

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CRISTINA BARROSO DE ARAGÃO SALTINI

**A FONOAUDIOLOGIA E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**

Curitiba
2011

CRISTINA BARROSO DE ARAGÃO SALTINI

**A FONOAUDIOLOGIA E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**

PROJETO TÉCNICO apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em Gestão
Pública.

Orientador: Prof. Msc. Paulo de Oliveira
Perna

Curitiba

2011

DEDICO ESTE TRABALHO AO FERNANDO, AO PEDRO E AO CONRADO,
EM AGRADECIMENTO ÀS MANIFESTAÇÕES DE SOLIDARIEDADE NOS
MOMENTOS DIFÍCEIS E DE COMPREENSÃO NOS MOMENTOS DE
AUSÊNCIA.

AGRADECIMENTO

A TODOS QUE, COM SUAS PALAVRAS OU COM SEU SILÊNCIO,
COLABORARAM PARA A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO.

LIVROS NÃO MUDAM O MUNDO, QUEM MUDA O MUNDO SÃO AS PESSOAS.
OS LIVROS SÓ MUDAM AS PESSOAS.

(CAIO GRACO)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CANE – Coordenadoria de Apoio às Necessidades Especiais

CFFa – Conselho Federal de Fonoaudiologia

CMAE – Centro Municipal de Atendimento Especializado

CMUM – Centro Municipal de Urgência Médica

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

EE – Escola Especial

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAS – Fundação de Ação Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NAAPS – Núcleo de Apoio à Atenção Primária à Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAIR – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído

PNH – Política Nacional de Humanização

PMC – Prefeitura Municipal de Curitiba

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências

SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TANU – Triagem Auditiva Neonatal Universal

US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	8
1.2 OBJETIVO.....	9
1.3 JUSTIFICATIVA.....	9
2 REVISÃO TEÓRICA.....	10
2.1 A COMPREENSÃO SOBRE SAÚDE QUE BALIZA ESTE ESTUDO.....	10
2.2 SOBRE A FONOAUDIOLOGIA.....	12
2.3 HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL E NO SUS.....	14
2.4 HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA NA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA	16
2.5 BREVE ABORDAGEM DE DOENÇAS E AGRAVOS DE INTERESSE PARA A FONOAUDIOLOGIA.....	17
3 METODOLOGIA.....	21
4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA: A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....	22
4.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	26
5 PROPOSTA.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXO	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

Em sua concepção, formulada no processo da Reforma Sanitária que culminou em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade do acesso e a integralidade. Ao longo do tempo e acompanhando a evolução das políticas de saúde, foram criadas regulamentações, programas e protocolos de atenção.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de Curitiba procurou acompanhar esta evolução. Muitos ajustes e redimensionamentos mostraram-se também necessários. À medida que a rede municipal se estabelecia, as diferentes profissões do campo da saúde foram, gradativamente, construindo seus lugares, direcionando suas ações às demandas locais.

Por exemplo, observando-se a trajetória dos serviços de Odontologia da PMC, constata-se importantes mudanças. A princípio, partindo de um sistema de atendimento em saúde bucal por livre demanda, passou depois pelo modelo assistencial curativo incremental a escolares - comum na década de 1980 - e, mais tarde, pelo modelo assistencial comunitário ambulatorial. Atualmente, as ações em Odontologia incluem-se no modelo de atenção básica preconizado pelo SUS, e seus profissionais atuam junto às equipes do Programa Saúde da Família na prevenção e promoção da saúde bucal. (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2002)

Já com a Fonoaudiologia, entretanto, o quadro é outro. Ela permanece estagnada no modelo assistencial curativo incremental, com sua ação limitada a uma parcela do segmento de escolares municipais, atuando em equipamentos da Secretaria Municipal de Educação (SME) como os Centros Municipais de Atendimento Especializado (CMAEs) e as Escolas Municipais de Educação Especial (EEs).

Consideramos, portanto, perfeitamente cabível uma proposta de otimização da atuação do profissional fonoaudiólogo nas ações de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, tendo em vista a necessidade de superação do modelo incremental de atenção que lhe tem sido peculiar.

Assim é que o presente trabalho pretende apresentar alguns elementos que subsidiem uma proposta de atuação da Fonoaudiologia que seja coerente com os

princípios norteadores do SUS, ou seja, participando com as equipes de saúde para levar a cabo a prevenção e promoção da saúde, sempre considerando a universalidade, a integralidade e a igualdade no acesso aos serviços de saúde públicos.

1.2 OBJETIVO

Descrever as características do modelo de atenção em saúde atualmente desempenhado pelo fonoaudiólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e sugerir mudanças no paradigma de atendimento assistencial deste profissional.

1.3 JUSTIFICATIVA

Conhecer as atuais atribuições da Fonoaudiologia nas políticas públicas de saúde do Município de Curitiba e seu papel potencial na promoção de saúde integral do cidadão são requisitos estratégicos para a formulação racional de práticas eficazes e resolutivas por parte da Secretaria Municipal de Saúde, de forma a contemplar os princípios do SUS.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A COMPREENSÃO SOBRE SAÚDE QUE BALIZA ESTE ESTUDO

O Estado brasileiro reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano. A Lei Orgânica da Saúde, nº. 8080, em seu capítulo I, art. 5º, define como objetivo do SUS

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” e, no capítulo II, art. 7º, estabelece como princípio a “**integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990) (sem grifos no original)

A integralidade é, pois, um dos princípios doutrinários do SUS, e pode ser entendida, segundo o Ministério da Saúde (MS), como: “um dos (princípios) mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados.” (BRASIL, 2000, p. 31).

O MS entende como uma constante a necessidade de elaboração de projetos e ações de atenção à saúde voltados para grupos populacionais específicos, assim como compreende que também deve ser constante a busca da estruturação hierarquizada das redes de serviços. O Ministério compreende, ainda, a articulação entre as ações de baixa, média e alta complexidades como uma estratégia racional para aumentar a resolutividade e a capacidade de atendimento da demanda. Para tanto, o MS recomenda que os municípios assumam suas responsabilidades e prerrogativas para a consolidação dos princípios doutrinários e operacionais do SUS, bem como no desenvolvimento de ações que priorizem a prevenção de agravos e a promoção de saúde.

O município é considerado “o ente federado ideal para a prestação e o desenvolvimento dos serviços e das ações de saúde” (BRASIL, 2000, p. 23) e, ao habilitar-se à Gestão Plena do SUS, a instância municipal assume a responsabilidade pela totalidade dos serviços de saúde para que, de forma

organizada e coordenada, “possa garantir à população do respectivo município o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.” (BRASIL, 2000, p. 8)

Em sua avaliação, por outro lado, o MS considera necessário o estabelecimento de serviços e ações humanizadas no âmbito do SUS para alcançar o princípio da integralidade. Voltado a este propósito, ele lança a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003), de cognome HumanizaSUS; a intenção dessa política é estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários na busca de práticas que incentivem a construção de processos coletivos de autonomia e corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A prática dessa política de atenção humanizada pode ser exemplificada pela campanha “Viver a Vida sem perder o sabor é envelhecer com Saúde”. Essa iniciativa é o resultado de uma parceria entre a Área Técnica do Idoso do MS e o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) e foi realizada em 2008, apresentando-se como estratégia para discutir e divulgar a atuação da Fonoaudiologia junto à população-alvo: os idosos. A distribuição de folhetos em Unidades de Atenção Básica e equipamentos de saúde, contendo informações sobre etiopatogenia, sintomas e informações gerais contemplou tanto a população quanto outros profissionais de saúde.

