

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Cíntia Cristiane Fussiger

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE FONOAUDIOLOGIA NO SUS –
RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO
VENDELINO-RS**

Porto Alegre

2012

Cíntia Cristiane Fussiger

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE FONOaudiologia NO SUS –
RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO
VENDELINO-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Sidinei de Oliveira

Porto Alegre

2012

Cíntia Cristiane Fussiger

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE FONOAUDIOLOGIA NO SUS –
RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO
VENDELINO-RS**

Nota de monografia:

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

RESUMO

A Fonoaudiologia é a profissão à qual compete a promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos referentes a aspectos fonoaudiológicos. Estes agravos afetam a comunicação e conseqüentemente a qualidade de vida dos indivíduos que possuem problemas relacionados à voz, motricidade oral, linguagem e audição. Com a criação do SUS, os profissionais de fonoaudiologia puderam expandir sua atuação, para os diversos níveis de assistência à saúde, especialmente na atenção básica. A partir deste momento os fonoaudiólogos passaram a atuar em todos os níveis de atenção com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana. O Objetivo deste estudo é descrever a experiência de como ocorreu à inserção do Profissional de Fonoaudiologia no SUS bem como sua atuação no município de São Vendelino – RS, no período de 2009 a 2011, em atividades voltadas a promoção, prevenção e recuperação em fonoaudiologia.

Palavras-chave: Inserção Profissional, Fonoaudiologia, Saúde Pública.

ABSTRACT

The Speech is the profession which is responsible for health promotion, prevention and treatment of diseases related to aspects of speech therapy. These disorders affect communication and therefore the quality of life of individuals who have problems related to voice, oral motor, language and hearing. With the creation of SUS, professional speech therapy could expand its activities to the various levels of health care, especially in primary care. From this moment the phono audiologists began to act at all levels of care with health promotion, health protection and recovery in the various aspects related to human communication. The aim of this study will describe the experience as was the insertion of Professional Speech in SUS and its operations in São Vendelino – RS, in the period 2009 to 2011, in activities related to the promotion, prevention and recovery in speech therapy.

Keywords: Professional Insertion, Speech, Public Health.

LISTA DE TABELA

TABELA 1- Faixa etária dos pacientes atendidos.....	27
TABELA 2- Principais Diagnósticos.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionas
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CRFa	Conselho Regional de Fonoaudiologia
ESF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OFAs	Órgãos Fonoarticulatórios
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 JUSTIFICATIVA.....	09
2 SUS.....	10
3 DA PROFISSÃO DE FONOAUDIÓLOGO E SUA INSERÇÃO NO SUS	18
3.1 NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	22
4 RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	24
4.1 SITUANDO O MUNICÍPIO DE SÃO VENDELINO.....	24
4.2 INSERÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO MUNICÍPIO DE SÃO VENDELINO.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Com 30 anos de regulamentação, pode-se dizer que a fonoaudiologia é uma profissão relativamente nova. Dispõe de aproximadamente 35.504 fonoaudiólogos atuando por todo Brasil, sendo que 11 mil fonoaudiólogos estão inseridos no SUS.

A partir da década de 1990, ocorreu a inserção do profissional de Fonoaudiologia nos serviços públicos de saúde com a criação da lei 8080, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, que definiu o SUS.

Com a criação do SUS, os fonoaudiólogos tiveram a oportunidade de expandir sua atuação, para os diversos níveis de assistência à saúde, incluindo a atenção básica. A partir deste momento, observam-se fonoaudiólogos atuando em todos os níveis de atenção com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana. Sua atuação é observada em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais, Unidades Educacionais; escolas regulares e especiais, em instituições de ensino superior, creches e berçários, Consultórios, Clínicas, *Home Care*, Asilos, casas de saúde, empresas, meios de comunicação, associações, ONGs, entre outros locais que necessitem do trabalho fonoaudiológico.

Diante do exposto e da evidência da importância da atuação do fonoaudiólogo na saúde pública, o **objetivo geral** desse estudo foi descrever a experiência de inserção e atuação profissional no município de São Vendelino/RS.

Como **objetivos específicos** foram estabelecidos:

a) descrever as contribuições do profissional de Fonoaudiologia nos três níveis de atenção em Saúde;

b) descrever como se deu a inserção deste profissional no SUS do município de São Vendelino;

c) analisar a contribuição deste profissional para saúde da comunidade local.

1.1 JUSTIFICATIVA

A Fonoaudiologia apresenta um vasto campo de trabalho, atua nos cinco níveis de atenção à saúde: prevenção, promoção à saúde, proteção específica, diagnóstico e tratamento precoce, limitação do dano e reabilitação, abrangendo as áreas da audição, linguagem oral e escrita, voz, sistema sensório-motor oral e saúde coletiva.

As áreas de atuação e especialidades do Profissional de Fonoaudiologia são; a Audiologia, voltada para promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação da função auditiva e vestibular, incluindo estudo e pesquisa; Linguagem, voltada para o estudo, pesquisa, promoção, prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de transtornos a ela relacionados, Motricidade Orofacial, voltada para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical; Voz, voltada para o estudo e a pesquisa da voz, a promoção da saúde vocal, a avaliação e o aperfeiçoamento da voz; assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das alterações vocais quer seja na modalidade de voz falada como na voz cantada e Saúde Coletiva, voltada à construção de estratégias de planejamento e gestão em saúde, com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais.

Apesar de tantas possibilidades de atuação, o profissional de Fonoaudiologia ainda busca seu espaço na área de saúde pública. Diante da carência de estudos sobre a inserção do fonoaudiólogo na rede de saúde no país, pretende-se, neste estudo relatar minha experiência sobre inserção, atuação e contribuição da fonoaudiologia no SUS no município de São Vendelino-RS.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A Lei 8080/1990 regula “as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privadas” (BRASIL, 1990, art. 1°).

