



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LIDIANE ALVES GOMES DA SILVA

**REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO,  
BRASIL**

RIO DE JANEIRO

2020

LIDIANE ALVES GOMES DA SILVA

REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE APOIO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisição parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Ferreira Romano

**Área de concentração:** Atenção Primária à Saúde

RIO DE JANEIRO

2020

(FICHA CATALOGÁFICA)

Lidiane Alves Gomes da Silva

REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO NÚCLEO DE APOIO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisição parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em:

Profa.Dra.Valéria Ferreira Romano (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Faculdade de Medicina

Prof. Dr.Roberto Leal  
Hospital Escola São Francisco de Assis/HESFA/UFRJ

Prof. Dr. Bruno Stelet  
Secretaria Estadual de Saúde de Brasília

*Dedico este trabalho*

*A Deus, que sempre foi a minha fortaleza frente às lutas que enfrentei.*

*À minha mãe Neide (in memoriam) por todo seu amor e apoio. Foi a pessoa que mais acreditou em mim. Seu apoio e incentivo quando viva foram essenciais para que eu jamais desistisse dos meus sonhos e projetos.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por todo o seu amor e cuidado. Por nunca ter me deixado fraquejar. Por ter sido a minha coluna e base.

Aos meus pais, mas especialmente à minha mãe, que me motivou a estudar e fazer a diferença na vida.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos por seu apoio e confiança.

À minha orientadora Profa. Dra. Valéria Romano pela confiança, parceria e apoio. Por ter me estimulado a questionar, refletir e a utilizar muito bem as metodologias ativas. Suas palavras de apoio e orientações foram muito importantes. Muito obrigada por tudo!!!

Aos colegas das turmas de mestrado 2017/2019 e 2018/2020 do HESFA pela força, incentivo e pelo carinho com que me acolheram como aluna ouvinte.

Aos meus irmãos na fé em cristo pelo apoio, carinho e orações.

*Invoca-me no dia da tua Angústia;  
eu te livrarei e tu me glorificarás.*

Salmo 50 v.15

## RESUMO

Esta dissertação aborda aspectos da Fonoaudiologia e suas conexões com o cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde através da atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro. Sendo uma pesquisa qualitativa, utiliza a cartografia como metodologia, traçando um olhar específico e singular da autora sobre suas experiências profissionais vividas em um território que é coletivo, relacional, político, ético e que possui um modo próprio de interação. A cartografia implica pesquisar, refletir e acompanhar processos, produzindo conhecimentos a partir da experiência vivida. A dissertação utiliza narrativas como ferramenta, escritas a partir de situações vividas no decorrer das práticas de cuidado, gerando reflexões sobre a maneira como se constroem as relações entre quem cuida e quem é cuidado através da atuação da profissional fonoaudióloga no NASF. Esta investigação não pretende apresentar conclusões advindas de afirmações definitivas, mas convida o leitor a livremente refletir, questionar e analisar as suas próprias afetações a respeito das questões apresentadas; possibilitando, assim, a expansão de pensamentos e reflexões.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; NASF; Cuidado em saúde; Narrativas.

## **ABSTRACT**

This dissertation addresses aspects of Speech Therapy and its connections with care in health in Primary Health Care through work at the Family Health Support Center (NASF) in the city of Rio de Janeiro. As a qualitative research, it uses cartography as a methodology, tracing a specific and singular look from the author about her professional experiences in a territory that is collective, relational, political, ethical and that has its own mode of interaction. Cartography implies researching, reflecting and monitoring processes, producing knowledge from the lived experience. The dissertation uses narrative as a tool, written from situations experienced during the care practices, generating reflections on the way the relationships between who cares and who is cared for is build, through the performance of the speech therapist professional at NASF. This investigation doesn't intend to present conclusions resulting from definitive statements, but it invites the reader to reflect freely, to question and analyze his or her own affects regarding the questions presented; thus, enabling the expansion of thoughts and reflections.

**Keywords:** Speech therapy; NASF; Health care; Narratives.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	ÁREAS DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO	27
QUADRO 2	PONTOS RELEVANTES DO NASF	38
QUADRO 3	AGENDA PADRÃO NASF MEDIANTE OFÍCIO N° 004/2017	42
QUADRO 4	QUANTITATIVO A NÍVEL NACIONAL DE EQUIPES NASF-AB	53
QUADRO 5	NÚMERO DE EQUIPES NASF-AB NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	54

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	NASF MODALIDADE 1 - RIO DE JANEIRO, DEZ. 2018 - NOV. 2019	40
GRÁFICO 2	QUANTITATIVO DE FONOAUDIÓLOGOS ESPECIALISTAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	61
GRÁFICO 3	QUANTITATIVO DE FONOAUDIÓLOGOS ESPECIALISTAS MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	62

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	REDE DE ATENÇÃO NO TERRITÓRIO	70
----------	-------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de saúde  
ACE - Agente de controle de Endemias  
APAE - Associação de Pais e Amigos de Excepcionais  
CAB - Caderno de Atenção Básica  
CFE - Conselho Federal de Educação  
CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia  
CMS - Conselho Municipal de Saúde  
CNRPF - Comissão Nacional de Regulamentação do Profissional Fonoaudiólogo  
CPNASF - Coordenação de Políclínicas e NASF  
eAB - Equipe de Atenção Básica  
EPS - Educação Popular em Saúde  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
MEC - Ministério da Educação  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NASF-AB - Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica  
NSC - Núcleo de Saúde Comunidades  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAPS - Programa de Atenção Primária à Saúde  
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família  
PSE - Programa de Saúde na Escola  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONGs - Organizações Não Governamentais  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
RJ - Rio de Janeiro  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde.  
SSC - Superintendência de Saúde Coletiva  
SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde.  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.  
SUS - Sistema Único de Saúde.  
TEIAS - Territórios Integrados de Atenção à Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFLU - Centro Universitário Fluminense

UNIGRANRIO - Universidade do Grande Rio

UNIRENTOR - Centro Universitario Redentor

UVA - Universidade Veiga de Almeida

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	17
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	26
3.1	A FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL	26
<b>3.1.1</b>	<b>A fonoaudiologia no Rio de Janeiro</b>	29
3.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	30
<b>3.2.1</b>	<b>Reflexões sobre a crise da APS no município do Rio de Janeiro</b>	34
3.3	A TRAJETÓRIA DO NASF	37
<b>3.3.1</b>	<b>NASF no município do Rio de Janeiro</b>	39
3.4	NASF: UMA NOVA ÁREA DE TRABALHO PARA A FONOAUDIOLOGIA	43
3.5	A FONOAUDIOLOGIA NO SUS: ESPERANÇA?	48
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	55
4.1	OBJETIVO GERAL	55
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	56
5.1	NATUREZA DA PESQUISA	56
5.2	TIPO DE ESTUDO	56
5.3	CENÁRIO DA PESQUISA	57
5.4	SUJEITOS DA PESQUISA	57
5.5	INSTRUMENTO DA PESQUISA	57
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	59
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	60
6.1	QUE FONOAUDIOLOGIA ESPERAR?	60
6.2	A FONOAUDIOLOGIA E COORDENAÇÃO DO CUIDADO	63
6.3	FONOAUDIOLOGIA E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	70
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	75
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	76
	<b>ANEXOS</b>	81

ANEXO A	DCN 2002	81
ANEXO B	PNAB 2017	86
ANEXO C	FOLDER CFFa	123

## 1 APRESENTAÇÃO

Minha formação em Fonoaudiologia, realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foi concluída em 2005. Após formada, decidi fazer estágio profissional na área de Audiologia, permanecendo na universidade até 2006. Realizei uma especialização em Motricidade Orofacial com ênfase em ambiente hospitalar, concluída em 2012 pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Nota-se, portanto, que minha atuação fonoaudiológica sempre ocorreu predominantemente em clínicas e hospital devido à minha base acadêmica e à minha prática adquirida. Porém, no ano de 2016, iniciei a atuação na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro. Essa seria minha primeira experiência na atenção primária, apesar de ter tido, muito superficialmente, contato na graduação com o PAPS (Programa de Atenção Primária a Saúde), que foi realizado em uma escola municipal, no bairro do Centro do Rio de Janeiro. Dessa minha nova atuação na APS, surgiu o interesse pelo tema escolhido para este estudo, pois desejava refletir sobre o trabalho da Fonoaudiologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

No entanto, como fonoaudióloga do NASF no município do Rio de Janeiro, encontrei grandes dificuldades para entender meu processo de trabalho dentro do contexto da atenção básica e inserir os meus conhecimentos de fonoaudiologia de forma diferente do modelo clínico individual que aprendi durante a faculdade e minha prática clínica até então. Exercer práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde fonoaudiológica com a população foi um grande desafio, transformado aqui em dissertação de um mestrado profissional, onde o mundo do trabalho deve ser problematizado e trazido à reflexão.

Apesar dos inúmeros desafios, viver uma experiência nova me encantava e estimulava a recriar o meu trabalho na fonoaudiologia através dos conhecimentos e experiências adquiridas e, agora, interligadas com os conhecimentos e experiências da atenção primária à saúde. Minha atuação no NASF ocorreu por meio de interconsultas, visitas domiciliares, participação nas reuniões de equipe e com ação de educação em saúde na temática da saúde auditiva na escola. Tudo isso era novo para mim. Nunca havia realizado atendimento em conjunto com assistente social, nutricionista, psicólogo, sobretudo em áreas vulneráveis. Foi nessa prática que pude de fato estabelecer relações diretas entre a condição social, a prática do cuidado, a população vulnerável e minha prática na fonoaudiologia, especialmente na atenção primária.

No entanto, tive uma saída prematura do NASF devido à não renovação do meu contrato e, então, vieram a inquietude e os questionamentos quanto ao desenvolvimento das práticas dos profissionais fonoaudiólogos nas equipes NASF e na APS.

Comecei a me fazer novas perguntas: como se relaciona o trabalho do profissional fonoaudiólogo com o apoio matricial, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o cuidado em saúde?

Este estudo pretende produzir reflexões por meio de narrativas com base na minha vivência no NASF com a intenção de ampliar o pensamento sobre a atuação profissional do fonoaudiólogo na atenção primária à saúde.

## 2 INTRODUÇÃO

*“Ao chegar na Clínica da Família, identifiquei-me na recepção e fui levada por uma agente comunitária de saúde até a sala onde estavam reunidas as minhas futuras colegas de equipe. Fui bem recebida por elas, que se mostravam contentes por contarem com uma fono na equipe.*

*Conversando comigo, orientaram-me a ler os Cadernos de Atenção Básica números 27 e 39 para me ajudar na prática do trabalho, quando uma colega de equipe me convidou a participar de uma interconsulta e me ensinou a mexer no prontuário. Eu não havia realizado o curso introdutório e, portanto, desconhecia o processo de trabalho que se iniciava.*

*O sentimento que me tomava era o de apreensão... Notava-me perdida diante de novas referências, diante da forma completamente diferente de trabalho que se apresentava... Tive muito medo de errar... Resolvi, então, partir para uma teorização mais consistente sobre a atenção primária, fonoaudiologia no núcleo de apoio à saúde da família... Precisava adquirir mais segurança... Teórica e prática...”<sup>1</sup>*

Diante das particularidades do trabalho da fonoaudiologia dentro de um determinado contexto, seja a atenção primária à saúde e, mais especificamente, dentro do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), senti, então, a necessidade de tentar compreender as leis, portarias e documentos envolvidos nessa dinâmica de trabalho.

Iniciei lendo a portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011), que realizou a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, permitindo a organização da Atenção Básica na valorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011). Anos depois, em 2017, surgiu uma nova portaria redefinindo o trabalho da Atenção Básica ou Atenção Primária (consideradas sinônimas no Brasil). Tratava-se da portaria nº 2.436, que aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), estabelecendo uma revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observei que a PNAB 2017, art. incisos 1 e 2, definia o escopo da Atenção Primária no Brasil:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação,

---

<sup>1</sup> Lembro que as narrativas são baseadas na realidade, não expressando o fato em si, mas representando o meu olhar sobre essa realidade, com um toque de imaginação e criatividade, como cabe à Narrativa proceder.

redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.1 A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.2 A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (BRASIL, 2017, p.1)

Assim, pude compreender melhor como a Estratégia Saúde da Família reorganizava a atenção básica: ampliando o entendimento sobre o processo saúde-doença com base nos atendimentos interdisciplinares, nos quais os indivíduos e sua inserção na família e comunidade eram considerados.

Na época em que trabalhava no NASF, existia uma tipologia sobre o mesmo que, com a nova PNAB (2017), ficou da seguinte forma:

1-Equipe de Saúde da Família (eSF). Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população... (BRASIL, 2017.)

Mas ainda havia dificuldade para compreender... E continuava a me perguntar: como o profissional fonoaudiólogo efetivamente participaria da atenção básica? Qual a sua função na equipe do NASF?

A pesquisa foi me respondendo que a atuação do fonoaudiólogo na atenção básica se situava entre o campo clínico e o campo social, cumprindo um papel importante na rede de cuidados à saúde. Sendo assim, o trabalho abrange equipes interdisciplinares e multiprofissional, criação de dispositivos terapêuticos, articulando ações tanto individuais quanto coletivas, cujo objetivo seria tratar e monitorar os processos de adoecimento e a participação social (FERNANDES et al, 2011).

Assim, reestruturava-me como uma profissional fonoaudióloga que atuava dentro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em conjunto com os demais profissionais, buscando a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários e, também, no campo social, de forma complementar à ESF (Estratégia Saúde da Família), contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Comecei a entender os processos de consolidação do NASF, já que sua implantação – instituída pela portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008) que, recentemente, havia ganho pela PNAB 2017 a nomenclatura de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) – constituiu-se como um importante avanço no SUS. Também pude compreender pela PNAB, que Atenção Primária a Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) seriam sinônimos.

A atenção primária à saúde, antes restrita aos cuidados dos profissionais das equipes de saúde da família, incorporou outras categorias profissionais, assim os NASFs, segundo a portaria GM nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011), foram criados para ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade (CFFa, 2015). Fui compreendendo que a composição das equipes NASFs deveria ser definida pelos gestores municipais, priorizando as necessidades do território e a disponibilidade de profissionais. Os profissionais do NASF deveriam atuar em conjunto com as equipes de saúde da família (eSF), oferecendo apoio matricial, dando suporte técnico-pedagógico e, em casos necessários, realizar atuações específicas (atendimento individualizado).

Mas o que seria o apoio matricial? O apoio matricial (ou matriciamento) é uma técnica de gestão que se complementa com o processo de trabalho organizado, dando suporte às equipes de referência. As equipes de saúde da família são as equipes de referência de um determinado território, ou seja, são responsáveis pela coordenação do cuidado das pessoas que residem nesse território. As equipes constituem um arranjo em que a responsabilidade não está focada somente

em atividades e procedimentos, mas, sim, em pessoas – e isso, para mim, foi uma grande descoberta.

O matriciamento produz um suporte assistencial, ou seja, produz ação clínica direta com os usuários, assim como um suporte técnico-pedagógico que promove uma ação de apoio educativo com e para a equipe de saúde da família e para a própria equipe do NASF (CAMPOS, 2007). No entanto, sabe-se que, de acordo com o código de ética do Conselho Federal de Fonoaudiologia, Art.7º, incisos II e XII, “permitir que pessoas não habilitadas realizem práticas fonoaudiológicas” e “ensinar procedimentos próprios da Fonoaudiologia que visem à formação profissional de outrem que não seja acadêmico ou profissional de Fonoaudiologia” (CFFa, 2019) são infrações éticas, podendo o profissional ser punido. Logo, encontrei-me diante de um fator limitante para a realização do apoio matricial, mas entendi que isso não me impediria de realizar o apoio matricial de outras formas – como, por exemplo, no incentivo à amamentação, reconhecendo ambientes desfavoráveis para a aprendizagem e trabalhando com desenvolvimento global infantil.No entanto, fui pesquisar e questionar junto ao Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) sobre o matriciamento para o profissional fonoaudiólogo em que me relataram através do email institucional que o matriciamento embora se utilize do termo técnico pedagógico, não se trata de um programa de estágio ou supervisão, mas de um compartilhamento entre equipes, nesse sentido a atuação da Fonoaudiologia ao se inserir na APS junto a equipe multidisciplinar, o profissional pode realizar atividades como o diagnóstico situacional e institucional, o acolhimento, as visitas domiciliares, os atendimentos individualmente e/ou em grupos, ações de educação em saúde, atuação de campanhas de saúde, educação permanente das equipes, entre outras.Segundo o CFFa, o matriciamento para o profissional fonoaudiólogo é um mecanismo potente para a sua atuação nas práticas coletivas.Sendo assim, pude perceber que devido as poucas publicações sobre o assunto pode ocorrer interpretações equivocadas.Mas, por meio da pesquisa pude esclarecer.

Segundo a PNAB 2011, o NASF daria suporte assistencial e técnico-pedagógico visando também à resolutividade dos casos. Pesquisando e lendo a PNAB 2017, além da nova nomenclatura NASF-AB, percebi que havia retrocessos no que se referia ao suporte dado, já que, no NASF-AB, o suporte não seria ofertado somente às equipes de saúde da família, mas também para as equipes de atenção básica (eAB).

O NASF, na sua criação em 2008, tinha por objetivo ampliar a capacidade de cuidado na AB na lógica do apoio matricial. Apesar de a PNAB 2017 não trazer mudanças quanto às categorias profissionais do NASF e à sua carga horária, a nova nomenclatura, contudo, parece anunciar outra concepção do trabalho, podendo perder a função de apoio pela possibilidade de

cobrir também as unidades básicas tradicionais, podendo ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento. Se já é desafiador até mesmo nas eSF, provavelmente se enfrentará dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com esse tipo de UBS – isso levando-se em consideração o regime de cargas horárias prevista, bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF (MELO EA et al, 2018).

Comecei a questionar o meu lugar de fonoaudióloga e precisei pontuar para mim mesma que a fonoaudiologia é uma área importante para a manutenção da saúde e da qualidade de vida, uma vez que a comunicação transpõe as relações humanas e possibilita realizar a participação social; que eu, como profissional fonoaudióloga, posso atuar nas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde nos diversos aspectos da comunicação humana: linguagem expressiva (oral e escrita) e compreensiva como também nas áreas de voz, audição, sistema miofuncional orofacial, deglutição, contribuindo, assim, para a integralidade do cuidado baseado no acolhimento e no vínculo.

Sabia que, no processo de implantação do NASF, várias etapas deveriam ser vivenciadas, dentre elas a realização do mapeamento das áreas de atuação para se obter informações sociodemográficas e epidemiológicas. Perguntava-me se seria meu papel realizar tal atribuição. Logo percebi que sim, que cabe ao profissional fonoaudiólogo fazer o diagnóstico do território para a identificação das necessidades e particularidades de cada área e população. Sendo essa ação estruturadora do processo de trabalho na saúde coletiva, as ações de promoção e prevenção deveriam ser planejadas frente às necessidades e indicadores sociais da comunidade.