Preponderantemente para a população idosa, a atenção fonoaudiológica desempenha um importante papel, pois atua diretamente na prevenção de agravos, promoção de saúde e reabilitação dos aspectos de **deglutição, linguagem, voz e audição/equilíbrio**. A dificuldade em engolir, por exemplo, afasta o idoso de diversas situações sociais e pode ocasionar problemas como desnutrição, desidratação e problemas respiratórios. Igualmente preocupante é a diminuição do equilíbrio, que pode levar a quedas com graves consequências. Outras dificuldades como o enfraquecimento vocal, alterações na capacidade de falar, escrever, ler e ouvir afetam a qualidade da comunicação do idoso podendo levar ao isolamento social. O envelhecimento é um processo natural, faz parte do ciclo da vida, e não deve ser interpretado com sendo um período da vida “naturalmente” predisposto à fragilidade, tal como costuma ser difundido na sociedade contemporânea, em especial nos países em desenvolvimento. Assim sendo, a atuação fonoaudiológica

colabora para um envelhecimento saudável, na medida em que procura diminuir as limitações e promovendo a manutenção da qualidade de vida.

2.2 SOBRE A FONOAUDIOLOGIA

A **Fonoaudiologia** é a ciência que estuda a comunicação humana e seus distúrbios.

Já a profissão de Fonoaudiólogo, regulamentada pela lei nº 6.965 de 09 de dezembro de 1981, em seu art. 1º, parágrafo único, define o profissional deste campo como:

o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz. (CFFa, 2011a)

Quanto ao campo do exercício profissional, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), esclarece que:

fonoaudiólogo é um profissional da Saúde, de atuação autônoma e independente, que exerce suas funções nos setores público e privado. É responsável por promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical e na deglutição. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas. (CFFa, 2007, p. 6)

O CFFa identifica dez grandes áreas de competência do fonoaudiólogo: desenvolvimento de ações de saúde coletiva nos aspectos fonoaudiológicos; realização de diagnóstico de Fonoaudiologia; execução de terapia (habilitação/reabilitação); orientação de pacientes, clientes internos e externos, familiares e cuidadores; monitoramento do desempenho do paciente ou cliente (seguimento); aperfeiçoamento da comunicação humana; exercício de atividades de ensino; desenvolvimento de pesquisas; administração de recursos humanos, financeiros e materiais e comunicação.

Duas dessas áreas dizem respeito diretamente à proposta deste trabalho:

desenvolver ações de saúde coletiva nos aspectos fonoaudiológicos e aperfeiçoar a comunicação humana.

Ao desenvolver ações de saúde coletiva nos aspectos fonoaudiológicos, o profissional fonoaudiólogo implementa, coordena, adapta e gerencia ações, programas e campanhas de prevenção e promoção em saúde (conservação auditiva e vocal, campanhas educativas sobre aspectos da comunicação humana, aspectos miofuncionais orofaciais e cervicais e da deglutição, participação em projetos político-pedagógicos). Este profissional tem, portanto, por objetivo promover a saúde, evitar e/ou minimizar os distúrbios fonoaudiológicos e suas consequências.

As ações fonoaudiológicas abrangem todo o contingente populacional, sem exceções. A atenção fonoaudiológica antecede-se aos cuidados com o recém-nato e acompanha o desenvolvimento do indivíduo durante seu crescimento, amadurecimento e senescência. A Fonoaudiologia pretende a prevenção, a promoção da saúde fonoaudiológica, a interceptação de agravos e, assim, contribuir para a promoção da saúde integral e a qualidade de vida.

A atenção à saúde fonoaudiológica, citando apenas um dentre vários exemplos, mostra-se indispensável nos Programas de Atenção à Saúde do Idoso. Nesta fase da vida, distúrbios da comunicação - preponderantemente as afasias pós Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), as alterações vestibulares e auditivas e perturbações da deglutição, ou seja, as disfagias - tornam-se prevalentes.

O aperfeiçoamento da comunicação humana envolve o desenvolvimento de programas de promoção e aprimoramento da linguagem oral e escrita, das funções cognitivas e dos aspectos miofuncionais orofaciais e cervicais que permitam o uso adequado da linguagem na comunicação interpessoal, ocupacional ou profissional e em público.

A linguagem verbal constitui uma forma especial de transmissão de informação entre os seres humanos. Ela é um dos componentes das funções mentais superiores. A linguagem verbal socializa o ser humano, desenvolve e exercita o pensamento, organiza a mente, interpreta o mundo, expressa sentimentos e conecta as pessoas.

Lecours e cols. (1979, citados por Peña-Casanova; Pamies, 2005), manifestando-se a respeito da natureza da linguagem, afirmam que:

a linguagem é o resultado de uma atividade nervosa complexa que permite

a comunicação interpessoal (transmissão de informação) de estados psíquicos através da materialização de signos multimodais que simbolizam (representam) estes estados de acordo com uma convenção própria de uma comunidade linguística (p. 3-4).

Assim, a comunicação humana, objeto da ciência fonoaudiológica por excelência, refere-se ao intercâmbio de informações entre indivíduos. A comunicação torna-se realmente efetiva quando há compartilhamento da linguagem entre os indivíduos. Portanto, ela é fundamental em todas as etapas do desenvolvimento humano, da vida intra-uterina à senescência. É por essa razão que a linguagem permite o estabelecimento de vínculos afetivos e sociais, propicia o aprendizado e a transmissão de conhecimentos, promove interação social, o crescimento pessoal e profissional, propaga a cultura de um povo.

Devemos concluir, a partir das argumentações já expostas, que a comunicação é fundamental à saúde do indivíduo, permeia todos os aspectos da vida do indivíduo e configura-se em importante fundamento para o pleno desenvolvimento pessoal, afetivo e social.

Em termos de desenvolvimento de atribuições em campos específicos, a Fonoaudiologia tem seu saber voltado às questões da Audiologia, Disfagia, Fonoaudiologia Educacional, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz e Saúde Coletiva.

2.3 HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL E NO SUS

No Brasil, ao longo da década de 1930, preocupações com a profilaxia e a correção dos erros de linguagem apresentados por escolares, originaram a formação de profissionais voltados a esta demanda.

Data da década de 1950 a criação do curso de Logopedia, na cidade do Rio de Janeiro, precursor dos cursos de graduação em Fonoaudiologia que, na década de 1960, aconteceriam em São Paulo, na Universidade de São Paulo (1961) e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962).

