

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MICHELLE FLÁVIA CARNEIRO
RODRIGO OTÁVIO REIS NOGUEIRA DA CRUZ

**FONOAUDIOLOGIA: UMA REFLEXÃO DA SUA CONTRIBUIÇÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Luis
2008

MICHELLE FLÁVIA CARNEIRO
RODRIGO OTÁVIO REIS NOGUEIRA DA CRUZ

**FONOAUDIOLOGIA: UMA REFLEXÃO DA SUA CONTRIBUIÇÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da família da Laboro - Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luis
2008

MICHELLE FLÁVIA CARNEIRO
RODRIGO OTÁVIO REIS NOGUEIRA DA CRUZ

**FONOAUDIOLOGIA: UMA REFLEXÃO DA SUA CONTRIBUIÇÃO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da família da
Laboro - Excelência em Pós Graduação/
Universidade Estácio de Sá, para obtenção do
título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Doutora Mônica Elinor
Alves Gama.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Mônica Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo – USP/ SP

Fgo. Dr. Eduardo Magalhães da Silva (Examinador)

Doutor em fisiologia

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

À Deus, por ser a luz que nos guia.

Aos nossos pais pelo apoio, confiança, amor e dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda força e luz, essência do nosso viver.

Aos nossos pais, por toda orientação diária, confiança nos momentos em que precisávamos de conforto, compreensão e por todo o nosso existir.

A nossa orientadora Dra. Mônica Elinor Alves Gama. Desejamos retribuir a competência e disponibilidade com que sempre nos orientou, contribuindo para o aprimoramento intelectual, profissional e pessoal que acreditamos ter adquirido através do vínculo estabelecido.

Aos nossos irmãos, tios, amigos e família por terem sempre nos apoiado durante esta etapa de nossas vidas.

“Mesmo quando não temos todas as ferramentas disponíveis, se fizermos com conhecimento, bom senso e com coração estaremos fazendo bem-feito”.

Mac-kay

RESUMO

O estudo objetiva evidenciar as interfaces entre o campo de atuação do fonoaudiólogo e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Descreve-se a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a contribuição da Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante do SUS, através do histórico do SUS e da ESF. Evidencia-se o histórico da Fonoaudiologia, sua inserção na saúde pública e seu campo de atuação. Finalizando, descreve-se as interfaces entre a ESF e a Fonoaudiologia, a partir de referenciais teóricos disponíveis em bases de dados científicos.

Palavras-chave: Interfaces. Estratégia Saúde da Família. Fonoaudiologia

ABSTRACT

The objective study to evidence the interfaces between the field of performance of the Speech therapy and the lines of direction of the Health Family Strategy (HFS). It describes organization of the Health System (HS) and the contribution of the Health Family Strategy as structure axle of the HS, through the description of the HS and the HFS. The description of the Speech therapy is proven, its insertion in the health publishes and its field of performance. Finishing, one describes the interfaces between the HSF and the Speech therapy, from available theoretical reference in scientific databases.

Word-key: Interfaces. Health Family Strategy. Speech therapy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETO	14
3	OBJETIVOS	14
<i>3.1</i>	<i>GERAL.....</i>	<i>14</i>
<i>3.2</i>	<i>ESPECÍFICOS</i>	<i>14</i>
4	METODOLOGIA.....	14
5	A CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
6	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO ESTRUTURANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	27
7	O CAMPO DE ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO	34
8	AS INTERFACES ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A FONOAUDIOLOGIA	37
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS	44

Carneiro, Michelle Flávia.

Fonoaudiologia: Uma reflexão de sua contribuição na Estratégia Saúde da Família/ Michelle Flávia Carneiro, Rodrigo Otávio Reis Nogueira da Cruz. - São Luís, 2008.

46 f.

Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO – Excelência em Pós Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Interfaces. 2. Estratégia Saúde da Família 3. Fonoaudiologia. I. Título.

CDU 81'342.2

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal de 1988 art.196, a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para Andrade (1995), a saúde é um atributo da vida, é um processo, uma continuidade de esforços para desenvolver e manter capacidades, atendendo aos princípios necessários para a evolução do potencial humano. A doença também é um atributo da vida, indesejável e que independente da vontade, por períodos de tempo e graus variáveis, é inerente aos seres vivos.

Durante os períodos da vida em que existe uma integração harmônica, um equilíbrio pessoal, resultando no bem-estar, manifestado pela sensação de felicidade, capacidade ocupacional, crescimento e realização pessoal, ausência de doenças, desconforto e dores, justifica-se um valor eufórico, positivo, que é a saúde.

Segundo a mesma autora, o bem-estar não é identificado unicamente como um valor hedônico. A tendência que restabelece continuamente o equilíbrio entre a saúde e a doença, para ser efetiva e garantir o sucesso na manutenção da saúde, será dependente da qualidade da inter-relação entre as condições pessoais (biológicas, psicológicas, espirituais, sociais próximas - família, trabalho, amigos) e meta-pessoais (condições sócio-econômico-culturais, políticas e ecológicas).

Esta visão ampla, portanto, permitirá modificações estruturais político-ideológicas hoje vigentes, permitindo a introdução de novos elementos na avaliação da saúde, como por exemplo, que a habilidade e efetividade da comunicação intra e interpessoal possa ser considerada uma dimensão significativa do conceito de saúde (ANDRADE, 1995).

É nessa visão que segue os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade, que garante atenção integral aos indivíduos e família. Devem ser asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (BEFI, 1997).

Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ).

