

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE

SANDRA APARECIDA DE JESUS OLIVEIRA

**PROJETO DE INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM CURITIBA**

CURITIBA
2014

SANDRA APARECIDA DE JESUS OLIVEIRA

**PROJETO DE INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM CURITIBA**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Me. Paulo de Oliveira Perna

CURITIBA

2014

RESUMO

A Fonoaudiologia, enquanto ciência, busca o bem-estar do indivíduo e sua comunidade. O homem se constrói nas relações sociais, que são permeadas pela linguagem. No contexto de saúde mais abrangente, onde a visão reducionista e biomédica da doença não atende ao princípio da integralidade, e quando se pensa numa concepção ampliada de saúde, com práticas de autocuidado e autonomia humanos, vê-se aí a capacidade da Fonoaudiologia de interferir positivamente para e no processo de emancipação da população, onde o sujeito passa a ter posição ativa. A Fonoaudiologia é a área do conhecimento que trabalha com a comunicação humana, possibilitando a construção de conhecimentos, a adoção de uma postura crítica e ativa, e, portanto, auxiliando no desenvolvimento da capacidade do sujeito de compreender e agir sobre si mesmo e sobre sua realidade. É preciso lembrar que ações voltadas à cura e reabilitação clínicas não estão sendo negadas, mas o que se quer fortalecer são ações em saúde que privilegiem o atendimento integral ao indivíduo e seu meio social, com ações voltadas à promoção e prevenção, incluindo cura e reabilitação quando necessárias, e de acordo com as necessidades percebidas e apresentadas pela população. É neste sentido que este projeto foi elaborado, em que se propõe a possibilidade de trabalho fonoaudiológico voltada ao atendimento integral da população curitibana, com a inserção direta do profissional Fonoaudiólogo na Atenção Básica à Saúde, mais especificamente nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com a inserção do Fonoaudiólogo nos NASF, entende-se que se avança mais um importante passo para a concretização dos princípios do SUS em Curitiba: *universalidade* (acesso à saúde para todos), *integralidade* (oferta de serviços de saúde, de forma adequada e completa, de acordo com a necessidade individual ou da população, em todos os níveis de atenção e fases da vida) e *igualdade de acesso*.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEREST	Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COA	Centro de Orientação e Atendimento
DS	Distrito Sanitário
EMEE	Escola Municipal de Educação Especial
ESF	Estratégia Saúde da Família
NAAPS	Núcleo de Apoio à Atenção Primária à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMC	Prefeitura Municipal de Curitiba
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA	5
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	7
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO	7
1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	7
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	8
2.1 A FONODIOLOGIA NA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA	8
2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	9
2.3 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	9
2.4 A LINGUAGEM E O DESENVOLVIMENTO HUMANO	12
3. METODOLOGIA	13
4. A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA	14
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	14
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	16
5. PROPOSTA	20
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	25
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO	26
5.3 RECURSOS.....	26
5.4 RESULTADOS ESPERADOS.....	27
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	28
6. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

À luz da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 declarou a saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado garantir esse direito. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido para tal finalidade, sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, e sustentado pelos princípios da universalidade, da igualdade do acesso, integralidade e controle social por parte da população. No SUS, a rede de cuidados está organizada em níveis de atenção básica, média e alta complexidade, uma estruturação que objetiva, mediante programação e planejamento adequados, ofertar ações de saúde em todos os níveis (CAMPOS, *et al.* 2013), tendo todos eles a mesma relevância.