O primeiro currículo mínimo foi regulamentado pela Resolução nº 54/76, do Conselho Federal de Educação, fixando disciplinas e carga horária. A regulamentação possibilitou ao curso o reconhecimento como graduação de nível

superior, com duração plena e titulação de bacharel e direito a mestrado e doutorado em Fonoaudiologia.

A Lei nº 6965/81, de 09 de dezembro de 1981, sancionada pelo então presidente João Figueiredo, regulamenta a profissão de fonoaudiólogo. Foram criados, também, os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia. Em 31 de maio de 1982, o Decreto Lei nº 87.218 sancionou e aprovou a Lei nº 6965/81.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia iniciou suas atividades em 1983. Em 15 de setembro de 1984, com a Resolução CFFa nº 010/84, foi aprovado o 1º Código de Ética da profissão. Revisto nos anos seguintes, foi aprovado em 06 de março de 2004, e regulamentado pela Resolução CFFa nº 305/04, o atual Código de Ética da Fonoaudiologia.

Entre as décadas de 1970 e 1980, fonoaudiólogos iniciaram suas atividades no serviço público, contratados ou concursados, via secretarias de saúde ou secretarias de educação. A atuação fonoaudiológica seguia o modelo de consultório clínico, com proposta de atenção reabilitadora/ curativa e geralmente era desempenhado em ambulatórios de saúde mental ou hospitais.

Após a instituição do SUS, em 1988, incorporou-se o fonoaudiólogo à equipe de profissionais responsáveis pela assistência integral (primária, secundária e terciária) à saúde dos indivíduos.

O Ministério da Saúde, ao criar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, instituiu duas modalidades de núcleos – NASF 1 e NASF 2, e, em ambas, o fonoaudiólogo pode estar inserido.

Recentemente, a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que “Institui a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, incluiu a categoria profissional fonoaudiólogo na Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

São reconhecidas como especializações e tem titulação de Especialista concedida pelo CFFa às seguintes áreas: Audiologia, Disfagia, Fonoaudiologia Educacional, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz e Saúde Coletiva.

2.4 HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA NA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

O ingresso de fonoaudiólogos na Prefeitura Municipal de Curitiba ocorre no ano de 1991, com a criação do Plano Municipal de Cargos e Salários, que acabou instituindo o referido cargo na estrutura municipal. Um concurso público para a função foi realizado em 1992, destinado à Secretaria de Educação e à Secretaria da Criança, e os profissionais fonoaudiólogos iniciaram sua atuação em Centros Municipais de Atendimento Especializado (CMAEs) e em Escolas Municipais de Educação Especial (EEs), equipamentos estes administrados pelo Departamento de Ensino da Divisão da Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação (SME). Posteriormente, esses equipamentos passaram à gerência da Coordenadoria de Apoio às Necessidades Especiais (CANE), sempre permanecendo vinculados à SME.

Com a promulgação da Lei Municipal Ordinária nº 11000/2004 de Curitiba, que “Institui Plano de Carreira para os servidores integrantes dos Grupos Ocupacionais Básico, Médio e Superior do Município de Curitiba, para a Administração Direta, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública, Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Curitiba, Fundação de Ação Social e Fundação Cultural de Curitiba, altera dispositivos das Leis nºs 7.671, de 10 de junho de 1991 e 10.390, de 11 de abril de 2002, e dá outras providências.”, o profissional fonoaudiólogo passou a pertencer ao quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Na ocasião, integravam o quadro funcional 05 (cinco) fonoaudiólogos concursados.

Em 2009, novo concurso público, desta vez, específico para a Secretaria Municipal de Saúde, ampliou o quadro funcional de fonoaudiólogos. Desta feita, foram integrados mais 07 (sete) fonoaudiólogos ao quadro de servidores municipais.

Nesse mesmo ano, é promulgado o Decreto nº 436/2009, que descreve o cargo, áreas de atuação e atribuições específicas dos fonoaudiólogos. (Anexo 1)

Atualmente, 12 fonoaudiólogos integram o setor de Fonoaudiologia da SMS, estando lotados nos 9 Distritos Sanitários.

Entretanto, mesmo lotados na SMS, estes profissionais permanecem executando sua atividade funcional em equipamentos pertencentes à estrutura da SME.

2.5 BREVE ABORDAGEM DE DOENÇAS E AGRAVOS DE INTERESSE PARA A FONOAUDIOLOGIA

As ações fonoaudiológicas abrangem todo o contingente populacional, sem exceções. É responsabilidade do profissional fonoaudiólogo a promoção, habilitação, reabilitação, monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva, na função vestibular, na linguagem oral e escrita, na fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical, e na deglutição.

Dados epidemiológicos específicos de patologias fonoaudiológicas são raros. No entanto, observa-se, no exercício da prática fonoaudiológica, uma maior ocorrência de determinadas patologias e agravos.

A infância, caracterizada como um período de aquisições importantes e determinantes para a saúde futura, justifica a atenção ao desenvolvimento das funções motoras orais (sucção, mastigação, deglutição e fala), da função auditiva e da aquisição da linguagem.

Nesta fase, hábitos orais deletérios (como o uso inadequado de chupetas e mamadeiras, a sucção digital, a onicofagia, etc) e, principalmente, a Síndrome do Respirador Bucal aumentam a probabilidade de alterações do crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares e arcadas dentárias, com a probabilidade de perda condutiva da audição. A perda auditiva na infância, mesmo de grau leve e intermitente, é um importante problema de saúde pública, por acarretar prejuízos de linguagem, educacionais e psicossociais.

A eficiência da alimentação por via oral, preferencialmente através do aleitamento materno, é condição relevante para a saúde do lactente, não só porque garante o aporte nutricional adequado, mas porque ela orienta o desenvolvimento correto da estrutura facial e suas funções: sucção, mastigação, deglutição, fala e respiração.

Furkim e Santini (1999, *apud* Almeida; Modes, 2005) assinalam que:

a disfagia orofaríngea deve ser entendida como um distúrbio de deglutição, com sinais e sintomas específicos, que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo

ser congênita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico, e trazer prejuízo aos aspectos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, prazer alimentar e social do indivíduo. (p. 37)

É por isso que a disfagia e as alterações da audição podem se configurar como importante preocupação no período neonatal. Assim, Sanchez (2004), ao final de um estudo de revisão bibliográfica sobre o manejo clínico das disfunções orais na amamentação pondera que:

As disfunções orais podem ser identificadas precocemente mediante anamnese dirigida, avaliação oral do RN e observação minuciosa da mamada. Esses procedimentos devem fazer parte do serviço das maternidades, e, para isso, sugere-se treinamento constante dos profissionais (obrigatórios nos hospitais credenciados como Amigo da Criança - OMS/UNICEF) para a realização da avaliação da mamada e atuação da equipe interdisciplinar, **incluindo fonoaudiólogo** sempre que possível na rotina nas maternidades. Para o manejo adequado das disfunções orais, faz-se necessário conhecimento sobre anatomia e neurofisiologia oral do RN, bem como experiência no manejo clínico da amamentação. Casos mais complexos e persistentes requerem diagnóstico e seguimento com especialistas, que pode ser **fonoaudiólogo** com prática em aleitamento materno ou especialista em amamentação. (p. S161) (sem grifos no original)

A perda auditiva é a redução da audição que compromete a recepção e inteligibilidade dos sons. Diferentes tipos e graus de perda auditiva podem ocorrer, mas todo e qualquer tipo e/ou grau de perda auditiva representa risco potencial de comprometimento da aquisição e/ou desenvolvimento da fala, da linguagem, das funções cognitivas, do aprendizado escolar e da inclusão social da criança.