Mas, antes disto, senti a necessidade de dar contexto sobre as atribuições da fonoaudiologia, uma vez que poucos profissionais, especialmente os da saúde, a conhecem na prática. A fonoaudiologia é uma profissão recente, criada em 09 de dezembro de 1981, com produção científica incipiente no que se refere à atenção básica, especialmente no município do Rio de Janeiro. Pesquisas no campo da Atenção Primária à Saúde ainda são escassas e isso me estimulou a iniciar uma pesquisa de mestrado. Sabia que iniciava uma vivência que poderia fortalecer a atuação da fonoaudiologia, especialmente por ter atuado no NASF. Procurava por situações sensíveis de serem manejadas na APS, situações permeáveis a discussões com as equipes de ESF e oportunas para os atendimentos compartilhados.

Também com essa finalidade decidi escrever esta dissertação a partir de narrativas, o que reflete um desejo de dialogar antes comigo mesma e, depois, com você, leitor, sobre a atuação da fonoaudiologia por meio da minha vivência na atenção primária. Desejava encontrar um tom menos descritivo ou depoente e mais motivador na direção de novos olhares sobre uma

profissão ainda nova na APS do município do Rio de Janeiro. Fui tateando para encontrar caminhos que expressassem o vivenciado.

*“As minhas colegas de equipe me relataram que tinham conseguido realizar uma ação na escola próxima à clínica e que os alunos haviam gostado. Aquilo me encheu de esperança... Atuar numa escola, realizar educação em saúde, trabalhar questões tão caras à fonoaudiologia! Emocionava-me pela perspectiva, pelas possibilidades que via surgirem.. Perguntaram-me se eu queria também desenvolver um trabalho na escola... Sim, certamente – respondi prontamente. Com minha resposta positiva, fomos juntas até a escola e marcamos com a coordenadora pedagógica um horário para meu encontro com os estudantes do ensino médio. Estava muito ansiosa!*

*No dia e horário marcados, compareci com minha colega de equipe e iniciei uma conversa com os estudantes sobre a saúde auditiva. Comecei assim, meio tímida, tentando encontrar as palavras, o jeito, a postura ideal para falar com eles. Respirei... E fui ficando à vontade...Já não queria apressar as palavras que saíam agora com densidade... Mas foi mesmo diante das primeiras iniciativas deles de participação que percebi o quanto o tema foi propício... Problematizamos o uso do fone de ouvido em volumes altíssimos e eles foram se identificando com o tema. Curiosos, como devem ser os adolescentes, queriam saber além; faziam perguntas sobre como era fazer uma faculdade e como era a faculdade de fonoaudiologia; estabeleciam-se, dessa forma, outras trocas entre nós...Eram jovens com esperança.... Ficaram preocupados quando souberam que a perda auditiva é irreversível em alguns casos e promessas de diminuir o volume dos fones foram feitas...Havíamos conseguido chegar ao nosso objetivo: fizemos promoção e prevenção em saúde! Já não me percebia tão distante da atenção primária.*

O trabalho em equipe era outro desafio. Foi um sentimento de pertencimento o que mais me marcou na construção da ideia de um trabalho em equipe; foi o sentimento de pertencimento enquanto percepção positiva sobre o trabalho em equipe que me fez compreender o que os textos, os artigos e a teorização diziam sobre o tema. Através da interação com a minha equipe, aos poucos fui resignificando o que era ser fonoaudióloga naquele espaço, entendendo melhor

o meu papel na atenção primária. Foi porque me senti inserida que pude compreender melhor a lógica do meu processo de trabalho.

*Era dezembro e também o último encontro do ano do grupo de artesanato na clínica quando fui apresentada a elas (na sua maioria senhoras idosas) pela primeira vez. Elas me olhavam com curiosidade e eu retribuía olhares e sentimentos... Queria empatia, queria proximidade, mas sem querer interromper processos iniciados previamente, ouvi com atenção a proposta da equipe NASF elaborada juntamente com as agentes comunitárias de saúde: - Vamos montar “porta panetones” para o Natal? – Vamos!*

*Elas trouxeram potes de sorvete e nós doamos todo o material. Durante o processo de criação do “porta panetone”, fui me aproximando... Assim, devagar... Ríamos juntas das histórias de vida contadas e, dessa maneira, fui interagindo com todas elas. Nunca montei um “porta panetone”, nunca fui muito boa para artesanato (risos), mas achei que esse seria apenas um motivo para tentarmos nos conhecer... Trocar... Singularizar.*

*Ainda me sentia insegura no grupo... Tentava parecer o contrário; mas, de novo, eram só defesas para esconder minhas dúvidas sobre se aquele seria o melhor caminho. Dialogava com meus conhecimentos prévios na fonoaudiologia e só conseguia pensar que pouco sabia sobre o manejo de um grupo... Aquela era uma situação bem nova para mim! Mas foi assim, entre uma risada, um sorriso, um partilhar de tesoura, de cola, de ideias sobre o artesanato, que fui me apresentando como fonoaudióloga. Através da nossa interação, surgiu um assunto que tinha ligação com a mastigação. Pensei: esse é o momento de atuar! Fui falando como uma dentadura não ajustada pode afetar no processo da mastigação, trazendo consequências como engasgo e má digestão com refluxo. Espantadas, elas foram fazendo várias perguntas...*

*Respondia e interagia... Construía sentidos amplos sobre o que é ser fonoaudióloga na atenção primária, sentidos nunca antes problematizados na minha formação... Reinventava-me e aprendia através do fazer e não do pensar sobre o fazer!*

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL

Refletir sobre o trabalho da fonoaudiologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro sempre foi meu objetivo maior neste estudo, não apenas por ser uma etapa certificadora de um mestrado, mas principalmente devido às afetações que me causaram a prática da fonoaudiologia na atenção primária.

Ao revisitar a história da prática fonoaudiológica no Brasil, delimitarei compreensões. Até meados da década de 40, a fonoaudiologia era impregnada pelos ideais higienistas, pela constituição da Escola Nova e pela necessidade de consolidação da língua nacional – o português (BRASIL et al, 2019). Nessa época, consideravam-se alterações (“doenças”) a ser tratadas nas escolas: os sotaques, as variações de dialeto, as dificuldades de fala e de linguagem reconhecidas individualmente. Mediante isso, nasce o trabalho de profissionais denominados na época de logopedistas ou ortofonistas para o tratamento dessas alterações da fala (BRASIL et al, 2019). Sendo assim, a atuação do fonoaudiólogo era inicialmente realizada nas escolas com suporte de pedagogos ou educadores especiais. Também havia outra linha de trabalho fonoaudiológico, construída com apoio de médicos otorrinolaringologistas, que era pautada pela realização de exames audiológicos (BRASIL et al, 2019).

Como podemos perceber, a profissão fonoaudiólogo nasceu do empirismo e da interdisciplinaridade. Ela era tida como uma atuação profissional da área da saúde mesclada às práticas pedagógicas no ambiente escolar que, mediante o contexto da época, tinha como objetivo unificar a língua do país e padronizá-la; era uma profissão considerada paramédica, pertencente à área da saúde, mas com inserção na área da educação devido ao trabalho desenvolvido em relação à linguagem dos sujeitos (BRASIL et al, 2019).

Os primeiros cursos de Fonoaudiologia foram de nível técnico e surgiram na década de 1960. Houve movimento para o reconhecimento desses cursos como de nível superior, com a duração plena e titulação de bacharel com direito à pós-graduação, mestrado e doutorado, mas essa proposta sofreu grande pressão por parte do governo, que lançava o Projeto 15 do Conselho Federal de Educação (CFE) para a formação de tecnólogos de curta duração.

Dessa maneira, o primeiro curso de graduação em Fonoaudiologia somente teve início em 1971, na Universidade Federal de Santa Maria, com funcionamento a partir de 1972, tendo o reconhecimento desse curso pelo MEC sido realizado em 1975 (BRASIL et al, 2019).

Com o reconhecimento do curso de graduação, os profissionais se uniram e iniciaram um movimento interestadual visando estudar os projetos de lei existentes para o reconhecimento da profissão. Em novembro de 1979, em Brasília, foi elaborado um documento básico para ser enviado aos deputados e senadores descrevendo o perfil do profissional fonoaudiólogo. O projeto de lei de nº 2.387/79, de autoria do deputado federal Pedro Faria, foi reapresentado já utilizando o perfil elaborado pelo grupo. Esse projeto atendia integralmente aos desejos profissionais com as emendas sugeridas (CARACIKI et al, 2004)

Ocorreu em dezembro de 1979, na Praça Pio X, no Rio de Janeiro, a realização da reunião onde surgiu a Comissão Nacional para a Regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, que recebeu a sigla CNRPF. Estavam presentes a Associação Brasileira de Fonoaudiologia, a Associação de fonoaudiologia do Rio de Janeiro, a Associação Sul-Riograndense de Fonoaudiologia, a Sociedade Brasileira de Logopedia e grupos dos estados do Paraná, Santa Catarina, Pernambuco e Minas Gerais. Ao término, foi aprovado o regime interno.

Mas foi em 9 de dezembro de 1981 que se aprovou a tão desejada regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, obtida pela lei de nº 6.965, de autoria do deputado federal Pedro Faria. Esse dia foi oficializado como o Dia do Fonoaudiólogo (CARACIKI et al, 2004).

Em 31 de maio de 1982, a lei nº 6.965 passou a vigorar em todo território nacional através da assinatura do presidente da república João Baptista de Figueiredo. Já o Conselho Federal foi criado em 1983, em Brasília (CARACIKI et al, 2004).

A área acadêmica seguiu se desenvolvendo, sendo criados diversos cursos pelo Brasil, ampliando seu reconhecimento e o crescimento acadêmico no país. Já no campo científico, a Fonoaudiologia foi criada por meio de lutas – científicas e políticas – estabelecidas nas áreas de educação e saúde (BRASIL et al, 2019), fazendo jus às suas origens.

Tem-se conhecimento no momento de que há mais de 40 mil fonoaudiólogos no Brasil, atuando em 11 diferentes especialidades (vide quadro 1), mediante dados do Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa (BRASIL et al, 2019).

#### QUADRO 1 - ÁREAS DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO

Área	Principais ações
LINGUAGEM	“Estudo, pesquisa, promoção, prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de transtornos da linguagem oral e escrita”.

VOZ	Estudo e pesquisa da voz, promoção da saúde vocal, avaliação e aperfeiçoamento da voz; assim como a prevenção, o diagnóstico o tratamento das alterações vocais, quer sejam na modalidade de voz falada como voz cantada.
AUDIOLOGIA	Promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação da função auditiva e vestibular.
SAÚDE COLETIVA	“Construção de estratégias de planejamento e gestão em saúde, no campo fonoaudiológico, com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais”.
DISFAGIA	“Prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação funcional da deglutição e gerenciamento dos distúrbios de deglutição”.
MOTRICIDADE OROFACIAL	“Estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical: sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala”.
FONOAUDIOLOGIA EDUCACIONAL	“Colaborar no processo de ensino-aprendizagem por meio de programas educacionais de aprimoramento das situações de comunicação oral e escrita, reduzindo os problemas de aprendizagem”.
NEUROPSICOLOGIA	“Promoção dos aspectos ligados à saúde, prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação e gerenciamento de distúrbios cognitivos afetam os processamentos linguístico (oral, escrito e gestual),além dos processamentos auditivo e visual, vocal e sensório motor oral”.

FONOAUDIOLOGIA DO TRABALHO	“Promoção da saúde do trabalhador com prevenção, avaliação, diagnóstico e habilitação/reabilitação dos distúrbios relacionados à audição, fala, linguagem, motricidade orofacial e voz”.
GERONTOLOGIA	“Promoção da saúde do idoso, prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/ reabilitação dos distúrbios relacionados à audição, fala, linguagem, motricidade orofacial e voz”.
NEUROFUNCIONAL	“Promoção da saúde, prevenção e diagnóstico, habilitação e reabilitação fonoaudiológicos das alterações neurofuncionais.”

Fonte: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2015.

### 3.1.1 A fonoaudiologia no Rio de Janeiro

Pensei ser pertinente dar a ver como se estruturou a fonoaudiologia no Rio de Janeiro na expectativa de aproximar você, leitor, sobre os caminhos históricos pelos quais passou a minha área.

As primeiras instituições que visavam à formação acadêmica na Fonoaudiologia foram: a Secretaria Estadual de Educação e Cultura, o Centro de Terapia da Palavra, a Sociedade Pestalozzi do Brasil, a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro e o Hospital Escola São Francisco de Assis. Outros cursos foram surgindo, alcançando um total de onze instituições (CARACIKI et al, 2004). Existem no Rio de Janeiro, atualmente, somente cinco instituições, sendo três privadas e duas públicas: a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Veiga de Almeida (UVA), o Centro Universitário Redentor (UNIRENTOR) e o Centro Universitário Fluminense (UNIFLU) (CREFONO 1, 2020).

As profissionais pioneiras foram Cinira Menezes e Wanda Papaléo, do Instituto de Pesquisas Educacionais; Lucia Bentes e Ruth Pereira, da Sociedade Pestalozzi do Brasil; Eunice Pourchet, do Instituto Técnico de Educação; e Abigail Muniz Caraciki, do Centro de Observação e Ajustamento para Terapia da Palavra e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) (CARACIKI et al, 2004), dentre outras. Eram profissionais de diferentes

formações que exerciam a função em instituições públicas, conveniadas ou particulares, que recebia muitas nomenclaturas: ortofonia, terapia da linguagem, terapia da palavra, logopedia.

Muitos eventos ocorreram divulgando a classe, como o I Simpósio de Terapia da Palavra, quando foi fundada a Sociedade Brasileira de Terapia da Palavra. Contudo, o maior deles, e que atraiu a atenção de todos, inclusive das autoridades, foi o I Congresso Brasileiro de Terapia da Palavra, realizado no Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro (MAM Rio).

Os profissionais do Estado participaram ativamente da regularização da profissão, atuando em um movimento interestadual com o objetivo de elaborar um documento básico a ser enviado aos deputados e senadores descrevendo o perfil do profissional fonoaudiólogo. Do Rio de Janeiro, participaram desse movimento representantes da Sociedade Brasileira de Logopedia, da Associação dos Fonoaudiólogos do Rio de Janeiro (que estava em formação) e da Sociedade de Ensino Superior do Rio de Janeiro (curso de formação). Esses profissionais também participaram do evento na Praça Pio X, já citado anteriormente, onde foi realizada a reunião que deu origem à Comissão Nacional para a Regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo (CNRPF).

Em 7 de março de 1986, foi criado o Conselho Regional de Fonoaudiologia do Rio de Janeiro. Outro evento a ser destacado foi o enquadramento dos fonoaudiólogos dentro do plano de cargos e vencimentos no município do Rio de Janeiro, por meio do decreto assinado pelo prefeito Saturnino Braga. Foram 201 servidores beneficiados, pois vinham exercendo a profissão sem a existência de um cargo na administração pública municipal (CARACIKI et al, 2004).

Com o crescimento da profissão, houve, conseqüentemente, a ampliação do mercado de trabalho, levando a profissão para novos rumos. Os mesmos rumos que me mostraram a expansão das novas áreas de trabalho.

### 3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Programa de Saúde da Família (PSF) do município do Rio de Janeiro teve o seu primeiro projeto implantado em 1995 na Ilha de Paquetá, ocorrendo expansão no ano de 1999 para as comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande). Mas foi no ano 2000 que houve um impulso ainda maior com a ampliação discreta do PSF para as comunidades

de Antares em Santa Cruz, Parque João Goulart e Mandela, respectivamente, Manguinhos e Curicica. Também, paralelamente, ocorreu a instalação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a ampliação das áreas de atuação para as comunidades do Complexo da Mangueira, Complexo de São Carlos, Complexo do Turano e Tijuquinha (Alto da Boa Vista), Vila Vintém (Padre Miguel), D. Jaime Câmara (Realengo), Parques João Wesley e Esperança, Woodrow Pimentel em Campo Grande.

A Secretaria Municipal de Saúde decidiu, em 1999, ampliar a cobertura através dos novos modelos de assistência, reorientando o modelo ambulatorial tradicional no sentido de ampliar as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Sendo assim, a secretaria cria o Núcleo de Saúde da Comunidade (NSC) ligado diretamente à Superintendência de Saúde Coletiva (SSC). O objetivo principal do núcleo era a expansão no município do PACS e do PSF, oferecendo serviços de atenção primária à saúde acessíveis à população com foco nas atividades comunitárias de educação, promoção à saúde e de articulação intersetorial, sendo esta a porta de entrada do SUS, de forma hierárquica e ligada a um sistema de referência efetivo, estreitando as relações entre a comunidade e os serviços de saúde (CAZELLI, 2003).

Mediante a complexidade da expansão, a secretaria municipal de saúde também cria, no ano 2000, a Coordenação de Saúde das Comunidades (CSC). O processo de regularização dos programas (PACS/PSF) só ocorreu após a sua criação. Também foi observado que, a partir de 2001, foram adicionadas poucas equipes de Saúde da Família (eSF) – como, por exemplo, a do Vilar Carioca (Campo grande) e também a do PSF Lapa, que teve início em 2002 em uma parceria com a Universidade Estácio de Sá. Também vale lembrar que, em 2001, houve perda de equipe na transformação do PSF Paquetá que era o projeto piloto do PSF no município do Rio de Janeiro para o PACS.

Enquanto o PSF não avançava, em contrapartida, houve um aumento mais intenso no PACS. Houve ampliação das áreas de atuação, pois, além de Paquetá, foram iniciados em 2001 os PACS: Caricó, na Penha; Colégio, na Vila São Jorge; Costa Barros, na Fazenda Botafogo; e, por fim, Manguariba, ocorrendo até março de 2003. Nessa época, para a CSC, a escolha dessas primeiras comunidades foi baseada principalmente nos aspectos facilitadores como, por exemplo, já ter tido trabalho anterior de saúde comunitária, como também estrutura física e facilidade de acesso.

Vale ressaltar que os serviços municipais de saúde eram oferecidos sem estudos prévios das demandas da população, sejam eles epidemiológicos, demográficos ou socioeconômicos, ocorrendo uma concentração de atendimento em determinados bairros, como Centro e Zona Sul; logo, havia áreas sem assistência. Assim, a prática sanitária vigente enfatizava mais a

assistência médica, ainda centrada no modelo biomédico tendo como objetivo tratar apenas a doença (CAZELLI, 2003).

Nesse período, o Ministério da Saúde sugere o Programa Saúde da Família como o impulsionador da organização da demanda e o incrementador da mudança da prática sanitária.

Mesmo com a diretriz do Ministério da Saúde (1994), que relata a implementação de um novo modelo de atenção à saúde, com mudança da prática sanitária, esse novo modelo entrou como complemento ao modelo de atenção básica existente naquele momento no município do Rio de Janeiro. Nesse novo modelo, as outras profissões relacionadas com a saúde, tais como nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e profissionais de terapias alternativas, que já atendiam sua demanda específica, também seriam inseridos. As atuações das demais profissões no campo da saúde iriam qualificar a atenção básica. Tem-se conhecimento que a odontologia já vinha atuando oficialmente pelo Ministério da Saúde no PSF desde 2001.