No Art. 196 da Constituição Federal, o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, em outras palavras, a Constituição reconhece que é necessário para garantir a saúde à população mais que acesso a serviços, é preciso dispor de políticas que propiciem moradia, educação, saneamento básico, emprego, renda, lazer. Tendo em vista que a escassez de recursos é fato, não se pode “prescindir das políticas quando o objetivo é garantir a observância aos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde” (VIEIRA, 2008, p. 1).

A Lei do SUS está amparada no preceito constitucional de que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, art. 2°).

- O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990, art. 2°, parágrafos primeiro e segundo).

A Lei 8080/90 prevê ainda que a “saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer”, além do acesso aos bens e serviços essenciais; dessa forma os níveis de saúde da população culminam na expressão na organização social e econômica do País. Somam-se a isso ações que se destinam a garantir à coletividade e às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, art. 3°).

Conforme Simões (2009, p. 126):

O SUS é estruturado pela regionalização, que é sua adequação as diferenças regionais, em vez de sua efetivação linear e igualitária; pela hierarquização de suas diversas instâncias operacionais, estruturadas segundo o grau das respectivas responsabilidades, sob comando único; e pela integração dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal. É descentralizado, pois deve malear-se por diversos níveis de direção administrativa, a começar pelo municipal. E deve assegurar o atendimento integral, independentemente da doença, com realce nas medidas preventivas.

Os objetivos do Sistema Único de Saúde SUS são os seguintes:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990, art. 4º)

No campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) incluem-se as ações de execução de:

- vigilância sanitária;
- vigilância epidemiológica;
- saúde do trabalhador; e
- assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990, art. 6º).

No entanto, a promoção da saúde representa um amplo processo social e político, não só abraça ações voltadas ao fortalecimento das competências e capacidades dos indivíduos, mas também ações dirigidas para a mudança social, ambiental e econômica, de modo a aliviar seu impacto na saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo de permitir que as pessoas aumentem o controle sobre os determinantes de saúde e assim melhorem sua saúde. A participação é essencial para sustentar a ação de promoção da saúde (OMS, 1998, p. 11-12).

No entanto, “o direito à saúde não incluía apenas as condições sociais básicas para uma boa saúde, mas englobava também o acesso igualitário aos diferentes recursos (financeiros, tecnológicos e humanos) necessários para a recuperação da saúde” (JUNGES, 2009, p. 1).

Na circunstância em que a questão da modificação das práticas no SUS a evocação de valores expressos na perspectiva da integralidade se tornam centrais no debate das políticas de saúde. A integralidade “sugere que as ações e serviços devem se esforçar ao máximo para evitar o sofrimento, mas que não podem permitir que esse esforço se dê à custa da incapacidade de dar resposta ao sofrimento manifesto” (MATTOS, 2010, p. 1).

Numa transição entre o modelo anterior à Constituição de 1998 para o modelo atual, primeiramente havia uma oferta organizada, com demanda espontânea e programas especiais. O modelo atual envolve a vigilância da saúde com um papel importante, com políticas públicas de promoção à saúde e cidade saudável, atenção secundária e terciária e consórcio intermunicipal/municipal. Assim, com o desenvolvimento conceitual, metodológico e instrumental da Saúde Pública. Em suma, o Modelo médico-assistencial privatista em que o Médico realizava em função da especialização e complementariedade (paramédicos), atendendo a doença (patologia e outras), os doentes (clínica e cirurgia), utilizando Tecnologia médica (indivíduo) e Rede de serviços de saúde em que há o Hospital passou para a Modelo Sanitarista, com o suporte de sanitarista, cujo objetivo é atacar os Modos de transmissão e Fatores de risco, via Tecnologia sanitária, Campanhas sanitárias, Programas especiais, Sistemas de vigilância, epidemiológica e sanitária. Finalmente a Vigilância da saúde, composta por Equipes de saúde. O sujeito do último modelo é a População (cidadãos), o objeto é constituído por danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho). Os meios incluem as Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias. E as formas de organização utilizam Políticas públicas saudáveis; Ações intersetoriais, Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) e Operações sobre problemas e grupos populacionais (TEIXEIRA *et al*, 1998).

[...] partir das experiências de gestão participativa que vínhamos experimentando, desde o início dos anos 90, para tentarmos pensar novos arranjos e dispositivos que fossem capazes de interrogar, absorver, transformar, sem negá-los, alguns instituídos que identificávamos que tinham muita força no imaginário da organização. Atuar sobre a lógica da coordenação das corporações, como percebemos, é um dos melhores desafios para isso. [...] Como respeitar a autonomia inerente à prática médica, incorporando-a, no entanto, à lógica do cuidado pensada de forma mais integral? Como construir a gestão de forma que a responsabilização pelo cuidado se desse em uma linha de produção do cuidado, contínua e

que se transversaliza, atravessando, sem descontinuidade, vários lugares do hospital ou mesmo outros serviços de saúde? Como subsumir toda a lógica da produção dos insumos hospitalares à lógica da produção do cuidado? Como recriar os espaços colegiados de forma a torná-los mais continentais a essas várias lógicas? Estas foram algumas das questões centrais que orientaram os novos desenhos organizacionais que vimos experimentado, ultimamente. Entendemos que as linhas de produção do cuidado são centradas em processos de trabalho marcados de modo muito claro pela micropolítica do trabalho vivo em ato, enquanto as linhas de produção de insumos, como regra, obedecem a outros arranjos de micropolítica, nos quais a dimensão do trabalho morto é muito mais presente (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 10).

