



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

**FONOAUDIOLOGIA:
UMA ABORDAGEM PÚBLICA**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Ana Maria Coelho Fortes

Santa Maria, RS, Brasil

2006

FONOAUDIOLOGIA: UMA ABORDAGEM PÚBLICA

por

Ana Maria Coelho Fortes

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Fonoaudiologia, Área de Linguagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para conclusão do

Curso de Especialização em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Helena Bolli Mota

Santa Maria, RS, Brasil

2006

ORIENTADORA

Prof^a Dr^a Helena Bolli Mota

Professora Adjunto do Departamento de Otorrino-Fonoaudiologia,
da Universidade Federal de Santa Maria.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Especialização em Fonoaudiologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização

FONOAUDIOLOGIA: UMA ABORDAGEM PÚBLICA

elaborada por

Ana Maria Coelho Fortes

como requisito parcial para conclusão do
Curso de Especialização em Fonoaudiologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dr^a Helena Bolli Mota
(Presidente/Orientador)

Dr^a Márcia Keske-Soares

Ms. Giovana Romero Paula

Santa Maria, RS, Brasil

Aos meus queridos Elda, Marcelo, Giulia, Regina e Kim, incentivadores desta caminhada, a quem devo todos os momentos de amor, carinho e compreensão e pela confiança em mim depositadas, dedico este trabalho.

Agradeço aos meus familiares, pela generosidade e incentivo.

Às colegas do Curso de Especialização em Fonoaudiologia, pelo companheirismo e aprendizado compartilhado.

À Prof^a Dr^a Márcia Keske-Soares, pela gentileza na obtenção do material bibliográfico.

À Prof^a Dr^a Helena Bolli Mota, pela orientação científica, pela disponibilidade, carinho e confiança sempre presentes em cada momento deste trabalho.

“Uma longa viagem começa com um único passo”

Lao-Tsé

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Especialização em Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Maria

FONOAUDIOLOGIA: UMA ABORDAGEM PÚBLICA

AUTORA: ANA MARIA COELHO FORTES

ORIENTADORA: HELENA BOLLI MOTA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, Janeiro, 2006.

Este trabalho se configura como uma revisão de literatura que tem como objetivo discorrer sobre o processo de construção da Fonoaudiologia na Saúde Pública. Dentro desta proposta, um dos tópicos abordados trata do histórico da Fonoaudiologia como ciência no Brasil e em Santa Maria, bem como o histórico da Saúde Pública e do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O trabalho também expõe as diferentes fases e níveis de prevenção à saúde, seja ela primária, secundária ou terciária, procurando mostrar como a Fonoaudiologia pode se inserir em cada um desses níveis. O papel dos Ambulatórios de Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais configuram-se como a porta de entrada do sistema de saúde pública, é também relatado, enfatizando as áreas de atuação do fonoaudiólogo através da descrição de programas que podem ser beneficiados com ações fonoaudiológicas efetivas. Por fim, ressalta-se a relação do fonoaudiólogo com a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como um novo modelo de atenção à saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população.

ABSTRACT

Specialization Monograph
Specialization Course in Speech Therapy/Audiology
Federal University of Santa Maria

SPEECH THERAPY/AUDIOLOGY: A PUBLIC APPROACH

AUTHORA: ANA MARIA COELHO FORTES

ADVISER: HELENA BOLLI MOTA

Place and Date of Defense: Santa Maria, January, 2006.

This study is a literature review that has as objective to consider the construction process of Speech Therapy/Audiology in the Public Health. In this propose one of the topics is the history of Speech Therapy/Audiology as a science in Brazil and in Santa Maria, as well as the Public Health and the Unique Health System (SUS) History in Brazil. The study also shows the different stages and levels of health prevention, being first, second or third attention, trying to show how Speech Therapy/Audiology can be introduced in each of these levels. The role of Speech Therapy/Audiology clinics, in the Basic Health Units, which are the access to the public health system, is mentioned and we emphasized the work areas for a speech therapist/audiologist describing the programs that can have benefits with this work. In the end we stands out the relation between the speech therapist/audiologist and the Familiar Health Program as a new model of health attention, providing a new dynamic performance and relationship among the health services and the population.

LISTA DE REDUÇÕES

ACS:	Agentes Comunitários de Saúde
AIS:	Ações Integradas de Saúde
CAPs:	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME:	Central de Medicamentos
CIB:	Comissões Intergestoras Bipartites
CIES:	Comissão Interinstitucional Estadual de Saúde
CIPLAN:	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS:	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CIT:	Comissões Intergestoras Tripartites
CLIS:	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CONASP:	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRIS:	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
DATAPREV:	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
FBH:	Federação Brasileira de Hospitais
FUNABEM:	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IAPAS:	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPs:	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS:	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA:	Legião Brasileira de Assistência
LOS:	Lei Orgânica da Saúde
NOB:	Norma Operacional Básica
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PAB:	Piso Assistencial Básico
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS:	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPI:	Programação Pactuada Integrada
PREV-SAÚDE:	Programa Nacional de Serviços Básicos da Saúde

PPP:	Projeto Político Pedagógico
PSF:	Programa Saúde da Família
SINPAS:	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS:	Sistema Nacional de Saúde
SUDS:	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
TFAM:	Teto Financeiro de Assistência do Município
UBS:	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 HISTÓRICO DA FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL	14
2.2 HISTÓRICO DA FONOAUDIOLOGIA NA UFSM	16
2.3 HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	19
2.4 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS ANOS 90	27
2.5 FONOAUDIOLOGIA PREVENTIVA	34
2.6 PAPEL DOS AMBULATÓRIOS DE FONOAUDIOLOGIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)	42
2.7 ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)	45
2.8 ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	50
2.9 DOCUMENTO ABORDA INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	55
3 CONCLUSÃO	58
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da Saúde Pública, contendo reflexões sobre questões centrais que vêm sendo discutidas há muito tempo para a conformação de um Sistema Público de Saúde, sistema este que vem tentando se formar desde o início do século XX, de forma a organizar uma assistência eficiente, voltada para a coletividade.

Com a inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e, na década de 90, com a oficialização do Programa Saúde da Família (PSF), foi legitimada a luta pela organização de um sistema de saúde público integral, igualitário e universal a toda a população.

Este trabalho menciona uma saúde pública que incorpore os princípios e diretrizes do SUS como metas a serem atingidas e voltadas aos interesses da sociedade. Procura, também, mencionar e situar o papel da Fonoaudiologia na Saúde Pública, fundamentando medidas de prevenção através de ações fonoaudiológicas assim como a atuação do fonoaudiólogo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades estas destinadas à melhoria das condições de saúde e bem-estar da comunidade executando ações dirigidas aos indivíduos, à família e ao meio.

Assim sendo, com base no exposto acima, o presente trabalho tem por objetivos: descrever a trajetória da Fonoaudiologia enquanto Ciência, detalhando sua história no Brasil e em Santa Maria (UFSM), expondo seus princípios e leis e enfocando, também, o histórico do Sistema de Saúde Pública no Brasil; abordar fases e níveis de prevenção, tanto em ações coletivas como individuais, que contribuam significativamente para a saúde global e expor o papel dos Ambulatórios de Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), enfatizando as áreas de atuação do fonoaudiólogo na Saúde Pública que buscam a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde fonoaudiológica da população, assim como a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como novo modelo de saúde.

Dessa maneira, este trabalho de revisão de literatura compõe-se das seguintes partes: Históricos da Fonoaudiologia – no Brasil e Santa Maria (UFSM) e Histórico do Sistema de Saúde Pública no Brasil; Fonoaudiologia Preventiva e Papel

dos Ambulatórios de Fonoaudiologia, atuação do fonoaudiólogo e a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF).

Portanto, a motivação que norteia a realização do presente estudo refere-se ao fato da autora deste estar atuando em trabalho fonoaudiológico na Saúde Pública, mais especificamente em Unidade Básica de Saúde (UBS), fato este que contribui de forma significativa para a importância do mesmo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 HISTÓRICO DA FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL

Conforme o que consta no novo Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Fonoaudiologia da UFSM (2005), data da década de 30 a idealização da profissão de fonoaudiólogo, oriunda da preocupação da Medicina e da Educação com a profilaxia e a correção de erros de linguagem apresentados pelos escolares.

Na década de 60, surgiu a Fonoaudiologia, a partir da necessidade de se ampliarem as condições de Saúde e Educação da população. No final da década de 70, o currículo dos cursos de Fonoaudiologia foi aprovado enquanto a regulamentação da profissão ocorreu no início da década de 80. A Associação Brasileira de Fonoaudiologia, criada em 1962, elaborou o projeto de lei da profissão, reprovado por vários anos consecutivos. Somente em 1981, o texto foi aprovado e homologado pelo Presidente da República João Figueiredo.

O primeiro Curso de Fonoaudiologia foi criado em 1960 na Universidade de São Paulo e, logo em seguida, em 1961, foi a vez da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Ambos com duração de um ano. Os próximos cursos criados foram o da Universidade Federal de Santa Maria, no RS, a Pontifícia Universidade Católica em Campinas e, logo depois, a Faculdade Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo. Os nomes mais apropriados para a profissão, na época de sua criação eram Logopedia, Terapia da Palavra ou Fonoaudiologia.

A formação do fonoaudiólogo firmou-se em nível de bacharelado, permanecendo-se a luta pelo reconhecimento da profissão como profissional autônomo, ou seja, apto para atuar em equipe, sem a dependência do médico ou outro profissional.

Em 1975, coordenadores de diversos Cursos de Fonoaudiologia solicitaram ao MEC que os cursos fossem considerados curso superior de longa duração, entretanto as exigências do Conselho Federal de Educação eram grandes. Os anos 1975 e 1976 foram marcados pela luta visando aprovação do plano de curso de Fonoaudiologia e aprovação do Currículo Mínimo.

Contudo, somente em 1981, o Ministério da Educação e Cultura, através da Lei Federal nº 6965 de 09/12/1981, dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, observando no Art. 1º, *parágrafo único* que “ *fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz*”. Finalmente, em 1983, é aprovado o Currículo Mínimo de Fonoaudiologia. Na década de 80 criaram-se os órgãos de classe: o Conselho Federal de Fonoaudiologia e os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, responsáveis por quatro grandes áreas que abrangem todo território nacional. Somente, nos anos 90 foram criados Sindicatos para a fiscalização da profissão e Delegacias Regionais dos Conselhos Regionais, devido ao crescimento do número de profissionais em certas regiões do país.

Paralelamente a isto, os trabalhos e publicações científicas foram sendo realizados, contribuindo para a expansão da bibliografia da Fonoaudiologia em português, até então, encontrada apenas em inglês, espanhol e francês. Em 15/09/1984, pela Resolução CFFa nº 010/84, foi aprovado o primeiro Código de Ética da profissão, que regulamenta os direitos, deveres e responsabilidades do fonoaudiólogo, inerentes às diversas relações estabelecidas em função de sua atividade profissional (PPP, 2005).

Em 1988 foi criada a Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), responsável pela realização dos congressos e pela divulgação da produção científica.

É uma realidade na profissão, a Educação Continuada, seja por *latu sensu* ou *stricto sensu*, elevando o nível de qualificação profissional. A partir do final dos anos 80 e nos anos 90, verificou-se intensa produção científica do fonoaudiólogo na área dos Distúrbios da Comunicação Humana (PUC/SP e Universidade Federal de São Paulo). No início dos anos 80, os cursos de pós-graduação eram realizados somente em áreas afins, como a Lingüística, Psicologia, entre outras. Iniciou-se na UFSM, em 1992, o Curso de Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana. Tradicionalmente, a Fonoaudiologia era subdividida em duas grandes áreas, a Audiologia e a Linguagem, mais especificamente a fonoterapia.