Como já foi dito anteriormente, o objetivo dos programas (PSF/PACS) era atingir a população da área, sendo a principal porta de entrada do SUS de forma hierarquizada e integrada às unidades de alta complexidade com atendimento de boa qualidade, enfatizando atividades comunitárias de educação e promoção da saúde. Através desses programas, haveria a formação de vínculos, humanizando assim o atendimento (CAZELLI, 2003).

As ações adotadas na época visavam ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de um programa que colocava em questão novas lógicas de funcionamento dos serviços de saúde. Os aspectos discutidos foram: seleção e capacitação de recursos humanos, organização de serviço, referência e contrarreferência, supervisão e relação com as organizações parceiras conveniadas, dentre outras.

Quanto aos recursos financeiros, o município também contava com o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) para grandes metrópoles. Esse projeto era uma parceria entre o Banco Mundial e o MS. O PROESF era uma iniciativa do MS apoiada pelo Banco Mundial-BIRD voltada ao fortalecimento da atenção básica à saúde; seu objetivo era contribuir para a implantação e consolidação da estratégia de saúde da família e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços. Cabia às secretarias estaduais e municipais de todo o país a responsabilidade na implantação das ações de recursos humanos, monitoramento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

À época, a contratação de pessoal ocorria por meio de convênios com organizações não governamentais (ONGs), cooperativas de saúde, dentre outros. Apesar da precariedade dos

convênios existentes, eles foram fundamentais para a implementação do PSF naquele momento (CAZELLI, 2003).

Os treinamentos para o PSF eram realizados no polo da UERJ, sendo o primeiro para as equipes das coordenações das áreas programáticas (CAP) e algumas pessoas dos programas de saúde. Esse treinamento foi o verdadeiro início do processo de implementação do PSF do Rio de Janeiro. O curso introdutório era realizado pelo polo da UERJ em parceria com a SMS. A participação da SMS era importante enquanto apresentadora da rede do município do Rio de Janeiro (CAZELLI, 2003). No ano de 2002, houve a primeira oficina de processo de trabalho em saúde da família, o que deu início à qualificação dos profissionais.

O município, no entanto, mesmo com as medidas de expansão adotadas anteriormente, apresentou dificuldades, o que é demonstrado pelo percentual de cobertura da ESF no ano de 2009, de apenas de 4%. Esse cenário modifica-se a partir de 2009, quando o governo municipal propõe um novo modelo de gestão em saúde em parceria com organizações sociais (OS) para a gestão da atenção básica e o lançamento do Programa Saúde Presente, que elegeu a ESF como o modelo a ser adotado para a expansão e reforma da APS na cidade (JESUS et al, 2015). O PSF deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial, e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde na tentativa de reorganizar a APS e consolidar os princípios do SUS. O MS promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrangia, em documento de 1997.

Seria importante também registrar a importância do Programa Saúde Presente, por meio da organização de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), que instituiu um modelo de organização de redes de atenção à saúde adequado ao processo de consolidação do SUS. O programa visava à implantação das clínicas da família, vinculando os serviços de referência até o nível de alta complexidade e tendo, entre outras metas, a de reduzir a morbimortalidade de crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil. Nessa ampliação do número de clínicas da família, foram priorizadas as regiões das áreas programáticas (AP) AP 3 e AP 5.

A conversão do modelo assistencial tradicional para equipe de saúde da família é parte da reforma da AB no município, que passou pelo processo de reorganização da rede, ganhando evidência entre os anos de 2008 a 2013. Nesse período, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso à saúde, com a ampliação de 3,5% para 41% de cobertura da saúde da família. Mais de 800 equipes foram implantadas e foram inauguradas 71 novas clínicas da família, ampliando a rede de saúde de 100 para 194 unidades (SIMÕES et al, 2016).

A expansão da AB no município a partir do ESF tinha como meta cobrir áreas de maior necessidade. Sendo assim, à época, a secretaria municipal de saúde realizou estudos e utilizou

o índice de desenvolvimento social (IDS) como indicador, e não a diretriz da lei orgânica do SUS, o princípio da equidade. Mas sabemos que a equidade é um desafio devido aos problemas de desigualdades socioeconômicas, demográficas e de acesso à saúde (SIMÕES et al, 2016).

O percentual de equipes completas para o município chegou a 70% no período de agosto a dezembro de 2010 (SIMÕES et al, 2016), mas foi no ano de 2012 o ápice da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, o que se manteve até 2016.

Atualmente, o cenário é outro. Com uma gestão municipal que não prioriza a atenção básica, estudos recentes vêm evidenciando o aumento no número de mortes por internação hospitalar, já que doenças que poderiam ser prevenidas com ações de promoção não ocorrem e o tratamento adequado não tem continuidade. O que vemos é a precarização das Clínicas da família, vários profissionais demitidos ou pedindo demissão por se sentirem sobrecarregados com salários atrasados e também com mudança dos contratos com as OSs que oferecem baixos salários. Infelizmente, o cenário atual é de desmonte da atenção primária à saúde no município. A cobertura da ESF, que alcançou 70% em 2016, chegou a 53% em 2019 (SEARA, 2019). De acordo com os dados coletados pelo site e-Gestor Atenção Básica (BRASIL, 2020), no município do Rio de Janeiro, até julho de 2020, a cobertura da ESF era de 40,50%, com número de eSF equivalente 126, ESF com cobertura de 789 equipes e cobertura na AB de 47,34%. O que gera tristeza e indignação após avanços terem ocorridos na equidade de acesso à saúde pela população.

### **3.2.1 Reflexões sobre a crise da APS no município do Rio de Janeiro**

Com a minha saída do NASF, não passei pela crise na APS como profissional, mas como cidadã e como aluna de mestrado, o que me instigou a ler e refletir sobre o assunto.

A saúde no Brasil apresenta baixos investimentos no setor público em comparação com as demais áreas do governo (em torno de R\$ 3,48/dia per capita). Isso também não é muito diferente a nível municipal – em 2017, o município do Rio de Janeiro investiu somente cerca de R\$ 3,31/dia per capita. A área mais afetada foi a atenção primária, mesmo sabendo-se que a APS tem um papel importante (essencial) na organização dos sistemas universais de saúde, principalmente com relação à melhoria do acesso, à resolutividade, às ações abrangentes e à relação custo-efetividade (MELO et al, 2019).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), nunca é demais lembrar, é a principal modalidade de organização da APS no Brasil, sendo reconhecida inclusive internacionalmente. Ela contribuiu para melhorar indicadores de saúde como o acesso, a mortalidade infantil, a taxa de

mortalidade por AVC e as internações por condições sensíveis à atenção primária (MELO et al, 2019).

No município do Rio de Janeiro, houve sempre uma predominância do modelo hospitalar, assim como de centros de saúde em seu formato tradicional. Como já relatado anteriormente, em 2009 a gestão empossada e reeleita em 2012 priorizou a expansão, mesmo que tardia, da ESF. Não podemos nos esquecer que no município do RJ haveria eventos importantes como a Copa do Mundo, que ocorreu em 2014, e as olimpíadas de 2016. Logo, houve investimentos nesse período na APS.

Em 2017, o novo governo municipal apontava continuidades e novas prioridades na saúde e, dentre elas, a criação de centros de especialidades. No final de 2017, havia ainda 1251 eSF implantadas e o plano municipal de saúde de 2018-2022 tinha previsão de ampliar o número de eSF em territórios com maior vulnerabilidade. No entanto, não foi o que ocorreu. Entre 2017 e 2018, os gestores anunciaram um déficit no orçamento municipal. Conseqüentemente, em 2018, passaram a acontecer atrasos nos pagamentos de salários dos profissionais dos serviços gerenciados por OSs, demissões de agentes comunitários de saúde (ACS) e reduções no horário de funcionamento das unidades. O que impactou no acesso, pois ocorreu a saída de profissionais (boa parte médicos) da APS municipal para a rede privada (e para outros municípios/estados) e houve uma diminuição de profissionais interessados em atuar na APS. Nesse período destaca-se um movimento de resistência por parte dos trabalhadores da rede municipal, marcado pelo mote “nenhum serviço de saúde a menos” e com forte presença de profissionais da APS e da saúde mental realizando manifestações com atuação conjunta de órgãos sindicais, legislativos e judiciários (MELO et al, 2019).

Ainda em 2018, foi criado um documento da secretaria municipal sobre a “reorganização dos serviços da APS”. Este previa a extinção de 184 eSF e 55 equipes de saúde bucal; propunha, ainda, uma nova tipologia de equipes com base na nova PNAB (2017), com uma fragilização da composição profissional e um aumento no número de usuários por equipe, utilizando-se disso como estratégia para qualificar e otimizar os serviços. O documento relata a existência de ociosidade nas equipes que cobriam 3.000 habitantes. Outro elemento foi a redução de equipes em áreas consideradas privilegiadas (classe média/alta), não sendo levado em conta a presença de comunidades pobres em tais bairros e a diminuição de pessoas usuárias de planos privados de saúde (MELO et al, 2019) mediante o aumento do índice de desemprego ocasionado pela crise econômica que o país passava.

Devemos destacar o posicionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que elaborou um documento consistente analisando a proposta do município e se posicionando pela

não diminuição do número de eSF. O município, ao final de 2018, tinha 1177 eSF implantadas, sendo que poderia chegar ao teto de 3300 eSF financiadas com recurso federal – quase o triplo do total de equipes até então existentes. Em março de 2019, esse número de eSF caiu para 1090, demonstrando a queda no número de equipes já evidenciada no final do ano de 2018. Mais recentemente, em julho de 2020, o quantitativo chegou a 789.

Mediante o exposto, podemos pensar que a crise na APS parece resultar da combinação de elementos locais e nacionais, como decisões municipais, PNAB, crise econômica nacional, crise do SUS e avanço do gerencialismo (MELO et al, 2019).

Vale ressaltar a respeito da sustentabilidade da APS nas experiências municipais do SUS considerando, no momento, a implementação dos modelos jurídicos (trabalhistas) adotados pela gestão. Se os profissionais fossem admitidos por meio de concurso público, talvez o custo fosse menor, já que o custo de um contrato de trabalho com as OSs inclui encargos que costumam ter valor maior do que os custos de um funcionário estatutário com função e jornada de trabalho semelhantes. Outro ponto é o efeito das racionalidades gerenciais no trabalho em saúde sendo ignorado, assim como o subfinanciamento do SUS e a condução dos processos de gestão face à institucionalidade democrática do SUS (MELO et al, 2019). O que deve nos preocupar, já que o futuro da APS depende das decisões tomadas pela gestão para, então, continuar no avanço da equidade do acesso ao SUS pela população.

A recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora sobre as políticas sociais. Em um cenário ruim, relacionando os elementos da PNAB entre si e estes com a conjuntura do SUS e do país, veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), ao passo em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento. A concentração de poder nos gestores do SUS nesse processo evidencia também que a gestão governamental tripartite do SUS não tem tido seu poder questionado e cobrado pela sociedade civil e pelos trabalhadores, trazendo fragilidade às bases de sustentação do SUS em um cenário em que essa grande política pública tem sua existência gravemente ameaçada (MELO et al, 2018). O que gera apreensão, revolta e tristeza.

### 3.3 A TRAJETÓRIA DO NASF

*“Desde o início do meu trabalho no NASF, estava sentindo a necessidade quase pedagógica de falar sobre as atribuições da fonoaudiologia para os profissionais da equipe... Mais como uma maneira de contar sobre o que julgava ser pouco conhecido e menos como um diálogo comigo mesma. Foi quando, em uma reunião de equipe, pedi alguns minutos para apresentar o papel da fonoaudiologia dentro do NASF. Ofertaram-me mais do que alguns minutos, estavam abertos e curiosos. Durante a apresentação, várias perguntas sobre as áreas de atuação da fono me deixaram perceber que a ampliação do pensamento faz do conhecimento um prazer e uma forma de aproximação. Algo em mim, secretamente, esperava por alguma resistência política, teórica ou prática... Pensava sobre a interprofissionalidade e sua ainda limitada capacidade de provocar mudanças na produção do trabalho em saúde. Mas a realidade nos aguardava ali na sala de espera e, interrompendo meus pensamentos, uma agente comunitária de saúde, carregando sua lucidez, nos avisou: - Pessoal, estão lá fora reclamando do atraso do atendimento! Entreolhamo-nos como em despedidas rápidas... E seguimos para os atendimentos do dia. Saí lentamente da sala ainda imersa na potência do que acabara de viver... Ali, percebi que havia ganhado a confiança de todos. No mesmo dia, o médico da equipe me solicitou para discutirmos os casos de alguns de seus pacientes.”*

Estimulada pelo trabalho colaborativo e aprendizagem compartilhada que o NASF propunha, fui ler mais sobre o tema. Desde sua criação, o NASF cresceu sendo importante para a expansão da estratégia de saúde da família. No entanto, recentemente, com a portaria nº 2.979/19, com a mudança do modelo de financiamento, sua existência tornou-se ameaçada. Falarei sobre isso mais à frente.

Abaixo, destaco em um quadro alguns pontos relevantes sobre a existência do NASF na atenção primária:

QUADRO 2 - PONTOS RELEVANTES DO NASF

ANO	PONTOS RELEVANTES
2008	Pela portaria n° 154/2008, sendo definidos os parâmetros de atuação por equipe.
2009	Ocorreu a realização das oficinas de qualificação dos NASFs nos estados e Distrito Federal, o que foi importante para a atuação dos profissionais.
2010	Houve a Publicação do Caderno de Atenção Básica n° 27 com as “Diretrizes do NASF”, que foi importante para o processo de trabalho com definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe NASF e equipe de SF, e que deveriam ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa em função da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio.
2011	Pela portaria n° 2.488/2011, cria-se a PNAB, que definia o parâmetro de vinculação das equipes com redução para NASF 1 no número de eSF, o aumento custeio do NASF 2, e ampliação no número de profissões, que sobe de 13 para 19.
2012	Pela portaria de n° 3.124/2012, cria-se o NASF 3; assim, todo o município com ESF pode ter NASF-AB, também ocorre a redução no parâmetro de vinculação do NASF 1 e NASF 2 no número das equipes.
2013	Pela portaria n° 548/2013, muda-se o custeio do NASF 2 e do NASF 3 e também, com a portaria n° 562/2013, há o início da participação do NASF no PMAQ AB (2° ciclo), tendo o incentivo de adesão e maior desempenho.
2014	Publicação do Caderno da Atenção Básica n° 39, volume I, “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF” e o curso de Apoio Matricial na AB com ênfase no NASF.
2015	O Boletim NASF contendo o diagnóstico das ações das SES para o NASF; Pactuação da 2ª edição do curso de apoio matricial e do I Encontro Nacional do NASF no 12º Congresso Rede Unida.
2016	É criada a portaria n° 1.171/2016, que credencia equipes NASF em municípios com casos confirmados de microcefalia, que ocorreu na 13ª semana epidemiológica de 2016, e a publicação do guia para a estimulação Precoce na AB.
2017	O lançamento “Contribuições dos NASF para a Atenção Nutricional” em fascículo e a nova PNAB 2017, em que os NASFs passam a ser denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB.

2018

Ocorreu os 10 anos da publicação da portaria para a criação do NASF, com previsão do lançamento dos fascículos sobre assistência farmacêutica, reabilitação e saúde mental e Nova edição do Curso de Apoio Matricial na AB com ênfase no NASF-AB.

Fonte: MS/DAB, PE, 2018.

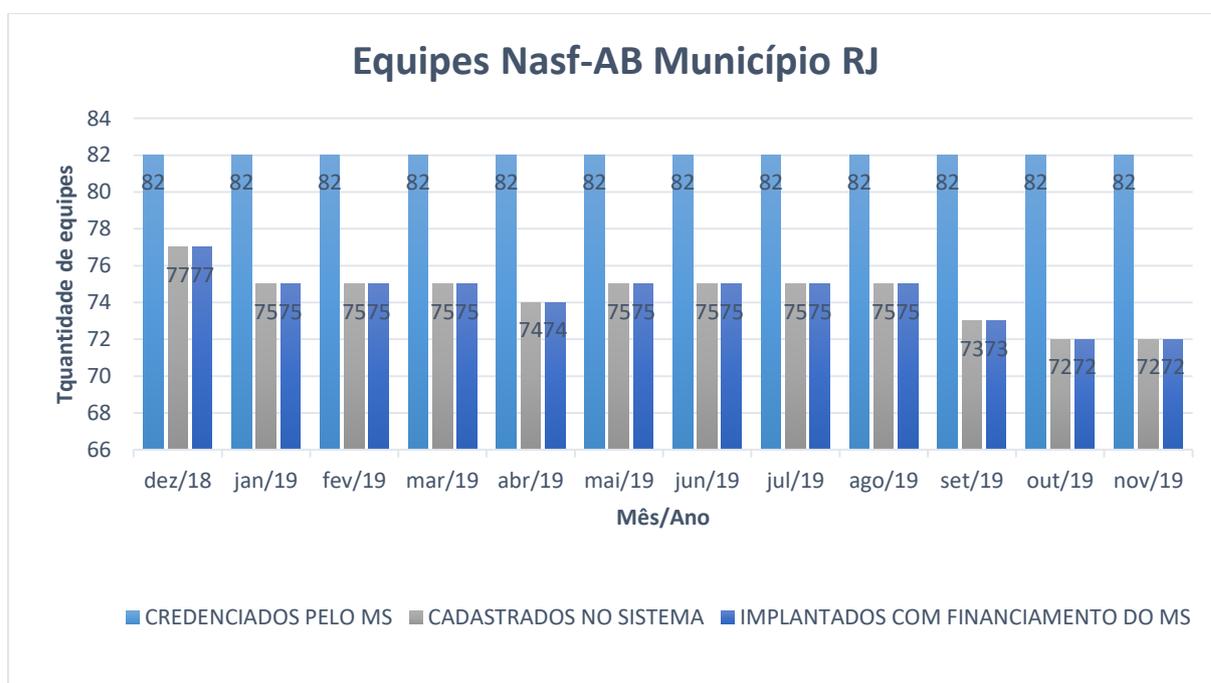
Apesar de toda essa trajetória com avanços importantes, uma nova publicação – a portaria nº 2.979/19, que definiu o novo financiamento do NASF-AB – colocou em cheque a sua existência. De acordo com essa nova portaria, não haveria mais repasse específico para o NASF-AB. Se o município desejasse manter as equipes, seria por decisão própria, considerando o recurso global recebido.

Em janeiro de 2020, o Ministério da Saúde emitiu uma nota técnica abolindo a criação de novas equipes multissetoriais que ampliavam e qualificavam o atendimento da saúde da família. Sendo assim, não iria realizar mais o credenciamento de NASFs-AB e as solicitações enviadas até o momento seriam arquivadas. Porém, no dia 07 de fevereiro de 2020, emite-se nova portaria, a de nº 99, que reinseriu o NASF-AB na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020). Todos esses acontecimentos geraram incertezas quanto ao futuro do NASF-AB. Geraram incertezas em mim.