Tendo a premissa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, que deve ser garantido via políticas sociais e econômicas, as quais objetivam “à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, as políticas de Saúde Pública incluem os princípios da universalidade, equidade, além da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entretanto, o trabalho em saúde tem suas especificidades, considerando que o trabalho vivo não é capturado plenamente, pois não se consegue obter estratégias com tal competência, tendo em vista “que a captura do global do autogoverno nas políticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica desse trabalho” (VANDERLEI ; ALMEIDA, 2007, P. 1).

As ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS, organizado consoante às diretrizes de descentralização, “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198).

Os Princípios do SUS são:

- a) *Universalidade e gratuidade*: a saúde é concebida como direito de todo e qualquer cidadão e como um dever do Estado. Portanto, todo e qualquer cidadão passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, gratuitos, e aqueles contratados pelo poder público;
- b) *Equidade*: as diferenças individuais (econômicas e sociais) não podem apresentar impedimentos para o consumo de bens e serviços de saúde. Todo o cidadão que necessite de atenção à saúde deverá ter direito às ações e serviços em todos os níveis do sistema (desde os mais simples até

os mais especializados), de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras;

- c) *Integralidade*: atendimento integral à saúde de modo que as ações de saúde devam estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento.

A idéia de “porta de entrada” no SUS é conforme “Merhy e Queiroz (1993, *apud* AZEVEDO; COSTA, 2007, p. 2), inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em sua plenitude”.

Para além dos protocolos clínicos, uma dimensão da integralidade, na prática é expressa na capacidade dos profissionais de responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, alijada da oferta relativa de ações/procedimentos preventivos. Significa para os profissionais incluir em suas atividades de rotina a busca sistemática das necessidades silenciosas. Para os serviços significa oferecer ações voltadas para a prevenção (MATTOS, 2004).

A integralidade versa sobre “abolir os reducionismos na atenção, e exprime-se na concretização do “direito universal ao atendimento das necessidades de saúde”. Isto é, o direito do indivíduo ao acesso (sem impedimentos de qualquer natureza)” tendo em vista todas as tecnologias que o sistema propicia para o atendimento das necessidades dos usuários (MATTOS *apud* AZEVEDO; COSTA, 2007, p. 2).

Uma rede integrada implica uma porta de entrada preferencial que organiza o acesso. A “partir dos serviços de atenção básica com SF que se estrutura o atendimento e o acesso aos serviços especializados com efetivação de uma porta de entrada preferencial em serviços de APS resolutivos” (GIOVANELLA, 2009, p. 1).

A partir da “entrada, abre-se um percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros” (MERTHY; CECILIO, *apud* MALTA *et al*, 2004, p. 1).

Os resultados são coerentes com estudos que identificam um bom desempenho da SF quando se trata de porta de entrada, assim, a “existência de um serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados” (GIOVANELLA, 2009, P. 1).

De acordo com Minayo “na sociedade capitalista, o corpo representa a “força de trabalho”, a única forma de os indivíduos não detentores dos meios de produção se reproduzirem”, de se manterem em condições de sobrevivência com base na materialidade (AZEVEDO; COSTA, 2007, p. 2).

A promoção da saúde além da recuperação da saúde ou prevenção de doenças é em relação ao cuidado “de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2).

O ser humano precisa das tecnologias de relações também definidas como ‘leves’, pois as mesmas “são capazes de propiciar o acolhimento necessário para que cliente e profissional de saúde possa se beneficiar”, tendo em vista a complexidade do ser humano, tendo seu estado de saúde condicionado às condições ambientais, biológicas, psicológicas, em relação ao seu estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado. A união desses fatores intervém nas tecnologias congregadas à saúde (SILVA *et al*, 2008).

O modelo habitualmente praticado na saúde “consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário impõe-se um novo referencial”, que seja baseado no compromisso ético e no respeito à vida, com a promoção e a recuperação adequada da saúde (MALTA *et al*, 2004, p. 1).

Cabe destacar que a integralidade se dá no acolhimento, que é “um conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos” (QUEIROZ, 2010, p. 1).

A Estratégia de Saúde da Família - ESF - é apontada como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde e a proposta insere-se no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo. A Estratégia de Saúde da Família em certos municípios brasileiros constitui-se em uma estratégia que completa tanto a organização de oferta sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância à saúde e da distritalização. Por isso, a Estratégia de Saúde da Família atualiza essa figura de modo a inserir-se entre os modelos alternativos (VANDERLEI e ALMEIDA, 2007, P. 1).

Os resultados são coerentes com estudos que identificam um bom desempenho da SF quando se trata de porta de entrada, assim, a “existência de um

serviço de primeiro contato, procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de doença ou acompanhamento rotineiro, facilita a formação de vínculos e a coordenação dos cuidados” (GIOVANELLA, 2009, P. 1).

Entretanto, o trabalho em saúde tem suas especificidades, considerando que o trabalho vivo não é capturado plenamente, pois não se consegue obter estratégias com tal competência, tendo em vista “que a captura do global do autogoverno nas políticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica desse trabalho” (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 1).

Evidenciar esses aspectos é de fundamental importância e relevância, pois permite a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social que tem finalidades e que se definem social e historicamente. Utiliza-se de tecnologias diversas, instrumentos e saberes, e toma como objeto de sua ação o homem enquanto sujeito social. Assim, a tecnologia do processo de trabalho em saúde é tomada como um saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe também um sentido social (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 1).

O principal conceito de saúde no Brasil até a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80, foi baseado no bem-estar e prevenção contra cura idéias modelo, que incidiu sobre a etiologia, diagnóstico e tratamento de doenças. A Fonoaudiologia foi guiada por esse modelo e permaneceu baseada no eixo patologia / tratamento / controle / prevenção, também está sendo reconhecido pela sociedade a partir deste foco. A principal motivação para a escolha de Fonoaudiologia pelos profissionais na pesquisa de Pereira et al foi o seu papel de reabilitação (PEREIRA *et al*, 2011).