Em 13/04/1996, o Conselho Federal de Fonoaudiologia estabelece normas para Títulos de Especialistas em Fonoaudiologia, determinando quatro grandes áreas : Audiologia, Motricidade Oral, Linguagem e Voz. A partir daí, há uma certa organização da profissão quanto às pesquisas e publicações. Esta decisão causou polêmica por não contemplar outras especialidades da Fonoaudiologia, gerando diversos fóruns de discussão e modificações dos currículos dos cursos de graduação em Fonoaudiologia no país, principalmente os mais antigos. Os aspectos históricos da Fonoaudiologia contribuíram para o pensar do Curso de Fonoaudiologia da UFSM, no que diz respeito ao seguimento dos moldes atuais de perfil profissional, buscando contemplar as áreas do saber envolvidas na ciência fonoaudiológica, considerando o objeto de estudo da Fonoaudiologia, que é a Linguagem.

O crescimento da profissão, a ampliação do mercado de trabalho do fonoaudiólogo e uma maior conscientização da categoria têm levado os Conselhos de Fonoaudiologia à revisão de sua legislação. O primeiro fruto deste esforço conjunto foi a elaboração de um Código de Ética novo, aprovado em 17/12/1995. Por considerar o Código de Ética, em alguns aspectos, punitivo, foi aprovado em Sessão Plenária de 06/03/2004 e regulamentado pela Resolução CFFa nº 305/04 o novo Código de Ética da Fonoaudiologia (PPP, 2005).

2. 2 HISTÓRICO DA FONOAUDIOLOGIA NA UFSM

Segundo o que consta no novo Projeto Político Pedagógico do Curso de Fonoaudiologia da UFSM (2005), em 1958, buscando elementos para organizar um serviço especializado nas áreas de audição e fala, foram feitos os primeiros contatos com o Instituto Nacional de Surdos no Rio de Janeiro , com o Instituto Paulista em São Paulo e com o Instituto Frei Pacífico em Porto Alegre.

Em 1961, Reinaldo Fernando Cóser, médico otorrinolaringologista e professor do Curso de Medicina da UFSM, viajou para a Europa, visitando as instituições relacionadas com a área da audição e da fala dos países Espanha, França, Holanda,

Itália e Alemanha, onde foram adquiridos equipamentos para treinamento auditivo, audiometria e exames otoneurológicos, que chegaram ao Brasil no final de 1962.

Com a criação da Universidade Federal de Santa Maria (Lei nº 3834-C de 14/12/1960, item 4), originou-se o Instituto da Fala, que passou a figurar como órgão integrante da UFSM. O Instituto da Fala tinha por finalidade, nessa época, o atendimento da Clínica Otorrinolaringológica da Faculdade de Medicina, da disciplina de Cirurgia e Prótese Buco-maxilo-facial e da disciplina de Otorrinolaringologia da Escola Superior de Enfermagem. Em 1962, o Instituto da Fala fez funcionar o Curso de Formação de Professores Especializados na Educação de Surdos, em Santa Maria/RS. Em 1966, estabeleceu-se um convênio entre Secretaria de Educação e Cultura do Rio Grande do Sul e Instituto da Fala da Universidade Federal de Santa Maria para a formação de professores especializados na Educação de Surdos (PPP, 2005).

Em 1971, com a Reforma Universitária, foram extintos todos os Institutos e criados os Departamentos, dentre os quais o Departamento da Fala, fazendo parte do Centro de Ciências Biomédicas. O Departamento da Fala participava das atividades de ensino dos cursos de Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia, todos pertencentes ao Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Santa Maria e das opções de Habilitação em Educação de Deficientes em Audiocomunicação e Habilitação em Educação de Deficientes Mentais.

Baseado na experiência vivida nestes anos, o Prof. Reinaldo Fernando Cóser juntamente com outros profissionais da área, psicólogos, pedagogos e odontólogos, encaminharam em 07 de outubro de 1970 ao Magnífico Reitor da UFSM o pedido de criação do Curso de Fonoaudiologia. Então, em 06 de setembro de 1971, o Conselho Universitário autorizou o funcionamento do referido curso, o qual foi fundado na UFSM neste mesmo ano e reconhecido em 1975. Em 1972, ocorreu o primeiro processo seletivo com 20 ingressantes. Inicialmente, o curso tinha formação de tecnólogo com duração de 2 anos mas, com o estabelecimento do Currículo Mínimo pelo Conselho Federal de Educação (parecer 2122/76) o curso, em 1976, passou a ter duração de 3 anos (seis semestres). Somente em 1981, o Ministério da Educação e Cultura, através da Lei nº 6965 de 09/12/1981 dispõe sobre a

regulamentação da profissão de fonoaudiólogo. Em 1983 é aprovado o Currículo Mínimo de Fonoaudiologia (PPP, 2005).

Em 1984, o curso realiza sua primeira reforma curricular, ampliando a carga horária do currículo e passando de três para quatro anos de duração (oito semestres). Os cursos de Fonoaudiologia do Brasil, assim como o da UFSM, no início estiveram voltados para o atendimento clínico-terapêutico. Entretanto, no final da década de 80 e início de 90, as novas perspectivas teóricas, novas situações geradas no contexto social e político do país, intensificaram a necessidade de novas práticas fonoaudiológicas, com atuação em saúde pública, pesquisa e extensão. Desta forma, os cursos de Fonoaudiologia, preocupados com estas novas perspectivas, começaram a mudar seus currículos, introduzindo subsídios teórico-práticos voltados para essa nova realidade.

Em 1992, o currículo do Curso de Fonoaudiologia da UFSM sofre nova reestruturação, acrescentando disciplinas voltadas para a pesquisa e a prevenção. A proposta curricular, a partir de então, reflete a idéia de que o processo de formação profissional deve privilegiar o “pensar”, superando o modelo excessivamente reprodutivista. O novo currículo procura criar oportunidades de introduzir novas formas de aprendizagem que não sejam apenas as de sala de aula. A pesquisa e as atividades de extensão integram o currículo da graduação, garantindo a proximidade do objeto da pesquisa com os conteúdos das disciplinas. Para caminhar rumo ao ensino, na perspectiva da produção do conhecimento integrado e interdisciplinar, além do enxugamento nas bases do curso, foi estimulada a participação dos alunos em atividades complementares, tais como: atividades de iniciação à pesquisa, atividades acadêmicas em eventos como o programa de Seminários, Jornadas, Semana Acadêmica e viagens de estudos. Além destas atividades complementares inseriu-se no currículo as disciplinas de Fonoaudiologia Preventiva e Audiologia Preventiva. (PPP, 2005).

Ainda, dentro da perspectiva de integração, o Projeto Pedagógico da UFSM prevê o intercâmbio com as Universidades dos países do Cone Sul, regulamentado institucionalmente através da Resolução nº 015/96 que trata da categoria Aluno-Intercâmbio no âmbito da UFSM. O curso recebe estudantes de outros países da América Latina através deste convênio. O currículo do curso ainda vigente se

desenvolve durante oito semestres, onde a inscrição ao Vestibular e Peies estava condicionada a um teste de aptidão, sendo avaliados aspectos da comunicação dos candidatos. Na nova proposta, os alunos ingressantes serão acompanhados durante o curso para que tenham suas dificuldades sanadas e possam realizar as atividades fonoaudiológicas exigidas no currículo da forma mais completa possível.

Atualmente, o curso de Fonoaudiologia segue a seguinte dinâmica: as aulas teóricas do ciclo básico e algumas do ciclo profissionalizante são ministradas no Centro de Ciências da Saúde (CCS). As aulas práticas e o estágio são realizados no Ambulatório de Audiologia do Hospital Universitário, no Campus Universitário. As práticas e estágios de Audiologia e as de Terapia são exercidas no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF), que é a clínica-escola do curso, onde são prestados serviços à comunidade. Neste serviço uma equipe multidisciplinar proporciona infra-estrutura às disciplinas de avaliação e fonoterapia dos distúrbios de linguagem, voz, audiologia e audiologia educacional. Atendem na clínica-escola, além dos professores supervisores de estágio, todos fonoaudiólogos, o médico neuropediatra, o médico otorrinolaringologista e as psicólogas. Além disso, são desenvolvidos projetos de pesquisa e de extensão universitária em postos de saúde, creches e instituições filantrópicas da cidade de Santa Maria e municípios vizinhos. Atuam nestes projetos alunos do Curso de Graduação, de Especialização em Fonoaudiologia e do Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana (PPP, 2005).

De acordo com a Lei Municipal nº 4787/04, em 21 de outubro de 2004, instituiu-se em Santa Maria/RS, o Programa de Detecção Precoce da Deficiência Auditiva Infantil segundo as recomendações do Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância (CBPAI), tornando-se obrigatória a Triagem Auditiva Neonatal neste município. Entretanto, esta lei ainda não entrou em vigor em Santa Maria/RS.

2. 3 HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Conforme Puccini (2000) , as ciências da saúde são particularmente recentes em termos históricos, assim como suas formas de institucionalização e organização assistencial. Nesse processo, observa-se que a questão saúde passa a ser considerada como problema social, não tanto pela sua importância para a qualidade

de vida, mas na proporção em que a atenção à saúde assume um caráter político e econômico no interior de estruturas socioeconômicas concretas. Este aspecto fica claro quando analisamos seu processo histórico. No Brasil, a saúde pública emerge como questão social no processo da economia cafeeira, no final do século XIX.

Do ponto de vista do atendimento à saúde, o primeiro destes aspectos parecia ter como problema crucial, o saneamento dos portos e núcleos urbanos, com Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, vinculados ao segmento comercial-financeiro do complexo exportador e ao capital industrial nascente (Braga e Paula, 1981).

Em 1903, o médico sanitarista Oswaldo Cruz, grande líder da Saúde Pública do país, inicia o combate à febre amarela urbana, já realizado em 1892 por Emílio Ribas em São Paulo. Tratava-se de uma organização assistencial marcada pela exclusão dos pobres no acesso à atenção médica propriamente dita e visava, sobretudo, a luta contra as endemias (cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose, hanseníase e febre tifóide). Em 1923, Carlos Chagas busca ampliar o atendimento à saúde por parte da União, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo como suas atribuições: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e combate às endemias rurais. Estas definições apontavam na direção da centralização e da transformação da saúde em questão nacional, entretanto, não entraram em vigor e só prosseguiram com soluções de caráter local, segundo as unidades federadas. Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, essencialmente voltado à realização de campanhas sanitárias, impõe-se aos estados e municípios uma estrutura de assistência às patologias endêmicas em dispensários ou centros de saúde. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, constituído pelos serviços nacionais de tuberculose, peste, malária, hanseníase, câncer, doenças mentais, febre amarela, além de serviços de educação sanitária, fiscalização da Medicina e Bioestatística (Puccini, 2000).

Paralelamente a essas ações de saúde coletiva, e de forma totalmente dicotômica, desenvolve-se o sistema previdenciário. Após a lei da indenização de acidente de trabalho promulgada em 1919 e a Lei nº 4.682 – Lei Elói Chaves, criam-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que vão se constituir no embrião do seguro social no Brasil. As CAPs eram organizadas por empresas, de

modo que só os grandes estabelecimentos apresentavam base atuarial para mantê-las. Eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Estavam previstos os seguintes benefícios: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes de empregados e auxílio pecuniário (relativo a dinheiro) para funeral.

Uma conjunção de fatores, entre os quais o contexto político do Estado Novo, acentua o caráter nacional do Estado e, em 1930, criam-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são organizações de segurados por categorias de empresas: Marítimos (1933), Comerciais (1934), Bancários (1934) e outros, todos supervisionados e controlados por órgãos vinculados ao Ministério do Trabalho. Essas alterações configuram um quadro qualitativamente distinto das CAPs, evidenciando a extensão progressiva a todos os assalariados urbanos, a quebra do vínculo entre empregado e respectivo empregador e, fundamentalmente, o deslocamento definitivo do sistema previdenciário para a esfera do Estado através da subordinação dos IAPs ao Ministério do Trabalho (Puccini, 2000).