Refletindo nessa visão holística de saúde, foi que recentemente o Ministério da Saúde (MS) assumiu um novo modelo assistencial brasileiro chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo o documento Brasil (1994), esse revela que a implantação da ESF tem como objetivo geral “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e

recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”.

Trata-se 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 e vida dos brasileiros.

Campos (1992), reforçando a proposta do MS, propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, as quais se descrevem um dado número de usuários. Segundo este autor, a organização justifica-se em dois sentidos: o de “quebrar a costumeira da divisão do processo de trabalho em saúde, responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-lo, o que ocorria por meio de vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos”.

Ainda o mesmo autor, afirma que não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que se esforçam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos.

A portaria nº 154/GM de Janeiro de 2008 estabelece a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a finalidade de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, com foco na estratégia de saúde da família. Os Núcleos deverão ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família. A Portaria prevê dois tipos de NASF. O NASF 1 que deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de saúde de nível superior e o

NASF 2 que deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior (Conasems, 2008).

Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO:

- Médico Acupunturista;
- Assistente Social;
- Professor de Educação Física;
- Farmacêutico;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Médico Ginecologista;
- Médico Homeopata;
- Nutricionista;
- Médico Pediatra;
- Psicólogo;
- Médico Psiquiatra;
- Terapeuta Ocupacional.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Desse modo a ESF priorizará o trabalho multiprofissional (para além da abordagem do médico, enfermeiro, odontólogo) onde vários profissionais somam conhecimentos entre si visando uma melhor qualidade de vida a população, mas para que haja essas trocas e somas de

conhecimento é necessário que exista um conhecimento da função de cada profissional que compõe a equipe de saúde para que haja os devidos encaminhamentos dos seus pacientes.

Assim, surge a idéia de estudarmos as interfaces entre o campo de atuação do Fonoaudiólogo e as diretrizes da ESF, para subsidiar a proposição de estratégias que fortaleçam a construção do trabalho interdisciplinar visando a atenção integral à população com vistas a melhoria da sua qualidade de vida..

2 OBJETO

- As interfaces entre o campo de atuação da Fonoaudiologia e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Estudar as interfaces entre o campo de atuação do fonoaudiólogo e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

3.2 ESPECÍFICOS

- Expor as áreas de atuação do fonoaudiólogo;

- Descrever a Estratégia de Saúde da Família, seus princípios e diretrizes;
- Discutir a atuação do fonoaudiólogo no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

O tema proposto foi desenvolvido através de um estudo de caráter descritivo, baseado na revisão de literatura científica disponível e seguindo alguns passos propostos por Castro (2001).

Foram seguidas as seguintes recomendações do autor:

- a) Formulação da pergunta: Quais as interfaces existentes entre as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e o campo de atuação do Fonoaudiólogo?
- b) Localização e seleção dos estudos: Foram identificadas todas as publicações nacionais relevantes sobre o tema proposto, considerando a pesquisa em bases eletrônicas (Biblioteca Virtual em saúde), pesquisa em revistas técnicas e científicas indexadas ou não, livros e monografias da área.
- c) Período das publicações: Foram consideradas as publicações de 1981 a 2008.

- d) Descritores (palavras-chave) e Coleta de Dados – Foram pesquisados os temas envolvendo: a relação da Fonoaudiologia e Estratégia Saúde da Família; campo de atuação do fonoaudiólogo; interfaces entre ESF e Fonoaudiologia; histórico da Fonoaudiologia na saúde pública; Fonoaudiologia na saúde pública.
- e) Análise e apresentação dos dados: O conteúdo foi organizado considerando as seguintes temáticas:
- A configuração do Sistema Único de Saúde
 - A Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde
 - O campo de atuação do fonoaudiólogo
 - As interfaces entre o campo de atuação do fonoaudiólogo e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família

5 A CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica - saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. Nesse período, propunha-se um padrão tecnológico mais racional, de menor custo,

integrado em seus vários campos de atuação e sem a influência das leis de mercado, subordinando a assistência médica à lógica da saúde pública (MERHY; QUEIROZ, 1993)

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação a população beneficiária. (BRASIL, 2000)

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especializados de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do norte e nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade (SOUZA, 2002).

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que foi resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPS) de diferentes categorias profissionais organizados (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (BRASIL, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas superintendências regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (CECCIM, 2001).

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava recursos nos estados das regiões sul e sudeste, mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber (BRASIL, 2000):

- Os que podiam pagar pelo serviço;
- Os que tinham direito a assistência prestado pelo INAMPS;
- Os que não tinham nenhum direito.

Proporcionalmente a região sudeste, mais rica, foi a que recebeu mais recursos e que as regiões norte e nordeste, mais pobres, foram as que menos receberam. Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (postos de assistência médica e hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada. Com a crise de financiamento de previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providencias para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das secretarias estaduais e municipais de saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência á saúde prestada pela rede pública,

apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela. (BRASIL, 2002)

A partir dos anos 70, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora. A posição conservadora defendia uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado. Neste modelo, a intervenção estatal só se justificaria para cuidar ou dos que ficavam fora do sistema, por não terem “capacidade social” de se integrarem ao mercado, ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial. Já a posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atendesse a população coberta ou não pela previdência social. A Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora (MERHY; QUEIROZ, 1993).

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira de segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de saúde (SUDS), implementado por meio da aceleração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. (CECCIM, 2001)

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência a cobertura universal, mesmo antes da aprovação da lei 8.080 (também conhecida como lei orgânica da saúde), que institui o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da previdência social e, por outro a grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores

organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento pela Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país. (SOUZA, 2002)

Na década de 80, ocorreu o Movimento de Reforma Sanitária, que proporcionou uma importante contribuição para que os princípios democráticos retornassem à sociedade brasileira e apontou para um novo modelo de atenção à saúde (KRUGER, 2000).