Importa destacar o papel das Equipes de Saúde Família vinculado à Estratégia de Saúde da Família:

A importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia de Saúde da Família) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem sobre o processo saúde-doença. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no PSF (Programa Saúde da Família), por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional⁸. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde (ARAUJO; ROCHA, 2010, p. 1).

A estratégia de Saúde da família é estruturada com equipes que atuam diretamente com a população, nesse sentido a informação local é fundamental para o bom andamento da persecução do cuidado integral ao usuário do SUS.

Trabalhar em equipe é ter uma metodologia por igual. É trabalhar com a finalidade de promover a saúde. É compartilhar os problemas, traçar planos de enfrentamento, é uniformizar as condutas, é uma coisa que vai além da questão interpessoal, tem que dar prioridade à questão do que você tem como objetivo do seu trabalho. A finalidade do trabalho em equipe é resolver os problemas da comunidade/família, é procurar fazer com que os problemas que acontecem sejam resolvidos. É também, melhorar a qualidade de vida da população, melhorar a situação de saúde. A gente tem uma função de educar as pessoas para o autocuidado, cuidado com a sua vida (discurso do sujeito coletivo in ARAUJO E ROCHA, 2010, p. 1).

3 DA PROFISSÃO DE FONAUDIÓLOGO E DE SUA INSERÇÃO NO SUS

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, os profissionais de Fonoaudiologia “atendem pacientes e clientes para prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas utilizando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia. Tratam de pacientes e clientes; efetuam avaliação e diagnóstico fonoaudiológico; orientam pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; desenvolvem programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida; exercem atividades administrativas, de ensino e pesquisa; administram recursos humanos, materiais e financeiros” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO).

A Fonoaudiologia iniciou sua atuação na saúde pública antes da aprovação do Sistema Único de Saúde. Os primeiros registros da categoria dos profissionais no serviço de saúde são da década de 1950.

A partir de 1970 os profissionais iniciavam suas mobilizações para lutar por seu espaço.

Em 15 de dezembro de 1979, a Comissão Nacional para a Regulamentação da Profissão de Fonoaudiologia foi criada para apoiar o projeto de lei que regulamentou a profissão. Um dos desafios relatados pelos profissionais entrevistados na pesquisa de Pereira et al foi à dificuldade de atualização devido à escassez de publicações científicas em Português, específico para terapia da fala, no momento da sua graduação. Eles recorreram a artigos estrangeiros, em alemão, francês e Inglês, por exemplo, (PEREIRA *et al*, 2011).

De acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia

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, 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, sendo que o primeiro currículo mínimo, fixando as disciplinas e a carga horária destes cursos, foi regulamentado pela Resolução nº 54/76, do Conselho Federal de Educação. 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 (CFF, 2012).

Na década de 1970, o início dos movimentos para o reconhecimento da profissão, levou à criação dos cursos de licenciatura do primeiro grau no Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Apesar da luta intensa permeada pela formação de centros para a legislação e várias tentativas de apresentar a sua proposta ao governo, o sucesso só veio no início dos anos 80, quando a Lei n^o 6.965, que regulamenta a profissão, foi promulgada.

Em 9 de dezembro de 1981 foi sancionada a lei n^o 6965 que regulamentou a profissão do fonoaudiólogo. Segundo esta mesma lei “fonoaudiólogo é o profissional com graduação plena em fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapias fonoaudiológicas na área da Comunicação Oral e Escrita, Voz e Audição, bem como em parefeioamento dos padrões de fala e voz”. Desde então a fonoaudiologia tem ampliado seu campo de atuação onde está englobada a área de saúde coletiva.

Sancionada em 09 de Dezembro de 1981, pelo então presidente João Figueiredo, a Lei n^o 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. As atividades do Conselho Federal de Fonoaudiologia tiveram início em 1983. Em 15/09/84, pela Resolução CFFa n^o 010/84, foi aprovado o primeiro Código de Ética da profissão, que elencava os direitos, deveres e responsabilidades do Fonoaudiólogo, inerentes às diversas relações estabelecidas em função de sua atividade profissional. 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 toda a sua Legislação. O primeiro fruto deste esforço conjunto foi à elaboração de um Código de Ética novo. Aprovados em 17/12/95. O próximo passo será a revisão da Lei n^o 6965, que está completando 15 anos (CFF, 2012).

Com esta, a Federal (CFFa) e os Conselhos Regionais (CRFa) também foram criados. As atividades dos CFFa começaram em 1983 e no ano seguinte o primeiro Código de Ética da Fonoaudiologia foi aprovado. Ela determina os direitos, deveres e responsabilidades dos terapeutas. Aprendizagem ao longo da vida é uma base sólida para a reestruturação das práticas de formação, cuidados de saúde e gestão, permitindo a reorganização da educação nos níveis de ensino de graduação, pós-graduação e técnicos, de acordo com as necessidades e direitos de saúde da população (PEREIRA *et al*, 2011).

O Código de ética da fonoaudiologia, aprovado pela Resolução CFFa nº 305/2004 estabelece:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente Código de Ética regulamenta os direitos e deveres dos inscritos nos Conselhos de Fonoaudiologia, segundo suas atribuições específicas.

§ 1º - Compete ao Conselho Federal de Fonoaudiologia zelar pela observância dos princípios deste código, funcionar como Conselho Superior de Ética Profissional, além de firmar jurisprudência e atuar nos casos omissos.

§ 2º - Compete aos Conselhos Regionais, nas áreas de suas respectivas jurisdições, zelar pela observância dos princípios e diretrizes deste código e funcionar como órgão julgador de primeira instância.