### **3.3.1 NASF no município do Rio de Janeiro**

Com a implantação tardia da estratégia saúde da família (ESF) em relação aos demais estados, o município do Rio de Janeiro só passou a contar com esse tipo de equipe na atenção primária em 2010 (CASANOVA et al, 2014). Em 2011, as primeiras equipes passaram a constar nos sistemas nacionais de informação e, no mesmo ano, o município recebeu credenciamento de equipes NASF, ao mesmo tempo em que as equipes eram cadastradas no CNES e implantadas com financiamento do Ministério da Saúde.

GRÁFICO 1: NASF MODALIDADE 1 - RIO DE JANEIRO, DEZ. 2018 - NOV. 2019



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB 2020.

Entre 2010 e 2018, o município do Rio de Janeiro chegou a ter 77 equipes NASF cadastradas com incentivo financeiro do Ministério da Saúde. O município conta com 72 equipes segundo dados obtidos pelo e-Gestor AB referentes ao período até novembro de 2019.

Como foi citado anteriormente, a implantação das equipes foi tardia, gerando um processo de trabalho do NASF pouco conhecido conseqüentemente. Sendo assim, a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) criou documentos municipais, como: diretrizes de atuação dos NASF; manual instrutivo para auxiliar os profissionais no registro dos prontuários eletrônicos; e o ofício nº 05/2016, com as diretrizes de atuação do NASF. Este ofício descreve como deveria ser feita a contratação dos profissionais que iriam compor as equipes, levando-se em consideração as necessidades do território e os documentos ministeriais (SOUSA, 2019).

Todas as equipes NASF no município do Rio de Janeiro são de modalidade 1 (conforme descrito no gráfico 1), que abrange de 5 a 9 equipes de saúde da família. O planejamento e a implantação das equipes são realizados pelas coordenadorias de áreas programáticas (CAP), que deve manter um profissional responsável para atuar como ponto focal das equipes.

O município estabeleceu uma agenda padrão para o NASF, apoiando na organização do processo de trabalho, como consta o ofício nº 05/2016. A agenda foi criada para estipular as

ações e metas dos profissionais com base na carga horária dos mesmos, que cumpriam uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, apesar de sabermos que há profissionais que atuam somente 20 horas (SOUSA, 2019).

Vale ressaltar que a Coordenação de Policlínicas e NASF (CPNASF) publicou, no ano de 2017, a nota técnica de algumas profissões, dentre elas: fisioterapia, nutrição, psiquiatria, psicologia e serviço social. A nota técnica é importante por ter como objetivo estabelecer parâmetros de atuação de acordo com cada categoria. Até o momento, não há nota técnica para o cargo de fonoaudiólogo. Em agosto do mesmo ano, foi publicado o ofício de nº004/2017 sobre os indicadores do NASF, estabelecendo novos parâmetros a ser considerados na agenda padrão do NASF, sendo o anterior revogado.

Os indicadores do NASF possuem três dimensões do processo de trabalho: estrutura, processo e resultado. Na dimensão *estrutura*, é orientado que o município propicie as condições favoráveis às equipes condizentes com as diretrizes nacionais; a dimensão *processo* relaciona-se à avaliação do NASF tendo como base a agenda padrão; e, por fim, a dimensão *resultado* tem como objetivo avaliar o trabalho do NASF através das contribuições que realiza na APS quanto à resolutividade e qualidade de encaminhamentos destinados pelo SISREG (SOUSA, 2019).

Apesar do empenho em aperfeiçoar o processo de trabalho, os documentos do município estruturam o trabalho do NASF de forma padronizada por procedimentos visando aspectos quantitativos. Percebe-se que em nenhum momento são destacadas as propostas do apoio matricial ou um olhar qualitativo sobre o processo de trabalho, o que nos faz inferir uma tendência produtivista em sintonia com o que também parece ser proposto para as equipes de saúde da família (SOUSA, 2019).

QUADRO 3 - AGENDA PADRÃO NASF MEDIANTE OFÍCIO N° 004/2017

PROFISSIONAL	Ação	N° de Turnos por semana(A)	N° de Ações de saúde por turno(B)	N° de Ações de saúde por semana ( C )	Meta mínima de acompanhamentos(D)=( C*4)
Médico	Atendimento Individual	5	8	40	160
	Visita Domiciliar	1	1	1	4
	Atividade Coletiva	1	1	1	4
	Reunião de Equipe NASF/ES	1	1	1	4
	Reunião de Equipe NASF/	0,5	1	0,5	2
	Análise e Planejamento	1,5	1	1,5	6
Demais Profissionais: Nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapia, psicólogo, assistente social, sanitarista.	Atendimento Individual	4	6	24	96
	Visita Domiciliar	1	2	2	8
	Atividade Coletiva	2	1	1	8
	Reunião de equipe NASF/ES	1	1	1	4
	Reunião de Equipe NASF	0,5	1	0,5	2
	Análise e Planejamento	1,5	1	1,5	6
Educador Físico/Programa Academia Carioca	Atendimento Individual	1,5	3	4,5	18
	Visita Domiciliar	1	1	1	4
	Atividade Coletiva	1	1	1	4
	Atividade Física regular em grupo*	5	2,5	12,5	50
	Reunião de equipe NASF/ES	0,5	1	0,5	2
	Reunião de Equipe NASF	0,5	1	0,5	2
	Análise e Planejamento	0,5	1	0,5	2
*Atividade específica do educador Físico realizada em grupo no âmbito das Unidades de Atenção Primária. Por isso deve ter seu espaço delimitado para não haver conflito com as demais ações multiprofissionais. O grupo permite maior participação regular de pessoas no cotidiano do serviço de saúde e constitui-se como espaço de ação e educação em saúde para os demais integrantes do NASF/ESF					

Fonte: SOUSA, TF. O processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.

Podemos observar que na agenda padrão do NASF não há a ação de interconsultas, o que certamente enfraquece a ideia de um trabalho nos moldes do apoio matricial – fazendo crer, assim, que o NASF justificaria sua existência apenas no foco assistencialista, onde a resolutividade através dos números parece ser maior que a qualidade do cuidado ofertada em parceria com a equipe de saúde, como afirmado acima.

Mas, o que mais me espanta é a visão/opinião de alguns profissionais que compõe a equipe mínima sobre este tópico. Pois relatam que mediante a demanda não há a possibilidade de realizar interconsultas, e que em alguns casos deve-se marcar com certa antecedência essa interconsulta. O que me gerou afetações e questionamentos.....

### 3.4 NASF: UMA NOVA ÁREA DE TRABALHO PARA A FONOAUDIOLOGIA

Ao longo deste estudo, encontrei predominantemente reiteraões teóricas e práticas evocadas na tradição de que a formação profissional em fonoaudiologia é voltada para uma prática especializada classicamente na reabilitação, com técnicas específicas para tratamentos individualizados – como, por exemplo, terapia para disфония, disfagia, distúrbios na área de linguagem –, com poucas referências ao trabalho no NASF, principalmente a respeito de como um fonoaudiólogo realiza apoio matricial.

Comecei a perceber o potencial das equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo à população e na perspectiva da integralidade, e compreendi, dessa forma, a importância de outros conceitos para o embasamento da prática dessas equipes, tais como a territorialização, a responsabilidade sanitária, o trabalho em equipe e a integralidade com ações individuais e coletivas.

No Caderno de Atenção Básica (CAB) 39 (BRASIL, 2014), na definição dos profissionais que irão compor a equipe NASF, leva-se em conta as informações levantadas na análise do território e da rede de serviços que servirão para a tomada de decisão tendo em vista a definição das ações prioritárias para o início das atividades. Assim, pude me posicionar entre as ações relacionadas a três possíveis áreas temáticas de atuação do NASF: a saúde da criança, as práticas integrativas e complementares e a reabilitação (BRASIL, 2014). Um universo de possibilidades se abria para mim.

A entrada de uma equipe NASF na atenção básica traz consigo um conjunto de desafios. Segundo consta no próprio CAB 39, há fatores limitantes e problemáticos que podem surgir; referentes, por exemplo, à formação profissional, à necessidade de conciliar diferentes realidades, ao desconhecimento das possibilidades de atuação do Nasf no apoio matricial, à tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais que compõe a equipe NASF e ao papel regulador.

Já sabemos que muitos profissionais de saúde não receberam formação nas graduações e pós-graduações em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial, o que pode dificultar a prática, principalmente no que se refere ao trabalho compartilhado, já que são raramente aprofundadas, como o trabalho em equipe, o vínculo e a coordenação do cuidado. Um dos maiores desafios do trabalho no NASF é o de conciliar diferentes realidades de estruturação de serviços e fluxos, oferecer suporte a distintas equipes em uma ou mais UBS. Mais do que nunca,

precisava de tecnologias relacionais para o desenvolvimento de mecanismos de pactuação, repactuação e comunicação com as equipes de AB.

Para mim, outro grande desafio do trabalho no NASF é a pressão em trabalhar na lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial do apoio matricial. Isso acontece, entre outras razões, devido ao desconhecimento da atuação profissional como integrante da equipe. Havia uma pressão também da população, que tem a expectativa de ser atendida individualmente. A tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais do NASF está relacionada ao cuidado, considerando tanto a disponibilidade de profissionais quanto a possibilidade tecnológica de fazer certas ações com segurança nesse âmbito de atenção, contando com a retaguarda de outros serviços.

O NASF tem um papel regulador de acesso, ou seja, o de qualificar os encaminhamentos relativos à sua área de atuação. Sabemos que é responsabilidade da gestão a oferta de condições adequadas e o papel de mediador de conflitos e impasses entre equipe NASF e equipes de AB para o êxito do trabalho compartilhado entre essas equipes. Algumas pactuações podem ser realizadas envolvendo gestão municipal e/ou apoiadores do município, profissionais do NASF e das equipes vinculadas – como, por exemplo, definição de critérios para o acionamento do apoio da equipe NASF, definição de atribuições e atividades mínimas desenvolvidas por categoria profissional, definição de formas de organização das agendas dos profissionais, com possibilidade de sua flexibilização considerando a especificidade do NASF como equipe de apoio, dentre outros pontos.

Nascimento & Cordeiro (2019) verificaram em seu estudo sobre o processo de trabalho na equipe NASF, em Pernambuco, o pouco êxito na execução do apoio matricial, o insucesso na construção de pactuações sobre o processo de trabalho, a existência de trabalho fragmentado e com foco assistencialista, onde não há uso de tecnologias de análise e intervenção familiar e populacional. Fatores problemáticos internos e externos à equipe foram identificados.

Souza & Medina (2018) também relatam, através de estudo realizado na Bahia, relações assimétricas de poder e subordinações dos demais profissionais aos médicos, relações conflituosas e distintas regras de gestão do trabalho das equipes, contribuindo para práticas desarticuladas. Outros estudos revelam que a efetividade do NASF é dependente da relação de parceria estabelecida entre seus integrantes e os profissionais da eSF, e que existem certas condições que tendem a dificultar/facilitar as relações entre eles, tais como formação e experiência profissional, dinâmicas de trabalho das eSF centradas em práticas curativas e padrões de produtividade diferenciados, com maiores níveis de exigência pela gestão para ações assistenciais das eSF.

Portanto, a prática desenvolvida no NASF sofre influências de gestores e dos integrantes das equipes, situação que estava vivenciando, temendo certo enfraquecimento na proposta de trabalho interdisciplinar e multidisciplinar.

Uma das ações de promoção da saúde mais desenvolvidas pelo profissional fonoaudiólogo nas equipes NASF corresponde às atividades de educação em saúde, mas utilizando a palestra como recurso principal, comumente fazendo um contraponto entre promoção da saúde versus prevenção das doenças. A crítica à utilização de palestras deve ser feita, pois a mesma adota uma prática educacional indutora de padrões comportamentais e não realiza o objetivo de interligação entre processos de saúde e de doença em função das determinações sociais e da qualidade de vida (COSTA et al, 2013).

Tentava identificar com maior detalhe as principais problemáticas do NASF e encontrei as reflexões de Tesser (2017), que apresenta conceituações sobre o apoio matricial, onde inclui dois conjuntos de ações, sendo o primeiro o exercício do cuidado especializado aos usuários e, o segundo, o suporte ao apoio pedagógico às equipes de SF. O termo matriciamento foi frequentemente utilizado como sinônimo de suporte técnico-pedagógico às equipes de SF.

Encontrei na literatura algumas considerações sobre o modelo tecnoassistencial e seu potencial estruturante para o modelo de atendimento ofertado para nós, profissionais de saúde em geral. A respeito do modelo tecnoassistencial, Aluisio (1996) cita o estudo de Gastão W.S. Campos e Emerson E. Mehry, onde os autores dizem o seguinte:

(...) Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que compõem como projeto político. (MERHY et al, 1991, p. 84, apud ALUISIO, 1996, p. 23)

Aluisio (1996), em seguida, argumenta que

Campos fez uma diferenciação com o uso de conceitos de Modelos e Modalidades Assistenciais usados como sinônimos na literatura, buscando evidenciar os significados e os limites dessas concepções e atribuindo ao conceito de Modelos Tecnoassistenciais uma abrangência maior, que incorpora as outras definições e amplia as dimensões de análise. (ALUISIO, 1996, p. 24)

E, então, afirma que busca aprofundar o conceito de Modelos Tecnoassistenciais nas seguintes dimensões:

- a) Saberes que interagem na concepção do objeto (Saúde e Doença);
- b) Integralidade na oferta de ações;
- c) Regionalização e Hierarquização de serviços;
- d) Articulação intersetorial. (ALUISIO, 1996, p. 24)

A estruturação dos modelos tecnoassistenciais tem grande importância devido à capacidade resolutive de problemas (eficácia) e à dimensão da concepção de saúde e doença, pois quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior sua capacidade de formular uma alternativa de solução.

Quanto à integralidade, e buscando perceber como se dá sua articulação nas diversas atividades propostas pelo modelo tecnoassistencial, pude, de fato, relacioná-la à totalidade das necessidades da população. Já a dimensão da intersetorialidade na análise dos modelos assistenciais propostos, parece ser importante olhá-la sob o prisma da eficácia das políticas de saúde, pois oferece uma perspectiva mais ampla das questões e das ações necessárias para enfrentá-las.

A integralidade teve grande relevância para mim porque pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF. Na abordagem integral do indivíduo, leva-se em consideração seu contexto social, familiar e cultural nas práticas de saúde, que são organizadas a partir da integração das ações de promoção e prevenção, além da estruturação do sistema de saúde. Era isso o que estava aprendendo a fazer no NASF.

Lendo mais um pouco, percebi um conflito que há na prática do cuidado, evidenciado por Bonet (2004), que ressalta que o que está em jogo é uma certa divisão entre o que é preciso saber para fazer e o que se sente quando se realiza uma prática de saúde. O autor encontra na chamada tensão estruturante a razão da biomedicina atual, onde o homem se relaciona com o mundo pela via do conhecimento e pela via dos sentimentos e emoções. Segundo o autor, a biomedicina vem se constituindo por contraste de críticas formuladas fora e dentro do campo médico, onde um conjunto de perspectivas médicas tem defendido a necessidade de uma visão totalizante da pessoa, preocupadas com os aspectos físicos-morais envolvidos nos processos de adoecimento e de restabelecimento de bem-estar e outro conjunto de perspectivas médicas que tem reforçado um olhar focado na doença, no biologicismo, marcando uma postura de secundarizar a subjetividade e outros aspectos do processo saúde-doença. Podemos pensar que estamos dentro de um sistema de aprendizado em cascata, em que os detentores de conhecimento colocam em jogo a experimentação do “saber” (conhecimento) e do “sentir” (envolvimento) suscitada pela prática médica. Concluí, alicerçada por Bonet (2004), que, no cotidiano da prática profissional, os profissionais passam por uma tensão estruturante entre

aplicar o conhecimento teórico até então apreendido e envolver-se com as situações das pessoas que demandam cuidado profissional. Era assim mesmo que estava me sentindo, em tensão estrutural diante do trabalho no NASF.

Sendo assim, incluí na temática da tensão estruturante os três tipos de ações: atendimento compartilhado e discussões de casos/situações; intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários; e ações comuns nos territórios articuladas com as equipes de saúde da família. Sentia-me ainda tão presa ao modelo biomédico de atendimento, marcante na minha experiência e prática profissional, e percebia minha dificuldade em mudar a minha forma de atuação, onde a coordenação do cuidado baseado no acolhimento e no vínculo começava a fazer mais sentido.

Percebendo que a atuação do fonoaudiólogo no NASF gerava em mim, cada vez mais, uma necessidade de desenvolver tecnologias de trabalho que pudessem me ajudar a lidar com as vulnerabilidades sociais por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde condizentes com interseção dos conceitos de campo e núcleo (Campos, 2000), senti a necessidade de compreender esses conceitos da saúde coletiva. Então, quando o fonoaudiólogo desenvolve sua prática no ponto de vista clínico e individual, ele atua na perspectiva de núcleo. Na perspectiva de campo, estaria a realização de ações pautadas nas interdisciplinaridades e na multiprofissionalidade.

O trabalho com grupos era um desafio para mim! Nunca havia realizado esse tipo de trabalho anteriormente. O trabalho com grupos contribui de modo efetivo para a melhoria das condições de vida da população através de cuidados de sujeitos e grupos sociais que, antes, não tinham acesso a profissionais de saúde e, em particular, a um fonoaudiólogo. O trabalho com grupos promove espaços importantes na construção conjunta de conhecimentos e trocas de experiências, estava vendo isso de perto; inclusive, percebi seu potencial em ampliar o escopo do atendimento no foco da integração de ações interprofissionais (COSTA et al, 2013). Mas, infelizmente, não consegui colocar em prática esse tipo de trabalho.

A Educação Popular em Saúde foi outra opção de forma de trabalho que descobri. Pois a mesma pode vir a contribuir com a promoção da saúde fortalecendo vínculos para que o usuário tenha cada vez mais autonomia na decisão sobre o seu cuidar. As práticas populares de cuidado se aproximam dos princípios da integralidade, humanização e acolhimento (BRASIL, 2014), conceitos que agora assumia no meu trabalho.