O projeto de Reforma Sanitária “foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais”. Esta organização social possibilitou aos cidadãos a luta por seus direitos fundamentais e pela melhoria da qualidade de vida, englobando saúde em um contexto além da ausência de doenças (PAIM, 1992)

Uma primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1998, a definição na Constituição Federal relativa ao setor saúde. O artigo 196 da constituição conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do estado(...)”. Aqui se define de maneira clara a universalidade de cobertura do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Já o parágrafo único do artigo 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável (SOUZA, 2002).

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do SUS foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Esse fato, portanto, foi anterior a promulgação da lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano. A lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A lei, no seu capítulo II- dos

princípios e diretrizes, art 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (GARBIN, 1995).

Isso se constituiu uma grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal. O processo de implantação do SUS começou por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para seus beneficiários. (GRACIA, 2003)

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1990 passou a integrar a estrutura do Ministério da saúde e que já vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento. (BRASIL, 2000)

Considerando-se essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi inicialmente preservado e se constituiu no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS somente foi extinto pela lei nº 8.689 de 27 de junho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS (BRASIL,2002).

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que extinguiu o INAMPS estabelecia que: “as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestores do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990”. (GARBIN, 1995)

Ao se preservar o INAMPS, preservou-se também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS, inicia a sua atuação na área da assistência

à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população. (BRASIL, 2000)

Uma das conseqüências dessa “preservação” foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas na lógica do INAMPS, que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos. (SOUZA, 2002)

Em 1980, é divulgado o Programa de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com o objetivo de universalizar a atenção primária em todo o território nacional. Na tentativa de integrar a atenção à saúde, oferecidas pelas Instituições públicas (a nível municipal, estadual e federal), inclusive com repasse de verbas aos estados, foram assinadas, em 1984, as Ações Integradas de Saúde (AIS). A partir do decreto nº 94657, de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que com a publicação da Constituição Federal de 1988, defini-se como Sistema Único de Saúde. (PEREIRA, 1999)

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela lei orgânica da saúde em 1990, por importantes mudanças, entre as quais se pode destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização financeira no nível federal. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídos por portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS. (BRASIL, 2002)

As Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do fundo nacional de saúde para seus respectivos fundos de saúde. Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991,1993 e 1996). No ano 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOB-SUS), atualmente em vigor. (SOUZA, 2002)

Segundo Gama (2006), o momento atual reveste-se de amplas mudanças para que se consolide o sistema de saúde brasileiro. Em seu percurso, o SUS tem exigido permanentes estratégias intergovernamentais de mediação e gestão cooperativa, além de um arranjo organizacional condizente com as distintas realidades e necessidades do país. A partir de um consenso expresso num Pacto pela saúde da população brasileira busca-se consolidar o processo de descentralização na perspectiva da solidariedade e da autonomia dos entes federados. As portarias GM/MS N° 399 (22/02/2006) e PT GM/MS N° 699 (03/04/2006) definem e regulamentam as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Para o Ministério da Saúde, o Pacto, resultado de acordo firmado entre o Ministério da Saúde e os conselhos nacionais dos Secretários de Saúde (Conass) e dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), propõe uma série de mudanças na gestão e no processo de pactuação que envolve os gestores e o controle social do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2007).

O Pacto pela Saúde define as responsabilidades sanitárias dos gestores municipais, estaduais e federais. O processo de habilitação de estados e municípios - que definia os tipos de ações de saúde que cada ente da federação estava qualificado para desempenhar - foi extinto. A partir de agora, cada um - estados, municípios, Distrito Federal e União - adere ao processo com a assinatura de um termo de compromisso de gestão, que estabelece as responsabilidades e as capacidades de cada ente na oferta das ações e dos serviços de saúde. O termo determina, ainda, o

alcance de metas nacionais e regionais, segundo as prioridades do Pacto pela Vida. "A mudança é baseada no fortalecimento do processo de cooperação e na solidariedade entre os entes e na reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS constitucionalmente definidos", afirma o diretor do Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, André Luiz de Carvalho. Assim, haverá a possibilidade de atuar de forma conjunta para garantir que as ações e os serviços de saúde sejam desenvolvidos de acordo com as necessidades do cidadão e com a realidade social de cada localidade e região (BRASIL, 2007).

O Pacto pela Saúde tem três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS. O primeiro estabelece um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas para a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, como a dengue e a hanseníase, e a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama. Com o estabelecimento dessas metas, um compromisso comum de gestores do sistema de saúde será reforçado e isso facilitará o controle da sociedade sobre o desempenho do sistema. O Pacto de Gestão do SUS visa o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, através do estabelecimento de diretrizes para a gestão do mesmo e definição de responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS. O último componente visa implementar um projeto permanente de mobilização social nos moldes da reforma sanitária, em defesa do caráter público e universal do sistema de saúde brasileiro (GAMA, 2006).

O Pacto pela Saúde configura-se em uma unidade de princípios coerentes com a diversidade operativa e com as diferenças loco-regionais, reforçando a organização das regiões sanitárias e instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional; fortalece ainda o controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os

instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizando a macro função de cooperação técnica entre os gestores (GAMA, 2006).

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 (lei orgânica da saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (Brasil, 2002).

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (SOUZA, 2002).