§ 3º - A fim de garantir a execução deste Código de Ética, cabe aos inscritos e aos interessados comunicar aos Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, com clareza e embasamento, fatos que caracterizem a inobservância do presente código e das normas que regulamentam o exercício da Fonoaudiologia.

Art. 2º Os infratores do presente código sujeitar-se-ão às penas disciplinares previstas em lei.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Art. 3º A Fonoaudiologia é a profissão regulamentada pela Lei no 6.965, de 9 de dezembro de 1981, e pelo Decreto no 87.218, de 31 de maio de 1982 (CFF, 2012).

A profissão passou a ter respaldo como uma classe, no entanto ainda precisa avançar em termos de pesquisa científica no campo da terapia da fala conforme informa Hernandez-Jaamillo *et al* (2010).

É necessário identificar e priorizar uma agenda de pesquisa em terapia da fala, desenvolver mecanismos para expandir a capacidade de realizar pesquisas e usar o processo científico rigoroso na prática clínica diária de fonoaudiólogos. Estes são alguns dos mecanismos que permitem o desenvolvimento epistemológico rigoroso e de transformação da profissão, assegurando a relevância validade e social dos serviços oferecidos à sociedade (HERNANDEZ-JARAMILLO *et al*, 2010).

A partir deste momento os fonoaudiólogos sentem o desejo e a necessidade de formalizar sua inserção nos demais serviços da instituição e estes tentam organizar propostas de ações a serem executadas junto aos programas de pediatria e puericultura, saúde do adolescente, saúde da mulher, do trabalhador e do idoso, além da sua inserção em creches e escolas da área de abrangência das unidades, mostrando que a Fonoaudiologia na saúde pública também evoluiu, assim como as questões de saúde no Brasil.

Outro aspecto muito importante a ser considerado é que as ações desenvolvidas em uma unidade de porta de entrada do sistema não são individuais, e sim coletivas. Por isto deve-se ter muito cuidado, porque as

coletividades não são iguais, o que é adequado para uma comunidade nem sempre o é para outra. Daí a necessidade de conhecimento da área de abrangência de trabalho para a realização de ações pertinentes às necessidades do local.

Paralelamente a este processo, as Universidades vão adequando suas grades curriculares, visando preparar melhor o fonoaudiólogo para esta nova área de atuação.

O fonoaudiólogo que atua no SUS deve ser um generalista, capaz de identificar as questões fonoaudiológicas de maior relevância na sua comunidade de abrangência, capaz de elaborar e efetivar ações que visem uma solução, adotando medidas preventivas sempre que possível. Também deve ser capaz de organizar um ambulatório de atendimento que se identifique com a sua unidade de saúde, visando sempre à qualidade no atendimento à população. Além disso, para que o fonoaudiólogo consiga desenvolver um trabalho de acordo com os preceitos da saúde pública é fundamental que ele tenha conhecimento dos assuntos pertinentes ao SUS. Atualmente acredita-se que o papel do fonoaudiólogo tornou-se mais amplo, sendo possível projetar ações e prevenções cabíveis a um determinado grupo, desde que este seja bem conhecido (MOREIRA e MOTA, 2009, p. 1).

Apesar do bem-estar e caráter empírico da prática profissional e o ensino da Fonoaudiologia na sua origem, o foco mudou ao longo do treinamento de profissionais. A institucionalização da Fonoaudiologia ocorreu na década de 60, com a criação dos cursos universitários (PEREIRA *et al*, 2011).

A comunicação, sendo objeto de estudo da Fonoaudiologia, merece importante atenção das ações de saúde pública, uma vez que possibilita ao indivíduo se colocar como agente transformador da sociedade e da sua realidade. No entanto, é preciso apresentar evidências científicas sobre a importância deste trabalho e das transformações decorrentes destas intervenções 19. Ou seja, é necessário fortalecer a Fonoaudiologia baseada em evidências, comprovando a importância das nossas ações através de publicações científicas.

Reforçando esta ideia, autores salientam que a Fonoaudiologia necessita investir em conhecimento científico para fundamentar o crescimento da atividade profissional e que a atenção dispensada à Fonoaudiologia voltada para uma visão preventiva e coletiva ainda é deficiente 20.

Dados confirmam que as pesquisas desenvolvidas no campo da saúde pública ainda são escassas, principalmente quando comparadas com a produção por áreas específicas da Fonoaudiologia (MOREIRA e MOTA, 2009, p. 1).

A criação de cursos de fonoaudiologia do nível superior foi um avanço para a formação de profissionais mais capazes de tratar as pessoas com distúrbios da voz, fala, linguagem e audição. A Universidade de São Paulo - USP (Universidade de São Paulo) em 1960, e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) em 1961, foi pioneira na criação desses cursos. Depois foi tempo para Santa Maria (RS) em 1970, e a Universidade

Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Na Paraíba, o primeiro curso aconteceu em 1998 no Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (Centro Universitário de João Pessoa) e do estado da Bahia, os cursos de Fonoaudiologia da Universidade do Estado da Bahia - UNEB (Universidade do Estado da Bahia) e Universidade Federal da Bahia - UFBA (Universidade Federal da Bahia) foram criados em 1999 (PEREIRA *et al*, 2011).

Existem no Brasil 98 cursos de graduação em Fonoaudiologia em universidades e faculdades públicas e particulares. Há um total de aproximadamente 35.500 fonoaudiólogos atuando, sendo que 11.000 estão inseridos na saúde pública.