*Era outra reunião de equipe e estávamos iniciando a discussão sobre as situações mais complexas da semana, em uma dinâmica que gostava muito*

*de participar porque me sentia produzindo cuidado interdisciplinar. Quando estávamos finalizando a reunião, fui chamada pelo médico de outra equipe para ver um paciente dele que tinha o diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista). Trata-se de um diagnóstico complexo que envolve dificuldades de comunicação e de interação social, onde comportamentos repetitivos e interesses obsessivos solicitam do profissional de saúde um reconhecimento precoce e terapias comportamentais, educacionais e familiares que podem ou não reduzir os sintomas; mas, mais do que tudo, exige apoio ao desenvolvimento e aprendizagem. Fui apresentada à criança que realmente apresentava características de autismo. Ali também tive contato com a mãe da criança e percebi que ela estava ansiosa. Marquei uma nova consulta com ela e a criança e, no dia e hora marcados, eles compareceram. Realizei, então, uma interconsulta com a residente multiprofissional, que era uma psicóloga, na tentativa de apoiar melhor aquela mãe. Sem alguma tranquilidade dela, a criança dificilmente estaria bem amparada. Durante a consulta, obtive informações importantes sobre a família e realizei orientações, sendo uma delas a de que a criança precisava retornar para a escola. Precisávamos de um novo encontro, mas agora somente com o pai. Ele compareceu à nova consulta e, assim, pude entender com mais densidade a dinâmica familiar. Estávamos produzindo um Projeto Terapêutico Singular, no qual o médico da equipe, eu e a residente estaríamos como facilitadores do processo. Mas, nesse momento, fui desligada do NASF, e somente depois soube que o PTS havia sido realizado e que aquela mãe havia matriculado a criança na escola. Descontinuidades e alta rotatividade de profissionais atrasam a consolidação da Atenção Primária no Rio de Janeiro, especialmente no NASF.*

### 3.5 A FONOAUDIOLOGIA NO SUS: ESPERANÇA?

Após a minha saída do NASF, senti a necessidade de aprofundar meus estudos sobre a fonoaudiologia no SUS – precisava traçar fios menos frágeis do que os que acabara de vivenciar. Então, entendi que a inserção da fonoaudiologia no sistema público ocorreu entre as décadas de 70 e 80, por meio das secretarias de educação e de saúde. Eram poucas as

experiências concretas de atuação da fonoaudiologia em serviços de saúde pública; mas, certamente, desde seu surgimento no Brasil, essa prática sempre foi prioritariamente curativa.

No ano de 1980, ocorreu a divulgação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com o objetivo de universalizar a Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o território nacional. Mas foi a partir do decreto nº 94657 de 1987 (BRASIL, 1987), com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que, com a publicação da constituição de 1988, definiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (LIPAY; ALMEIDA, 2007). O SUS, como se sabe, é um sistema único e integrado por uma rede regionalizada de ações e serviços, que visa à redução de doenças e ao acesso igualitário da população à saúde pública. Sendo assim, a constituição de 1988 foi um marco na saúde pública com a criação do SUS.

O cenário da saúde brasileira, segundo Mendes (2011), vem mudando com a transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: casos não superados de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Foi devido a essa visão do que iria a ser enfrentado, e por ser a APS a porta de entrada, que foram implantadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), já que uma rede fragmentada não seria resolutive. As RAS são uma nova forma de organizar o sistema de atenção básica em sistemas integrados, que permite responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população coordenada e orientada pela Atenção Primária à Saúde (APS). A implantação das RAS provocou profundas mudanças no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e apontou para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas e agudas, ainda em construção.

As RASs são organizadas através de um conjunto coordenado para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. No final de 2010, o MS publicou a portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, fortalecendo a atuação nessa estratégia de organização do sistema de saúde. No âmbito estadual, as redes prioritárias e estabelecidas pelo Ministério da Saúde foram: a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Na especificidade da fonoaudiologia, podemos referir a sua inclusão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Centro Especializado de Reabilitação (CER). Antes das RAS, os trabalhos do profissional fonoaudiólogo na atenção básica eram realizados de forma isolada, sem nenhum tipo de integração, por meio de atividades específicas dentro dos locais

de trabalho e sem nenhuma proposta abrangente que norteasse todos os fonoaudiólogos, o que causava e perpetuava certa invisibilidade para os gestores, outros profissionais e, principalmente, para a população (BEFI, 1997). Precisei revisitar o que o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) descrevia sobre a atuação fonoaudiológica no NASF:

(...) a promoção e prevenção à saúde incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído com vistas ao auto - cuidado, incluindo a orientação de professores e outros profissionais de escolas, creches, asilos e outras instituições, (...) desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão; Acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência ou incapacidade (..). Na saúde mental, alicerçadas nos aspectos da comunicação, favorecem a socialização e resgate da autoestima de usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental. Na saúde da criança as ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da criança, no âmbito individual e coletivo, especialmente quanto ao desenvolvimento orofacial relacionado à alimentação e cuidados quanto a utilização de hábitos orais (mamadeira, chupeta); desenvolvimento da fala, linguagem e outras habilidades cognitivas. (FONOAUDIOLOGIA, [s.d].)

Talvez inevitavelmente, e na tentativa de relacionar o que o CFFa dizia, comecei a pensar sobre a formação da Fonoaudiologia e o que considerava ser uma das grandes falhas curriculares de conteúdo em relação à Atenção Primária à Saúde. No ano de 2002, houve uma primeira grande mudança curricular, motivada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) editadas em 2001 para os cursos de graduação em saúde, em especial para os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (CNE/CES parecer 1210/2001). A DCN recomendava que modernizações curriculares fossem orientadas pelos perfis profissionais demandados pela sociedade (ISOTANI et al, 2017).

A edição das DCNs fez com que os cursos de Fonoaudiologia tivessem que adequar seus currículos a um modelo de atividades acadêmicas estruturadas por ações programáticas; como, por exemplo, a criação de disciplinas e práticas específicas em saúde coletiva, sugerindo, assim, a ampliação para uma atuação multiprofissional (ISOTANI et al, 2017).

As mudanças nas diretrizes curriculares e a implantação das políticas públicas de saúde que abrangem o escopo das ações da fonoaudiologia – como por exemplo, a Política Nacional de Saúde Auditiva, o Programa Saúde na Escola, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) – foram importantes para o processo de inserção dos fonoaudiólogos na atenção básica. O aumento do número de profissionais na atenção básica está vinculado à criação do

NASF, em 2008 – uma política que tem como objetivo a consolidação da atenção básica (VIÉGAS et al, 2018).

Para a minha surpresa, descobri que novas DCNs foram aprovadas pela Comissão Nacional de Saúde em dezembro de 2018, mas necessitando de aprovação do Ministério da Educação (MEC), o que até o momento não ocorreu, sendo ainda utilizadas as DCNs de 2002.

Estudos realizados relatam que, em 1997, os fonoaudiológicos nas UBS em São Paulo se organizavam por agendamento, triagens, avaliações, atendimento à sua demanda e outras ações de prevenção e promoção à saúde. As ações de prevenção se referiam ao aleitamento materno, programa de orientação à saúde auditiva, distúrbio da comunicação, demandas escolares, triagens auditivas e de linguagem, reforçando que a incursão da fonoaudiologia na atenção primária é recente e pouco desenvolvida. Nesse período, documentos oficiais não descreviam as ações a serem executadas pelo fonoaudiólogo nesse nível de atenção. Além disso, a demanda reprimida para atendimento fonoaudiológico contribuiu para que os serviços de fonoaudiologia na APS fossem organizados de forma semelhante ao serviço especializado, com enfoque no tratamento de morbidades já instaladas em detrimento da prevenção e da promoção de saúde (BEFI, 1997).

No ano de 2002, o Conselho Regional de Fonoaudiologia do Ceará e o Comitê de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia promoveram um fórum com o objetivo de elaborar um documento de forma participativa, que definiu uma “Proposta de Inclusão da Fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família”, anunciando a sua importância na equipe multidisciplinar, com o argumento de o fonoaudiólogo ser um profissional capacitado para trabalhar com as alterações da comunicação da comunidade.

Segundo Habermas (2001), a comunicação é mediada pela linguagem e a linguagem carrega nela mesma um telos comunicativo. A linguagem está orientada para a ação comunicativa, para a busca do entendimento, embora possa ocorrer comunicação com base em uma racionalidade instrumental ou estratégica. Habermas argumenta que nossa capacidade de comunicação tem um núcleo universal, estruturas básicas e regras fundamentais que todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam ao chegar a falar uma língua. O autor observa que a competência comunicativa não se deve apenas ao domínio de regras gramaticais, pois, ao falar, o sujeito se coloca em relação com o mundo que o cerca, com os demais sujeitos e com suas próprias intenções, sentimentos e desejos de forma objetiva. O autor denomina suas ideias como a teoria do agir comunicativo (HABERMAS, 2001), onde a ação comunicativa fundamenta-se na intersubjetividade, na busca pelo entendimento e reconhecimento mútuos, reiterando que a prática comunicativa é o princípio organizador do

trabalho em equipe, promovendo a integração e a recomposição dos trabalhos especializados (MATTOS, 2003).

A criação do NASF significou o início de uma política inovadora, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros. Assim, recorri ao estudo do Caderno de Atenção Básica (CAB) n° 27 - Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), editado com o objetivo de traçar diretrizes mais claras para os gestores e os trabalhadores.

No CAB n° 27 (BRASIL, 2010), foram definidas as nove áreas estratégicas de atuação, que são: saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde mental, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares. Quanto ao processo de trabalho, as tarefas devem ser estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe NASF e equipe de SF, além de definidas e detalhadas de forma cuidadosa em função da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio matricial. Nessa relação entre gestor, equipe de SF e equipe NASF, esperava-se flexibilidade tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, devendo ser considerada a dinâmica do processo de trabalho, sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Expectativas de novos olhares sobre a fonoaudiologia no NASF me esperançaram.

Foi no CAB n° 27 que encontrei uma melhor definição sobre a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, segundo algumas ferramentas tecnológicas utilizadas como apoio à gestão com a pactuação do apoio, ou seja, de apoio à atenção, que são: apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST).

O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte: o suporte assistencial, que é o atendimento clínico direto com os usuários, e o suporte técnico-pedagógico, que irá produzir ações de apoio educativo com e para a equipe de saúde da família e para a própria equipe NASF (CAMPOS, 2007). O apoiador matricial também tem a função de apoiador institucional, já que deve perceber conflitos na equipe, objetos de investimentos, objetivos e instrumentos de trabalho, ajudar a definir prioridades e critérios de avaliação.

A Clínica Ampliada significa ajustar a parte teórica de cada profissão às necessidades dos usuários, ou seja, reconhecer os limites do conhecimento de cada profissional e buscar conhecimentos de outras áreas. Ela consiste na compreensão ampliada do processo saúde-doença e na construção do planejamento terapêutico singular, ultrapassando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde. Consiste,

ainda, na construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, considerando a singularidade de cada sujeito e a situação em que se encontra (BRASIL, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em uma proposta de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. É indicado para situações mais complexas, propiciando uma atuação integrada da equipe valorizando vários aspectos e que se desenvolve em diferentes etapas: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação (BRASIL, 2009).

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, tendo foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. O desenvolvimento de projetos de saúde no território são ações como o apoio a grupos, os trabalhos educativos e de inclusão social, o enfrentamento de situações de violência e ruptura social e as ações junto aos equipamentos públicos. Esses pontos devem ser desenvolvidos de forma articulada com as equipes de saúde da família e os usuários do território. O projeto também busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre todos os envolvidos (BRASIL, 2009). Percebi, após a minha demissão, o quão distante eu estava de uma capacitação adequada para o trabalho no NASF, o que motivou ainda mais a escrita deste estudo com o objetivo de contribuir de alguma forma para a visibilidade da fonoaudiologia na APS.

Como um pensamento circular, voltei um pouco no tempo, para junho de 2009, quando estavam constituídos no país 648 NASFs, representando um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde com enfoque na promoção à saúde e cuidado da população.

Em abril de 2018, havia o registro de 5.236 equipes de NASF-AB pelo Brasil, indicando um crescimento importante. Registro aqui o recente quantitativo de equipes NASF-AB no Brasil e no estado do Rio de Janeiro:

QUADRO 4 - QUANTITATIVO A NÍVEL NACIONAL DE EQUIPES NASF-AB

Mês/Ano	Nasf AB Tipo I Implantados MS	Nasf AB Tipo II Implantados MS	Nasf AB Tipo III Implantados MS	TOTAL
dez/19	3.258	1.016	1.213	5.487

Fonte: MS/DAB, 2020.

## QUADRO 5 - NÚMERO DE EQUIPES NASF-AB NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ministério da Saúde - MS										
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS										
Departamento de Saúde da Família - DESF										
Teto, credenciamento e implantação das estratégias Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica										
Unidade Geográfica: ESTADO - RIO DE JANEIRO										
Período	População	NASF Tipo I			NASF Tipo II			NASF Tipo III		
		Credenciados pelo MS	Cadastrados no Sistema	Implantados	Credenciados pelo MS	Cadastrados no Sistema	Implantados	Credenciados pelo MS	Cadastrados no Sistema	Implantados
DEZ/2018	16.635.996	208	206	200	8	10	9	0	0	0
JAN/2019	16.635.996	208	202	192	8	9	9	0	0	0
FEV/2019	16.635.996	208	201	196	8	9	9	0	0	0
MAR/2019	16.635.996	208	200	195	8	9	8	0	0	0
ABR/2019	16.635.996	208	201	196	8	9	9	0	0	0
MAI/2019	16.635.996	208	202	196	8	9	9	0	0	0
JUN/2019	16.635.996	208	204	196	8	9	9	0	0	0
JUL/2019	16.635.996	208	202	197	8	9	9	0	0	0
AGO/2019	16.635.996	208	202	184	8	8	7	0	1	1
SET/2019	16.635.996	208	198	185	8	9	8	0	1	1
OUT/2019	16.635.996	208	199	183	8	12	9	0	0	0
NOV/2019	16.635.996	208	200	187	8	11	9	0	0	0

Fonte: MS/DAB,2020.

Podemos perceber que no Estado (Quadro 5) o maior número de equipes é da modalidade tipo 1, que abrange de 5 a 9 eSF, seguida das modalidades tipos 2 e 3. Dessa maneira, observamos também a predominância da modalidade tipo 1 a nível nacional (Quadro 4), seguida das modalidades tipos 3 e 2. Ressalto que o NASF se configura como o principal espaço para a inserção do fonoaudiólogo na atenção básica.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Refletir sobre o trabalho da fonoaudiologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro, Brasil.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os atributos profissionais da fonoaudiologia na atenção primária.
- Estabelecer relações entre o trabalho da fonoaudiologia e o trabalho no NASF.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 NATUREZA DA PESQUISA

A natureza deste estudo é de abordagem qualitativa, onde a metodologia qualitativa é vista, segundo Minayo (2006), como aquela capaz de incorporar a questão do significado e a intencionalidade inerentes aos atos, relações e estruturas sociais estudadas. A pesquisa qualitativa permite a compreensão acerca dos significados e sentidos demonstrados pelos sujeitos da pesquisa, ou seja, o pesquisador parte da realidade social do sujeito considerando sua dinâmica envolvendo crenças, sentimentos e pensamentos que necessitam de uma iniciativa científica para ser desvendada. A abordagem qualitativa não apresenta uma proposta estruturada, o que permite que a imaginação e a criatividade levem o pesquisador a propor trabalhos que explorem novos enfoques. Segundo Gil (2008), a pesquisa qualitativa compreende estudos de campo, estudo de caso, pesquisa-ação ou pesquisa participante, ressaltando que, na análise qualitativa, o elemento humano é o eixo fundamental; já para Minayo (2006), a construção do conhecimento no campo da saúde está concentrada nos determinantes ideológicos, políticos e sociológicos.

### 5.2 TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é o cartográfico, que implica pesquisar e acompanhar processos, produzir conhecimentos a partir de vivências pessoais do pesquisador. O método cartográfico pressupõe que o cartógrafo se deixe ir pelas vivências nos cenários os quais está observando, pesquisando, atuando e trabalhando, promovendo uma mistura entre o sujeito e o objeto, ou seja, abrindo seu corpo aos afetos possíveis que os encontros proporcionam; procurando captar o movimento, processos, formas de produção da vida e a vida em produção (ROLNIK, 2007).

Segundo Rolnik (1989) A prática de um cartógrafo está relacionada as estratégias das formações do desejo no campo social. Sendo assim, a cartografia social liga-se aos campos de conhecimento das ciências sociais e humanas. Sendo papel do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem. Mas o que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade, que este se propõe prevalecer em seu trabalho. Segundo a autora, o cartógrafo é um verdadeiro antropófago, pois vive de expropriar e se apropriar. Na cartografia

não há um rigor metodológico sendo o método o encontro. Também descreve que o olhar cartográfico é o olhar vibrátil, ou seja, transvê.

Para Franco e Merhy (2012), os processos de trabalho analisados por ferramentas cartográficas possibilitam captar o trabalho vivo, dinâmico, permitindo, por meio do “olho vibrátil”, perceber a produção no campo da saúde a partir de suas intensidades e afetações. A cartografia busca traçar movimentos em um dado terreno, é uma produção de sentidos produzidos por outros sentidos em uma viagem de intervir/pesquisar.

Em linhas gerais, a cartografia é utilizada em pesquisas de campo no estudo da subjetividade e se afasta do objetivo de definir regras a serem aplicadas (KASTRUP et al,2009).

### 5.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa são duas clínicas da família no município do Rio de Janeiro, onde existia um NASF de referência, não identificando qualquer área programática intencionalmente, garantindo assim total sigilo e maior liberdade de expressão das afetações geradas.

### 5.4 SUJEITOS DA PESQUISA

O sujeito da pesquisa de estudo é uma fonoaudióloga que, transitando pelo NASF, descreve aqui suas implicações, estranhamentos e processos de entendimento e apropriação sobre seu estar na Atenção Primária.

### 5.5 INSTRUMENTO DA PESQUISA

Como instrumento, este estudo utilizou Narrativas (CHARON, 2006) em saúde como ferramenta, reafirmando a negação da existência de histórias únicas sobre as coisas da vida, na compreensão de que contar e recontar, reconstruir e reconciliar as histórias partindo da experiência vivenciada (BONDIA, 2010) tem o valor científico de atualizar o que se passou, em uma busca de significados para o que nos ocorre (BENJAMIN, 1994; BONDIA, 2010).

Na pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva a utilização de narrativas tem se mostrado frequentes em estudos voltados para compreender experiências e a diversidade de pontos de vista de sujeitos em um determinado contexto. Podemos pensar, que a narrativa é um instrumento essencial na construção de significados para a existência humana. Também podemos encontrar diferentes abordagens narrativas que podem ser: tradições em diálogo de Paul Ricoeur, a narrar a história a contrapelo de Walter Benjamin ou pela Antropologia médica de base fenomenológica, dentre outros.

Segundo Castellanos (2014) no transcorrer do século XX, ocorreu o crescimento da teorização das narrativas sendo utilizada em diferentes campos do conhecimento. Na pesquisa qualitativa passaram a ser como objeto de conhecimento. As pesquisas podem se apoiar em formulações teóricas sobre narrativas como por exemplo, dos formalistas russos, sociolinguística, fenomenologia hermenêutica, dentre outras. Na formulação teórica dos formalistas russos a construção de uma teoria é dedicada a identificação e análise de estruturas internas das narrativas. Nesse caso reside o princípio da coerência narrativa, ou seja, a presença de continuidade, do que pela ausência de contradições. Segundo o autor, Labov achou elementos mínimos estruturantes das narrativas a partir do enfoque sociolinguística. Ou seja, identificou funções estruturantes que não se direciona apenas a análise interna, mas também da sua dimensão avaliativa. Os elementos encontrados por Labov foram: resumo, orientação, complicação, resolução, avaliação, conclusão. Esses elementos facilitam a identificação das unidades narrativas a serem analisadas,mas não considera elementos contextuais.Já no que se refere a hermenêutica fenomenológica de Ricouer tem como base teórico-epistemológica a compreensão do que é significativo da experiência humana na análise da instância narrativa.Os estudos baseados na hermenêutica privilegiam abordagem da narrativa como obra textual que permite diferentes relações interpretativas.Outra vertente seria a reflexão sobre o contexto de produção narrativa.Nessa vertente a produção é considerada um ato relacional que envolve narrador e atenção a quem fala, ou seja, que as narrativas possuem um caráter performático, situacional e relacional.