Oliveira (2003) definiu o SUS como um conjunto de ações de serviços de saúde, prestados por órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Segundo a autora supracitada, o SUS tem por objetivo:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formulação de políticas de saúde destinadas à redução de riscos de doenças ou agravos, e ao acesso igualitário e universal às ações e aos serviços de saúde;

- Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região (CARVALHO; SANTOS, 1995).

O SUS deve ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal, nem tão pouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade e por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos (CARVALHO, 1995).

Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de se adoecer e

morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ).

Segundo Oliveira (2003), o SUS possui três princípios fundamentais que pressupõem a formulação de estratégias direcionadas à construção do novo modelo assistencial, que devem ser considerados: a universalidade, a equidade, e a integralidade.

A universalidade é a garantia de atendimento a todo e qualquer cidadão, independente de raça, credo, sexo e classe sócio econômica. A equidade é caracterizada como a igualdade de tratamento para necessidades iguais, ou seja, igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais (GOULART, 2003). Já a integralidade é o princípio que determina que as pessoas têm o direito de terem suas necessidades atendidas, e para isto, os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecerem todas as ações requeridas por esta atenção integral (prevenção primária, secundária, e terciária) (TRAVASSOS, 1997).

Assim desde o início da década de 90 o Ministério da Saúde tem buscado fortalecer a Estratégia Saúde da Família como forma de garantir acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil.

6 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO ESTRUTURANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo Teixeira (2004), as origens da proposta de saúde da família remontam ao surgimento e difusão do movimento de medicina familiar, estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com a finalidade de introduzir reformas no processo médico.

O Programa Saúde da Família está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2002).

Portanto, a ESF surgiu para fortalecer a comunidade e os profissionais da saúde, uma nova relação de confiança, de atenção, de respeito. Essa nova relação é um dos principais pontos de apoio dos profissionais que compõe as equipes de saúde da família. Para que eles possam desempenhar bem o seu papel é necessário garantir os medicamentos, os exames complementares, os locais apropriados para atendimento, para os partos, internações hospitalares, urgências e emergências (TEIXEIRA, 2004).

A ESF teve início quando o MS formulou o PACS, em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo. (VIANA; DAL POZ, 1998)

Segundo Vasconcellos, 1998 (apud CARMAGNANI, 2001) por volta de 1993, o MS iniciou a implementação da ESF no Brasil, através da portaria nº 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: “a ESF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único De Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior riscos de adoecer e morrer e, na maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde”.

Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de saúde da família. Atualmente as equipes acompanham entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500

peessoas. A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. A equipe de saúde da família deve ser composta, no mínimo, por médico generalista (com conhecimento em clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BELLEZA, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), a operacionalização do programa de saúde da família deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais.

É dessa forma que a ESF constitui-se em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família, dos recém-nascidos ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Os princípios da Estratégia de Saúde da Família, segundo Brasil (2000) são:

- Territorialização: processo de apropriação do espaço local enquanto prática do planejamento; limitação da área/território de trabalho da equipe de saúde; definição de uma população adstrita/ restrita com o objetivo de conhecer a realidade das famílias com ênfase nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.

- Resolutividade: assistência aos problemas de saúde mais comuns, dando resposta às necessidades básicas da população de sua área adstrita, responsabilizando-se pelas referências necessárias e, também, pela contra-referência; realizar ações de recuperação e reabilitação de enfermos tanto quanto desenvolver ações educativas que promovam a saúde e previnam doenças em geral.

- Vínculo e Co-Responsabilização: aliança entre equipe e família para o cumprimento das ações, fortalecendo-as assim, proporcionando-se o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades; busca-se uma nova prática com base em uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa; todos são atores sociais e sujeitos do próprio processo de manutenção e recuperação da saúde; promoção do auto-cuidado.

- Humanização: desenvolvimento das ações tecnicamente competentes e socialmente apropriadas a cada indivíduo, extrapolando as preocupações unicamente curativas; valorização da relação com o usuário e com sua família para estabelecimento do vínculo de confiança e respeito.

- Atenção à família e aos indivíduos no seu contexto: compreensão do contexto familiar e das características sócio-culturais (crenças, valores, relações com membros da família e com meio social) do usuário; ver o indivíduo como ser indissociável de seu meio; realizar abordagem integral e articulada sem perder de vista o estado de equilíbrio individual de cada membro da família.

- Participação Social: atuação dos indivíduos como cidadãos; desenvolvimento de um processo de planejamento pactuado em todas as fases: programação, execução e avaliação das ações.

- Trabalho em equipe: construção de uma equipe de trabalho como uma verdadeira unidade produtora das ações de saúde, intersetorialmente articuladas, buscando consenso, respeitando a especificidade das responsabilidades de cada membro a partir de uma prática democrática e construtiva.

De acordo com a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), já descrito anteriormente, espera-se dos integrantes da Saúde da Família que estejam preparados para dar solução aos principais problemas de saúde da comunidade, organizando sua atividade em torno

de planejamento de ações, saúde, promoção e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral à família.

Segundo Souza (2002), entender a saúde da família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. Além das atividades de assistência desenvolvidas pela ESF, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local e propor ações capazes de nela interferir.

A conquista da saúde como direito legítimo de cidadania é um fundamento básico da Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais da ESF, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais da saúde da família são as seguintes (BRASIL, 2002):

I-Planejamento de ações: Capacidade para diagnosticar a realidade local. Esse é o primeiro ponto. Nesse diagnóstico, é importante estar atento também aos aspectos positivos da comunidade, ao potencial que as pessoas têm para resolver seus problemas, inclusive os de saúde. Em seguida, é preciso elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam o impacto apropriado sobre as condições sanitárias da população, famílias e indivíduos da área abrangida pela USF.