Nas últimas décadas, a fonoaudiologia vem se afirmando em seu contexto, como profissão que efetivamente se integra às diversas áreas da promoção da saúde geral do indivíduo, inclusive nos serviços públicos de saúde. A atuação fonoaudiológica na rede pública implica não só em uma mudança em seu contexto, que anteriormente era basicamente clínico - terapêutico e privado, mas também em sua adaptação às instituições e seus preceitos já estabelecidos. Desta forma é essencial que haja o conhecimento acerca da fonoaudiologia e sua inserção no sistema único de saúde (SUS). Essa inserção significa a atuação fonoaudiológica em todos os níveis de atuação: postos de saúde, unidades básicas, ambulatórios de especialidades, hospitais e atendimentos domiciliares (SOUZA, C; TANIGUITE, C.; TIPPLE, 2000, p. 18-24).

O Fonoaudiólogo no SUS, além de atender nas UBS, participa das equipes de ESF e NASF, atuando nos 3 níveis de atenção.

3.1 NÍVEIS DE ATENÇÃO

Para que o profissional de Fonoaudiologia possa atuar nas unidades básicas de saúde, é necessária uma definição clara de qual trabalho irá desenvolver em cada nível de atenção.

Na prevenção primária o fonoaudiólogo visa eliminar ou inibir fatores responsáveis pela ocorrência e desenvolvimento das patologias de comunicação. Deverá atuar na educação e conscientização da população sobre os cuidados básicos para a manutenção da saúde auditiva, da linguagem e identificar e acompanhar as patologias fonoaudiológicas específicas ou de maior ocorrência na

população, tendo como objetivo diminuir as possibilidades de evolução ou agravamento, prevenindo contra a necessidade de atendimento aos níveis secundários e terciários.

Na prevenção secundária, a ação diagnóstica é rápida e o tratamento é imediato, com o objetivo de focalizar a patologia de maior prevalência, atender a população para identificar mais cedo possível as ocorrências patológicas, estabelecer uma relação profissional multidisciplinar e promover condições para que portadores de alterações auditivas possam desenvolver as suas atividades sociais.

E na prevenção terciária, trabalha-se com a reabilitação das alterações já instaladas de um grupo na população. Atualmente a reabilitação passa a ter maior importância em decorrência do aumento da expectativa de vida.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

4.1 SITUANDO O MUNICÍPIO DE SÃO VENDELINO

O município de São Vendelino está localizado a 90 km de distância da capital do Estado, foi fundado no ano de 1850 e sua emancipação ocorreu apenas em 29 de Abril de 1988. Apresenta uma população de 1.944 habitantes.

A denominação *São Vendelino*, deve-se à origem de muitos de seus fundadores, imigrantes católicos, provenientes da cidade alemã de Sankt Wendel. Muitos descendentes ainda falam um dialeto franco-alemão. É um dos menores municípios do RS, mas com maior índice de alfabetização e com melhor qualidade de vida do Brasil. Se auto-intitulam "O pequeno paraíso", porque consideram um local bom de viver.

No município de São Vendelino há um Posto de Saúde, localizado na área central do município, com atendimentos de segunda a sexta-feira das 7 horas às 21 horas. Para atendimento de urgências/emergências, ambulatório (noite e finais de semana) há um convenio com o Hospital São Pedro Canísio, de Bom Princípio, 15 km de distancia da sede de São Vendelino.

Implantado no município em setembro de 2001, o Programa de Saúde da Família – PSF – (100% de cobertura). Conta com uma equipe de 01 médico, 01 Enfermeira, 02 auxiliar de enfermagem, 01 Técnica de enfermagem e 05 agentes de saúde que visitam as 602 famílias cadastradas. Em agosto de 2004 é implantado o PSF de Saúde bucal, 01 cirurgião-dentista e 01 atendente de consultório dentário – ACD. Além desses, conta com uma equipe de apoio: psicóloga, psiquiatra, fonoaudióloga, nutricionista, fisioterapeuta, pediatra, gineco-obstetra, clínicos-gerais, dentista, agente administrativo, motorista, servente e secretária Municipal.

4.2 A INSERÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NO MUNICÍPIO DE SÃO VENDELINO

Minha experiência na área de saúde pública é de aproximadamente oito anos, onde atuei em Postos de Saúde, Creches e Escolas de municípios da região do Vale do Caí. Minha inserção nestes locais ocorreu através de visitas às prefeituras, elaboração de projetos na área de fonoaudiologia, explicando a importância e benefício deste profissional para o município. Minha inserção no Município de São Vendelino aconteceu em março do ano de 2009. Anterior a esta data, todos pacientes que necessitavam de atendimento Fonoaudiológico eram encaminhados para Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de uma cidade próxima, localizada a 20 km de distância do município, onde eram levados diariamente para atendimento. Isto gerava um alto custo para o município pela necessidade de dispor de carro, motorista, combustível, além dos atendimentos que custavam em torno de R\$ 250,00 por atendimento.

Com o aumento da demanda e o alto custo com deslocamentos e atendimentos foi que a prefeita em conjunto com a secretária da saúde, optou pela contratação de um profissional de Fonoaudiologia.

Uma das formas encontradas pelos municípios com dificuldades de financiamento da saúde, devido ao número de habitantes e a dificuldade de oferecer o atendimento integral em todas as especialidades, é a terceirização dos serviços de saúde. A Gestão Pública contrata uma empresa privada para ofertar os serviços, tendo o processo regido pela Lei 8666/93, Lei das Licitações e Contratos Públicos, dentro das modalidades desta lei.

Foi aberto licitação, na modalidade tomada de preços, onde participei deste processo licitatório através de minha empresa de Fonoaudiologia. Meu trabalho iniciou na UBS, com carga horária de 8 horas semanais, realizados em um dia por semana. Os primeiros atendimentos se deram através de encaminhamentos de demandas de outros profissionais da UBS; Médico Clínico Geral, Pediatra, Fisioterapeuta, Psicóloga e Dentista além dos pacientes que estavam em atendimento na APAE e passaram a ser atendidos no município.