Esta dissertação não pretende apresentar conclusões definitivas, mas estimular o leitor a refletir e tirar as suas próprias conclusões a respeito das questões apresentadas; ela, portanto, não possui um plano inicial de análise.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento desta pesquisa, não foi utilizado nenhum dado e nem houve dados obtidos diretamente com participantes ou fontes identificáveis, nem mesmo entrevistas, não ocorrendo consulta a prontuários ou um diário de campo. Portanto, conforme a resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de abril de 2016, dispensa-se essa pesquisa de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações vivenciadas na prática profissional sem revelar dados que possam identificar os sujeitos.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 QUE FONOAUDIOLOGIA ESPERAR?

*“Era mais uma tarde de atendimentos e descobro que foi marcado pela ACS, para o meu último horário, uma situação que parecia ser complicada. Fiquei preocupada com o tempo que teria disponível para o atendimento, mas, entendendo a urgência da ACS e da demanda, resolvi atender sem me preocupar com isso.*

*Era uma criança e sua tia. A criança com trocas na fala e a tia cansada de cuidar. Novamente, estava atendendo junto da residente multiprofissional que era psicóloga, em parceria interprofissional. Durante a conversa, percebemos que a tia sabia pouco sobre a criança, inviabilizando um contexto mínimo sobre a história de vida e os problemas da criança e sua família. Perguntei sobre a ausência de um responsável que pudesse ofertar informações mais sólidas, quando, em suspiro, relatou-nos que o pai da criança não pôde comparecer por estar trabalhando e que ela tinha ido para não perder a consulta. Não gostava daquela situação, mas a aceitou para ajudar.*

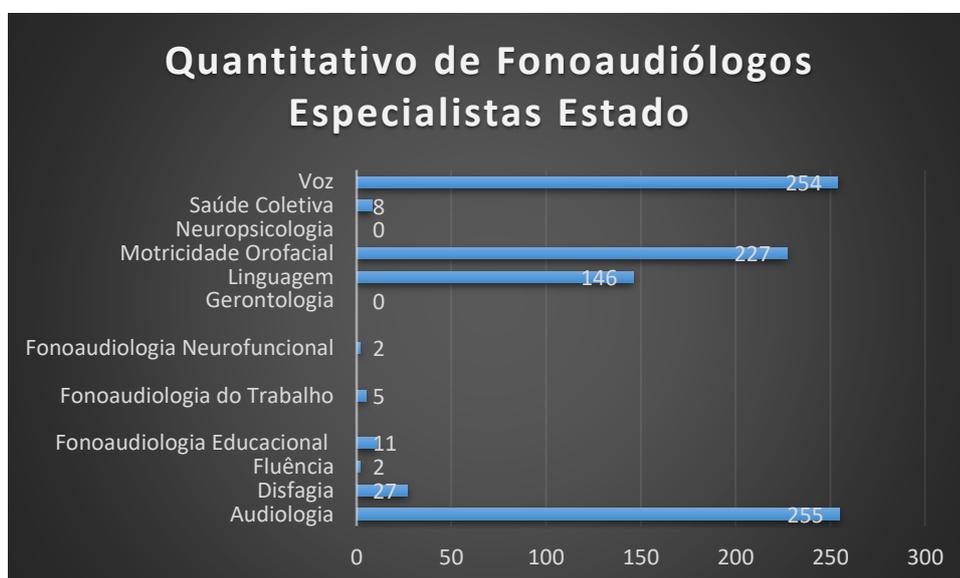
*A queixa, segundo ela, era o comportamento agressivo da criança na escola, por “falar errado”, quando era “zoado” pelos colegas da escola. Após compreender que apenas esse dado, como queixa, sem contexto, não resultaria em uma abordagem terapêutica satisfatória, solicitei novo encontro com a presença do pai. Chegou o dia de nosso novo encontro. Arrumei a sala, coloquei as cadeiras ao lado da mesa e convidei o pai a entrar. Durante a consulta, o pai, aflito, ressalta que a criança nem sempre havia sido assim, pelo contrário, apanhava na escola quando menor, nunca batia em ninguém. Ele não estava entendendo por que mudara de comportamento tão bruscamente. Não associava a fala da criança com a agressividade apresentada. Ele nos relatou que havia adotado a criança, que sabia quem era a mãe dele e que tinha contato com ela.*

*O pai continuou: - ‘todo mundo me fala que ele tá agressivo assim para se ‘defender’ porque é ‘zoado’ na escola por falar errado, mas eu não acho isso, não.’ Só conseguia pensar por que ele esperou tanto*

*tempo para trazer a criança até mim... Ele, intuindo minha pergunta, complementou: ‘- Dra., meu filho foi encaminhado para a fonoaudiologia há uns tempos atrás, numa consulta marcada para ser atendido lá em Bangu. Muito longe daqui de casa. Não tinha ninguém para levar e buscar, além de gastar muito com dinheiro de passagem. Desisti do tratamento por isso. Isso aconteceu em 2013.’ Desconcertada, solicitei novo atendimento fonoaudiológico para ser referenciado à unidade mais próxima de sua residência.”*

Na presença de uma Rede de Atenção à Saúde frágil, onde as pessoas são referenciadas para locais distantes de sua residência, inviabiliza-se um cuidado integral à saúde. No caso da fonoaudiologia, a situação se agrava devido a dois fatores: um quantitativo insuficiente de profissionais na APS e a presença de um número restrito de profissionais fonoaudiólogos que atuam no NASF-AB sem especialização em APS. Vejamos os gráficos<sup>2</sup> abaixo:

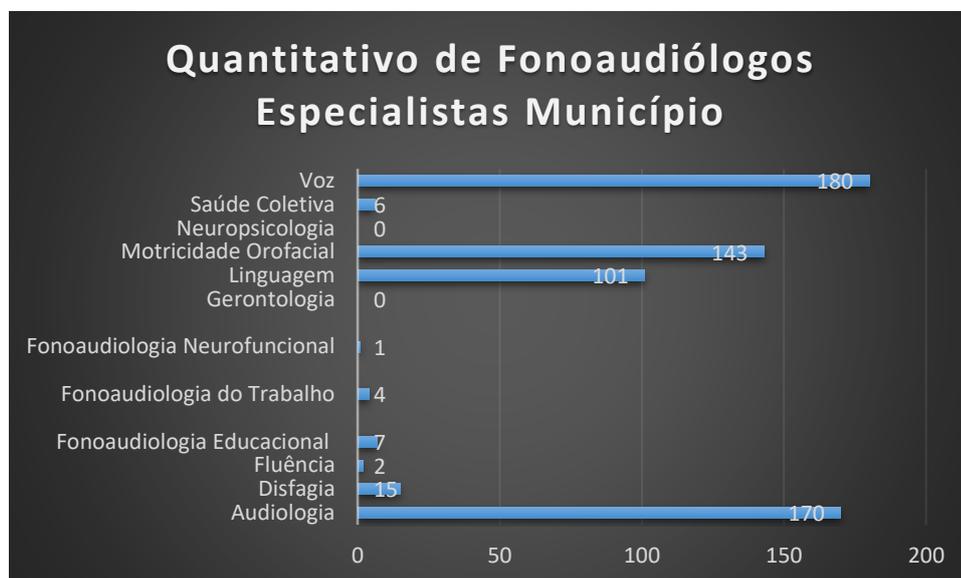
GRÁFICO 2 - QUANTITATIVO DE FONOAUDIÓLOGOS ESPECIALISTAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Fonte: Conselho Federal Fonoaudiologia, 2020.

<sup>2</sup> Em 19 de agosto de 2017, de acordo com a resolução de nº 507 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, é regulamentada a especialidade em Fluência.

GRÁFICO 3 - QUANTITATIVO DE FONOAUDIÓLOGOS ESPECIALISTAS  
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



Fonte: Conselho Federal Fonoaudiologia, 2020.

Como podemos perceber, há somente seis profissionais especialistas em saúde coletiva, o que interfere na dinâmica de trabalho dentro da APS e, possivelmente, faz com que os gestores não percebam a importância do profissional na APS na maioria das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. Esse dado é um fator a mais para se entender o baixo quantitativo de profissionais fonoaudiólogos atuando no NASF-AB. Pois, a falta de entendimento da dinâmica do trabalho interfere na forma de atuação, na resolutividade, trazendo consequências, como a não garantia de saúde integral, de equidade, referência e contrarreferência, como ilustrado na Narrativa acima. Vale ressaltar que, não estou exaltando as especialidades, mas o quanto a qualificação do profissional auxilia no entendimento dessa dinâmica, do seu papel dentro da APS. O profissional fonoaudiólogo na APS deve ser um profissional generalista capaz de identificar as alterações de maior incidência, planejar ações de promoção, prevenção a saúde.

Estudando e pesquisando, no entanto, descubro que, segundo Viégas et al (2018), ocorreu evolução da assistência fonoaudiológica no SUS. No período de 2000 a 2010, houve um crescimento de 118,8% na quantidade de fonoaudiólogos no país, isso independentemente do nível de atenção. Mas foi percebido o crescimento de

fonoaudiólogos na AB no período de 2005 a 2015, sendo no valor de 140,2%, um número expressivo.

Em 2005, havia 1.717 fonoaudiólogos na AB, correspondendo à oferta de um profissional por 100.000 Habitantes. Em 2015, havia cerca de 4.124 fonoaudiólogos, elevando a oferta para 2,1/100.000 habitantes. No entanto, em 2015, foi observado um déficit de 55,1% na oferta de fonoaudiólogos, variando o quantitativo entre as unidades da federação. Na região sudeste, concentra-se o maior número de profissionais e, na região norte, o menor. No Nordeste, houve uma maior variação quanto ao número de profissionais nesse período (VIÉGAS et al, 2018).

Temos percebido avanços no entendimento sobre o trabalho da fonoaudiologia na APS. Como, por exemplo, a organização das ações de acordo com as necessidades da comunidade, o trabalho com conceitos epidemiológicos objetivando o levantamento de doenças de maior ocorrência que acometem a saúde da comunidade, a maior compreensão do profissional quanto ao seu papel na ESF, valorizando sua atuação na promoção à saúde e, não esquecendo da participação do fonoaudiólogo em instâncias de controle social, garantindo um maior zelo pela qualidade de atendimento dos usuários. Corroborando com a necessidade de adequar a formação do fonoaudiólogo de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, o que me parece ser um caminho em prospecção.

Como uma curiosidade, o que me deixou muito feliz estudando foi descobrir o reconhecimento global da importância das ações envolvendo o fonoaudiólogo na atenção básica! Segundo Viégas et al (2018), na Austrália alguns procedimentos fonoaudiológicos, como triagens e cuidado contínuo com crianças nos primeiros anos de vida, acontecem na APS, permitindo, dessa forma, potencializar o desenvolvimento da criança, assim como a identificação e a intervenção precoce. No Reino Unido, o fonoaudiólogo é um dos profissionais de saúde que pode ser liberado de suas atividades diárias dentro da APS para fornecer suporte intensivo educacional e social para aqueles que precisam.

Isso me gerou orgulho e ESPERANÇA.

## 6.2 A FONOAUDIOLOGIA E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

*“Meu usuário agendado havia faltado. Mesmo triste com mais uma falta, fui auxiliar minha equipe fazendo anotações das solicitações que eram trazidas de demanda na reunião para a equipe NASF. Nessa*

*reunião, uma ACS fez o relato de sua preocupação com uma paciente da sua área que era portadora de diabetes, que já havia perdido a visão em um dos olhos, que passava necessidade e morava em uma casa em condições precárias. Pediu-me que eu repassasse o caso para a assistente social da equipe para ver como poderia ajudá-la. Na reunião da minha equipe, passei o caso para a minha colega. Duas semanas depois, fui abordada pela ACS, que questionou se eu havia passado o caso para a minha colega. Relatei que sim, na reunião de equipe. Ela, mais uma vez, expressou toda a sua preocupação com a paciente, até que me ofereci para ajudá-la a conseguir uma cesta básica. A ACS ficou radiante! Disse que iria avisar a usuária que iríamos conseguir uma cesta básica para ela, junto ao Serviço Social. Conseguimos montar uma cesta básica e uma cesta com produtos de higiene pessoal. No dia da entrega, vi naquela mulher de imagem tão sofrida um olhar de gratidão e, na ACS, a felicidade de um dever, de uma demanda cumprida. Senti-me ofertando cuidado, ampliando qualquer abordagem restrita ao biológico... Entendi ali o que era equidade, o que era integralidade, o que era singularizar os encontros, segundo as necessidades de saúde do outro.”*

A Atenção Primária à Saúde é a estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002). Sabemos que a função da atenção primária à saúde é o acesso e a coordenação do cuidado, sendo este o lugar do fonoaudiólogo em conjunto com os demais profissionais: atuar na integralidade do cuidado físico e mental dos usuários com base no acolhimento e no vínculo.

Abrahão (2007), em “Atenção primária e o processo de trabalho em saúde”, menciona Starfield (1992), que afirma que haverá APS de qualidade quando seis princípios forem respeitados, sendo eles: 1) o primeiro contato, que é o acesso ao uso dos serviços de saúde; 2) a longitudinalidade, que é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde; 3) a integralidade, que é o conjunto de serviços que atendam aos problemas mais comuns (biológicos, psicológicos e sociais) que causam as doenças; 4) a coordenação, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade do cuidado; 5) a focalização na família (abordagem familiar), considerando a importância da família no cuidado físico

e mental; e, por fim, 6) a orientação comunitária, que envolve as necessidades da família decorrentes do contexto econômico, social e cultural.

Quando nos referimos ao cuidado, significa dizer que observar as necessidades de saúde das pessoas e não as nossas, dos profissionais, talvez fosse uma saída. A necessidade de saúde dessa mulher, na Narrativa acima, era mais receber uma cesta básica do que realizar o controle de sua diabetes. A demanda não era biológica, não era fonoaudiológica, mas de sobrevivência.

Ofertar cuidado em saúde implica em estarmos atentos à comunicação com o outro, especialmente porque a ação comunicativa fundamenta-se na intersubjetividade, na busca pelo entendimento e reconhecimento mútuo. Aprendi ali que a prática comunicativa é o princípio organizador do trabalho em equipe, promovendo a integração e a recomposição dos trabalhos especializados (MATTOS, 2003). Se eu não tivesse acionado o serviço social, se a ACS não tivesse insistido comigo, possivelmente aquela cesta básica não seria providenciada.

Assim, entendi que, nessa minha nova prática, a comunicação tinha um valor maior do que muitos outros aspectos. O trabalho tinha uma outra qualidade quando, com a equipe, junto às minhas colegas do NASF, realizava interconsultas:

*“Numa tarde, ocorreu uma interconsulta entre mim e a assistente social com uma criança que veio referenciada pela escola com as queixas de dificuldade de aprendizagem e agressividade, queixas cada dia mais comuns. Realizamos uma conversa em conjunto e, enquanto eu avaliava a criança em particular, a colega assistente social conversava com a avó. Era uma criança com cerca de 8 anos de idade e um jeitinho algo arteiro de se relacionar. A avó, uma senhora simples, aparentando mais idade do que de fato tinha e com uma expressão extremamente sofrida, nitidamente necessitava de muita escuta. Contou-nos sobre suas precárias condições de vida, os conflitos familiares a que estavam sujeitos, o desemprego presente, a violência consequente da desigualdade social e do desamparo familiar. Aquela criança apenas reproduzia os problemas sociais e relacionais que sua família vivia. Como poderíamos abordar essas questões? Com que ferramentas ou estratégias de ação poderíamos enfrentar os problemas apresentados? Mesmo após discutirmos na nossa reunião de equipe do NASF e ouvirmos as opiniões de todas as nossas colegas em uma*

*abordagem interprofissional, não encontramos um caminho a seguir. Não tínhamos estrutura para indicar estratégias de enfrentamento. O que ficou para mim foi um profundo sentimento de frustração.”*

Essa Narrativa extrapola simplificações sobre abordagem familiar pelo NASF. A abordagem familiar, sendo uma abordagem emocionalmente refletida e cientificamente adequada ao contexto social e familiar, respeitando as concepções, crenças e valores pessoais da família abordada, não se isenta de necessitar olhar as limitações das condições de vida e trabalho das pessoas. Certamente, é preciso ouvir, explorar o entendimento visando potencializar os recursos familiares para a promoção da saúde; mas utilizada como uma abordagem isolada de um contexto social maior, de um olhar estrutural que influencie na vida das pessoas, a abordagem simplesmente não tem maiores desdobramentos. Porque situações como essas tem a ver com a vulnerabilidade social a que boa parte da população brasileira está exposta.

A dificuldade de aprendizagem dessa criança era multifatorial, então fui entendendo as dimensões das relações entre pobreza e saúde. Fui olhando para as vulnerabilidades histórica e estruturalmente presentes na nossa sociedade e as encontrando ali no cotidiano do meu trabalho dentro do NASF, como nunca antes tinha visto. A condição social atribui-se no âmbito epistemológico na perspectiva da produção do cuidado e, assim, defende a saúde como produção social. Sendo assim, a Saúde Coletiva destaca a determinação social como base para a compreensão dos processos saúde-doença e o SUS enfatiza as repercussões do contexto social e histórico na saúde da população. A Constituição de 1988 delimita a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e expõe a conquista da saúde por meio de fatores que se relacionam com a necessidade de garantir condições de bem-estar físico, mental, social e ambiental para todos e todas. Comecei a enxergar a Atenção Primária à Saúde como base de prática para o enfrentamento das iniquidades em saúde.

Portanto, devemos considerar que a pobreza se coloca como realidade e como desafio aos processos de cuidado, seja para os usuários que convivem cotidianamente nessa situação e que apresentam as marcas disso em seus corpos, seja para os profissionais, que também são afetados por ela mediante as difíceis condições de trabalho, ou mesmo por se sentirem impotentes frente à grandeza da desigualdade social (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). Assim, estava me sentindo como membro de uma equipe do NASF.