Segundo Vieira, Macedo e Gonçalves (2007)

a prevalência de perda auditiva neonatal no Brasil situa-se entre 2 e 6 casos para 1.000 recém-nascidos vivos (NV). É uma incidência relativamente elevada se comparada com as doenças da triagem neonatal obrigatória, como a fenilcetonúria (1/10.000 NV), hipotireoidismo (2,5/10.000 NV) e anemia falciforme (2/10.000 NV). (p. 47)

Durante a fase escolar eclodem os transtornos do aprendizado da leitura e da escrita e se intensificam os sinais de *déficits* cognitivos e de alteração das funções mentais superiores. A atenção à gagueira e transtornos vocais infantis também deve ser seriamente considerada nesta fase.

A adolescência e juventude são marcadas pelo rápido crescimento e desenvolvimento físico e por transformações psicoemocionais. Nesta fase,

encontram-se, preponderantemente, na clínica fonoaudiológica, queixas relativas a anormalidades dentofaciais funcionais e disfonias (distúrbios vocais).

Já na juventude e vida adulta surgem como motivadores da procura pela intervenção fonoaudiológica as sequelas provocados por traumas/acidentes e pela violência urbana. Traumatismos cranianos e lesões encefálicas, muitas vezes, resultam em afasias (alterações adquiridas da linguagem devidas a uma lesão cerebral focal), disartrias (alterações da fala, de origem neurológica), disfagias (alterações da deglutição) e *déficits* cognitivos.

A vida adulta, caracterizada pela intensa atividade laboral, apresenta riscos decorrentes do exercício do trabalho. A perda auditiva, qual seja a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) ou perda auditiva decorrente de agentes químicos, ambientais ou acidentes merece especial atenção.

Estima-se que 25% da população trabalhadora exposta seja portadora de Pair em algum grau. Apesar de ser o agravo mais freqüente à saúde dos trabalhadores, ainda são pouco conhecidos seus dados de prevalência no Brasil. Isso reforça a importância da notificação, que torna possível o conhecimento da realidade e o dimensionamento das ações de prevenção e assistência necessárias. (BRASIL, 2006, p. 15)

Também as alterações vocais (disfonias) se constituem em importante queixa frequente em profissionais da área da comunicação, da área de vendas, professores e cantores. Com relação aos professores, particularmente, têm sido cada vez mais estudados os efeitos deletérios sobre a voz no exercício da profissão. Esse tem sido um campo de atuação específica para o fonoaudiólogo. Gonçalves, Penteadó e Silverio (2005) avaliam que:

o fonoaudiólogo que atua na escola pode ser um profissional que contribua para a discussão sobre o trabalho do professor, levando à sua transformação, para que situações de trabalho não alterem sua saúde e propiciem o melhor exercício de suas competências, alcançando os objetivos educacionais da escola e os objetivos profissionais pessoais do docente. (p. 49)

Idosos apresentam como patologias fonoaudiológicas prevalentes os distúrbios da comunicação, particularmente as afasias pós-AVE, e as disfagias, seguidas por alterações auditivas (presbiacusia-perda auditiva decorrente da idade) e vestibulares (alterações do equilíbrio). Um estudo realizado nos EUA aponta os seguintes indicadores:

Estima-se que a presbiacusia afete aproximadamente 25% da população americana entre 65 e 75 anos e 38% da população acima desta idade. Gratoon *et al.* propõe índices ainda maiores, relatando que 60% da população com mais de 70 anos apresenta perda auditiva neurossensorial de no mínimo 25 dBs. (CARREIRÃO NETO, 2005, s/d)

Sequelas de traumas, queimaduras, tumores ou tratamentos oncológicos em região de face e pescoço ocorrem em todas as fases da vida e requerem o atendimento fonoaudiológico reabilitador.

Finalmente, é importante lembrar que disfagias e distúrbios da fala e linguagem constituem agravos fonoaudiológicos frequentes em muitas doenças neurológicas, como Parkinson, Alzheimer, encefalopatias crônicas não progressivas, acidente vascular cerebral, etc.

Diante do exposto, configure-se um campo de atuação para o fonoaudiólogo, enquanto membro da equipe de saúde, que é requisitado em todas as etapas da atenção à saúde, seja nos programas e ações de promoção e prevenção, seja na atenção de maior complexidade (níveis secundário e terciário), incluindo aí o campo da reabilitação.

3 METODOLOGIA

Na elaboração deste trabalho foi empregado o método qualitativo, descritivo-explicativo, realizado através de pesquisa bibliográfica e documental.

4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA: A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

Os serviços de Saúde Pública, em Curitiba, têm sua origem em 1963, com a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde. Nessa década e na seguinte, Unidades Sanitárias são inauguradas, é criado o Departamento de Bem-Estar Social e são realizadas contratações de profissionais da área da saúde. Neste mesmo período, tem início a atenção odontológica em escolas da rede municipal de educação, de acordo com o modelo assistencial incremental preconizado na época.

No ano de 1979, seguindo recomendações da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma Ata, que ocorreu em 1978 – o Município adota a Atenção Primária à Saúde. Considerado modelo de atenção inovador, regionalizado e hierarquizado – ele enfatizava a educação em saúde, o atendimento programado, a imunização e a participação comunitária – e passou a ser implantado nas Unidades, a partir da década de 1980. Essa estrutura caracterizava-se como a de um modelo assistencial comunitário ambulatorial. Em 1985, pela primeira vez, são realizados concursos públicos para algumas categorias de profissionais da saúde.

Em 1986, com a reestruturação administrativa da Prefeitura, e pela Lei Municipal nº 6.817/1986, é então criada a Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Em nível nacional, em 1987, é estruturado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) tendo por base as reivindicações do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil que, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, vinha propondo a criação de um sistema único de saúde. Para isso, ocorre uma fase de transição, em que a estrutura antes extremamente centralizada do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passa, aos poucos, a ser descentralizada para Estados e Municípios, tendo por princípios a municipalização, regionalização e hierarquização, também postulados pela Reforma Sanitária.

Nesta mesma época iniciam-se as primeiras ações de epidemiologia e, em 1989, é publicado o 1º Boletim Epidemiológico da SMS de Curitiba.

A criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação através da promulgação da Lei Orgânica nº 8.080/90, trazem um novo conceito de Saúde e impulsionam novas mudanças, sendo a construção do SUS agora pautada

pelos princípios da igualdade do acesso, da integralidade e da universalidade.