A equipe deve:

- conhecer os fatores determinantes do processo saúde doença do indivíduo, das famílias e da comunidade;
- estabelecer prioridades entre problemas detectados e traçar estratégias para sua superação;

- conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência;
- garantir estoque regular de todos os insumos para as estratégias e funcionamento da

USF.

II-Saúde, promoção e vigilância: É fundamental, nesta atribuição, entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. Busca-se, nesta atribuição, compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente.

Os profissionais devem:

- conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita;
- entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;
- estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações da USF;
- articular, com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população.

III-Trabalho interdisciplinar em equipe: Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas. A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro,

transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. A equipe deve:

- conhecer e analisar o trabalho de toda a equipe, verificando as atribuições específicas e do grupo, na USF, no domicílio e na comunidade;
- compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento de trabalho em equipe;
- participar da formação e do treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.

IV-Abordagem integral da família: Entende-se, por essa atribuição, a abordagem integral da pessoa, vendo-a em seu contexto sócioeconômico e cultural, com ética, compromisso e respeito. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento. As ações dos profissionais da USF devem entender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas (interações) e em conflitos. A construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica daquela vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva. A equipe deve:

- compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;

- identificar a relação da família com a comunidade;
- identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes.
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

7 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO

A Fonoaudiologia iniciou-se no Brasil em 1855, voltada à educação dos surdos com a criação do Colégio Nacional. Entre 1920 e 1940, o fonoaudiólogo assumia um papel de professor, atuando como um profissional especializado no ambiente escolar, trabalhando com crianças que apresentassem alterações de fala. A partir de 1950, o fonoaudiólogo passou a trabalhar também com pessoas que apresentassem distúrbios de linguagem, passando dessa forma, de uma atuação exclusivamente educacional para um contexto clínico, havendo então, a criação do curso de Logopedia voltado principalmente à reabilitação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2005).

Segundo definição do Conselho Federal (2004, p.15), a Fonoaudiologia:

É a ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana, no que se refere ao seu desenvolvimento, aperfeiçoamento, distúrbios e diferenças, em relação aos aspectos envolvidos na sua função auditiva periférica e central, na função vestibular, cognitiva, na linguagem oral e escrita, na fala, fluência, voz, nas funções orofaciais e na deglutição.

Na década de 60, deu-se início ao ensino da Fonoaudiologia no Brasil, com a criação dos cursos da Universidade de São Paulo (1961), vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962), ligado ao Instituto de Psicologia. Ambos estavam voltados à graduação de tecnólogos em Fonoaudiologia. Nos anos 70, tiveram início os movimentos pelo reconhecimento dos cursos e da profissão. Foram criados, então, os cursos em nível de bacharelado, e o curso da Universidade de São Paulo foi o primeiro a ter seu funcionamento autorizado, em 1977.

Sancionada em 09 de Dezembro de 1981, pelo então presidente João Figueiredo, a Lei nº 6965, que regulamentou a profissão de Fonoaudiólogo, veio ao encontro dos sonhos de uma categoria profissional, que ansiava ser reconhecida. Além de determinar a competência do Fonoaudiólogo, com a Lei, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia, tendo como principal finalidade a fiscalização do exercício profissional (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2006).

O fonoaudiólogo aplica conhecimentos das áreas de saúde e educação, entre outras, para prevenir, avaliar, diagnosticar e reabilitar os distúrbios que limitam ou impedem esta comunicação. Segundo o Conselho Regional de Fonoaudiologia (2007), possui uma vasta área de atuação, com destaque para as áreas de:

- **Clínica Geral** desenvolvendo ações voltadas para avaliações e tratamentos de encefalopatias genéticas, acidentais, geriátricas, no atendimento hospitalar

(leito) e ambulatorial (afasias, deficiências auditivas, disartrias, disfagias, apraxias, fissuras labiopalatais, e outros).

- **Fonoaudiologia Hospitalar** realizando avaliações e atendimentos terapêuticos em UTI de neurocirurgia e geral, UTI neonatal e Pediatria - atua precocemente nas alterações do desenvolvimento da Motricidade Oral, antecipando a retirada da sonda nasogástrica e nas alterações auditivas, realizando o screening auditivo, postura motora adequada do bebê.
- **Fonoaudiologia Escolar** realiza avaliações precocemente das patologias de comunicação evitando as dificuldades de aprendizagem no processo escolar. Realiza atividades profiláticas; orientação e atividades de cunho preventivo e informativo.

A Fonoaudiologia possui uma grande relevância para a sociedade. Trata-se de uma ciência relativamente nova e pouco conhecida em nosso país, sobretudo nas equipes da área de saúde e educação. Verifica-se que há uma necessidade de maior divulgação e integração desse profissional nas equipes multi e interdisciplinares, visando à interceptação e redução dos déficits provocados pelas diversas patologias que acometem a comunicação humana (ANDRADE, 1996).

O trabalho da Fonoaudiologia na saúde pública surgiu entre os anos 70 e 80, através das secretarias de educação e saúde. Os serviços, geralmente, eram estruturados como um consultório com o objetivo de reabilitar seus pacientes. Atualmente com a estruturação do SUS, são realizados concursos públicos pela secretaria de saúde e alguns fonoaudiólogos foram lotados em Centros de saúde iniciando a participação da Fonoaudiologia na atenção primária à saúde (OLIVEIRA, 2003).