A organização dos institutos, embora obedecesse a um padrão geral de atribuição de direitos e deveres aos segurados, não garantia a uniformidade de seus serviços. Os graus de extensão e a qualidade desses serviços dependiam da disponibilidade de recursos não utilizados e absorvidos pelos auxílios pecuniários. Essa disponibilidade era marcadamente diferente entre as categorias de trabalhadores, determinando diferenças também na assistência à saúde, especialmente atenção médica. Configura-se, portanto, uma situação de desigualdade entre os beneficiários de cada instituto na estrutura previdenciária e uma crescente reivindicação por igualdade e extensão de benefícios, na direção da uniformização e unificação destes institutos. Em 1947 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e é feita uma tentativa de unificação da Previdência, que só vai se concretizar posteriormente.

Até 1950, o sistema previdenciário vivia uma situação de relativo equilíbrio financeiro, quando se inicia uma grave crise econômico-financeira. Contribuiu para esta crise o intenso processo de urbanização, com expressivo aumento de assalariados que encontravam no sistema previdenciário um complemento

indispensável às suas rendas, particularmente no consumo de serviços médicos. Estes serviços passam a representar proporções cada vez maiores das despesas totais dos institutos, ressaltando-se que esta elevação ocorre, principalmente, devido à crescente vinculação com as práticas médicas mais tecnificadas e maior consumo de produtos da indústria de equipamentos e medicamentos.

Essa expansão da Medicina Previdenciária ocorria tendo como base uma crescente estrutura de atendimento hospitalar, basicamente de natureza privada, apontando na direção da formação das empresas médicas. Assim, o hospital assumiu posição central na prestação de serviço de saúde e, no final da década de 50, definia-se como o local de encontro de diversas especialidades médicas entre si. Fica, assim, estabelecida uma desintegração entre ações de saúde coletiva e individual, prevalecendo uma estrutura de assistência médica hospitalar, marcada pela compra de serviços privados, incentivando uma concepção mercantil da saúde (Puccini, 2000).

Nos anos 60, agrava-se a crise do setor que, somada a uma conjuntura política centralizadora imposta pela ditadura militar, constitui-se em um dos fatores principais para a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), produto da fusão dos IAPs, que estabelece a uniformização dos auxílios a todos os previdenciários. Nesse momento, a assistência médica é concedida a todos os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho e seus dependentes, entretanto, pouca importância é dada às medidas de atenção coletiva, verificando-se uma participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União. Aceleraram-se os contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado por meio de convênios com hospitais e clínicas da rede privada ou convênios com empresas, no sentido de manter serviço próprio ou contratado para o atendimento de seus empregados (Medicina de Grupo).

A tentativa de superar tais problemas deu origem a várias intervenções do Estado. O Ministério da Saúde, de acordo com o Decreto-Lei nº 200, de fevereiro de 1968, ao qual cabia a competência para formular a Política Nacional de Saúde, procurou recuperar sua função legal por meio de esforços de reorganização dos Serviços de Saúde, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, que era definido como o “complexo de serviços do

setor público e privado, voltado para as ações de interesse da saúde” (Brasil, 1975; Campos e Yunes, 1989).

O objetivo da criação do SNS era organizar todas as atividades voltadas para a saúde, integrando-as em um conjunto harmônico. Para isso, deveriam ser definidas, de modo claro e preciso, as competências específicas de cada Ministério com responsabilidade no campo da saúde. De acordo com esta lei, o SNS assume, de forma explícita, a dicotomia entre as ações de caráter coletivo, sob ação do Ministério da Saúde, e a atuação voltada para o atendimento médico-assistencial individualizado para os previdenciários, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social. Esta Lei não previa nenhuma forma de assistência à saúde da população não previdenciária.

A necessidade de reduzir os gastos com a Previdência e a busca de maior organicidade diante de uma demanda sem limites, sobretudo porque a questão saúde não é tratada globalmente, resultam na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1978, em cuja estrutura o INPS passa a responder apenas pela Previdência, ficando a assistência médica com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Fazem parte ainda do SINPAS: Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS). Como órgão autônomo, integrou também a estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social, a Central de Medicamentos (CEME).

A crise política agrava-se nesse período. As estruturas impostas com o golpe militar de 1964 já não conseguiam absorver as demandas políticas e sociais que propunham mudanças no modelo previdenciário e sanitário. Ressurgiam os movimentos populares de saúde, movimento sanitário, movimento sindical e movimento estudantil. Reivindicavam maior participação da população nos órgãos de decisão e aumento de atribuições do setor público na prestação dos serviços de saúde. Estes movimentos lutavam, principalmente, pela redemocratização do país e por eleições diretas em todos os níveis (Puccini, 2000).

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata (antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas -URSS) a Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde. A Conferência, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), contou com a participação de representantes de 134 governos e de 67 organismos internacionais (Organização Mundial de Saúde - OMS, 1978).

Um dos fatores preponderantes que levaram a OMS e o UNICEF à realização da Conferência foi a necessidade de rever suas atuações junto aos governos de diferentes países, frente às estimativas de que, nesta década de 70, cerca de 85% das populações de zonas rurais e de outros grupos menos favorecidos, não tinham acesso a serviços de saúde e que esta situação tenderia a agravar-se, nos anos seguintes, nos países em desenvolvimento (OMS, 1981).

As conclusões desta Conferência foram sintetizadas na Declaração de Alma-Ata, que elegeu a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto estratégia de planejamento, funcionamento ou programação do essencial para os serviços de saúde visando a “Saúde para Todos no Ano 2000”. A APS foi definida como *“assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas, posta ao alcance dos indivíduos, famílias e comunidades, mediante plena participação, a um custo que o país possa suportar. Deve estar vinculada a todas as etapas do plano de desenvolvimento nacional”* (OMS, 1978).

A APS reconhece que a saúde resulta essencialmente do desenvolvimento socioeconômico, identifica as desigualdades econômicas e sociais entre países e regiões de um mesmo país, bem como recomenda que o Estado venha garantir a saúde para todos; por último, propõe que as políticas sanitárias sejam revistas, avaliando-se a racionalização organizacional, a eficiência produtiva e a adequação tecnológica às necessidades da população, incorporando a participação política dos cidadãos. Deve-se reconhecer que a Declaração de Alma-Ata representou um marco internacional na saúde e, recomendações como a universalização, regionalização, hierarquização em níveis crescentes de complexidade e, sobretudo o controle social, influenciaram políticas e movimentos de saúde de vários países (Puccini, 2000).

Conforme Fontinele Júnior (2003), com a abertura política, a partir do início dos anos 80, vão se reestruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Esse movimento, que surgiu a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro. O Movimento pela Reforma Sanitária teve suas raízes em profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua reestruturação.

O primeiro marco desse movimento ocorreu em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) era o legítimo representante do movimento sanitário e apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Essa proposta, que já se chamava, na época, de Sistema Único de Saúde, contemplava diversos conceitos oriundos de experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que foram implementadas em áreas rurais do Nordeste e o Projeto Montes Claros em Minas Gerais.

Num primeiro momento, as propostas foram ignoradas pelo Governo, mas aos poucos o movimento foi crescendo, legitimado pelos movimentos populares e pela atuação de seus militantes em nível parlamentar e em algumas instituições de saúde. Com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial nos níveis estadual e municipal são reforçadas pelo discurso oficial. O próprio governo elaborou seu plano de reorganização da assistência à saúde, que possuía características muito semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária, pois previa a implantação de uma rede de serviços básicos, apontava para a descentralização do setor, pregava a participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Esse

projeto, discutido em 1980, chamou-se PREV-SAÚDE, sofreu muitas pressões e não foi colocado em prática (Fontinele Júnior, 2003).

Enfim, havia um reconhecimento da falência e, sobretudo, da obsolescência do sistema de saúde também por parte de alguns técnicos do governo. Ocorre que os anos anteriores de absoluta anuência do governo com o capital privado criou uma rede de influências difícil de quebrar. As grandes corporações e associações médicas, particularmente a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), ainda defendiam o modelo que tantos lucros lhe geravam. Mesmo assim, algumas conquistas foram sendo obtidas paulatinamente. Com a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP, que incorporava diversas propostas da Reforma Sanitária. A efetivação desse plano aconteceu, estrategicamente, a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se constituíram na primeira experiência de um sistema mais articulado e integrado. As AIS propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para Sistema Único de Saúde.

Essa sucessão de planos, siglas, propostas frustradas, caracterizou a efervescência da produção intelectual do movimento sanitário brasileiro. Era preciso pôr em prática todos esses conceitos que, apenas timidamente, com iniciativas isoladas, ainda não causavam nenhum impacto sobre a saúde do país.

O momento político era propício, com o advento da Nova República e a redemocratização do país após o fim do regime militar. Em 1985, os movimentos sociais intensificam-se e uma maior discussão foi possível sobre os novos rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Com a previsão da eleição da Assembleia Nacional Constituinte, a qual se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a fim de discutir uma nova proposta de saúde para o país.

Esta Conferência foi considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário. Com uma ampla participação (cerca de 5.000 pessoas entre trabalhadores

da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do Brasil e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde existente, que posteriormente deveria ser defendida na Constituinte. Dentre as propostas constantes no relatório foi apresentado o conceito ampliado de saúde, em que esta é entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia. De acordo com o relatório, *“a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”*. Além disso, a saúde é colocada como direito de todos e dever do Estado.

As propostas da Reforma Sanitária concretizam-se, no plano jurídico e institucional, com a implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Com a aprovação da nova Constituição Brasileira de 1988, foi incluída, pela primeira vez, uma sessão sobre a Saúde, a qual incorporou em grande parte, os conceitos e propostas contemplados no relatório da 8ª Conferência. A Constituição Brasileira passou a ser, então, considerada como uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito à saúde (Fontinele Júnior, 2003).

2.4 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS ANOS 90

Garbin (2000) menciona que o SUS é um sistema único que integra uma rede regionalizada de ações e serviços. Isto é, as três esferas de governo devem atuar de forma integrada e harmônica, compondo sistemas locais e/ou regionais, onde as ações e serviços oferecidos devem organizar-se a partir de uma base de serviços menos complexos, estabelecendo referências e contra-referências, com níveis cada vez mais complexos de atenção à saúde, no que diz respeito à resolubilidade e complexidade de ações. São diretrizes do SUS:

-descentralização com direção única em cada esfera, entendida como descentralização gerencial e de repasse de recursos financeiros, físicos e humanos, com definição de competência e atribuições de cada esfera de poder;

- atendimento integral com prioridade às ações preventivas, isto é, oferta de serviços que atendam às necessidades de saúde da população, valorizando as ações que previnam os riscos e agravos aos quais esta possa estar sujeita;
- participação da comunidade com a finalidade de apontamento de suas necessidades e do controle social do correto uso dos recursos disponíveis;
- acesso igualitário e universal às ações e serviços, sem distinção ou discriminação de qualquer espécie a todos os indivíduos da população;
- gratuidade dos serviços prestados, independentemente do tipo de prestador que esteja integrado ao SUS (Garbin, 2000).

Conforme citado anteriormente, a crise e os problemas da área de saúde avolumaram-se no final dos anos 70 e início da década de 80. Uma das tentativas de responder a algumas das reivindicações da área da saúde foi, especificamente, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), no qual técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social propunham a restauração e ampliação dos serviços de saúde, incluindo saneamento e habitação, com o qual se buscou uma reformulação da política e da participação comunitária como instrumentos estratégicos para alcançar a “Saúde para todos no ano 2000” (Campos e Yunes, 1989).