Esse marco também vai consubstanciar o novo modelo de atenção à saúde em Curitiba. A ampliação da assistência em saúde é promovida em todos os níveis de atenção, e são realizadas: a estruturação da Vigilância Sanitária Municipal, a reestruturação da Unidade de Saúde Parigot de Souza, que passa a atender diuturnamente, e são assinados convênios de cooperação com a implantação do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE).

A 1ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba é realizada em 1991, e constituído o Conselho Municipal de Saúde. Em 1992, são implantados 7 Núcleos Regionais de Saúde – consolidando a descentralização - e são criados os Departamentos de Saúde Ambiental, de Planejamento em Saúde, de Assistência à Saúde e de Epidemiologia em Saúde.

Em 1992, inicia-se a implantação da Estratégia da Saúde da Família e a adoção de novas práticas de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Institucionaliza-se a “Vigilância à Saúde”, com base territorial, e promove-se a municipalização das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. As ações da Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses e Vetores passam a ser de responsabilidade da Saúde Ambiental.

Em 1995, a SMS de Curitiba habilita-se à Gestão Semi-Plena do SUS, de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS de 93, exercendo o controle da regulação das ações de saúde, ambulatoriais e hospitalares, a gerência dos convênios ou contratos com prestadores da rede básica, e o controle e a avaliação de autorizações de internamento hospitalar, incluindo o de alto custo.

Nesse mesmo ano, a SMS adere ao Programa Saúde da Família Nacional e constrói o primeiro hospital público municipal.

A Lei Municipal nº 8962/96 cria o Sistema Municipal de Auditoria para o acompanhamento, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

O Código de Saúde de Curitiba, que dispõe sobre a proteção à saúde, é instituído pela Lei Municipal nº 9000/96.

No ano de 1997, a SMS de Curitiba é reestruturada administrativamente e são criados os Centros de Assistência à Saúde, Informação em Saúde, Saúde Ambiental, Epidemiologia e de Controle, Avaliação e Auditoria, os Distritos Sanitários (substitutos aos Núcleos Regionais de Saúde) e é implantado o Plano de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos da Saúde.

A habilitação à Gestão Plena do SUS é alcançada em 1998, sendo um marco na consolidação do SUS em Curitiba.

O ano de 1999 é marcado pelo início da organização de programas e ações em um sistema integrado de redes de atenção, como o Programa de Saúde Mental Comunitária e o Programa Mãe Curitibana. Com este último, também se inicia o Pacto pela Vida. Torna-se necessária a informatização da rede municipal e é implantado o Prontuário Eletrônico. Promove-se o Acolhimento Solidário, visando a humanização e aprimoramento da qualidade no atendimento em saúde.

O conceito de Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) embasa a reorientação do modelo de saúde, a partir do ano 2001. O SISS busca a integração em rede dos distintos pontos de atenção do sistema de saúde. Ações inter-secretarias municipais são desenvolvidas e, em 2002 é lançado o Programa Qualidade em Estabelecimentos de Atenção ao Idoso, em parceria com a Fundação de Ação Social (FAS).

Ainda em 2002, ao se estabelecer Contratos de Gestão entre a SMS e as Unidades Básicas e os Distritos Sanitários, é implantada a gestão por resultados. Através dos Planos Operativos Anuais são estabelecidas metas negociadas que permitem o monitoramento e a avaliação das ações e o redirecionamento destas, quando necessário.

A Contratualização dos Hospitais de Ensino, pautada pelo princípio da integralidade, e apoiando a rede de assistência em saúde, ocorre em 2004.

Em 2006, é implantada a Ouvidoria em Saúde, contemplando mais uma faceta do Controle Social do SUS em Curitiba.

No ano de 2007, ocorrem grandes mudanças na política pública municipal de saúde curitibana. Em fevereiro desse ano é aprovada a adesão de Curitiba ao Pacto pela Saúde, a nova política pública para a saúde conduzida pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse mesmo ano é reestruturado o Serviço de Urgência e Emergência de Curitiba, contando com unidades móveis - SAMU e SIATE -, a Central de Regulação e as unidades pré-hospitalares conhecidas como os Centros Municipais de Urgência Médica (CMUMs).

Em 2009, com a publicação da Portaria 154 do MS, são implantados 29 Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAPS), com a proposta de

implementar atividades de promoção à saúde como apoio à Estratégia de Saúde da Família.

A 10ª Conferência Municipal de Saúde, em setembro de 2009, reforça o mérito das redes de atenção à saúde com o tema “Rede de Cuidados: 20 anos do SUS Curitiba”.

A Rede Municipal de Saúde de Curitiba agora está dividida em 9 Distritos Sanitários e conta com 108 Unidades de Saúde (US). Destas, 53 trabalham com a Estratégia de Saúde da Família, com um total de 171 equipes com médico e pessoal de enfermagem, 144 equipes de saúde bucal e 29 equipes NAAPS. Todos os trabalhos, na área de abrangência da Unidade de Saúde, são coordenados pela Autoridade Sanitária Local.

Atualmente, o modelo de atenção à saúde da população curitibana tem como conceito fundamental o SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde. A Unidade de Saúde configura-se como “porta de entrada” preferencial do sistema. As ações de promoção e prevenção desempenhadas pela atenção primária e a estruturação dos serviços de atenção seguem o conceito de redes de assistência, procurando proporcionar um atendimento integral de saúde ao indivíduo.

Desde 2002, são utilizados como ferramentas de gestão os Contratos de Gestão na Atenção Primária, monitorados trimestralmente por indicadores constantes no Plano Operativo Anual.

O sistema informatizado da Central de Marcação de Consultas e dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias configura-se como ferramenta facilitadora do acesso, interligando de maneira hierarquizada e integrada os diferentes níveis de atenção. Esse sistema produz, também, dados para o exercício da gestão e controle epidemiológico dos encaminhamentos aos pontos de atenção especializada, de natureza eletiva.

Atualmente, a Rede de Atenção Hospitalar do SUS Curitiba constitui-se de 02 hospitais de natureza pública federal, 01 de natureza pública estadual, 09 de natureza pública municipal, 11 de natureza filantrópica e 08 privados com fins lucrativos. Nela, são disponibilizados 3468 leitos hospitalares vinculados ao SUS e ativos. Os fluxos de acesso para atendimento eletivo e de emergência estão definidos e critérios técnicos de priorização embasam a regulação assistencial da Central Metropolitana de Leitos Hospitalares.

Dados epidemiológicos são considerados instrumentos essenciais para o

diagnóstico, planejamento e avaliação em saúde. A informatização está presente em 100% das USs e permite o acesso ao Prontuário Eletrônico do Paciente, acesso *on-line* com o Laboratório Municipal de Análises Clínicas, acesso às Centrais de Marcação de Consultas e Exames Especializados, gerando informações de interesse epidemiológico ao município.

Quanto ao financiamento do SUS, a Emenda Constitucional nº 29 determina, como gasto mínimo dos municípios no custeio de ações e serviços públicos de saúde, 15% das receitas próprias de impostos e mais as transferidas. No ano de 2010, Segundo a Superintendência de Gestão e Superintendência Executiva da Prefeitura de Curitiba foram gastos, na área da saúde, 16,43% do orçamento municipal. (CURITIBA, 2010, p. 102).