A atuação do fonoaudiólogo na saúde pública tem como objetivo a promoção, prevenção e recuperação da saúde fonoaudiológica da população, em geral, através de medidas de alcance coletivo (BEFI, 1997). Maia (1997) concorda e afirma que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser centro de atenção integral à pessoa e a coletividade através de ações de promoção de saúde (prevenção, terapêutica e reabilitação).

A proposta do trabalho Fonoaudiológico nesse sistema abrange não só o atendimento dos distúrbios da comunicação humana de maior ocorrência na população, como também atua principalmente na promoção e prevenção da saúde (DAHAN, 2005).

8 AS INTERFACES ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CAMPO DE ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO

A existência humana tem como traço distintivo a habilidade de comunicação, pelo uso de vários sistemas biológicos (cerebral, auditivo, motor, respiratório, digestivo, entre outros) integrados em complexa organização entre si e em relação aos sistemas mentais e psicológicos, usando para isto códigos lingüísticos específicos que permitem captar, processar e produzir informações (ANDRADE, 1995).

Assim é fundamental que os aspectos da fala, da linguagem e da audição sejam considerados atributos de saúde e que suas manifestações patológicas que comprometem a competência e o desempenho comunicativo verbal e não verbal intra e interpessoal independente do fato de não se caracterizarem por sinais e sintomas mensuráveis laboratorialmente, por não chegarem da física nem levarem os indivíduos à morte, geram sofrimento, insucesso social e

limitam a capacidade de, pelo poder da palavra, criar e transformar o mundo, criando um grande impacto na experiência pessoal e comprometendo a qualidade de vida.

Segundo McGinnis (1984) apud Andrade (1995), 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 desordens comunicativas são originadas antes do nascimento, devendo a prevenção fonoaudiológica ser iniciada antes mesmo da gestação através da proposta de programas de educação pública para jovens, gestantes e famílias.

O Fonoaudiólogo para trabalhar no campo da prevenção, desenvolve em sua formação competências e habilidades referentes a epidemiologia, visando o levantamento de morbidades de maior ocorrência na população, bem como suas características e possibilidades de organização ambulatorial.

Torna-se importante observar que este profissional, por sua vez, não pode ser considerado um especialista, pois em sua graduação recebe uma carga global de conhecimentos composto por questões culturais, emocionais, físicas, ambientais e econômicas, contribuindo para uma visão generalista que se pede para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O estudo das interfaces entre o campo de atuação do fonoaudiólogo e as diretrizes da ESF subsidia a proposição de estratégias que fortalecerão a construção do trabalho interdisciplinar visando a atenção integral à população, evidenciado no documento elaborado pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2002). Este documento tem como objetivo geral a definição de diretrizes para a inserção do fonoaudiólogo no Programa de Saúde da Família (PSF), baseados nas diretrizes desta estratégia:

- Saúde como Direito de Qualidade de Vida;
- Democratização do conhecimento;
- Humanização como princípio do acolhimento;

- Enfoque familiar como pressuposto de abordagem;
- Identificação de fatores de risco;
- Integralidade da atenção;
- Intersetorialidade;
- Participação popular.

Portanto, de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família que o campo de atuação do fonoaudiólogo se amplia voltando-se para as intervenções interdisciplinares com os profissionais que compõem a equipe do PSF, realizando um trabalho conjunto, com o objetivo de integralidade da atenção ao indivíduo e à família.

Junto à equipe profissional qualificada para o PSF, a Fonoaudiologia pode contribuir como ciência do conhecimento e de atividades que têm por objetivo os cuidados com a saúde da comunicação da população em geral. O fonoaudiólogo, neste contexto, é especializado para avaliar a comunicação, realizando diagnósticos; orientações preventivas em grupos educativos para gestantes, sobre aleitamento materno e saúde bucal, por exemplo; trabalho em creches; atendimentos para a reabilitação das alterações da comunicação, sugerindo medidas de alcance coletivo para otimizar a saúde global da comunidade assistida (COIMBRA, 2006).

Dentro das experiências realizadas pelos fonoaudiólogos nos núcleos de atenção integral na saúde da família, evidencia-se o trabalho realizado pela professora e fonoaudióloga Vera Mendes da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e presidente do Comitê de Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBF). Considerando sua experiência na área, afirma que: “a fonoaudiologia é muito importante no suporte de trabalho de vários grupos populacionais, como idosos, pacientes acamados, neurológicos, crianças de risco,

crianças na faixa de alfabetização e deficientes, que demonstram prevalência de problemas fonoaudiológicos” (Melo et al, 2006).

Em Pernambuco, no município de Camaragibe, surgiu em 1993 um programa de saúde preventiva com profissionais inseridos na comunidade cujas atribuições eram utilização de sais de rehidratação oral, exames pré-natal e incentivo a prática de aleitamento materno. O impacto deste serviço gerou uma mobilização social que incentivou a criação no ano seguinte do núcleo de reabilitação. A equipe multiprofissional era composta por um neurologista, um assistente social, dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, dois fonoaudiólogos, dois psicólogos e um gerente, além da equipe de apoio. Na equipe de saúde da família de Camaragibe, o fonoaudiólogo foi desmistificado, recebendo uma carga global de conhecimentos em sua formação, que é composta por questões culturais, emocionais, físicas, ambientais e econômicas e que contribui assim para a visão generalista necessária para sua inserção no PSF, tornando possível a realização de uma política participativa e humanista (Melo et al, 2006).

Diante do aprofundamento teórico das práticas do fonoaudiólogo nos núcleos de apoio à saúde da família junto a equipe do PSF e de sua relevância na reabilitação e prevenção, com um serviço apropriado de boa cobertura para os indivíduos com distúrbio da comunicação pode-se propor um fluxograma de referência e contra-referência do atendimento fonoaudiológico a partir da equipe do PSF.