No mês de março de 2009 quando ingressei na UBS de São Vendelino, procurei primeiramente entrar em contato através de telefonema com os pais das crianças e pacientes que aguardavam atendimento, encaminhados da Associação

de Pais e Amigos dos Excepcionais, e da lista de espera que havia sido feita por encaminhamentos dos profissionais da UBS, para que pudesse marcar um primeiro contato. Todas as pessoas contatadas compareceram a este primeiro atendimento, e pude perceber, em muitos destes, a satisfação por terem um profissional de fonoaudiologia na localidade onde moravam. Estes relataram também sobre a dificuldade de deslocamento e principalmente sobre a alta demanda dos atendimentos na Associação de Pais e Amigos o que gerava longas listas de espera.

Atualmente, a organização do serviço de Fonoaudiologia na UBS de São Vendelino sustenta-se na realização da Triagem, Avaliação e Tratamento. Estes pacientes passam primeiramente por uma triagem, onde é identificada a queixa principal. A triagem é composta por uma bateria de testes, elaborada pelo fonoaudiólogo, através dos quais se verifica a linguagem oral, escrita, entre outros fatores relacionados à linguagem, e após este levantamento de dados podemos orientar o paciente e seus familiares quanto às medidas a serem tomadas, dando continuidade ao atendimento, fazendo os encaminhamentos quando necessários; ao Otorrinolaringologista, Avaliação da Audição, Psicóloga, Dentista, entre outros profissionais.

Após seis meses de atuação, percebi que teria que divulgar meu trabalho, por isso, busquei expandir meu campo de atuação, não ficando apenas na UBS, passei a visitar as escolas e creches do município com a intenção de que conhecessem melhor a atuação do Profissional de Fonoaudiologia e realizar atividades de promoção e prevenção em fonoaudiologia.

Num primeiro momento visitei as escolas e a creche do município para me apresentar e divulgar o trabalho que estava sendo realizado na UBS, colocando-me à disposição dos professores para esclarecimentos sobre o que é considerado normal e patológico no desenvolvimento da linguagem e nos distúrbios de aprendizagem, para que com estas informações, os alunos que apresentassem dificuldades relacionadas à fonoaudiologia fossem encaminhados para atendimento.

Percebi o interesse de todos os professores pelo trabalho que estava sendo realizado, pois fizeram importantes questionamentos relacionados à quando encaminhar, o que seria considerado normal e alterado na linguagem e aprendizagem. Com isso, além dos trabalhos realizados na secretaria da saúde, formou-se uma parceria com a secretaria da educação do município de São

Vendelino, pois estes professores foram os principais responsáveis por encaminhamentos de crianças ao serviço de fonoaudiologia.

Também realizei palestras para professores sobre “O uso profissional da Voz”, explicando sobre os cuidados que estes profissionais precisam ter com sua voz. Expliquei num primeiro momento sobre como a voz é produzida, sobre o uso e abuso vocal, cuidados que estes professores devem ter com a voz devido ao uso prolongado da mesma. Foram realizados exercícios de relaxamento corporal, exercícios de voz além de distribuição de cartilha explicativa.

Nestes dois anos de atuação, os principais atendimentos foram nas alterações da aquisição e no desenvolvimento da linguagem, distúrbios articulatórios, distúrbios de leitura e escrita, alterações vocais, distúrbios miofuncionais orais, realização de triagens auditivas em escolas e em idosos, encaminhamento para próteses auditivas pelo SUS, além de palestras para gestantes e professores.

Do total de atendimentos realizados no município, constatou-se que a prevalência foi maior para o sexo masculino, com 22% de atendimentos, enquanto no sexo feminino apenas 12%. A faixa etária dos pacientes atendidos varia de 2 anos de idade até 90 anos.

Tabela 1: Faixa etária dos pacientes atendidos

2 a 4 anos	8%
5 a 7 anos	15%
8 a 10 anos	10%
11 a 13 anos	4%
14 a 15 anos	3%
25 anos	1%
40 anos	2%
60 a 70 anos	6%
80 a 90 anos	2%

Fonte: Dados dos Relatórios de Atendimento

Pode-se observar que a maior prevalência de atendimentos, 25%, acontece na faixa etária dos 5 aos 10 anos, quando as crianças passam a freqüentar as séries iniciais. Os professores atentos às alterações de linguagem e fala puderam encaminhar seus alunos para fonoterapia.

Tabela 2: Principais diagnósticos

Atraso Global do Desenvolvimento	1%
Atraso de Linguagem	5%
Acidente Vascular Cerebral	1%
Alteração OFAs	3%
Dificuldade de Aprendizagem	3%
Distúrbios Vocais	4%
Distúrbio Articulatório/Trocas na Fala	11%
Síndrome de Down	1%
Parkinson	1%
Terapia para pacientes com AASI	3%

Fonte: Dados dos Relatórios de Atendimento

Além dos atendimentos na UBS, foram realizadas triagens auditivas nas escolas do município em alunos do 1º ao 4º ano. Foram realizadas 85 triagens auditivas, destas, apenas 10 crianças foram encaminhadas para UBS para retirada de tampão de cera no ouvido, e avaliadas novamente, nenhuma criança avaliada apresentou perda auditiva.

No município, uma vez por ano, a secretaria da saúde promove na UBS o “Dia da Saúde e Vida”, onde são realizados vários atendimentos, entre eles, avaliações da audição para toda população. Foram realizadas 35 avaliações, destas, 50% encontra-se com alterações, com Perdas Auditivas de Grau Moderado até Profundo. As pessoas que apresentaram alterações foram encaminhadas para Médico Otorrinolaringologista conveniado com o município e encaminhadas para receberem aparelhos auditivos pelo SUS. No período de dois anos quatro pessoas do município receberam aparelhos auditivos em ambas as orelhas e recebem atendimento fonoaudiológico na UBS. Além das triagens, avaliações da audição, também foram realizadas palestras para gestantes onde são abordados assuntos sobre estimulação da audição do bebê ainda na barriga da mãe, amamentação, estimulação da linguagem, uso de chupeta e mamadeira, entre outros.