A adesão ao Pacto pela Saúde - Gestão Plena - garante repasse de recursos federais para 5 blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. A gestão orçamentário-financeira dos recursos é delimitada pela Lei de Orçamento anual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e pelo Plano Plurianual.

Finalmente, mas não menos importante, cabe registrar que o Controle Social, ou seja, a participação da população torna-se presente pela atuação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências Municipais de Saúde e da Ouvidoria em Saúde.

4.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Atualmente, integram o setor de Fonoaudiologia, 12 fonoaudiólogos, lotados nos 9 Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde.

Entretanto, mesmo integrando os quadros da SMS, esses profissionais permanecem executando sua atividade funcional em equipamentos administrados pela Secretaria Municipal de Educação, ou seja, em 03 (três) Ambulatórios de Saúde Mental das EEs e em 08 (oito) CMAEs.

Embora reconhecendo a importância do suporte da Fonoaudiologia destinado aos serviços da SME, ele escapa da natureza de ser um serviço universal, de natureza integral e com acesso igualitário, conforme preconizam os princípios do

Sistema Único de Saúde.

Os CMAEs ofertam Atendimento Terapêutico e Educacional à crianças e adolescentes oriundos apenas das Escolas Municipais (EMs) e Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), o que já caracteriza uma restrição no universo de usuários. Alunos das EMs e CMEIs, reconhecidos como portadores de necessidades educativas especiais, são encaminhados aos CMAEs onde, após Avaliação Diagnóstica Psicoeducacional, realizada por psicólogo e pedagoga, são solicitadas a avaliação e conduta fonoaudiológica. O atendimento fonoaudiológico proporciona, pois, intervenção em nível secundário de atenção e reflete o modelo assistencial curativo incremental, qual seja: exclui de sua atenção crianças e adolescentes não pertencentes à rede municipal de educação, além de direcionar sua atenção à patologia já instalada, atendendo exclusivamente portadores de transtornos de aprendizagem. Em suma, a assistência permanece centrada na atenção à enfermidade ou agravo que já têm história.

O princípio da integralidade prescrito pelo SUS pressupõe que a atenção seja também realizada nos âmbitos de promoção e prevenção de agravos e enfermidades, cabendo seu espaço na atenção básica à saúde.

Os Ambulatórios de Saúde Mental das EEs prestam atendimento multiprofissional a educandos provindos das próprias EEs às quais estão vinculados, bem como a bebês e crianças até 3 anos de idade, encaminhadas pela rede municipal de saúde, e que necessitam de atendimento precoce nas áreas de Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia ou Terapia Ocupacional. O atendimento fonoaudiológico caracteriza-se por intervenção em nível secundário de atenção ao interceptar quadros em andamento minimizando ou retardando sua evolução.

São oferecidos os serviços da rede conveniada para a clientela não contemplada pelo atendimento nesses equipamentos.

A atenção à saúde fonoaudiológica da SMS de Curitiba encontra-se limitada ao modelo assistencial curativo incremental direcionado para o nível de atenção secundária em saúde e contraria a recomendação de priorização da atenção básica no âmbito municipal das políticas públicas do SUS.

O modelo incremental de tomada de decisão, segundo Lindblom (1959, *apud* Pereira; Lobler; Simonetto, 2010, p. 264), “visualiza o processo decisório sob uma perspectiva política, com suas limitações e fragmentações” envolve uma “política de pequenos passos”, sem mudanças drásticas. As decisões levam a pequenas

modificações pontuais num processo de sucessivas transformações da situação anterior sem, contudo, alterar a política vigente (seja ela social ou econômica).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) entende que atenção à saúde é:

tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral... A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia. (p. 40)

Portanto, é possível concluir que a integralidade na assistência à saúde é um princípio que coloca a política pública em permanente construção. Sendo a saúde humana algo que se garante como resultado da atuação de diversos níveis de atenção, é preciso trabalhar com a noção de que esses níveis estão em constante reorganização. Portanto, os requisitos e exigências desejáveis para as ações de saúde, a cada momento histórico, são sempre dinâmicos, e são modelados de acordo com a consciência da população usuária, com a disponibilidade de novas tecnologias, com a integração de novas profissões e com a vontade política que se expressa em determinados períodos de se fazer cumprir a coisa pública.

É nesse quadro que a Fonoaudiologia compreende suas possibilidades de atuação.

5 PROPOSTA

O predomínio, na atuação fonoaudiológica da SMS de Curitiba, do modelo assistencial curativo incremental, configura-se como incompatível aos princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade e igualdade. É necessária a busca de uma prática de saúde fonoaudiológica resolutiva, eficaz e abrangente, com estratégias de planejamento baseadas em evidências epidemiológicas, gestão de recursos humanos e serviços voltados para a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde dentro de um SUS resolutivo.

Faz-se necessária a evolução qualitativa e quantitativa da atenção fonoaudiológica no município de Curitiba compatível à um conceito abrangente de saúde, viabilizado pela adoção de estratégias de participação em políticas públicas de saúde que contemplem as múltiplas dimensões (biológica, psicológica e social) dos cidadãos.

Contemplar os três níveis de atenção à saúde na atenção fonoaudiológica, conforme preconizado pelo SUS, significa promover o acesso integral, universal e equânime às ações e aos serviços de saúde para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sugere-se, como forma de otimização das práticas fonoaudiológicas na política de saúde municipal da SMS de Curitiba, e visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos:

- em nível de atenção primária: inclusão de fonoaudiólogos nas atividades de prevenção e promoção da saúde executadas pelo NASF em apoio à Estratégia Saúde da Família;
- em nível de atenção secundária: atendimento fonoaudiológico clínico/terapêutico em Unidades de Saúde e/ou em outros equipamentos da SMS, sem exclusão de grupos da população;
- em nível de atenção terciária: inclusão de fonoaudiólogos no EMAP e no hospital municipal.

Os diversos equipamentos e programas da SMS encontram-se bastante ativos na SMS (exceto o EMAP) e, portanto, a inclusão de fonoaudiólogos presta-se

à otimização dessas estruturas físicas e funcionais já existentes.

A ampliação do exercício das atividades fonoaudiológicas em equipamentos da SMS, e não mais sob a reduzida capacidade de trabalho vigente nos equipamentos da SME, certamente poderá ser configurada como uma estratégia de valorização profissional do fonoaudiólogo, consonante ao proposto pelo PNH HumanizaSUS. Uma vez adotadas as medidas de sua plena inclusão nos processos de trabalho, fica atestado o reconhecimento pela SMS da pertinência das ações fonoaudiológicas, permitindo ao profissional exercer seu saber em conformidade às rotinas e normas sob a ótica da saúde.

Todo este processo, no entanto, deve ser orientado pelos pressupostos do campo do conhecimento específico da Fonoaudiologia. Assim, reconhece-se a pertinência da indicação de um profissional dessa área para a coordenação do setor, para que construa apropriadamente essa participação. Portanto, o conhecimento científico das especificidades da área fonoaudiológica, do diagnóstico situacional e das políticas públicas deve dirigir a escolha do representante coordenador.