Segundo Puccini (2000), este plano sofreu uma série de modificações e jamais foi implantado. A crise da Previdência continuou e a impossibilidade política de reverter este quadro levou a mais uma tentativa de racionalizar a assistência previdenciária com medidas político-institucionais. Foi criado então o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 02 de Setembro de 1981 (Decreto nº 86.329), que tinha competência para organizar e aperfeiçoar a assistência médica, sugerir critérios de alocação dos recursos, recomendar políticas de financiamentos e de assistência à saúde, bem como avaliar e controlar os resultados obtidos.

As mudanças propostas pelo CONASP compuseram o “Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, em 1982. Além da redução dos gastos, o plano propunha a melhoria da qualidade dos serviços, a extensão da cobertura à população rural e assumia a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do Sistema de Saúde. Aumentaram as alíquotas

de arrecadação dos empregados e os aposentados passaram também a ter descontos compulsórios. Alguns conceitos e estratégias presentes no PREV-SAÚDE foram contemplados também neste Plano: regionalização, hierarquização, mecanismo de referência e contra-referência, descentralização do planejamento e execução e montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial.

Para criar uma rede única de serviços ambulatoriais, foi estimulado o estabelecimento de convênios trilaterais entre Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. A operacionalização dos convênios trilaterais ficou sob a responsabilidade do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) e, para garantir a efetiva participação de todos os órgãos, foram criadas comissões colegiadas interinstitucionais em nível central (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN), em nível estadual (Comissão Interinstitucional Estadual de Saúde – CIES), regional (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – CRIS), municipal (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e local (Comissão Local Interinstitucional de Saúde – CLIS).

Entre 1983 e 1986 intensificam-se convênios entre as secretarias estaduais e municipais de saúde, levando maiores recursos e, portanto, maior poder de decisão aos municípios (São Paulo, 1986). Em julho de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, ainda que o repasse financeiro por parte do INAMPS representasse pouco frente ao que estava destinado para os prestadores de serviços privados, representou para o nível local um grande aporte de recursos, tendo em vista os escassos orçamentos da imensa maioria dos municípios.

Todas estas transformações do sistema, as experiências positivas de descentralização, o movimento e organização dos municípios, agora mais atuantes na área de saúde, constituíram-se em fatores que, somados às propostas da “VIII Conferência Nacional da Saúde” e à composição política do Congresso Nacional na Constituinte, determinaram os principais pontos contidos na Lei do SUS (Conferência, 1986).

Pela atual Carta Magna, *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços*

para a sua promoção, proteção e recuperação". De acordo com a nova Lei, a saúde deixa de ser uma contraprestação devida pelo Estado aos trabalhadores que contribuíam para o sistema da previdência social. A Constituição de 1988 registra esse avanço, proclamando a existência do direito à saúde, como um dos direitos fundamentais da pessoa humana (Carvalho e Santos, 1992).

Em 1990, a Lei nº 8.080 (LOS) (Brasil,1990 a) *“regula, em todo território nacional, as ações de saúde executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”*. A descentralização político-administrativa das ações e serviços públicos de saúde é a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990a). A LOS (Lei Orgânica da Saúde) define as competências de cada esfera de Governo e, inegavelmente, foram ampliadas as responsabilidades sanitárias do poder local. A LOS estipula a existência de um comando único a cada nível do governo e atribui ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial, o que cria uma responsabilidade do poder local com a atenção coletiva e individual (básica, especializada e hospitalar).

Nesse mesmo ano, a Lei nº 8.142/90 (Brasil ,1990b) garante a participação da comunidade na gestão descentralizada do SUS, com a realização de conferências e conselhos de saúde – nacional, estaduais e municipais – que *“compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, têm a atribuição de, em caráter permanente e deliberativo, atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos...”*.

Em 1991 é editada a Norma Operacional nº 1 (NOB 01/91) (Brasil, 1991). As normas operacionais constituem-se em instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, aprovado no Conselho Nacional de Saúde, para normatizar o SUS, definindo novos objetivos estratégicos, prioridades e diretrizes, regulando as relações entre os gestores (Brasil, 1991). Esta NOB-91 pode ser considerada uma reação do Ministério da Saúde à descentralização que vinha ocorrendo. Adota-se um sistema de repasse de recursos para os municípios muito semelhante ao já utilizado para o pagamento dos hospitais e clínicas privadas pelo INAMPS que, nessa ocasião, ainda não havia sido extinto. Este sistema trouxe para

o setor público, elementos da lógica de mercado, isto é, o dirigente local que quisesse obter maior volume de recursos teria que adotar uma racionalidade semelhante à dos serviços privados conveniados com o SUS – incentivar atos mais remunerados, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou pouco rentáveis, como por exemplo as ações de saúde coletiva ou saúde mental e reabilitação, ampliar o pronto-atendimento centrado em grande número de consultas médicas com escassa utilização de procedimentos mais complexos (Campos, 1992).

Não houve, portanto, uma contrapartida financeira que garantisse a plena execução da autonomia gerencial. O controle e a supervisão dos contratos e convênios do SUS com o setor privado, responsável por grande parte do atendimento hospitalar, não foram delegados para os municípios. A desarticulação entre poder local e área hospitalar agravou a organização dos sistemas locais, à medida que tornava quase impraticável operacionalizar a referência e contra-referência, criar normas e critérios para o relacionamento entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Na prática, o sistema de financiamento adotado pelo Ministério da Saúde acabou por definir as ações que deveriam ser priorizadas, em função do possível retorno financeiro a ser obtido, mesmo com a participação da comunidade garantida em lei. Ao mesmo tempo, os municípios, pagos diretamente pelo Ministério de Saúde – não como gestores, mas sim como prestadores - vêem o apoio dos estados serem afastados da gestão municipal. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, colocou como tema central – “Municipalização é o Caminho”. Analisou e aprofundou as discussões sobre esse momento difícil de resistência às conquistas da década anterior (Conferência, 1992).

Posteriormente, a NOB-93 (Brasil, 1993) desencadeia um processo de municipalização com habilitação dos municípios segundo três tipos de gestão – incipiente, parcial e semiplena, com graus crescentes de autonomia sobre os recursos. Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena. Define municípios e estados como gestores e são constituídas as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), de âmbito estadual, e Tripartites (CIT), de âmbito nacional. Ainda que apresente alguns avanços, mantém-se excessiva centralização, à medida que poucos municípios apresentam a condição de gestão semiplena, isto é, a maioria continua na condição

de prestador sujeita aos repasses por produção – variáveis, pagos após a prestação dos serviços, muitas vezes com atrasos. (Brasil, 1993).

Posteriormente, é editada a NOB-96 (Brasil, 1996) que coloca entre seus objetivos a superação do papel exclusivo de prestadores de serviços dos municípios, possibilitando que assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS, ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base na Programação Pactuada Integrada (PPI), fortalecendo as comissões intergestoras como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores; coloca ainda, a superação dos mecanismos centrados no faturamento de serviços produzidos e valorização dos resultados com critérios epidemiológicos.

Com esta norma operacional ficam estabelecidos dois tipos de gestão – plena de atenção básica e plena do sistema municipal. Para o repasse de recursos na gestão plena de atenção básica, cria-se o Piso Assistencial Básico (PAB) que se destina ao custeio de procedimentos da atenção básica, calculado pela multiplicação da população do município (fornecida pelo IBGE) por um valor *per capita* nacional. O município tem como atribuições a contratação, controle, auditoria e pagamento de serviços contidos no PAB. Para os municípios em gestão plena do sistema municipal, o repasse de recursos tem como base o Teto Financeiro de Assistência do Município (TFAM), e cabe ao município a contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Em ambas as formas de gestão, a habilitação dos municípios é feita com base em requisitos – Conselho e Fundo Municipal de Saúde, capacidade técnica e administrativa comprovada na área da saúde, incluindo auditoria, Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, e comprovação de dotação orçamentária correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal.

Esta NOB cria também incentivos financeiros e desenvolvimento de programas como o Programa Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Esta regulamentação aprimora a gestão do SUS e apresenta alguns avanços no que se refere à descentralização e à definição do papel dos municípios. Entretanto, algumas questões ainda não estão resolvidas e comprometem a

implementação do Sistema. Na prática, não ocorreu alteração no montante de recursos repassados aos municípios, o que pode determinar uma falta de estímulo à elaboração da Programação Pactuada Integrada, se não existir uma fonte de recursos adicionais aos já existentes. Os incentivos financeiros que interferem no modelo assistencial e não consideram as especificidades da cada realidade municipal, acabam por trazer de volta a idéia de programas verticais, tão combatidos em décadas anteriores.

Analisando os recursos globais destinados à saúde, verifica-se que houve, de fato, um acréscimo nestes últimos 20 anos, elevando o gasto *per capita* nesse período, entretanto manteve-se a mesma porcentagem em relação ao PIB (próximo de 2,0%) abaixo de vários países da América Latina. É interessante observar que na composição destes recursos, 70% provêm da União, os estados quase não aumentaram o volume de recursos, enquanto que os municípios praticamente duplicaram seus gastos nesta área (Medici, 1994). A partir de 1997, com o início da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) esperava-se um incremento significativo de recursos, porém parte deles foi destinada para outros fins. (Mendes, Carvalho e Marques, 1997).

De acordo com Puccini (2000), o processo de consolidação do SUS vem, desde a promulgação da Lei de 1988, sofrendo avanços e retrocessos na dependência de uma conjunção de fatores, entre os quais interesses diversos envolvendo indústrias de equipamentos, medicamentos, medicina privada, particularmente empresas de seguro-saúde, e a definição do papel do Estado na área da saúde e em outras políticas de áreas sociais.

Com o objetivo de conhecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), alunos de cursos da área de saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), do Centro Universitário Franciscano (Unifra), da Faculdade Metodista (Fames) e uma intercambista do Uruguai participaram do programa do governo federal chamado *Vivências e Estágios da Realidade do SUS (Ver-SUS)*. Este programa iniciou em 2002, com a finalidade de completar o ensino da faculdade. Durante quinze dias, os alunos visitaram hospitais e unidades de saúde, conversaram com funcionários e pacientes e conheceram o atendimento na rede

pública. Após, realizaram um relatório final da experiência que será entregue ao Ministério da Saúde e nos locais visitados pelos estudantes (Zanela , 2005).

Os princípios do SUS como equidade, acesso universal a todos os níveis de complexidade dos serviços e integralidade das ações estão ainda distantes de seu pleno cumprimento, mas são inquestionáveis e devem se constituir em metas a serem atingidas.

Estas questões e a existência de diferentes estágios de gestão municipal, diferentes graus de descentralização nos estados e conseqüente superposição de responsabilidades constituem-se em entraves na implantação do SUS, mas é compreensível que o enfrentamento destas e de outras dificuldades é um processo de construção deste Sistema, resultante do efetivo controle social e de políticas públicas definidas em todas as esferas de Governo, voltadas aos interesses da sociedade.

2.5 FONOAUDIOLOGIA PREVENTIVA

Segundo Andrade (1988), historicamente, o estudo do conceito de prevenção remete-nos a Hipócrates, que preconiza o estudo da pessoa de forma integral e não somente de sua doença, acreditando que curar era menos importante que evitar que doenças e enfermidades viessem a atingir o homem.

A prevenção tem como objetivo evitar as doenças, sua transmissão ou agravamento. Não se pretende, com as medidas de prevenção, uma erradicação total de todas as doenças e, sim, que sejam reduzidas em número e gravidade, através de ações adequadas, evitando suas conseqüências e aumentando os níveis de saúde pessoal e coletiva. A base científica que permite ações específicas e adequadas nesta área baseia-se em dados epidemiológicos, que determinam os fatores e condições responsáveis pela ocorrência e distribuição de doenças e incapacidades nos indivíduos e grupos populacionais.

Ainda, segundo este autor, a prevenção fonoaudiológica consiste na eliminação dos fatores que interferem na aquisição e desenvolvimento dos padrões da fala, linguagem e audição, na suposição – uma vez que faltam dados científicos

que comprovem esta hipótese, pela escassez de pesquisas sobre a história natural das doenças da comunicação – de que estas alterações se desenvolvam em estágios progressivos de severidade.