Nestes 25 anos de existência, o SUS continua em processo de estruturação e nele a visão biomédica da doença, que privilegia as medidas curativas, já não cabe mais. Na Lei n.º 8080, no seu artigo 3.º, a saúde é conceituada de uma forma bastante ampla, e não apenas como ausência de doença, como costumava ser tratada antes:

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 e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato da população com o sistema de saúde, para atendê-la em todas as suas necessidades e problemas nesse campo, e deve estar voltada à atenção das pessoas em todas as fases da vida, garantindo continuidade e integralidade da atenção. Em nosso país, a APS acabou sendo mais conhecida como Atenção Básica (ABS), e é nessa forma que ela integra a maior parte dos documentos oficiais que tratam da política.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), institucionalizada em 1994, é a porta de entrada prioritária no sistema público de saúde, e é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS. Na ESF, as equipes são

responsáveis pelo acompanhamento da população adscrita a um determinado território, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A redução de danos e a manutenção da saúde das pessoas se faz tendo em consideração os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2011). Pela ESF, a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, ou seja, no seu território, permitindo uma compreensão ampliada dos processos sociais que produzem a saúde e a doença.

A proposta de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge mais tarde, com o objetivo de “apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e gestão” (BRASIL, 2009, p. 10) da Atenção Básica e amplia o número de profissionais atuando na ESF.

O sistema de saúde de Curitiba também evoluiu bastante, como dimensão municipal do SUS, entretanto apresenta limitações que precisam ser constantemente superadas. Uma delas, e que interessa sobremaneira a este projeto, é a atuação do Fonoaudiólogo. Atualmente, nos poucos espaços ocupados pelo profissional na Prefeitura Municipal de Curitiba, ela está estagnada no “modelo assistencial curativo incremental” (SALTINI, 2011, p.8) e o serviço de Fonoaudiologia não é “porta aberta”; está limitado ao modelo de características “elitista e excludente”, atendendo apenas à população de escolares da rede municipal de ensino com dificuldade de aprendizagem, e tendo sua base de ação em equipamentos da Secretaria Municipal de Educação (SME). Embora este seja um trabalho que mereça toda a atenção e suporte, pois através dele também se oportuniza o direito à saúde ampliada daquele grupo de usuários (os estudantes), a atuação do Fonoaudiólogo não pode ficar circunscrita apenas a ele.

Além disso, como não existe o serviço de Fonoaudiologia na Atenção Básica do município de Curitiba, há uma demanda reprimida e desconhecida para a própria categoria de Fonoaudiólogos.

Diante deste quadro, acreditamos ser de fundamental importância formular uma proposta que trate da inserção da Fonoaudiologia na Atenção Básica do município de Curitiba, o que possibilitará a toda população uma atenção mais integral.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Propor a inserção da Fonoaudiologia na rede de serviços de Atenção Básica do município de Curitiba.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

- Identificar e descrever as ações do Fonoaudiólogo no Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).
- Caracterizar a atuação do profissional da Fonoaudiologia no NASF.

1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

Considerando as atuais atribuições do Fonoaudiólogo, segundo a Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), conforme descrito no Decreto Municipal n.º 1.506/2011, e a nova regulamentação da Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, descrita no Decreto Municipal n.º 560/2013, faz-se necessária a formulação de propostas para a atuação desse profissional.

Essa atuação deve ser pensada de forma a expandir o acesso da população aos serviços de saúde. Assim, quanto mais próximo do usuário estiver o profissional da Fonoaudiologia, também mais conhecidas tendem a ser as necessidades desse campo específico da atenção à saúde. Estando o profissional mais próximo à população, no seu território, será possível reconhecer e priorizar os problemas, além de criar parâmetros para o planejamento de ações em saúde.

Com a inserção plena do Fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entendemos que se avança na realização dos princípios do SUS: universalidade (acesso à saúde para todos), integralidade (oferta de serviços de saúde, de forma adequada e completa, de acordo com a necessidade individual ou da população, em todos os níveis) e igualdade de acesso. Futuramente, essa inserção do Fonoaudiólogo poderá se ampliar para outros momentos do processo de assistência à saúde, mas avaliamos que estes serão vislumbrados a partir da implementação plena da etapa aqui proposta.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 A FONOAUDIOLOGIA NA POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA

A Fonoaudiologia, enquanto ciência, busca o bem-estar do indivíduo e de sua comunidade e tem como objeto de estudo a comunicação humana. De acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), o fonoaudiólogo é o profissional

responsável pela promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos nas funções auditiva periférica, central e vestibular, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical e na deglutição. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2007, p. 6).