Por outro lado, a participação do fonoaudiólogo na SMS não dispensa de se pensar criticamente sua atuação na SME. Neste sentido, as ações direcionadas à população escolar precisam ser readequadas. O CFFa, ao dispor sobre as atribuições, competências e restrições do fonoaudiólogo especialista em Fonoaudiologia Escolar, refere que é :

I - atuar no âmbito educacional, compondo a equipe escolar a fim de realizar avaliação e diagnóstico institucional de situações de ensino-aprendizagem relacionadas à sua área de conhecimento; II - participar do planejamento educacional; III - elaborar, acompanhar e executar projetos, programas e ações educacionais que contribuam para o desenvolvimento de habilidades e competências de educadores e educandos visando à otimização do processo ensino-aprendizagem; IV - promover ações de educação dirigidas à população escolar nos diferentes ciclos de vida. (CFFa, 2011b)

No entanto, no mesmo documento, está disposto que:

É vedado ao fonoaudiólogo realizar atendimento clínico/terapêutico dentro de instituições educacionais, exceto em casos salvaguardados por determinações contidas nas Políticas da Educação Especial vigentes. (CFFa, 2011b)

As propostas de inclusão da Fonoaudiologia no processo de trabalho da SMS também indicam uma atuação desse campo profissional que deve ser mais

ampla, como em programas intersecretariais e campanhas educativas municipais, do MS, do CFFa, etc.

Finalmente, como complemento à proposta aqui apresentada, sugere-se uma atenção especial ao aspecto do conhecimento epidemiológico.

O estudo epidemiológico é um instrumento essencial para o diagnóstico, planejamento e avaliação em saúde. A informação oferece ferramentas que auxiliam na identificação e superação de problemas de maior impacto ou de maior magnitude. Quanto a isso, é preciso lembrar que não há indicadores epidemiológicos específicos da área fonoaudiológica na SMS de Curitiba que possam vir a nortear a programação de ações coordenadas.

Preocupados com a formulação de Ações e Programas Fonoaudiológicos que permitam uma maior efetividade, maior resolutividade e maior abrangência de atenção à saúde, fonoaudiólogos dos CMAEs e EEs apresentaram, no final de 2010, a sugestão da inclusão de indicadores fonoaudiológicos durante a coleta de dados da pré-consulta em US. Assim, encontra-se em elaboração pelo setor de Fonoaudiologia da SMS, no ano de 2011, uma proposta de instrumento de coleta de dados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde fonoaudiológica no Município de Curitiba encontra-se limitada pelo modelo assistencial curativo incremental, típico da década de 1980, com sua ação limitada a uma parcela da população: a do segmento de escolares municipais. Atuando em equipamentos da Secretaria Municipal de Educação, nos CMAEs e nas EEs, os fonoaudiólogos estão sujeitos às normas e práticas da área da Educação que, em muitos aspectos, conflitam com as normas e práticas da política pública de saúde vigente no país.

Portanto, a atuação fonoaudiológica da SMS de Curitiba configura-se como incompatível, em alguma medida, com os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade e igualdade no acesso.

Contemplar os três níveis de atenção à saúde na atenção fonoaudiológica, conforme preconizado pelo SUS, significa promover a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

A contínua evolução do SUS incita a construção e reconstrução incessante dos modelos assistenciais, sempre que se verifique a exaustão dos mesmos em atender as demandas no campo sanitário. Ao mesmo tempo, entende-se que práticas de gestão eficientes, suportadas por recursos humanos e financeiros adequados e justos impulsionam positivamente a ação da política de saúde.

O amadurecimento da profissão de Fonoaudiologia, a mudança no perfil populacional, a evolução das políticas públicas de saúde e o entendimento da relevância da comunicação humana como essencial ao completo exercício da cidadania - por possibilitar ao indivíduo situar-se como agente transformador da sociedade e de sua realidade -, legitimam a inserção do profissional fonoaudiólogo em ações e programas de saúde pública e o autorizam a pensar na proposição de uma política pública que contemple a saúde integral dos indivíduos.

A atenção à saúde fonoaudiológica como integrante das políticas públicas de saúde, realizada através da interlocução entre gestores, profissionais e comunidade, permitirá que se definam a pactuação de metas e ações que ampliem a efetividade dessas políticas.

Todos estes aspectos exigem que o problema abordado neste projeto seja objeto de debates e análises constantes, bem como de estudos e pesquisas que

venham a produzir outros resultados úteis ao avanço das soluções no campo sanitário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Elizabeth Crepaldi; MODES, Lucinéia Cortes *et al.* **Leitura do prontuário**. Rio de Janeiro-RJ: Revinter, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei no. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 02/08/2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Saúde, 2000. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 15/09/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 15/09/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_perda_auditiva.pdf>. Acesso em: 18/09/2011

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed., Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 13/08/2011.

CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil**. Brasília – DF, 2007. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>>. Acesso em: 05/09/2011.

_____. **LEGISLAÇÃO**. Brasília–DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>>. Acesso em: 05/09/2011a.

_____. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Resolução CFFa nº387, de 18 de setembro de 2010**. Dispõe sobre as atribuições e competências do profissional especialista em Fonoaudiologia Educacional reconhecido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, alterar a redação do artigo 1º da Resolução CFFa nº382/2010, e dá outras providências. Brasília–DF, 2011b. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>>. Acesso em: 17/09/2011b.

CARREIRÃO NETO, Waldir. **Presbiacusia**. Seminário, 2005. São Paulo-SP. Disponível em: <<http://www.otorrinousp.org.br/seminarios.asp>>. Acesso em: 18/09/2011.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Anual de Gestão–SMS–Curitiba–2010**. Curitiba – PR. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorios_gestao.htm>. Acesso em: 02/08/2011.

GONÇALVES, Claudia Giglio de O.; PENTEADO, Regina Zanella; SILVÉRIO, Kelly Cristina A. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 7, n. 15, p. 45-51, 2005.

PEÑA-CASANOVA, Jordi; PAMIES, Monteserrat Pérez. **Reabilitação da afasia e transtornos associados**. Barueri-SP: 2005.

PEREIRA, Breno A. Diniz; LOBLER, Mauri Leodir; SIMONETTO, Eugênio de Oliveira. Análise dos modelos de tomada de decisão sob o enfoque cognitivo. **Rev. Adm.UFSM**, Santa Maria-RS, v. 3, n. 2, p. 260-268, mai./ago. 2010. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2/index.php/reaufsm/article/view/2347/1414>>. Acesso em: 11/09/2011.

SANCHES, Maria Teresa C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (supl.), p. S155-S162, 2004.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy *et al.* (org). **Os dizeres da boca em Curitiba – Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis**. Rio de Janeiro-RJ: CEBES, 2002. Disponível em: <<http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/publicacoes.htm>>. Acesso em: 08/08/2011.

VIEIRA, Andrêza Batista Cheloni; MACEDO, Luciana Resende; GONÇALVES, Denise Utsch. O diagnóstico da perda auditiva na infância. *Revista Pediatria*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-49, 2007. Disponível em <www.pediatrinsaopaulo.usp.br/upload/pdf/1201.pdf>. Acesso em: 18/09/2011.