Como colocado por Leavell e Clark (1976), é impossível considerar uma prática de saúde sem atividades preventivas, porque mesmo aqueles que não dominam teoricamente o conceito de prevenção, estão exercendo-a de alguma forma durante o tratamento de uma doença. Em relação a Fonoaudiologia brasileira, algumas contribuições significativas têm sido utilizadas como: avaliações auditivas para trabalhadores de indústrias ruidosas, aconselhamento e palestras a pais, professores e outros profissionais sobre a aquisição e desenvolvimento da fala, linguagem, aprendizagem escolar e audição normais e inclusive a detecção precoce da deficiência auditiva através de *screenings* das alterações nestas áreas.

Com base no modelo de Leavell e Clark (1976) e nas teorias de Marge (1984) e Andrade (1988), a prevenção fonoaudiológica envolve a aplicação de medidas de caráter amplo (imunizações, aconselhamentos genéticos, planejamento familiar ,etc.) dirigidas às doenças em seu aspecto global e implica também em medidas específicas (orientações e aconselhamentos dirigidos, *screenings* , etc.) , algumas a serem aplicadas antes mesmo que a doença ocorra e, outras, em qualquer estágio da evolução das patologias da comunicação.

Conforme McGinnis (1984), a habilidade comunicativa é um dos maiores contribuintes para a qualidade de vida e toda ação preventiva nesta área irá contribuir significativamente para promover a saúde geral.

Muitas das desordens comunicativas são originadas antes do nascimento, devendo a prevenção fonoaudiológica ser iniciada antes mesmo da gestação, através da proposta e de programas de educação pública para jovens, gestantes e famílias. Já que são medidas de prevenção, todas as ações que precedem são fundamentais para que sejam conhecidas as histórias naturais das doenças da comunicação humana.

Todo processo de doença tem origem a partir de uma interação preliminar de fatores relacionados com o agente patológico (agentes biológicos, nutricionais, químicos, físicos, mecânicos) , o hospedeiro humano (características pessoais como idade, raça, sexo, hábitos e costumes, genética, personalidade, mecanismos de

defesa, etc.) e ambiente (agregado de condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do indivíduo ou de um grupo de indivíduos) , constituindo o período de pré-patogênese. Desta primeira interação até as alterações de forma e função dela resultantes e sua evolução, compõe-se um percurso chamado de patogênese. A combinação destes dois períodos constitui a história natural de uma doença, compreendendo todas as inter-relações entre agente/hospedeiro/ambiente, levando a um afastamento progressivo da saúde em direção à doença.

Este processo poderá resultar no restabelecimento do equilíbrio conduzindo à cura (espontânea ou pelos processos de intervenção), a um estado crônico (desvio permanente da normalidade), a uma incapacidade residual, a uma incapacidade ou à morte. Conhecer a evolução de cada processo patológico é condição básica e fundamental para que seja possível construir as barreiras preventivas capazes de interceptar as causas e inibir seus efeitos, tornando improvável o seu progresso.

De acordo com Leavell e Clark (1976) , a prevenção pode ser dividida em três fases, subdivididas em cinco níveis. Esta classificação é baseada em quando (durante o curso natural da doença escolher o melhor e mais adequado procedimento a ser adotado) e para quem (quais os grupos sujeitos a fatores de risco de apresentarem as doenças) a atuação preventiva deve dirigir-se.

É importante ressaltar que estas fases e níveis, em termos práticos, não são elementos estáticos, são contínuos e flexíveis, dependentes do contexto geral de cada país, comunidade e/ou indivíduo envolvido:

- PREVENÇÃO PRIMÁRIA: prevenir a ocorrência de doenças ou desabilidades antes que elas aconteçam. A atuação no período da pré-patogênese dá-se através de medidas destinadas a desenvolver a saúde e o bem-estar geral, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes por elas responsáveis. É composta por dois níveis: promoção da saúde e proteção específica.
- PREVENÇÃO SECUNDÁRIA: reverter um quadro em andamento, alterando ou retardando sua evolução. Tão logo se instale a doença é importante a ação diagnóstica rápida e tratamento imediato e adequado. Caso a doença não possa

ser interceptada, cabe cuidar-se para limitar as seqüelas e a invalidez. É realizada no período da patogênese, composta por dois níveis: diagnóstico e tratamento precoces e a limitação da invalidez.

- PREVENÇÃO TERCIÁRIA: atividades de vigilância e manutenção do potencial subjacente depois do episódio patológico, para minimizar complicações e desabilidades. Posteriormente, quando o defeito ou invalidez persistirem, tentar-se-á recuperar o potencial e reintegrar o indivíduo à sociedade. Também, é realizada no período da patogênese e é composta por um só nível: a reabilitação.

Para a Fonoaudiologia, a fase de *prevenção primária* consiste na eliminação ou inibição dos fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias da comunicação. No nível de promoção da saúde serão adotadas medidas para aumentar a saúde geral e o bem-estar da população. No nível de proteção específica a atuação é dirigida para o combate às determinadas patologias fonoaudiológicas, segundo suas características e necessidades específicas.

A *prevenção secundária* objetiva detectar e tratar, o mais brevemente possível, as patologias já instaladas, visando interromper o processo da doença evitando ou retardando complicações e seqüelas.

A *prevenção terciária* é a fase mais conhecida e estudada pela Fonoaudiologia e possui um único nível que é o da reabilitação. Por ser o último recurso na recuperação da saúde, consiste em reduzir a um mínimo as desabilidades decorrentes do processo patológico e em restabelecer efetivamente a máxima funcionalidade, procurando evitar o desajuste psicossocial do indivíduo.

Para Marge (1984) ,entre as estratégias gerais de prevenção, treze delas podem ser incorporadas às atividades dos fonoaudiólogos, direta ou indiretamente, de acordo com as diferentes necessidades populacionais, como exemplifica:

1. **Imunização**: as vacinas contra poliomielite, sarampo e rubéola têm particular interesse à medida que impedem a ocorrência de déficits neuromusculares, risco de danos cerebrais, auditivos, etc.

2. **Aconselhamento genético** : os fatores de hereditariedade tais como a fenilcetonúria, Tay-Sachs, hipotireoidismo, respondem por um grande número de incapacidades auditivas e de linguagem.
3. **Cuidados pré-natais**: aconselhamentos gerais sobre a aquisição e desenvolvimento da comunicação humana e providências específicas para famílias com histórico de risco, como por exemplo, a gagueira que, segundo Poulos e Webster (1991) é predominantemente masculina, fortemente sugestiva de componente genético por predisposição fenotípica, fortemente relacionada a fatores ambientais, etc.
4. **Screening em massa**: captação e possibilidade de intervenção imediata de alterações de fala, linguagem e principalmente de audição.
5. **Tratamento precoce**: existem evidências consideráveis de que, quando prontamente tratados, muitos dos distúrbios da comunicação são interceptados, permitindo uma retomada ao desenvolvimento normal.
6. **Planejamento familiar**: evidências apontam que os nascimentos planejados elevam o *status* geral de saúde, levam a uma melhor qualidade no desenvolvimento físico e mental, reduzindo as chances de implicações na aquisição e desenvolvimento normais da comunicação.
7. **Cuidados médicos contínuos**: essenciais para a manutenção da boa saúde, por encorajar indivíduos e famílias a consultarem especialistas sempre que necessário. Como por exemplo, em uma visita rotineira ao pediatra, o médico pode solicitar uma avaliação fonoaudiológica caso a criança apresente algum achado nesta área.
8. **Educação pública**: disseminação de informações sobre aspectos específicos da comunicação, como, por exemplo, a necessidade de avaliar-se, auditivamente, pré-escolares como forma de garantir um bom aprendizado da linguagem escrita.
9. **Programas educacionais para crianças e adolescentes**: instruir sobre cuidados e aspectos importantes para a manutenção da saúde comunicativa, como, por exemplo, o risco de colocar objetos estranhos nos ouvidos, do uso de cotonetes, etc.
10. **Controle da qualidade ambiental**: controle da poluição ambiental pelo ruído e por substâncias tóxicas, agentes diretos de distúrbios comunicativos.

- 11. Qualidade de vida:** cuidados e assistência aos indivíduos sujeitos a experiências estressantes, como por exemplo para as pessoas com mais de 65 anos, que têm um risco significativo de apresentarem problemas de fala, linguagem e audição.
- 12. Ação governamental:** comprometimento político é essencial para a implementação de qualquer programa preventivo, pela promoção de recursos, estabelecimento de regras e prioridades, e pela legislação e legitimação da prevenção.
- 13. Eliminação da pobreza:** em função do ciclo associado à carência de recursos econômicos, onde a má nutrição gera deficiência na saúde, que por sua vez baixa a produtividade no trabalho, que impede a melhoria dos recursos financeiros, reiniciando o processo.

Pela proposta do *Committee on Language, Speech and Hearing Problems* (1984), estas estratégias de prevenção devem ser efetivadas em três grupos essenciais de atividades:

1. Promoção de saúde específica para grupos populacionais.
2. Proteção de saúde específica para grupos populacionais.
3. Serviços de prevenção específicos para os indivíduos.

Segundo os membros deste Comitê, os esforços incluem ações individuais e comunitárias para promover estilos de vida saudáveis que, especificamente em relação à comunicação humana, são aqueles relativos aos abusos de fumo, álcool e drogas, às questões nutricionais, ao controle do estresse e de riscos de acidentes, uma vez que os problemas de saúde influenciados pelo comportamento pessoal podem ser identificados e, através de programas educacionais em saúde, são passíveis de detecção precoce e controle da ação individual.

Estas ações têm como objetivo a elevação do *status* de saúde, a redução dos fatores de risco, o incremento do conhecimento público e profissional, a melhora dos serviços e proteção, e melhora dos estudos e avaliações. Em decorrência disto, haverá um impacto positivo sobre a saúde e serão reduzidas muitas das causas de doenças da comunicação.

Para este Comitê, paralelamente à responsabilidade político-governamental, existe a necessidade de incrementar atividades profissionais na área de prevenção das desordens da comunicação, uma vez que, tradicionalmente, os fonoaudiólogos enfatizam as áreas secundárias e, principalmente, terciárias de prevenção.

Além de programas de *screening* e tratamento precoce, praticamente inexistem atividades preventivas primárias organizadas e efetivas para combater as desordens da comunicação. No caso das populações em risco de desenvolver estas patologias, a implementação de estratégias de prevenção primária seria a disseminação de informações sobre a aquisição de linguagem, os fatores culturais relativos ao seu desenvolvimento, as diferenças e implicações educacionais desta diversidade, etc. Mesmo com todos estes cuidados, conforme colocado por Leavell e Clark (1976), muitas vezes não é possível interceptar o processo da doença.

As alterações produzidas por algumas delas são irreversíveis, mas as seqüelas físicas, sociais e econômicas advindas podem ser minimizadas através dos processos de reabilitação, que é considerada a terceira fase da prevenção.

Estas medidas proporcionam reintroduzir o indivíduo à sociedade de forma plena e efetiva – respeitando seu potencial individual e sem que se despreze a história da dor, ansiedade, sofrimento e tantos outros problemas vitais decorrentes da doença – já que, restabelece uma auto-imagem positiva como falante, que lhe permitirá expor-se a situações de comunicação com menor carga de tensão e frustração.

