, ZAGONEL Ivete. **A ética no ensino superior na área de saúde.** Revista de Bioética, Guarapuava, vol 21, n 1, 2013. Disponível em: < [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/795/869](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/795/869) >. Acesso em: 08 jul. 2013.

GOULART, Bárbara et al. **Fonoaudiologia e Promoção da Saúde: Relato de Experiência baseado em visitas domiciliares.** Revista CEFAC. São Paulo, mar 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/164-09.pdf> >. Acesso em: 01 out. 2013.

MANDRÁ, Patrícia; SILVEIRA, Fernanda. **Satisfação de usuários com um programa de Roda de Conversa em sala de espera.** ACR. Ribeirão Preto, vol 18, n 3, agos 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S231764312013000300008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S231764312013000300008&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 28 nov. 2013.

MEDEIROS, Efigênia et al. **A inserção da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências em Sobral –CE.** Sanare. Sobral, vol 8 n 2, dez 2009. Disponível em: < <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/14> > . Acesso em: 28 out. 2013.

MENDONÇA, Júlia; LEMOS, Stela. **Promoção de saúde e ações fonoaudiológicas em educação infantil.** Revista CEFAC. Belo Horizonte, vol 13, n 6, nov/dez 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/194\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/194_10.pdf) > . Acesso em: 17 set. 2013.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela, et al. **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio a Saúde da Família: Conceitos e Referências.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo, v.15, n.3, jul 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151680342010000300024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151680342010000300024&script=sci_arttext) > . Acesso em: 17 set. 2013.

MOREIRA, Mirna; MOTA, Helena. **Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema único de saúde – SUS.** Revista CEFAC. Rosário do Sul, vol 11, n 3, jul/set 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11n3/a21v11n3> > . Acesso em: 03 nov. 2013.

NASCIMENTO, Débora; OLIVEIRA, Maria. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. O mundo da saúde.** São Paulo, vol 34, n 1, 2010. Disponível em: < [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf) > . Acesso em: 06 set. 2013.

PEREIRA, Ana Lúcia. **O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos. 2004.** 40 f. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

POMPEO, Daniele et al. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.** Acta Paul Enfermagem. São Paulo, vol 22 n 4, agos 2009. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=528150&indexSearch=ID&lang=p> > . Acesso em: 08 jul. 2013.

REIS, Dener et al. **Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009.** Epidemiol. Serv. Saúde. Belo Horizonte, vol 21, n 4, out/dez 2012. Disponível em: < [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742012000400016&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742012000400016&script=sci_arttext) > . Acesso em: 03 set. 2013.

SAMPAIO, Juliana et al. **O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** Campina Grande, vol 16, n 3, 2012. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12572/7870> > . Acesso em: 03 set. 2013.

SANTANA, Maria et al. **Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para a promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. Maceió, vol 15, n 2, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000200017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000200017&script=sci_arttext) > . Acesso em: Acesso em: 28 nov. 2013.

SANTOS, Juliana et al. **Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica.** Revista Soc. Bras. Fonoaudiologia. Belo Horizonte, vol 17, n 3, jul 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151680342012000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151680342012000300016&script=sci_arttext) > . Acesso em: 28 out. 2013.

SILVA, Andréa et al. **Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária no Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. São Paulo, vol 28 n 1, nov 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf> > . Acesso em: 03 set. 2013.

SOUZA, Marcela et al. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, São Paulo, vol 8, n 1, 2010. Disponível em: < [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134Einsteinv8n1\\_p102106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134Einsteinv8n1_p102106_port.pdf) > . Acesso em: 08 jul. 2013.

**APÊNDICE****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>REFERÊNCIA DO ARTIGO:</b>
<b>PROFISSÃO DO AUTOR:</b>
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO:</b>
<b>QUALIFICAÇÃO:</b>
<b>FONTE:</b> ( ) Scielo ( ) Medline ( ) EBSCO ( ) Lilacs
<b>PERIÓDICO:</b>
<b>DELINEAMENTO DO ESTUDO:</b> <b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA:</b>
<b>VARIÁVEL DE INTERESSE:</b> <b>QUAIS SÃO OS RESULTADOS DO ESTUDO NO QUE SE REFERE A MINHA PERGUNTA DA REVISÃO?</b>