ANEXO

DECRETO DE CURITIBA-PR, Nº 436 DE 05/02/2009

DISPÕE SOBRE ALTERAÇÃO NO ANEXO I, DO DECRETO Nº 1.119/2004.

O PREFEITO MUNICIPAL DE CURITIBA, CAPITAL DO ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições legais que lhe foram conferidas pelo inciso IV, do artigo 72, da Lei Orgânica do Município de Curitiba, DECRETA:

Art. 1º Fica alterada, no Anexo I, do Decreto nº 1.119/2004, a descrição do núcleo básico e acrescenta área de atuação ao cargo de Fonoaudiólogo, na forma do anexo, deste decreto.

Art. 2º Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO 29 DE MARÇO, em 5 de fevereiro de 2009.

Carlos Alberto Richa
Prefeito Municipal

Paulo Afonso Schmidt
Secretário Municipal de Recursos Humanos

ANEXO

DESCRIÇÃO DE CARGO

GRUPO OCUPACIONAL SEGMENTO

SUPERIOR INFRA-ESTRUTURA E/OU SAÚDE/SOCIAL

CARGO CARGA HORÁRIA SEMANAL

FONOAUDIÓLOGO 40 HORAS

NÚCLEO BÁSICO: Desempenhar atividades de supervisão, coordenação, programação, pesquisa e/ou execução especializada, relativa à prática profissional de fonoaudiologia nas áreas de atuação.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

ÁREAS DE ATUAÇÃO:

EM EDUCAÇÃO

- * Orientar, avaliar e elaborar programas de atendimento da comunicação oral e escrita, voz e audição dos educandos, emitindo parecer diagnóstico.
- * Orientar e atender educandos que necessitem de reabilitação e reeducação fonoaudiológica, encaminhando-os para serviços ou profissionais específicos, quando necessário.
- * Orientar o corpo docente e administrativo das escolas de ensino regular e outras instituições, quanto às características do desenvolvimento dos alunos avaliados, bem como sugerir estratégias diferenciadas para serem trabalhadas com o educando na escola, em classe de ensino regular ou em modalidades de atendimento em Educação Especial.
- * Orientar a família quanto a atitudes e responsabilidades no processo de educação e/ou reabilitação do educando.
- * Acompanhar o desenvolvimento do educando na escola regular e/ou outras modalidades de atendimento em Educação Especial.
- * Analisar e elaborar relatórios específicos da sua área de atuação, individualmente ou em conjunto com outros profissionais.
- * Participar de equipe multiprofissional visando a avaliação diagnóstica, estudo de caso, atendimento e encaminhamento de educandos.

- * Participar e contribuir junto à comunidade em programas de prevenção, identificação, encaminhamento e atendimento de educandos portadores de necessidades específicas.
- * Realizar assessoramento psicoeducacional junto aos profissionais que atuam diretamente com o educando portador de necessidades especiais.
Ministrar palestras ou cursos quando solicitado.
- * Atuar como assistente técnico, em processos judiciais, quando solicitado.
- * Prestar atendimento ao cidadão, na sua área de atuação, quando solicitado.
- * Participar de equipe multiprofissional visando a programação, execução e avaliação de atividades de sua área de competência.
- * Participar de comissões e grupos de trabalho diversos, sempre que solicitado.
- * Incentivar, assessorar o controle social em sua área de atuação, promovendo a participação dos segmentos envolvidos.
- * Realizar pesquisas, objetivando o planejamento e desenvolvimento dos serviços.
Desempenhar outras atividades correlatas.

EM SAÚDE OCUPACIONAL

- * Assessorar a RHSO quanto às atividades que exigem demanda vocal.
- * Desenvolver ações educativas no âmbito da saúde ocupacional.
- * Contribuir tecnicamente nos programas especiais desenvolvidos pela Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC).
- * Elaborar plano de ação junto às gerências e/ou servidores para multiplicar ações de saúde ocupacional com base nos dados epidemiológicos.
- * Assessorar RHSO quanto ao risco ruído.
- * Elaborar material informativo sobre ruído e conservação auditiva.
- * Assessorar médicos do trabalho na avaliação comparativa das audiometrias de referência com as seqüências.
- * Assessorar a equipe de saúde ocupacional na escolha do protetor auditivo a ser utilizado.
- * Orientar individualmente o trabalhador que se apresentar resistente às orientações sobre conservação auditiva.
- * Orientar chefes e supervisores quanto ao Programa de Conservação Auditiva e sua responsabilidade nesse.
- * Elaborar instrumento de avaliação do Programa de Conservação Auditiva.
- * Ministrar palestras ou cursos, quando solicitado.
- * Atuar como assistente técnico, em processos judiciais, quando solicitado.
- * Prestar atendimento ao cidadão, na sua área de atuação, quando solicitado.
- * Participar de equipe multiprofissional visando a programação, execução e avaliação de atividades de sua área de competência.
- * Participar de comissões e grupos de trabalho diversos, sempre que solicitado.
- * Incentivar e assessorar o controle social em sua área de atuação, promovendo a participação dos segmentos envolvidos.
- * Realizar pesquisas objetivando o planejamento e desenvolvimento dos serviços.
- * Desempenhar outras atividades correlatas.

EM SAÚDE

- * Orientar, avaliar e elaborar programas de atendimento da comunicação oral e escrita, voz e audição dos cidadãos, emitindo parecer diagnóstico.
- * Orientar e atender cidadãos que necessitem de reabilitação e reeducação fonoaudiológica, encaminhando-as para serviços ou profissionais específicos, quando necessário.
- * Analisar e elaborar relatórios específicos da sua área de atuação, individualmente ou em conjunto com outros profissionais.
- * Participar de equipe multiprofissional visando a avaliação diagnóstica, estudo de caso, atendimento e encaminhamento de cidadãos com necessidades em saúde.
- * Participar e contribuir junto à comunidade em programas de prevenção, promoção e reabilitação à saúde do cidadão, família e comunidade.
- * Realizar assessoramento junto aos profissionais que atuam diretamente com o cidadão portador de necessidades fonoaudiológicas.
- * Ministrar palestras ou cursos, quando solicitado na sua área de atuação.
- * Atuar como assistente técnico, em processos judiciais, quando solicitado.
- * Participar de equipe multiprofissional visando a programação, execução e avaliação de atividades de sua área de competência.

- * Participar de comissões e grupos de trabalho diversos, sempre que solicitado.
- * Incentivar e assessorar o controle social em sua área de atuação, promovendo a participação dos segmentos envolvidos.
- * Realizar pesquisas objetivando o planejamento e desenvolvimento dos serviços.
- * Desempenhar outras atividades correlatas.

ESCOLARIDADE

Superior Completo - Graduação em Fonoaudiologia.

FORMAÇÃO ESPECÍFICA

Registro no respectivo Conselho Regional.

LOTAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/ EDUCAÇÃO/RECURSOS HUMANOS.

Publicado no sistema em: 28/01/2010