Segundo McGinnis (1984), nos EUA, a maioria dos esforços preventivos foram direcionados, inicialmente, para programas educacionais. Os objetivos principais eram priorizar as atividades de prevenção, estimular as agências locais de saúde a fazerem programas específicos segundo suas próprias necessidades e devotar uma atenção especial para os setores privados e organizações voluntárias, para seu envolvimento com estes objetivos. As metas traçadas foram a de redução da mortalidade infantil, de adolescentes e de adultos jovens através das seguintes prioridades:

- **Promoção da saúde:** programas antitabagismo, uso de drogas e álcool; cuidados nutricionais; condicionamento físico e exercícios; controle do estresse e de comportamentos violentos;
- **Proteção à saúde:** controle de agentes tóxicos; segurança e saúde ocupacional; prevenção de acidentes e controles de lesões; fluoridratação da água e saúde bucal; vigilância e controle das doenças infecciosas;
- **Serviços de saúde preventivos:** controle da pressão arterial; planejamento familiar; saúde materno-infantil; imunização e controle das doenças sexualmente transmissíveis.

Conforme considera o *Committee on Language, Speech and Hearing Problems* (1984), para a efetivação de qualquer plano de prevenção fonoaudiológica, alguns pré-requisitos são necessários, tais como:

- a necessidade de reconceituar prevenção, segundo as características das patologias da comunicação;
- a necessidade de separar prevenção de tratamento;
- a necessidade de descentralizar os esforços de prevenção do nível federal para níveis mais próximos;
- que os esforços de prevenção se dirijam para a mudança de sistemas que perpetuam o modelo de “doença” ao invés do modelo de “bem-estar”;
- o reconhecimento da necessidade de formação profissional para ações de prevenção no campo das desordens da comunicação;
- a identificação de novos cuidados preventivos;
- a ênfase na avaliação da relação custo/benefício para a implementação de programas preventivos na área.

O fonoaudiólogo, praticando ações preventivas, visa aproximar a comunidade de um conhecimento em comum, onde possa compreender e praticar as condutas de identificação e tratamento dos desvios da linguagem e audição, sendo de grande importância a realidade sociocultural desta comunidade.

2.6 PAPEL DOS AMBULATÓRIOS DE FONOAUDIOLOGIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

Segundo Wertzner (1997) , desde a década de 80, os fonoaudiólogos vêm se preocupando com a sua inserção no sistema de saúde, propiciando o crescimento profissional. Inicialmente, o fonoaudiólogo tentou repetir a estrutura de consultório particular no sistema e os resultados não foram satisfatórios. A partir de então, começou-se a busca dos caminhos que levariam a um melhor desempenho nos vários níveis de atenção à saúde.

O fonoaudiólogo foi recentemente incorporado ao sistema de saúde, porém sem nenhum plano de atuação nos diversos níveis de atenção. Dessa forma, cabe ao próprio fonoaudiólogo organizar as ações que serão oferecidas à população.

A inserção do fonoaudiólogo na UBS tem sido feita de forma gradativa e contínua. Tendo como subsídio os estudos de Saúde Pública e Coletiva de um lado e o conhecimento fonoaudiológico de outro, tem sido possível a construção dos procedimentos mais adequados, num processo de adaptação constante dos mesmos. Atualmente grande parte das UBS dispõem do profissional fonoaudiólogo, o que tem possibilitado o crescimento das ações em atenção primária. Entretanto, em algumas regiões, como por exemplo, o estado do Rio Grande do Sul (RS), não existe sequer o cargo de fonoaudiólogo, o que também é fator dificultador para implementação de programas preventivos.

De acordo com Mendes (1996), um nível de atenção primária bem organizado constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo. Neste contexto, a UBS passa a ter um caráter coletivo e não mais individual e implica em ofertar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, acidentes e outros danos, além de atenção curativa e de reabilitação.

A estruturação dos Serviços de Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde deve lembrar o parecer emitido na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Alma-Ata em 1979, que mostra a preocupação em se ter uma estrutura de sistema de saúde que possibilite o acesso da maior parte da população à assistência básica à saúde.

Segundo Bedin (1988), 70% dos problemas de saúde da população poderiam ser resolvidos no nível de atenção primária, oferecendo-se um atendimento que dispensa o uso de instrumentos de diagnóstico e tratamento mais sofisticados.

De acordo com os estudos de Andrade, Lopes e Wertzner (1991), do ponto de vista fonoaudiológico, em geral, a população que apresenta maior demanda de manifestação primária é a infantil.

Ortiz, Bertachini e Pereira (2000) ressaltam que, com o objetivo de discutir as perspectivas da atuação fonoaudiológica em Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), faz-se necessário, inicialmente, rever e resgatar o papel das UBS, para melhor deduzir o sentido que permeia a proposta de trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1982) , o Centro de Saúde é uma unidade destinada à melhoria das condições de saúde e bem-estar da comunidade, através da execução de ações dirigidas ao indivíduo, à família e ao meio, tendo as seguintes características:

- é um estabelecimento de saúde da rede oficial que tem autoridade e responsabilidade legais, podendo aplicar a legislação sanitária em vigor;
- estabelece as prioridades, a partir de um diagnóstico de saúde de sua área de atuação, utilizando critérios baseados na relação existente entre necessidade de saúde e recursos disponíveis;
- atua em uma área geográfica determinada;
- dá ênfase às atividades de promoção e proteção da saúde da população;
- aplica as técnicas preventivas e curativas ao maior número de pessoas, com o uso de tecnologia apropriada e da forma mais econômica possível;
- tem caráter dinâmico, desenvolvendo suas programações na comunidade, através de uma ação conjunta e permanente entre profissionais de saúde e população, na busca de soluções para a situação de saúde identificada;
- aborda a problemática saúde/doença do indivíduo, da família e da comunidade em seus aspectos biopsicossociais;
- tem a família como foco básico de atuação;
- desenvolve suas ações através do trabalho em equipe multidisciplinar com a participação da comunidade;

- desenvolve atividades de saúde fora de seu âmbito físico com outros recursos da comunidade (escolas, creches, fábricas, associações de moradores, entre outros);
- articula-se com outras instituições de Serviços de Saúde para assegurar o sistema de referência e contra-referência, assim como o desenvolvimento efetivo da ação do Setor Saúde;
- dá ênfase às atividades educativas dirigidas aos indivíduos, famílias, grupos e à comunidade, estimulando-os para a participação progressiva nas decisões e ações referentes ao Sistema de Saúde;
- desenvolve ações sobre o meio ambiente, visando introduzir modificações que levem à promoção e proteção da saúde da comunidade;
- desenvolve ações de vigilância sanitária;
- procura programar suas atividades com base em critérios epidemiológicos;
- avalia suas atividades em função dos resultados obtidos em termos de produção de serviços e de mudanças nos níveis de saúde da comunidade e, também, segundo critérios de maior rendimento dos recursos disponíveis.

As atividades devem ser implantadas progressivamente, de acordo com a capacidade operacional da comunidade e evolução da situação de saúde da mesma. Na programação, execução e avaliação das atividades, os membros de equipe não devem perder a visão global do serviço e suas funções, para não incorrerem em riscos de efetuar ações isoladas ou repetitivas.

Como pré-requisito, o Centro de Saúde necessita conhecer a área sob sua responsabilidade para a definição das ações a serem desenvolvidas, para melhor acompanhar e intervir na evolução dos fenômenos biológicos, mentais e sociais que nela ocorram. Levantamentos demográficos, epidemiológicos, socioculturais e econômicos permitem caracterizar a população e seu respectivo meio ambiente, bem como identificar as necessidades de saúde prevalentes.

Conforme refere Paoletti (1992), a atuação em UBS requer uma formação profissional abrangente, que habilite o fonoaudiólogo a lidar de modo eficaz com elementos da esfera familiar, comunitária e social.

2.7 ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

AÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS:

Ortiz; Bertachini; Pereira (2000) descreveram programas que podem ser beneficiados com ações fonoaudiológicas, tendo como referência a UBS Jardim Santo Eduardo – no município de Embu/SP;

PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO – PUERICULTURA: o atendimento fonoaudiológico programado é realizado no primeiro ano de vida. Neste atendimento, a ação fonoaudiológica programada consta da investigação e observação dos aspectos de alimentação e comportamento motor, psíquico e de linguagem (sistema sensório motor oral e funções orais) , além da realização de triagem auditiva que consiste da observação do comportamento dos bebês frente a estímulos de instrumentos musicais. A partir dos dados referidos pela mãe ou acompanhante e dos observados durante a consulta, são realizadas orientações quanto à estimulação de fala, audição e linguagem, bem como, quando necessário, encaminhamentos para avaliações auditivas objetivas. Esta atuação pode ser feita conjuntamente entre pediatra/fonoaudiólogo.

Em UBS, as maiores alterações foram encontradas nos seguintes aspectos específicos: alimentação, linguagem e processamento auditivo. Estes aspectos comportamentais devem ser orientados procurando-se minimizar, ou até mesmo evitar, a instalação de possíveis distúrbios.

PARTICIPAÇÃO NA CONSULTA MÉDICA DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS: implantado com a preocupação de atender diferencialmente a criança desnutrida que comparece espontaneamente às UBS da Rede Básica de Saúde. A criança tem atendimento conjunto de dois profissionais: pediatra e fonoaudiólogo.

O trabalho fonoaudiológico consiste de avaliação da criança desnutrida durante a consulta pediátrica, orientação precoce aos pais sobre os distúrbios da comunicação, orientação de audição e linguagem e/ou encaminhamento para grupo de orientação de mães na própria UBS.

Além da participação nestes Programas de Saúde da criança, em discussão com os demais profissionais de saúde, tornou-se importante a existência de um atendimento à população de crianças e adolescentes, com queixas de alterações no processo de comunicação.

Atendeu-se a esta necessidade programando um período para exames fonoaudiológicos destas crianças. Para que a demanda fosse prontamente atendida, exames fonoaudiológicos foram realizados sempre que possível, em uma sessão de, no máximo, 60 minutos. Para tal, foi utilizado um instrumento de avaliação elaborado pelos professores do Curso de Fonoaudiologia da Escola Paulista de Medicina e organizado pelas professoras Ellen Osborn, Maria Cecília Sonzogni e Liliane Desgualdo Pereira.

Este instrumento permite avaliar os aspectos motores, perceptuais e lingüísticos da criança, sugerindo qual a área que necessita inicialmente uma intervenção mais rápida. Avaliou-se cerca de 150 crianças e adolescentes de 3 a 14 anos de idade. Observou-se as seguintes alterações fonoaudiológicas mais freqüentes: distúrbio articulatório, distúrbio de leitura e escrita, e atraso de aquisição de linguagem.

Para dar continuidade à assistência a esta população avaliada, programou-se outra ação fonoaudiológica com estes indivíduos e suas famílias, procurando atender às necessidades de cada um deles, dentro das possibilidades constitucionais e circunstanciais. Esta ação denominou-se de “Orientação e Estimulação da Audição e Linguagem em Grupos”. O trabalho fonoaudiológico tem por objetivo orientar as mães sobre os distúrbios de suas crianças e ensiná-las, através da demonstração da conduta correta, a estimular a linguagem e audição destas em casa.

Os critérios básicos para a formação dos grupos são a faixa etária e a similaridade dos distúrbios da comunicação. Os grupos recebem, em média, 90 minutos semanais de estimulação durante oito semanas e, após este período, as

mães recebem orientações sobre as condutas a serem realizadas em casa. As crianças são reavaliadas dois meses após o término do grupo.

Em 1992, conforme a demanda foram formados quatro grupos com distúrbios de leitura e escrita, um grupo de crianças com atraso de aquisição de linguagem, um grupo de crianças com disfonia, um grupo de crianças com distúrbio articulatorio e dois grupos de crianças com distúrbio articulatorio e atraso de aquisição de linguagem. A reavaliação das crianças atendidas em grupos demonstrou 78,7% de alta definitiva, 15,1% de encaminhamentos para terapia fonoaudiológica individual e 6% de encaminhamentos para atendimento psicológico.

O número de altas confirmou a efetividade do trabalho com grupos de mães, podendo este ser um dos modos de intervenção terapêutica a ser adotado nas demais UBS. Além disto, houve importância em realizar um fluxograma das avaliações e dos grupos de mães, pois através deste, foi possível observar quais patologias foram mais frequentes neste período de atendimento e pensar os motivos destas incidências. Através desta reflexão proporcionou-se maior capacidade de planejamento para prevenir as patologias mais incidentes.