O fonoaudiólogo junto aos agentes comunitários deve apropriar-se das informações demográficas, sanitárias, socioculturais, epidemiológicas e ambientais do território, identificando ainda os fatores de risco ambientais e familiares para os distúrbios fonoaudiológicos. Os encaminhamentos à fonoaudiologia serão feitos pelos agentes

comunitários, onde passarão primeiramente por capacitação, orientação e acompanhamento de suas ações por um fonoaudiólogo visando a qualidade na coleta dos dados, na orientação transmitida à comunidade e na detecção de possíveis distúrbios de comunicação.

Após a identificação de alguma alteração, o indivíduo será encaminhado para intervenção individual ou em grupo, sendo assistido através de: anamnese, plano de atendimento e atendimento propriamente dito. Serão desenvolvidas atividades coletivas de promoção e proteção à saúde em geral e da comunicação humana (aleitamento materno, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, saúde vocal, entre outros) na unidade de saúde, instituições e comunidade, a partir do levantamento das necessidades locais. O fonoaudiólogo terá como objetivo 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 (Coimbra, 2006).

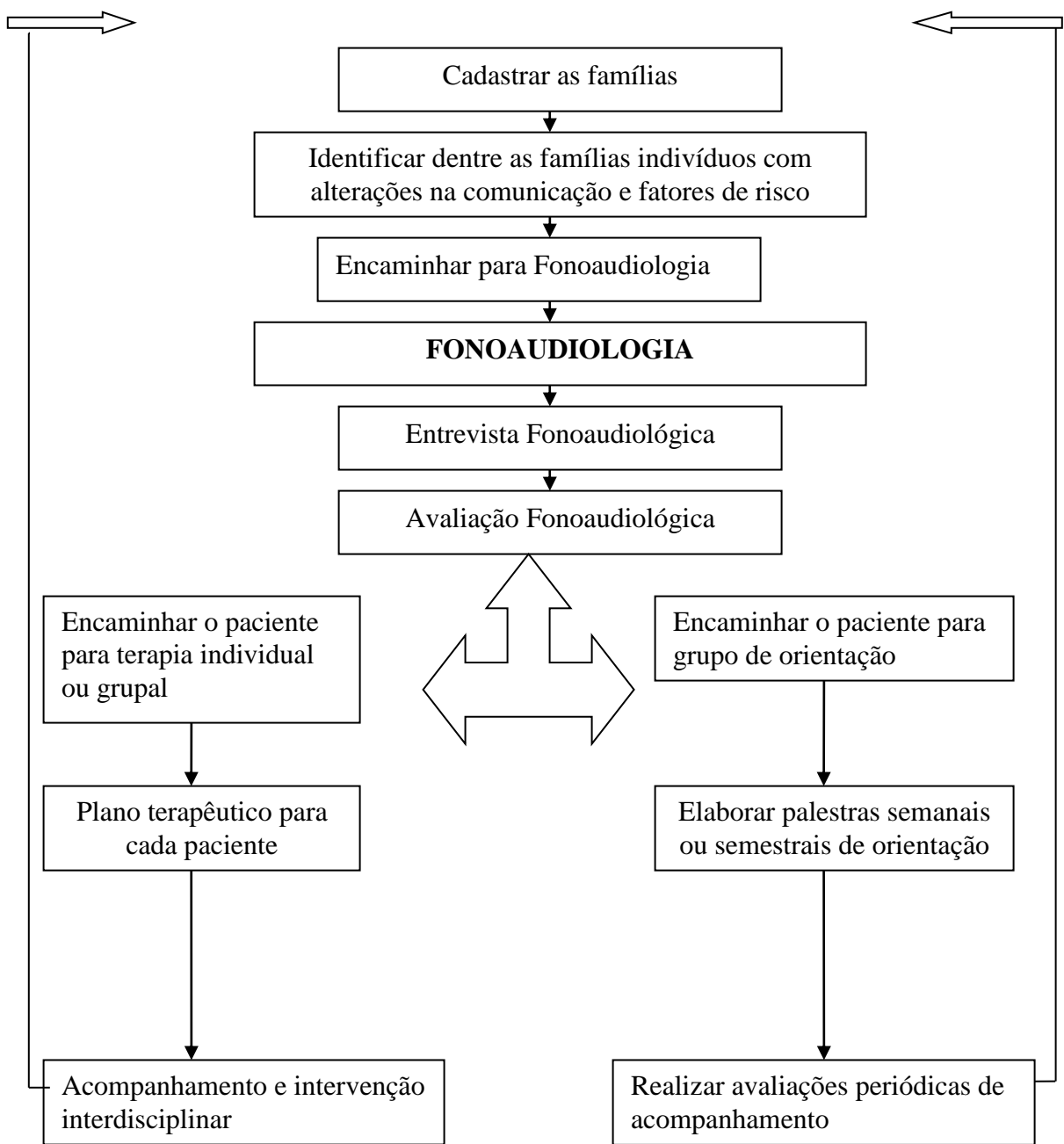
A seguir apresenta-se a proposta de um fluxograma que busca garantir a identificação de problemas fonoaudiológicos e a intervenção adequada por profissionais qualificados.