Fui, lentamente, me aproximando de um conceito de cuidado a partir do território, lidando agora para além de sua delimitação geográfica, mas um território vívido como um “território de conflitos”, repleto também de projetos e de sonhos (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Diante do contexto de vulnerabilidade, por mais empobrecido que seja determinado território, serão sempre as pessoas que vivem na localidade que poderão dizer das potencialidades locais, afastando a ideia de se transformar o cuidado em controle e vigilância da população. Por vezes, os problemas sociais presentes na sociedade se refletem nos processos de cuidado no cotidiano dos serviços, sendo um desses problemas o absenteísmo (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

*“Tinha acabado de chegar na unidade de saúde e uma agente comunitária de saúde veio me solicitar que realizasse com ela uma visita domiciliar (VD) na residência de um idoso de 91 anos que vinha apresentado engasgo há 8 meses. Prontamente aceitei e fomos juntas. Chegando ao local, fomos recebidas por uma senhora, cuidadora desse idoso. Realizei o atendimento dando orientações quanto à mudança na consistência alimentar, que, segundo ela, já havia sido realizada. Falei também sobre a postura no momento da alimentação, recomendei alguns exercícios oromiofuncionais que, segundo a cuidadora, seriam realizados. Fomos embora e eu, toda orgulhosa de mim, sentia que tinha feito uma boa abordagem. Duas semanas depois, minha colega de equipe foi realizar uma visita domiciliar com a ACS na casa desse mesmo idoso. Ao voltar do atendimento, ela me disse: - ‘Tudo o que você orientou... Como realizar exercícios e mudanças na consistência alimentar... Nada foi realizado.’ Um sentimento de frustração me tomou.”*

Autonomia dos usuários, ação comunicativa e poder profissional foram as questões que me sensibilizaram nessa situação. Por que achamos que nossas palavras como profissionais devem ser seguidas pelas pessoas? Elas dão sentidos próprios às orientações profissionais. Elas possuem suas razões, seus motivos para agir de uma maneira ou de outra. E eu, na minha crise de poder, me senti silenciada, mas será que me comuniquei de verdade com a cuidadora desse idoso? Será que consegui escutá-la? Entender suas

dificuldades? Será que, de fato, me coloquei em troca com ela? E sobre ele, consegui entender a história de vida dele, seus sentimentos, suas ideias, suas limitações, suas expectativas? Hoje entendo que o que lá falei não fez o menor sentido para aquela senhora, e o que não faz sentido não provoca mudanças nas atitudes.

Certamente, é essencial, para facilitar o acesso, conhecer o contexto social da família, além das necessidades de saúde de seus membros, entendendo que só os indivíduos ou grupos particulares sabem de fato sobre as suas demandas e, por isso, são mais aptos do que as instituições de saúde para indicar objetivos e prioridades que melhor lhes convêm (Farias CML, Santos Neto ET, Esposti CDD, Moraes L, 2020).

Reiterando que o apoio familiar é reconhecido como fundamental, os familiares atuam como colaboradores no processo de tomada de decisões, ao receber cuidados de saúde e em momentos que existem dificuldades de relatar ou expressar fatos. Também existe a possibilidade de que, usuários acreditem e relacionem a melhoria de sua situação de saúde com a melhoria do padrão de vida. Devemos compreender que determinantes e barreiras afetam o acesso aos serviços de saúde, e que metas como, melhorar o acesso dos usuários a ações que visem a comunicação e visitas comunitárias ou domiciliares e construção de relacionamento mais próximo com os usuários nos territórios resultaram no êxito dos casos (FARIAS et al, 2020).

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de implantar diretrizes mais humanizadas, pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e produzir mudanças nos modos de coordenação do cuidado. A criação da PNH surgiu da fragmentação observada dos processos e relações de trabalho, da fragilidade, tanto da rede assistencial quanto da articulação entre os níveis de atenção, e do despreparo dos profissionais em lidar com as dimensões subjetivas do cuidado em saúde. Assim como qualquer outra profissão na área da saúde, a fonoaudiologia acompanhou as modificações no processo de trabalho e na produção do cuidado, as quais transformaram a prática fonoaudiológica com a imersão das dimensões subjetivas em saúde.

O acolhimento é apontado, dentre todas as diretrizes da PNH, como a melhor expressão de oferta do cuidado ao outro. Acolhimento não como um ato de simples recepção do outro, mas como um dispositivo do cuidar que, diante das falas, afetos e ações, produzem processos relacionais entre profissional e usuário. Em estudos realizados a respeito do acolhimento, concluiu-se que o desenvolvimento desse processo no cotidiano das instituições de saúde pode revelar contradições e distanciamentos entre as

intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Portanto, entende-se que acolher não deve ser uma prática focada na doença e seus sintomas, mas, sim, no cuidado integral humano.

Segundo Silva et al (2018), para que o encaminhamento seja efetivo, deve haver vínculo e responsabilidade com a saúde do usuário; portanto, cabe ao profissional acompanhar a sua trajetória dentro da rede de saúde e facilitar o seu percurso com o objetivo de resolver suas demandas. Percebe-se que, em alguns casos, a responsabilidade pela saúde deixa de existir no momento em que o usuário necessita de atendimento em outro serviço e se justifica devido à rotina e demanda de trabalho do profissional de saúde. Conclui-se que o cuidado é fragmentado de acordo com o caminhar do usuário na rede. A fragmentação do cuidado representa a falta de conciliação entre as práticas de saúde e os princípios vislumbrados no SUS. Em parte, tal dificuldade pode ser considerada como reflexo das fragilidades existentes no processo formativo que, em muitos centros de formação, ainda preconiza a supervalorização da prática curativa e a especialização.

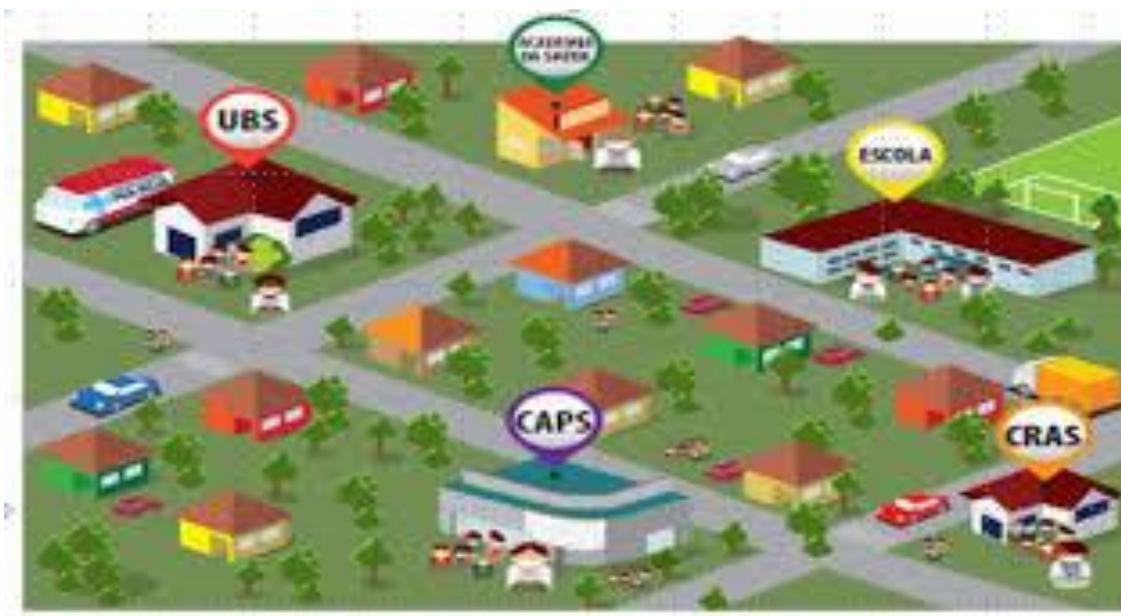
Também segundo os autores, com base na Política Nacional de Atenção Básica, coordenar o cuidado envolve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Atuando, assim, como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. O cuidado deve ser contínuo mesmo após o encaminhamento para outro profissional.

Portanto, o acolhimento e o encaminhamento são pilares para a garantia da acessibilidade universal, resolubilidade e qualificação das relações, nas quais a escuta e atenção às necessidades são imprescindíveis ao processo para que o serviço ofereça uma resposta sempre eficaz aos problemas apresentados pelos usuários. Segundo os autores Silva et al (2018), Merhy e Ceccim destacam que a noção de cuidado não se refere a um nível de atenção do sistema de saúde ou a um procedimento técnico simplificado, mas a uma ação integral que envolve o respeito, o acolhimento, a atenção ao ser humano em sofrimento, muitas vezes fruto da vulnerabilidade social e da fragilidade dos dispositivos de assistência social e de atenção à saúde. Por isso foi tão importante para mim saber o meu papel dentro desse processo de trabalho e na rede de atenção que estava aprendendo a lidar e construir.

### 6.3 FONOAUDIOLOGIA E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), como já foi referenciado, é uma forma de organizar o sistema de atenção básica em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população coordenadas e orientadas pela atenção primária em saúde (APS). A implantação da RAS provocou profundas mudanças no modelo de atenção à saúde praticado no SUS. Alguns dos espaços de trabalho da fonoaudiologia na RAS são, além do NASF, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro Especializado de Reabilitação (CER) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sendo no Rio de Janeiro o Programa de Atenção Domiciliar (PADI).

FIGURA 1 - REDE DE ATENÇÃO NO TERRITÓRIO



Fonte: CAB 39, 2014, p. 23.

A atuação do fonoaudiólogo do NASF ocorre através do matriciamento para a equipe mínima e, também, dentro da própria equipe Nasf. Mas repito aqui que esta é uma grande dificuldade: a comunicação entre os membros das equipes. Nossa formação em saúde não nos propicia muitas trocas entre nós, o que acaba por eclodir, no mundo do trabalho, em um trabalho de equipe fragmentado. A organização do trabalho intersectorial e os fluxos de encaminhamento para outros serviços de saúde, com diferentes densidades

tecnológicas, também encontram algumas dificuldades na APS, o que, para algumas especialidades referenciadas, parece fazer aumentar a fila no Sistema de Regulação (SISREG). Algumas reclamações por parte dos usuários que aparentemente não conseguiram ser atendidos nos locais em que foram referenciados foram percebidas na minha vivência profissional no NASF. Como a seguinte situação que vivenciei:

*“Um jovem de 38 anos, com sequelas de traumatismo craniano que sofreu após um acidente de moto, veio para o atendimento com queixas de dificuldade motora para a escrita e memória afetada, além de tremor em repouso no lado esquerdo do corpo. Negava dificuldade para engolir. Relatou já ter sido referenciado pelo SISREG para um CER (Centro Especializado de Reabilitação) e que, após avaliação, pediram para aguardar em casa a ligação para a próxima consulta. Mas isso nunca aconteceu. Disse que pagava um fisioterapeuta com o dinheiro que recebia do INSS, no valor de um salário mínimo, e que estava muito difícil e que não podia pagar uma fonoaudióloga além da fisioterapia, como havia solicitado. Ele só poderia contar com o SUS, um SUS que, para ele, não tinha tido muita resolutividade. Esperançoso e algo envergonhado, como se não fosse um direito dele, me perguntou se eu poderia atendê-lo e se também poderia indicá-lo para a fisioterapia da Clínica da Família...”*

Essa situação me fez refletir novamente sobre a saúde como um direito de todos e dever do estado. A Atenção Primária à Saúde (APS) vem historicamente tendo importantes conquistas para a saúde da população e para a organização do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), embora tenha apresentado ampliação entre primeira e segunda versões, apresenta em sua nova versão (2017) alguns retrocessos. Mesmo preservando diretrizes, debates recentes sobre a nova PNAB destacam mudanças que mostram retrocessos na estruturação da Atenção Primária, e que poderá se refletir na saúde da população, especialmente a mais pobre. Dentre elas, a fragilização da ESF, que deixa de ser prioridade como eixo orientador da APS; as mudanças na configuração do trabalho dos agentes comunitários, retirando a obrigatoriedade de sua presença na composição das equipes; e a precarização produzida pela reorientação do financiamento.

No entanto, a APS reafirma seu papel de relevância dentro do sistema com a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), constituindo-se porta de entrada prioritária, bem como configurando-se como o centro de comunicação das RAS e importante referência na coordenação do cuidado. Porém, ainda é desafiador para o sistema a integração da APS à RAS. Pois há uma falsa ideia de que a atenção primária, como parte do sistema de saúde, serve às necessidades da população como “assistência simplificada e de baixo custo”. Isso diverge das diretrizes, que a situam como sendo o primeiro nível de atenção e sendo estratégia de reorientação do sistema de saúde (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

É importante e necessário afastar qualquer menção que associe a APS à medicina para pobres, sendo relevante, a partir do princípio de equidade, reconhecer a questão social como constitutiva da sociedade brasileira, que impõe condições diferenciadas de vida, de disponibilidade da rede de serviços, perpassando os processos de produção de cuidado (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

A fonoaudiologia na saúde coletiva tem apresentado avanços desde a sua implementação no SUS. Seu crescimento e sua estruturação para o atendimento público é cada dia mais evidente em vários municípios brasileiros. Uma das provas disso mostra-se pela demanda crescente dos serviços de fonoaudiologia para a sociedade. Porém, percebe-se que os serviços oferecidos à população são escassos.

Reiterando que a preocupação com a atenção preventiva e coletiva na fonoaudiologia, de certa forma, ainda pode ser considerada recente, assim como é o exercício da profissão no país. Contudo, as crescentes oportunidades de trabalho para fonoaudiólogos na rede de atenção à saúde coletiva têm contribuído para a sua inserção em todos os níveis de atenção à saúde (CHIODETTO; MALDONADE, 2018). Uma esperança vem se apossando de mim.

O exercício da profissão no SUS está frequentemente confrontado com questões de organização, gestão, recursos disponíveis em saúde, preparação e formação do profissional para atuação em saúde coletiva, que podem interferir na qualidade do trabalho profissional. Nesse contexto, vêm sendo realizadas pesquisas visando identificar subsídios para a criação de estratégias que possam contribuir para o planejamento e a melhora da resolutividade dos serviços oferecidos na área de fonoaudiologia da rede de saúde.

Estudos sobre fonoaudiologia na APS no município do Rio de Janeiro são escassos, como já foi relatado anteriormente. Entretanto, estudando e pesquisando, descobri um

estudo realizado em São Paulo onde foram identificados os desafios elencados pelos profissionais, sendo eles: escassez de recursos na rede de saúde (por exemplo: ausência de determinados exames), a longa permanência do paciente em filas de espera para conseguir atendimento, processos de trabalho médico-centrados, relações hierárquicas permeadas por interesse micro e macropolíticos, demanda superior à oferta de serviços oferecidos e ausência de incentivo da prefeitura local para realização de educação continuada. Nesse mesmo estudo, foram observados em relação aos encaminhamentos a longa permanência em filas de espera, pois os serviços disponíveis não abarcam todas as áreas de reabilitação fonoaudiológica, como também a duplicidade de atendimentos (por exemplo, consultas de otorrinolaringologia e os exames audiológicos normalmente são realizados em locais diferentes), falta de percepção dos profissionais da saúde da necessidade de encaminhamento para a fonoaudiologia (os profissionais responsáveis pelo encaminhamento não reconhecem os distúrbios fonoaudiológicos suficientemente para realizar o encaminhamento para a fonoaudiologia), ausência de serviços disponíveis na rede que são necessários ao atendimento fonoaudiológico (por exemplo: reabilitação cognitiva e exame específico para deglutição) e falta de profissionais na rede de saúde (CHIODETTO; MALDONADE, 2018).

Nessa pesquisa, todas (100%) sinalizaram dificuldades referentes à articulação do trabalho da fonoaudiologia com a rede, além da carência de recursos humanos e da restrita carga horária disponível para articulações em rede. Sendo que uma profissional refere-se sobre a articulação da rede sofrer muita influência dos interesses da gestão e da disponibilidade pessoal dos profissionais. (CHIODETTO; MALDONADE, 2018).

Na minha atuação, percebi dificuldades referentes à influência dos interesses da gestão, a articulação da fonoaudiologia com a rede e para encaminhar os usuários via SISREG para serem atendidos próximos de suas residências. Outro ponto de tensão era o fato de que as solicitações de exames e os encaminhamentos de consulta para outras especialidades eram lançados no sistema de regulação pelo médico, responsável técnico sendo que pelo CAB 39, o NASF tem também papel regulador, já que qualifica os seus encaminhamentos.

Em outro estudo realizado em São Paulo, Molini-Avejonas et al (2018) informa o seguinte:

Conforme o proposto pelo SUS, a alta complexidade de assistência à saúde necessitaria atender 15% a 20% da demanda de usuários. Entretanto, por conta do pensamento hegemônico dos atores de saúde (usuários, profissionais e

gestores), a solução dos problemas dessa área está centralizada em grandes centros tecnológicos (5). Estudo nacional sobre a caracterização do perfil sociodemográfico e do fluxo de referência e contrarreferência de um hospital de alta complexidade evidenciou que o número insuficiente de fonoaudiólogos inseridos nos serviços das unidades/cidades de origem dos usuários e a organização ineficiente do fluxo, nos níveis de atenção, acabam ocasionando grandes filas de espera para atendimento (12). Essa realidade, somada à desarticulação do processo de referência e contrarreferência, faz com que a integralidade e a estrutura organizacional regionalizada e hierarquizada da assistência à saúde sejam revistas, para a concretização do SUS desejável (13,14). Um sistema ineficiente de contrarreferência possivelmente prejudicará o seguimento do usuário, no que se refere aos cuidados dos quais necessita dentro da rede de atenção à saúde do SUS(...). (MOLINI-AVEJONAS et al, 2018, p. 2)

Esse estudo, publicado em forma de artigo e intitulado “Fonoaudiologia: referência e contrarreferência”, corrobora que o número insuficiente de profissionais na atenção primária e o desconhecimento dos profissionais sobre a atuação fonoaudiológica interfere no fluxo da rede de atenção.

Outro ponto também relatado pelos autores:

A promoção da atuação integrada e intersetorial dentro dos serviços de saúde, bem como o planejamento do cuidado, de acordo com os níveis de atenção à saúde, têm se mostrado cada vez mais urgentes, mas ainda distantes da realidade da maioria dos serviços do SUS (24). A rede de cuidado se mostra fragmentada, uma vez que profissionais do nível primário de atenção à saúde têm pouca ou nenhuma articulação com os que atuam nos níveis secundário e terciário, mesmo sendo preconizado nas diretrizes do SUS que a rede de atenção primária à saúde seja a ordenadora do cuidado. (MOLINI-AVEJONAS et al, 2018, p. 7)

Embora o estudo tenha sido realizado no estado de São Paulo, ele reitera o que foi relatado anteriormente.

Muitas afetações estavam reverberando em mim. Transformei-me em uma profissional do NASF, da Atenção Primária, com todas as contradições e ambiguidades que trazia. Transformei-me em uma fonoaudióloga diversa daquela que me formei. Mas ainda com questionamentos e perguntas a ser respondidas. Uma fonoaudióloga em reestruturação.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fonoaudiólogo é um profissional da saúde responsável pela promoção, prevenção, avaliação e diagnóstico, reabilitação, monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos nas áreas da audição, linguagem oral e escrita, voz, fluência, sistema miofuncional orofacial e deglutição. Além disso, pode exercer atividades de ensino, administração e pesquisa.

Enquanto campo de saber e prática, sua atuação engloba ações em unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, hospitais, maternidades, escolas, domicílios e outros pontos de atenção à saúde e/ou educação nos quais haja necessidade desse profissional. A fonoaudiologia é tudo isso e muito mais...É como tenho percebido meu lugar na profissão depois de realizado este estudo.