Outro aspecto considerado foi em relação à audição. Cientes da importância do diagnóstico precoce de distúrbios da audição, dada a particularidade da via auditiva, cuja maturação ocorre da periferia para o córtex auditivo, na dependência dos estímulos sonoros (Katz e Wilde, 1989), foi realizado nos primeiros anos de vida um programa de ação fonoaudiológica em creches e escolas. Neste programa procurou-se, dentro das possibilidades, sensibilizar pais e professores para a promoção da saúde auditiva e da linguagem, procurando utilizar a família e a escola para a construção de um mundo mais harmônico para a criança.

ATUAÇÃO EM CRECHES E ESCOLAS: são realizadas triagens auditivas e de linguagem; orientações aos auxiliares sobre o desenvolvimento infantil e orientações aos professores quanto ao desenvolvimento normal da audição, fala e linguagem, bem como atuação com estes profissionais no planejamento de atividades para o desenvolvimento de tais aspectos, tanto na creche quanto na escola. Cabe ressaltar que em relação à saúde do escolar, também houve a participação do pediatra.

Segundo Harada (2000), é necessário que o Programa de Saúde Escolar avance para um processo de trabalho interdisciplinar, com a participação efetiva dos educadores, principalmente na área de Educação em Saúde, de modo que permita uma maior integração entre os fornecedores de cuidados de saúde, a comunidade e a escola, culmine com uma maior produção de conhecimento nesta área e que a reverta em benefício da população.

De acordo com Ortiz, Bertachini; Pereira (2000), foram desenvolvidos no Centro de Saúde da Escola Paulista de Medicina (1994), o programa de atuação fonoaudiológica, enfatizando os seguintes programas:

1º) “*PROMOÇÃO DA PREVENÇÃO*” - que reúne medidas preventivas, com o objetivo de evitar ou minimizar distúrbios da comunicação, concentrando ações de prevenção para atenção à saúde. Ocorre de forma individual no momento da avaliação com o paciente (pronto atendimento) e, de forma coletiva, nos grupos de mães e de outros pacientes inseridos na comunidade atendida pelo Centro de Saúde. O paciente é encaminhado para a avaliação fonoaudiológica pelo médico pediatra ou por professores. Neste primeiro momento, caracteriza-se a ação diagnóstica, derivada da avaliação do pronto atendimento fonoaudiológico.

Ocorre a orientação individual ao paciente e à família, estabelecendo-se a conduta para o caso, que pode ser encaminhamento para atendimento coletivo em grupos; encaminhamento para avaliação nos Ambulatórios de Otorrinolaringologia, Audiologia, Neurologia, Psicologia, Ortodontia (locais de atendimento gratuito), entre outros ou espera da convocação para o atendimento fonoaudiológico.

Os pais destes pacientes em espera para o trabalho fonoaudiológico são convocados a cada dois meses para participar dos grupos de orientação fonoaudiológica, onde são discutidos temas relacionados à estimulação e ao desenvolvimento da audição e linguagem, incluindo orientações específicas para cada criança para que possam realizar o treinamento em casa junto a seus pais.

A partir desta experiência, observou-se que a participação dos pais nos atendimentos coletivos torna-se mais integrada e efetiva, considerando-se o fato de que estavam estimulando seus filhos em casa, sob orientação fonoaudiológica

(atualmente o Centro de Saúde da EPM não há pacientes em lista de espera). Estes grupos recebiam 60 minutos semanais de estimulação durante oito semanas, com média de cinco crianças por grupo. Ao término deste período era realizada a reavaliação dos casos e a definição de suas condutas.

Enfatizaram-se as orientações que as mães deveriam receber sobre suas condutas a serem realizadas em casa.

2º) “*PROMOÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA EDUCACIONAL*” – são valorizadas as ações de prevenção dos distúrbios da linguagem e comunicação. O fonoaudiólogo atua orientando o paciente, a família, a comunidade, a equipe multidisciplinar do Centro de Saúde e os professores de escolas que estabelecem trabalho conjunto com a equipe de fonoaudiólogos.

Este trabalho desenvolveu-se semanalmente através de palestras informativas quanto ao desenvolvimento da linguagem e fala com grupos de mães das crianças em atendimento e nos grupos de pacientes que freqüentam o Centro de Saúde para diferentes consultas médicas e, também, esclarecimentos aos professores quanto ao uso da voz, bem como quanto à orientação dos ruídos na sala de aula e desgastes vocais desnecessários. Enquanto aguardam suas consultas assistem a estas palestras, que têm duração de dez minutos. Nestas palestras verifica-se grande participação da população em geral, questionando assuntos relacionados ao desenvolvimento da fala, audição e alimentação.

Estes encontros favorecem, em grande parcela, a sensibilização da comunidade para a importância dos procedimentos de identificação e tratamento dos desvios da linguagem e da comunicação. Após estes encontros é comum verificar aumento de marcação para o pronto atendimento fonoaudiológico.

Com os profissionais que atendem no Centro de Saúde, estas palestras ocorrem com freqüência quinzenal. São reuniões que promovem troca de conhecimentos e informações entre as áreas médicas, psicológicas e fonoaudiológica.

Através deste programa objetivou-se a elaboração de um material gráfico informativo, a ser distribuído para a comunidade do Centro de Saúde, representando mais um instrumento de informação para a Educação e Saúde relacionado à Fonoaudiologia. Para este objetivo, elaborou-se um questionário visando conhecer

o nível de informações da população em geral a respeito das atuações da área da Fonoaudiologia. É possível cadastrar e quantificar estes dados para a elaboração final de um material visual e gráfico informativo, atingindo a população de forma compreensível quanto ao conteúdo e linguagem utilizada.

Em estudo realizado em Santa Maria (RS), Tusi et al.(2004) relataram que, as áreas de atuação do fonoaudiólogo são:

- Intervenção em crianças e adultos com problemas de voz e fala
- Orientação a pais e professores prestando assessoria à equipe pedagógica
- Intervenção em crianças com dificuldade de aprendizagem
- Prevenção e avaliação auditiva
- Desenvolvimento e aperfeiçoamento dos padrões de voz, fala e da face na área estética
- Realização de perícias técnicas e assessoria em casos de ações cíveis e criminais relacionadas a Fonoaudiologia
- Reabilitação nas alterações da mastigação, deglutição, respiração e sucção
- Intervenção no desenvolvimento global de crianças e adultos com quadros sindrômicos e lesões neurológicas.

2.8 ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Conforme Feuerwerker e Almeida (2000), a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, ou seja, como substituição do modelo vigente, sintonizada com os princípios do SUS, com novas práticas de atenção à saúde e afirmando a indissociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção da saúde. Estas novas práticas devem atender aos princípios de estabelecimento de vínculo, compromisso e uma abordagem humanizada à população.

O objetivo geral da estratégia da Saúde da Família é reorientar o modelo assistencial de saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação e de relacionamento entre os serviços de saúde e a população. Para atingi-lo é preciso que a equipe conheça a realidade da população que atende, organizações familiares

e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento a partir desta realidade, para executar ações compatíveis com as necessidades.

Os instrumentos disponíveis para obter este conhecimento são:

- cadastramento das famílias;
- visitas domiciliares;
- análise dos indicadores de mortalidade e morbidade;
- obtenção de informações com informantes chaves da comunidade;
- análise de informações sobre a cobertura, produção e produtividade de serviços realizados.

Surge, nesta perspectiva, uma nova denominação da UBS que, organizada sob a lógica da estratégia de Saúde da Família, passa a denominar-se **Unidade de Saúde da Família (USF)**, com o objetivo de ser resolutiva, com profissionais capazes de identificar e propor intervenções aos problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes e, a partir destes, promover hábitos de vida mais saudáveis, estimulando alimentação mais adequada, atividade física, o autocuidado, o cuidado com o domicílio e com o ambiente.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a melhor imagem da USF é a de um funil, no qual apenas 15% dos casos necessitam de encaminhamentos para os serviços de saúde especializados. Ainda assim, não atuará apenas como “porta de entrada” do Sistema de Saúde porque será de sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que este seja realizado pelo serviço especializado.

Outra discussão obrigatória na USF é a de que, para dar conta das diversas demandas, será necessária a inclusão de equipes multiprofissionais e a interação com outros setores, como escolas, creches, asilos entre outros, para que realize uma assistência integral, contínua e de qualidade.

Segundo Fontinele Júnior (2003), o Programa Saúde da Família é um movimento que se estruturou em 1966, nos EUA, quando alguns comitês formados pela American Medical Association elaboraram documentos para uma política federal e estadual que financiasse a formação de médicos de família em cursos de pós-graduação.

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem cerca de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas). Estima-se, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde que, funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Seu principal propósito é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compõem as equipes básicas de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. O PSF enfatiza o exercício de práticas de humanização da atenção, como atividades de visita e internação domiciliar, realizadas pela equipe de saúde da família.

É evidente também o papel desempenhado pelo programa para avanço das formas organizativas da população, isto é, para que uma associação da comunidade possa contratar os profissionais do programa é necessário, em alguns municípios, que cumpram uma série de formalidades burocráticas. Dessa forma, o programa incentiva uma maior organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle da população sobre as ações públicas, tendo em vista o estímulo dado pelo próprio SUS à participação da população na formulação de

políticas de saúde e ao controle dessa no nível local, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (Fontinele Júnior, 2003).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, a qual trabalha com base nos seguintes princípios:

Caráter substitutivo: O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.

Integralidade e hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e cadastramento da clientela: A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

A capacidade das equipes depende de: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral,

respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

A implantação do Programa Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, está empenhado em dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação, que começa com as seguintes etapas:

- identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; mapear o número de habitantes em cada área;
- calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
- adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
- solicitar formalmente à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
- selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa (Fontinele Júnior, 2003).

A Comissão de Saúde do Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFa) – 2ª Região/SP, promoveu em agosto de 2002, com o apoio do Comitê de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, o IV Fórum de Saúde Pública, no qual foi realizada revisão do documento em que consta a proposta de inclusão da Fonoaudiologia no Programa Saúde da Família (PSF), de forma a possibilitar a participação de todos os fonoaudiólogos e construir um documento que represente a visão dos profissionais do estado de São Paulo. Os participantes deste Fórum esperam que este documento possa auxiliar os fonoaudiólogos, norteados as ações dos profissionais que estejam inseridos ou desejem inserir-se nesta nova estratégia de atenção à saúde. Sabe-se que o PSF é uma estratégia recente, e que o documento elaborado não encerra as dúvidas e necessidades de discussão sobre o

tema, todos devem refletir junto e acompanhar esta construção (Jornal do Fonoaudiólogo, 47 ed., 2002).

2.9 DOCUMENTO ABORDA INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo o Jornal do Fonoaudiólogo, 47 ed. (2002), o fonoaudiólogo não pode ser considerado somente um especialista, pois em sua formação recebe uma carga global de conhecimentos, que é composta por questões culturais, emocionais, físicas, ambientais e econômicas, e que contribui, assim, para a visão generalista que é necessária para essa estratégia.

Objetivo geral: Definir diretrizes para a inserção do fonoaudiólogo no Programa Saúde da Família.

Diretrizes: Saúde como direito de qualidade de vida; democratização do conhecimento; humanização como princípio do acolhimento; enfoque familiar como pressuposto de abordagem; identificação dos fatores de risco; integralidade da atenção; intersetorialidade e participação popular.