A recomendação necessária aos profissionais das equipes do PSF versa sobre os principais problemas que devem ser alvo de sua observação na sua prática diária. Assim, as alterações de comunicação que devem ser encaminhadas com brevidade ao fonoaudiólogo são: alterações na voz (rouquidão); alterações no desenvolvimento global nos primeiros anos de vida (atrasos ou dificuldades na fala); dificuldades na deglutição, mastigação e sucção; dificuldades na aprendizagem (dificuldade na leitura e/ou escrita, desenvolvimento lento na escola). Os fatores de risco que merecem encaminhamentos referem-se a: hábitos orais deletérios (sucção

digital, chupeta, mamadeira); alterações durante a gravidez (rubéola, uso de drogas); infecções frequentes no ouvido (otite); tabagismo.

Fluxograma: Proposta de atendimento e intervenção fonoaudiológica na Estratégia Saúde da Família

EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA



9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou verificar as interfaces entre o campo de atuação do fonoaudiólogo e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, embasado na literatura disponível sobre o tema, sendo demonstrado que é possível manter uma co-relação entre estas duas interfaces.

Diante do que foi relatado, 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.

Sugere-se que as proposições desta pesquisa bibliográfica possam contribuir para que os profissionais Fonoaudiólogos, de outras áreas afins e os representantes das três esferas do governo despertem para a consciência da necessidade de profissionais capacitados, para atender as necessidades da comunidade que buscam soluções para seus problemas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Claudia Regina Furquim. **Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia - ações coletivas e individuais**. IN: Fonoaudiologia e saúde pública. São Paulo: Pró-fono, 1995.

_____. **Fonoaudiologia Preventiva: Teoria e Vocabulário técnico-científico**. São Paulo: Lovise, 1996.

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

BELLEZA, Ana Maria Domingues de Oliveira et. al. **Atuação de Fonoaudiologia em parceria com o “Programa Médico da Família” junto ao paciente com AVE**. Revista CEFAC. v. 5, n. 1, p. 31-39, jan./mar., 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de saúde da família** Cosac, 1994.

_____. Ministério da saúde. **SUS: descentralização**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.

CASTRO, Aldemar Araújo. **Revisão sistemática e meta-análise**. Disponível em: www.metodologia.org/meta1.pdf. Acesso em: 07 de Julho. 2006

CARMAGNANI, Maria Isabel ; SANTANA, Milena Lopes. **Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. 2001

CARVALHO; Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema único de Saúde**. São Paulo: Hrecitec, 1995. 2ª ed.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. N.23. 2001.

COIMBRA, Cal. **A fonoaudiologia no programa saúde da família**. Disponível em: http://www.acesa.com/viver/arquivo/vida_saudavel/2006/05/15-cal/. Acesso em: 10 de Maio. 2006

CONASEMS. **Ms publica portaria do NASF**. Disponível em: http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_doc=802. Acesso em: 30 de Abril. 2008

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **A Fonoaudiologia**. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/ABERTURA.htm>. Acesso em: 14 de Agosto. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Atuação**. Disponível em: <http://www.crfal.org.br/atuacao.html>. Acesso em: 19 de Junho. 2007.

DAHAN, Débora. **Atuação Fonoaudiológica em Saúde Pública: uma Abordagem Preventiva**. Disponível em: www.fonoaudiologia.com/trabalhos. Acessado em: 09 set. 2005.

GAMA, Mônica Elinor Alves. **Regulamentação e organização do sistema único de saúde**. IN: Políticas de saúde no Brasil: evolução, regulamentação e organização do sistema único de saúde. São Luis, 2006.

GARBIN, W. **O sistema de saúde no Brasil**. IN: Fonoaudiologia e saúde pública. Carapicuíba: pró fono. 1995

GOULART, B.N.G. **Histórico do Sistema Único de Saúde**. In: Ribas, L. Tópicos em Fonoaudiologia Feevale. Nova Hamburgo: Feevale, 2003.

GRACIA, Ângela Kikumoto et al. **Pacto pela vida**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. N.26. 2003.

KRUGER, TR. **O desconhecimento da reforma sanitária e da Legislação do SUS na Prática do Conselho de saúde**. Planejamento e Políticas Públicas, 22: 119-43, 2000.

MAIA, S.M. **Implicações sociais do trabalho fonoaudiológico na atenção primária à saúde**. In: Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo. Lovise, 1997.

MELO, Ana Fernanda Ferreira de Alves. **A qualidade da estimulação domiciliar como fator determinante para o desenvolvimento da linguagem de crianças de 2 a 5 anos residentes no programa de saúde da família (psf) de jardim fragoso olinda-pe**. Revista Fonoaudiologia Brasil, vol 4, 2006.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. **Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.177-184, abr./jun., 1993.

OLIVEIRA, Silvia Tavares de. **Fonoaudiologia Hospitalar**. São Paulo: LOVISE, 2003.

PAIM, J.M. **A reforma Sanitária e a municipalização**. Saúde e sociedade, 1992.

PEREIRA, Maria Thereza Junqueira de Godoy. **Fonoaudiologia: uma vivência em saúde pública**. São Paulo: cefac. 1999.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. **Características do curso**. Disponível em: <http://www.icbs.pucminas.br/?curso=fono&pag=inf>. Acesso em: 20 julho. 2006.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ. **O sistema único de saúde**. Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/sus/sus/sus_oquee.htm. Acesso em: 07 Julho. 2006.

SOUZA, Heloiza Machado. **Reforma da Reforma**. Revista Brasileira de saúde da família. Brasília, ano II. N.4. 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS**. Revista Brasileira de saúde da família. Brasília, ano V. n.7. 2004.

TRAVASSOS, C. **Equidade do sistema único de saúde: uma contribuição para debate**. Cad. Saúde Pública, 1997.

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro. 1998.