Hoje posso ver a fonoaudiologia acompanhando as mudanças ocorridas no processo de trabalho e produção do cuidado. Isso ocorreu porque pude expor e vivenciar novos espaços onde foi possível questionar a formação, a estrutura do SUS, a prática na APS e a relação interprofissional do NASF. Consegui construir relações de confiança com os profissionais da equipe, valorizando sobremaneira a comunicação, os encontros, as trocas. Certamente, também ampliei bastante o meu olhar e enriqueci as possibilidades de compreensão e comunicação com os usuários, especialmente no lidar com suas histórias de vida no processo de saúde-doença.

Através das Narrativas aqui escritas, pude expressar as minhas mais frequentes indagações diante da construção de uma profissão ainda nova no imaginário das pessoas, mais nova ainda na Atenção Primária à Saúde; mas também pude expressar ao leitor o processo de construção de uma fonoaudióloga em descoberta de si própria.

Espero ter contribuído para a ampliação do pensamento e do sentimento de pertencimento, tão importantes para o diálogo entre nós, profissionais de saúde.

Espero, principalmente, ter contribuído para a mudança do olhar de você, leitor, sobre a fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde. Essa é a minha esperança.

## 8 REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. **Atenção primária e o processo de trabalho em saúde**. Informe-se em promoção da saúde, v. 03, n. 01, p. 01-03, jan-jun 2007.

BEFI, D. **Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Lovise, 1997.

BONDIA, J.L. **Pedagogia Profana: danças, piruetas e mascaradas**. 5 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BONET, Octavio. **Saber e Sentir: Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, DF: MS, 2010. (Cadernos de Atenção Básica; n. 27, vol. 1)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: MS, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39, vol. 1: Ferramentas para a gestão.)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 02 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Disponível em: <<http://www.2.camara.leg.br>>1980-1987>. Acesso em: 05 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. E-Gestor Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica** [Online]. 2020. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL, B.C. et al. O ensino de Fonoaudiologia no Brasil: Retrato dos cursos de graduação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, e0021443, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000300501&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000300501&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BENJAMIN, W. O Narrador. In: \_\_\_\_\_. **Obras escolhidas I: magia e técnica, arte e política.** 7a ed. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 fev. 2020.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jan. 2020.

CARACIKI, A.M.; CARDOSO, I.; CANONGIA, M.B. **História da Fonoaudiologia no Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Lovise, 2004.

CASANOVA, A.O.; TEIXEIRA, M.B.; MONTENEGRO, E. O apoio Institucional como Pilar na cogestão da Atenção Primária à Saúde: a experiência do Programa TEI-S - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014001104417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014001104417&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2019.

CASTELLANOS MEP. A Narrativa nas Pesquisas Qualitativas em Saúde. *Cien. Saúde coletiva* 19(04) Abril, 2014.

CAZELLI, C.M. **Avaliação da Implantação do Programa de saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2003. 151 F. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, ENSP-Fiocruz, 2003.

CFFa. **Contribuição da Fonoaudiologia para o Avanço do SUS - 25 anos do SUS: A fonoaudiologia na luta pela integralidade da atenção à saúde** (Cartilha). Sistema de conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia, 2015. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. **Código de Ética**, 4ª edição. Disponível em: <<https://www.fonoaudiologia.org.br/cffaigo-de-etica.>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

CHARON, R. **Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness.** New York, NY: Oxford University Press, 2006.

CHIODETTO, L.V.A.P.; MALDONADE, I.R. Atuação do profissional e desafios da prática fonoaudiológica em rede de saúde pública municipal. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, vol. 30, fac. 4, p. 688-704, dez. 2018.

COSTA, L. S. et al. A prática do Fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Municípios Paraibanos. **CoDAS**, São Paulo, vol.25, n. 4, p. 381-387, 2013.

FARIAS, C.M.L.; SANTOS NETO, E.T.; ESPOSTI, C.D.D.; MORAES, L. Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2239, 2020.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, 2012, v. 6, n. 2, p. 151-163.

FERNANDES, T. L. et al. Análise das atribuições dos Fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2011.

FONOAUDIOLOGIA: um assunto de interesse de toda a família. **Conselho Federal de Fonoaudiologia**. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/folder-atencaobasica.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. Ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2008.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa, I: racionalidad de la acción y racionalización social**. Madrid: Taurus, 2001.

ISOTANI, S.M.; AVILA, C.R.B.; PUCCINI, R.F. Mudanças Curriculares no Curso de graduação em Fonoaudiologia da UNIFESP. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 237-250, Jun. 2017.

JESUS, R.L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A.L. A expansão da Estratégia da Saúde da Família: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 37, p. 1-11, out.-dez. 2015.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 32- 51.

MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003, p. 45-58.

MELO, E.A. et al. A crise econômica e atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; OLIVEIRA, J.R.; ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, set. 2018.

MEHRY, E. E; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 83-89, 1991.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MOLINI-AVEJONAS, D.R. et al. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Conceitos e referências. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

MOLINI-AVEJONAS, D.R.; SANTOS, T.H.F.; OLIVEIRA, S.R.; RONDON-MELO. S.; CARTOLANO, FP. Caracterização dos sistemas de referência e contrarreferência em um serviço de fonoaudiologia de alta complexidade na cidade de São Paulo. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo , v. 23, e1859, 2018,

MS. **Encontro Estadual para Fortalecimento da Atenção Básica**. Pernambuco, abr. 2018. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/apresentacao\\_equipes\\_NASF\\_P\\_E\\_abril2018.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/apresentacao_equipes_NASF_P_E_abril2018.pdf).> Acesso em: 06 out. 2019.

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E.C. A Fonoaudiologia e sua Inserção na Saúde Pública. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 31-41, jan/fev 2007.

NASCIMENTO, A.G.; CORDEIRO, J.C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Análise do processo de trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019424, 2019.

PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. Apresentação. In: \_\_\_\_\_. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p.7-16.

PITOMBEIRA, D.F.; OLIVEIRA, L.C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, mai. 2020.

ROLNIK S. **Cartografia Sentimental, Transformações Contemporâneas do desejo**, Ed. Estação Liberdade, São Paulo,1989.

ROLNIK S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

SEARA, Berenice. Cobertura curta na saúde da família. **Extra Online**, Rio de Janeiro, 24 out. 2019. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/extra-extra/cobertura-curta-na-saude-da-familia-24039103.html?>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SILVA, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da família: Desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SILVA, K.L.; SOUZA, M.C.; ESTEVES, C.O. A produção do cuidado e a fonoaudiologia na rede de atenção à saúde: um estudo na rede própria do município de Salvador. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 143-155, abr.-jun. 2018.

SIMÕES, P.P.; GAMEIRO, F.; NUNES, P.C.; JUNIOR, A.G.S.; SCARDUA, M.T.; SIMAS, K.B.F, Expansão da Atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. **Rev. hupe**, v.15. n.3, jul/set 2016.

SOLEMAN, C.O. **Trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho**. 2012. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2012.

SOUSA, T. F. O processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.

SOUZA, T.S.; MEDINA, M.G. Nasf: Fragmentação ou Integração do Trabalho em Saúde na APS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 145-158, out. 2018.

TESSER, C.D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 62, p. 565-578, 2017.

VIÉGAS, L.H.T.; MEIRA, T.C.; SANTO. B.S.; MISE. Y.F.; ARCE, V.A.R.; FERRITE, S. Fonoaudiologia na Atenção Básica no Brasil: Análise da oferta e estimativa do déficit, 2005-2015. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 353-362, mai/jun 2018;

ZANIN, L.E. et al. Fonoaudiologia e Estratégias de Saúde da Família: O estado da Arte. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n.5, p. 1674-1688, out. 2015.

## ANEXOS

### ANEXO A – DCN 2002

#### CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

#### **RESOLUÇÃO CNE/CES 5, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.<sup>3</sup>**

##### **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia.**

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de dezembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fonoaudiologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Fonoaudiólogos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fonoaudiologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fonoaudiólogo, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. Possui formação ético-filosófica, de natureza epistemológica, e ético-política em consonância com os princípios e valores que regem o exercício profissional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fonoaudiologia e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.

Art. 4º A formação do Fonoaudiólogo tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custoefetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos

---

<sup>3</sup> CNE. Resolução CNE/CES 5/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Fonoaudiólogo tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrange o estudo da motricidade oral, voz, fala, linguagem oral e escrita e da audição, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios da linguagem (oral e escrita), audição, voz e sistema sensorio motor oral;

II - compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo, a linguagem, a aprendizagem. O estudo deste processo como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas;

III - apreender as dimensões e processos fonoaudiológicos em sua amplitude e complexidade;

IV - avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade;

V - apreender e elaborar criticamente o amplo leque de questões clínicas, científico-filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do Fonoaudiólogo, capacitando-se para realizar intervenções apropriadas às diferentes demandas sociais;

VI - possuir uma formação científica, generalista, que permita dominar e integrar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em Fonoaudiologia;

VII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VIII - desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares;

IX - possuir recursos científicos, teórico-práticos e éticos que permitam a atuação profissional e reavaliação de condutas;

X - conquistar autonomia pessoal e intelectual necessárias para empreender contínua formação profissional;

XI - situar a Fonoaudiologia em relação às outras áreas do saber que compõem e compartilham sua formação e atuação;

XII - observar, descrever e interpretar de modo fundamentado e crítico as situações da realidade que concernem ao seu universo profissional;

XIII - pensar sua profissão e atuação de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

XIV - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XV - utilizar, acompanhar e incorporar inovações técnico-científicas no campo fonoaudiológico.

Parágrafo único. A formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fonoaudiologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fonoaudiologia. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos;

II - Ciências Sociais e Humanas – inclui-se a compreensão dos determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, lingüísticos e educacionais; e

III - Ciências Fonoaudiológicas - incluem-se os conteúdos concernentes às especificidades da Fonoaudiologia relativas à audição, linguagem oral e escrita, voz, fala, fluência e sistema miofuncional orofacial e cervical. Deverão ser abordados aspectos relativos à ontogênese e desenvolvimento da linguagem nos seus múltiplos aspectos e especificidades, aos recursos utilizados para o aprimoramento de seus usos e funcionamento, bem como, o estudo dos seus distúrbios e dos métodos e técnicas para avaliação e diagnóstico, terapia e prevenção neste campo. Essas especificidades dizem respeito, também, à prevenção, desenvolvimento, avaliação, diagnóstico e terapia relativos aos aspectos miofuncionais, orofaciais e cervicais, além dos aspectos de voz, fluência e de fala. Em relação à audição referem-se ao desenvolvimento da função auditiva; alterações da audição; avaliação e diagnóstico audiológico, indicação, seleção e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual e outros dispositivos eletrônicos para a surdez; métodos e técnicas para prevenção, conservação e intervenções nos distúrbios da audição.

Art. 7º A formação do Fonoaudiólogo deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente, no qual o aluno adquira experiência profissional específica em avaliação, diagnóstico, terapia e assessoria fonoaudiológicas. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fonoaudiologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. Este estágio deve ocorrer, prioritariamente, nos dois últimos anos de formação. A maioria destas atividades deve ser realizada na clínica-escola, adequadamente equipada para tal finalidade.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Fonoaudiologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fonoaudiologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Fonoaudiologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá garantir:

I - uma organização curricular estruturada em eixos de formação que levem a um desenvolvimento coerente e gradual, de modo a garantir a complexidade da formação pretendida;

II - estreita e concomitante relação entre teoria e prática, ambas fornecendo elementos básicos para a aquisição dos conhecimentos e habilidades necessários à concepção clínico - terapêutica da prática fonoaudiológica;

III - na área profissional, o conhecimento das perspectivas ético/teórico/prática sustenta a formação clínico-terapêutica que é básica às diferentes atividades exercidas no campo fonoaudiológico. Apresentados em uma perspectiva histórica, os princípios e métodos fonoaudiológicos relacionados às questões éticas e técnicas explicitam a natureza da atividade desenvolvida em diagnóstico/terapia ou assessoria; e

IV - os campos de conhecimento devem ser dispostos em termos de carga horária e planos de estudo, considerando-se a proporcionalidade entre atividades teóricas, teóricopráticas, e estágios supervisionados priorizando na distribuição das disciplinas os conteúdos específicos contidos na Ciência Fonoaudiologia.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fonoaudiologia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Fonoaudiologia deverá utilizar metodologias e

critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO  
Presidente da Câmara de Educação Superior

# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 22/09/2017 | Edição: 183 | Seção: 1 | Página: 68

Órgão: Ministério da Saúde/GABINETE DO MINISTRO

## PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art.87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a

organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), agosto de 2017; e Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da

regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;

- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que consideremos determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva intra e intersetorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

## CAPÍTULO I

### DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

- I- contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;
- I - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- II - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;
- III - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;
- IV - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;
- VI- estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;
- VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;
- VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as

equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção

Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e o uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e o acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados

na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de autoavaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da

rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT),

as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo

mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no

processo de qualificação e deconsolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais

do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares

nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do

componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de

modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no

planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos

municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de

assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e

qualificação da Atenção Básica e ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à

institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo

de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de

organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal,

dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que

atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada

preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade

no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

- IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;
- X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;
- XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
- XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;
- XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;
- XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;
- XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;
- XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;
- XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de

saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização

em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporando ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

## 1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação dos serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

### 1.1- Princípios

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condições socioeconômicas, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- **Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atenda às necessidades da população em todos os campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das

doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

## 1.2- Diretrizes

- **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- **Territorialização e Adscrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço, portanto, adscritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- **Resolutividade:** reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- **Longitudinalidade do cuidado:** pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo

permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

## 2- A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamentaa Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais regionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de saúde articuladas às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

### 3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

#### 3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

#### 3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica: a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala devacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológica completa;

a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológica completa;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micromotor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipe odontológica e refletor odontológico unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

### 3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se:

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

I)- 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

ii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula:  $\text{População}/2.000$ .

iv.- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições

básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e a resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locais e regionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

### 3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na

atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4-Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do território.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

- a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;
- b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.
- c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;
- d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;
- e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;
- f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;
- g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde às populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento

em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

### 3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locais regionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte

significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as eSFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As eSFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

- a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e
- b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área de saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf - AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência

Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam a composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e orientadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

#### 4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe,

identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde,

considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medidas socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem

como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática de encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever os fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações

sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; XIV Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; XXVI Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem

condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários

(escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou

Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo

atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar a saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

#### 4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletivas das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; VII.- Processar filme radiográfico; XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

#### 4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e

indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.- Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

#### 4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica como objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial a fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e

familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS,

apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização dos recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

#### 4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Segundo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

##### a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI.- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar usuários para a unidade de

saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com a descrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar

todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e

sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de

nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para o acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria,

ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem

realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

- IV realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e
- V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.
- Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se tiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

- I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;
- II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;
- III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
- IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e
- V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e
- VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve ser vinculado à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

#### 5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

- I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na

percepções dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referenciado para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelos de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho e equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o

protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utilizam critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão

do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, e mapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de atuação deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a.vigilância da situação de saúde da população, com análisesque subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias,monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b.deteção oportuna e adoção de medidas adequadas para aresposta de saúde pública;

c.vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;e

d) vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos em vigor vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e discutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV.- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo de diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI.- Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseados na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformamos processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de prática para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de

desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

## 6- DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e

Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na

Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão ser ajustados conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I- Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritários e superiores, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o

número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

#### 4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

#### 4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

#### 5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou

3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

#### 6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

#### III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção

Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal;

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III.- O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV.- Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para o recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I.- inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II.- ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III.- descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e < >- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente. Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

#### 6.2- Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira da suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

< >- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;-

realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão. Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhados dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

**RICARDO BARROS**

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

## ANEXO C – FOLDER CFFa



O fonoaudiólogo é o profissional de saúde dedicado ao trabalho da comunicação humana, que envolve o uso da voz, da fala, dos gestos, das expressões faciais e corporais, da escrita, da audição e da própria organização do pensamento.

A Fonoaudiologia possui um papel significativo na manutenção da saúde e da 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.

A atuação fonoaudiológica engloba ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana: linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala, audição, equilíbrio, sistema miofuncional orofacial, cervical e deglutição.

O fonoaudiólogo do NASF, em conjunto com os demais profissionais da equipe, buscará 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.



Saúde da Família



SUS Sistema Único de Saúde



FONO AUDIOLOGIA

**Sistema dos Conselhos de Fonoaudiologia**

[www.fonoaudiologia.org.br](http://www.fonoaudiologia.org.br)

**FONOAUDIOLOGIA**  
Um assunto do interesse de toda a família.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família



O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é uma iniciativa do Governo Federal que amplia o número de profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Os núcleos reunirão profissionais das mais variadas áreas de saúde, em parceria e em conjunto com as equipes do Saúde da Família, aumentando seu alcance e eficiência.



#### ações de REABILITAÇÃO

São medidas que permitem reduzir incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde. Devem ser multiprofissionais e transdisciplinares e ocorrer o mais próximo possível da moradia, facilitando o acesso e a integração a outros equipamentos presentes no território:

- Diagnosticar, levantar os problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades de reabilitação;
- Desenvolver a promoção e proteção à saúde incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao auto-cuidado;

- Efetivar estratégias que visem o acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- Atentar à prevenção de incapacidades e deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- Acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação;
- Desenvolver a reabilitação, priorizando atendimentos coletivos, especialmente de usuários com alterações de comunicação, mastigação, deglutição, decorrentes de doenças ou do envelhecimento;
- Adotar a integração aos equipamentos sociais existentes, incluindo a orientação de professores e outros profissionais de escolas, creches, asilos e outras instituições;



- Realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos, especialmente para usuários restritos ao leito ou ao domicílio que requerem cuidados quanto à fala, linguagem e alimentação segura;
- Capacitar, orientar e dar suporte às ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Realizar discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares, além do desenvolvimento de projetos e ações intersetoriais que favoreçam a inclusão e a melhoria da qualidade de vida;
- Desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;
- Acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência ou incapacidade;



- 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 escolar, no trabalho ou social;



#### ações de SAÚDE MENTAL

Alicerçadas nos aspectos da comunicação, favorecem a socialização e resgate da auto-estima de usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental.



#### ações de SAÚDE DA CRIANÇA

São as ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da criança, no âmbito individual e coletivo, especialmente quanto ao:

- incentivo ao aleitamento materno, desenvolvimento orofacial relacionado à alimentação e cuidados quanto a utilização de hábitos orais (mamadeira, chupeta);
- desenvolvimento da fala, linguagem e outras habilidades cognitivas;
- desenvolvimento das habilidades auditivas e no diagnóstico precoce da deficiência auditiva;
- aspectos gerais do desenvolvimento motor e psicossocial;
- acompanhamento e orientação dos processos de alfabetização e de aprendizagem por meio do desenvolvimento de projeto intersetorial (Educação).