O fonoaudiólogo deve: Valorizar os princípios de acolhimento, vínculo e responsabilização pela clientela, junto à equipe; fortalecer o estabelecimento do auto-cuidado; atuar, em equipe, na construção de um saber interdisciplinar; atuar em equipe, no levantamento da situação da saúde geral das famílias e da comunidade; apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, epidemiológicas e ambientais do território, identificando também os fatores de risco para os distúrbios fonoaudiológicos; buscar soluções para os problemas encontrados, inclusive com o estabelecimento de prioridades pactuadas com a comunidade e com as equipes de saúde, potencializando a resolutividade das ações; coletar dados relativos à comunicação humana junto às famílias e identificar os índices de prevalência destas alterações; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias beneficiadas com o PSF às ações de promoção, proteção da saúde, bem como tratamento e reabilitação dos agravos da comunicação humana; garantir a referência e contra-referência regional para os casos que exigem maior complexidade; estimular e possibilitar o desenvolvimento de instrumentos que

avaliem os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas, em consonância com as diretrizes do PSF.

Dentre as várias atribuições, cabe à Fonoaudiologia no Programa Saúde da Família: Atuar em equipe no atendimento integral; participar de reuniões integradas com as equipes de saúde e de reuniões com a comunidade; contribuir para o diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência, incluindo aspectos que podem interferir na comunicação humana (ruído, poluição do ar, falta de vacinação, de pré-natal, presença de maus hábitos orais, respiração oral,...); desenvolver atividades coletivas de promoção e proteção à saúde em geral e da comunicação humana (aleitamento, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, vocal, idosos, etc.) na unidade, instituições e comunidade, a partir do levantamento das necessidades locais; realizar visitas domiciliares, para detecção de fatores ambientais e familiares que possam gerar agravos à saúde geral e da comunicação humana; realizar atendimento domiciliar (avaliação, orientação, intervenção) nos casos em que houver esta necessidade; propor e realizar ações intersetoriais junto aos equipamentos existentes no território (creches, escolas, associações, ...); participar das entidades representativas da população (Conselho gestor, popular); co-participar da Educação Continuada (capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes multiplicadores, tais como: auxiliares de desenvolvimento infantil, professores, líderes comunitários e familiares); participar da seleção, capacitação e treinamento de recursos humanos; capacitar, orientar e acompanhar as ações dos agentes comunitários de saúde, visando a qualidade na coleta de dados, na orientação transmitida à comunidade e na detecção de possíveis distúrbios da comunicação humana; participar, junto à equipe, de campanhas públicas intersetoriais que envolvam a promoção da saúde (aleitamento materno, ...); construir estratégias de intervenções grupais, oficinas, ...; oferecer atendimento à demanda referenciada (oficinas, terapias prioritariamente grupais, etc.); propor instrumentos de avaliação das ações fonoaudiológicas em consonância com as diretrizes do PSF; participar dos processos de planejamento e gestão na área das políticas públicas; realizar e divulgar pesquisas referentes à atuação do fonoaudiólogo no PSF.

Todas estas atribuições devem estar integradas às ações desenvolvidas pela equipe, sendo priorizadas as maiores necessidades de acompanhamento em cada ciclo de vida.

Diante do exposto, fica clara a abrangência da atuação fonoaudiológica e da necessidade do profissional estar sensibilizado e capacitado para atuar nesta proposta. Dentro de uma visão de saúde, que busca a integralidade da assistência, a incorporação de fonoaudiólogos às equipes de saúde da família em muito poderá contribuir, por sua especificidade tecnológica, na construção de um saber interdisciplinar, baseado nas necessidades da população, na vigilância à saúde, na atuação intersetorial, com vistas à melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Recomenda-se, assim, a lotação de 01 fonoaudiólogo por unidade básica de saúde/unidade de saúde da família para desenvolver as diretrizes ora propostas, podendo este número ser modificado a partir das necessidades locais. Este trabalho deverá ser acompanhado e reavaliado constantemente, de forma a atingir plenamente os seus objetivos. (Jornal do Fonoaudiólogo, edição 47, 2002).

3 CONCLUSÃO

Ao término deste estudo de revisão de literatura, é possível tecer algumas considerações sobre o papel da Fonoaudiologia dentro da Saúde Pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como alternativa para a universalização do atendimento à população, dando ênfase à prevenção, no entanto permanece sem dar a necessária atenção a esta área. Previsto na Constituição de 1988, estimulado por normas e portarias para dar um atendimento correto, eficiente e comprometido com a qualidade de vida à população, este serviço não está se efetivando, justificado em grande parte pela insuficiência de recursos. Filas nos postos, espera por consultas especializadas e falta de medicamentos são alguns dos efeitos de um descaso com a saúde pública.

A Fonoaudiologia, desde sua criação, vem se inserindo gradativamente no setor público, mas ainda tem muito a conquistar, como a participação de mais profissionais neste setor, tornando fundamental a discussão entre fonoaudiólogos, gestores públicos e, principalmente, o envolvimento da comunidade.

Deve-se salientar, também, a importância da visão de coletividade que a fonoaudiologia deve passar a ter, a partir de sua inserção no sistema público de saúde, principalmente aos profissionais que se inserem no nível primário de atenção à saúde, uma vez que esse nível é a porta aberta para o ingresso da população no Sistema.

O fonoaudiólogo que atua em unidades básicas de saúde deve ser um generalista, capaz de identificar as questões fonoaudiológicas de maior relevância na sua comunidade de abrangência, de elaborar e efetivar ações que visem uma solução, bem como de adotar medidas preventivas cabíveis.

Ainda que desafiador, o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) com a participação da Fonoaudiologia resgataria o atendimento às famílias, beneficiando sobretudo a população carente do Brasil, a qual necessita de melhoria na sua qualidade de vida.

O enfrentamento destas e de outras dificuldades, como a aplicação de políticas públicas bem definidas em todas as esferas de governo voltadas aos

interesses da sociedade, são imprescindíveis para atingir um pleno desenvolvimento e fortalecimento no atendimento à saúde.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C.R.F. – Fonoaudiologia e Saúde Pública. *In: ENCONTRO NACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA*. São Paulo, 1988. **Anais...**, São Paulo: Conselho Regional de Fonoaudiologia – 2a. Região, 1988. p. 19-23.

_____ ; LOPES, D.M.B.; WERTZNER, H.F. – Uma reflexão sobre a fonoaudiologia preventiva. *In: REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA*, 43. Rio de Janeiro, 1991. **Anais...**, Rio de Janeiro: 1991. v43. p. 152-3.

BEDIN, N. – Saúde Coletiva e Fonoaudiologia. **Anais do Encontro Nacional de Fonoaudiologia Social e Preventiva**. CRFa. 2ª Região. São Paulo : 14-18, 1988.

BRAGA, J.C.S. e PAULA, S.G. – **Saúde e previdência; estudos de política social**. São Paulo: CEBES/ Hucitec, 1981.

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. **Sistema Nacional de Saúde**. Brasília: DF, 1975.

BRASIL. Decreto-Lei nº 86.329, de 2 de setembro de 1981.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República**. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Presidência da República**. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Portaria nº 1.481, de 7 de janeiro de 1991 (NOB 01 / 91).

BRASIL. Portaria nº 543, de 24 de maio de 1993. Brasília, 1993 (NOB 01/ 93).

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (NOB 01 / 96).

BRASIL. Ministério da Saúde. – **Orientação para Organização de centros de saúde**. Brasília: 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: a implementação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: DAS/ Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 2000.

CAMPOS, G.W.S. – O Estado e a atenção à saúde; conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios.

In: _____ - **Reforma da reforma; repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, O. e YUNES, J.- Sistema nacional de saúde; situação atual e perspectivas. *In:* NÓBREGA, F.J. e LEONE, C. – **Assistência primária em pediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1989.

CARVALHO, G.I. e SANTOS, L. – **Sistema Único de Saúde; comentários à Lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992.

COMMITTEE ON LANGUAGE , SPEECH AND HEARING PROBLEMS. – Prevention; a challenge for the profession. **ASHA** (EUA), 26(8): 35-7, 1984.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília: 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9. Brasília: 1992.

FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O programa de Saúde da Família e o direito à saúde. **Olho Mágico**, Londrina: ano 6, n. 22., p.22-6, ago. 2000.

FONTINELE JÚNIOR, K. – **Programa Saúde da Família (PSF) Comentado**. Goiânia/GO: AB Editora, 2003.

GARBIN, W. O Sistema de saúde no Brasil. *In:* VIEIRA, R.M. et al. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, cap. 2, São Paulo, PRÓ-FONO, 2000.

HARADA, J. – **Avaliação das atividades médico-assistenciais do Programa de Saúde Escolar em uma unidade básica de saúde no município de Embu**. São Paulo, 1993. [Dissertação – Mestrado – Escola Paulista de Medicina]

JORNAL DO FONOAUDIÓLOGO – edição 47, setembro-outubro 2002. Disponível em <<http://www.fonosp.org/publicações/Saúde Pública.htm>> Acesso em 02 jun. 2005.

KATZ, J. ; WILDE, L. – Distúrbios da percepção auditiva em crianças. *In*: KATZ, J. (ed.) – **Tratado de Audiologia Clínica**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1989. p. 674-98.

LEAVELL, H.R. e CLARK, E.G. – **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

McGINNIS, J.M. – Prevention. **ASHA** (EUA), 26(6):22-4, 1984.

MARGE, M. – The prevention of communication disorders. **ASHA** (EUA), 26(8):29-33, 1984.

MEDICI, A.C.- **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil; balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo, Universidade São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1994. (AdSaúde – Série Temática)

MENDES, A.; CARVALHO, G.; MARQUES, R.M. – **O financiamento do SUS; princípios, série histórica e propostas**. São Paulo: 1997. (mimeo)

MENDES, E.V. – **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – UNICEF. **Atención primaria de salud**. Alma-Ata (1978).Genebra: 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **El sistema sanitario de la atención primaria de la salud**. Genebra: 1981. (Cuadernos de Salud Publica, 80).

ORTIZ, K.Z.; BERTACHINI, L.; PEREIRA, L.D. Atuação Fonoaudiológica em Unidades Básicas de Saúde. *In*: VIEIRA, R.M. et al. – **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, cap.7, São Paulo: PRÓ-FONO, 2000.

ORTIZ, K.Z. ; PEREIRA, L.D. – Atuação fonoaudiológica no programa de integração docente-assistencial Embu – Escola Paulista de Medicina. *In*: CONGRESSO

NACIONAL DA REDE IDA-BRASIL, 2. São Paulo, 1993. **Anais...**, São Paulo: 1993, p. 18.

PAOLETTI, M.R.M. – **Participação da fonoaudiologia na atenção primária à saúde; caracterização da população atendida pelo Serviço de Fonoaudiologia das Unidades Básicas de Saúde do município de Embu – São Paulo (1986/1987)**. São Paulo: 1992. [Dissertação – Mestrado – Escola Paulista de Medicina]

Projeto Político Pedagógico do curso de Fonoaudiologia da UFSM (2005).

PUCCHINI, F.P. Histórico da Saúde Pública no Brasil. *In*: VIEIRA, R.M. et al. – **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, cap. 1, São Paulo: PRÓ-FONO, 2000.

SANTA MARIA/ RS. Lei Municipal nº 4787/04, de 21 de outubro de 2004.

SÃO PAULO – Interior. **Rev. Secr. Neg. Inter.** , 7:2-8, 1986.

TUSI, A.; MAGGI, C.; ALMEIDA, F.; BERNARDI, J.; PACHECO, L. O pediatra e o fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar. **Revista Saúde Interativa**. Santa Maria: ano 3, n. 4, p.8/ julho-agosto 2004.

WERTZNER, H.F. Ambulatórios de Fonoaudiologia em Unidade Básica de Saúde. *In*: BEFI, D. **Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**. Série Atualidades em Fonoaudiologia (vol.III) ,cap. 9, São Paulo: Lovise, 1997.

ZANELA, A. Aula prática sobre a saúde pública e o SUS. **Diário de Santa Maria**. Santa Maria, p.8, 11 ago. 2005.