O serviço de Fonoaudiologia na UBS realiza em torno de 400 atendimentos por ano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho, identifiquei que a atuação do profissional de fonoaudiologia aumentou consideravelmente no país, principalmente após a inserção do SUS.

Como profissional de fonoaudiologia, o conhecimento de gestão em saúde oportunizou-me conhecer melhor o SUS, com isso, busquei aprimorar meu serviço, identificando problemas relacionados à fonoaudiologia, realizando um planejamento em saúde, conhecendo o perfil epidemiológico, fatores geográficos, demográficos, políticos, econômicos, sociais, culturais e institucionais da população de São Vendelino, propondo ações para melhoria da saúde local, com maior resolutividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e também humanizando a atuação profissional, percebendo quem precisa de ajuda, contribuindo para coletividade geral.

Com a regionalização dos atendimentos de fonoaudiologia para o município de São Vendelino, o acesso da população a este serviço foi facilitado, houve uma prestação de serviços mais efetiva, com a participação de agentes importantes, como escolas, secretaria da saúde, equipe multidisciplinar, além da participação da comunidade.

A profissão de fonoaudiologia, que num primeiro momento era desconhecida por muitas pessoas do município, passou a ser reconhecida através do trabalho realizado nos diversos níveis de atenção; buscando promover, proteger, diagnosticar, tratar e reabilitar a saúde dos indivíduos e da comunidade, oportunizando desta forma uma melhor qualidade de vida.

No município de São Vendelino, a atuação do profissional de fonoaudiologia poderá ser ampliada, e passar a contribuir no Programa de Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Assistência Domiciliar e programas de saúde, como Tabagismo, Atenção ao Idoso, entre outros; trabalhos estes que ainda não são desenvolvidos devido à carga horária do profissional de fonoaudiologia e, a programas ainda não implantados no município.

Na saúde pública, embora com uma inserção recente, o profissional de fonoaudiologia conquistou espaço em todos os níveis de atenção, mas ainda precisa batalhar por oportunidades de atuação; como nos Programas de Saúde da Família,

Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Programa de Saúde na Escola, Serviço de Atenção Domiciliar, Centro de Atenção Psicossocial, Policlínicas, Hospitais e Maternidades, Centros de Reabilitação, Centros de Atenção à Saúde Auditiva, Saúde do Trabalhador, entre outras áreas, em que se faz necessário mostrar a importância e a necessidade do trabalho do profissional de fonoaudiologia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO M. L. B.; FREIRE R. M. A. C. Relato de uma experiência da atuação fonoaudiológica no programa de saúde da família (PSF). In: 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. Campos do Jordão: set 2008. p. 24-27.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Saúde da família: mudando práticas?** Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010.

BERBERIAN, Ana Paula et al. A produção do conhecimento em fonoaudiologia em comunicação suplementar e/ou alternativa: análise de periódicos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 2012.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira 1988.

BRASIL. Lei 8080/90. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação. Lei Nº 8080/1990**. Disponível em: [<http://site.portalcofen.gov.br/node/4163>]. Acesso em: 13 dez. 2011.

_____. **Legislação. Lei Nº 8142/1990**. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/05_Lei_8142.pdf]. Acesso em: 13 dez. 2011.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Rev C S Col**. 2004, p. 669-78.

CONASS. **Núcleos de apoio à saúde da família**. Disponível em: [www.conass.org.br]. Acesso em: 13 dez. 2011.

CONSELHO Federal de Fonoaudiologia. **FONOAUDIOLOGIA: Direitos e Deveres**.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009.

GOLDENBERG, M. Um olhar sobre a Fonoaudiologia no Brasil. **Fonoaudiologia Brasil**, 1998

HERNANDEZ-JARAMILLO, Janeth; CRUZ-VELANDIA, Israel; TORRES-NARVAEZ, Martha. **INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN FONOAUDIOLÓGIA: ANÁLISIS DE LA LITERATURA CIENTÍFICA 2005-2009**. Rev.fac.med.unal, Bogotá, v. 58, n. 3, July 2010. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112010000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2012.

JESUS, M. *et al.* **Fonoaudiologia em Serviço Público**. Carapicuíba: Prófono, 1994.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, June 2004 .

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 34, Sept. 2010.

MARCHESAN, I. Q. *et al.* **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1994.

MARCHESAN, I. Q. **Motricidade Oral – Visão Clínica do Trabalho Fonoaudiológico integrado com outras especialidades**. São Paulo: Pancast, 1993.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

_____. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, 2010.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MOREIRA M. D.; MOTA H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista CEFAC**, 2009, p. 516-21.

NASF: Fonoaudiologia conquista espaço na saúde pública. **Jornal CFFa** 2008.

_____. NASF: previsão de 500 vagas para fonoaudiólogos até 2011. **Jornal do CFFa**, 2008.

PEREIRA, Fernanda Caroline Braga et al. **The history of speech-language pathology in Minas Gerais state: the main characters' impression**. Rev. CEFAC, São Paulo, 2011 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011005000092&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Jan. 2012. Epub Aug 19, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000092>.

PEREIRA, Fernanda Caroline Braga et al. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Denise Conceição da; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga de. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, June 2008 .

SOUZA, C.; TANIGUITE, C.; TIPPLE, A. Biossegurança Medidas de Precauções – Padrão em Fonoaudiologia. **Fonoaudiologia Brasil**. dez 2000, p. 18-24.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998.

VANDERLEI, Maria lêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007 .

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, Apr. 2008.