Na década de 30 do século passado, o Fonoaudiólogo estava voltado essencialmente para a saúde escolar. A formação acadêmica deste profissional, iniciada no Brasil em 1961-62, era voltada para atividades de reabilitação de doenças ou distúrbios de comunicação que privilegiavam a clínica individual. Para Penteado e Servilha (2004), estas práticas configuravam-se como excludentes e elitistas, onde a atuação reduzia-se à realização de testes e exames, levantamento de queixas, conhecimento da sintomatologia e classificação dos indivíduos como doentes ou não, com as ações terapêuticas voltadas para a neutralização dos distúrbios e sintomas identificados.

De acordo com Moreira e Mota (2009), ainda na década de 70, os fonoaudiólogos iniciaram suas atividades no sistema público, atuando junto às Secretarias Estaduais de Educação e de Saúde, mas com os mesmos modelos dos consultórios privados.

Com a criação do SUS, em 1988, a saúde tornou-se direito de todo cidadão e foi reconhecida como determinada por condições socioeconômicas de vida em sociedade, com condicionantes ambientais e culturais.

Iniciou-se, a partir daí, o processo de construção do SUS, incorporando a mudança de concepção de saúde e promovendo a reorganização dos serviços, a mudança do modelo de atenção à saúde, a ampliação do quadro público de profissionais (entre elas o fonoaudiólogo) e influenciando para uma mudança na formação do profissional de saúde, de um modo geral.

Os primeiros profissionais contratados foram então lotados em unidades de saúde e iniciou-se aí a atuação da Fonoaudiologia na APS. (MOREIRA; MOTA, 2009).

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Starfield (2002) argumenta que para a APS otimizar a saúde, ela deve focar as pessoas e os determinantes – meio social e físico, onde as pessoas vivem e trabalham – deixando de lado a visão reducionista do indivíduo e seu processo de doença/enfermidade. Enfim, a APS tem o objetivo de maximizar a saúde e bem-estar da população adscrita a um serviço, e por ser mais adaptável nas suas práticas e processos, é capaz de responder às necessidades sociais de saúde, em constates mudanças.

Por sua vez, a ESF, institucionalizada em 1994, é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, e tida como forma de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Esta última se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A principal intenção da ESF é reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, aproximando a estrutura de serviços de saúde das famílias e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida da população. Um dos focos principais da ESF é o de fomentar a promoção de saúde humana num dado território.

2.3 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surge em 2008, com a Portaria GM n.º154, com o principal objetivo de:

apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de **ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica**, e **aumentar a resolutividade** dela, reforçando os processo de territorialização e regionalização em saúde. [...]

O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por **objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família**. (BRASIL, 2009, p. 10-11) (original sem grifos).

Os NASF são constituídos por uma equipe de profissionais de diferentes áreas do conhecimento – dentre elas a Fonoaudiologia – que atuam de maneira integrada e em conjunto com as equipes das Unidades de Saúde da ESF, compartilhando e apoiando o trabalho em saúde nos territórios sob responsabilidade daquelas equipes.

A organização dos seus processos de trabalho deve focar o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar. A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem das seguintes ferramentas: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.

O *Apoio Matricial* em saúde objetiva assegurar uma retaguarda especializada, de forma dinâmica e interativa, às equipes de referência em ESF. O apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e metodologia para a gestão do trabalho em saúde. Para Campos e Domitti (2007), o apoiador matricial é um especialista que pode agregar saberes e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolutividade da equipe de referência. O funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência torna-a um espaço coletivo, com discussão de casos clínicos, sanitários, de gestão e de organização.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico, sendo que a primeira vai produzir a ação clínica direta com os usuários, enquanto a segunda vai produzir ações de apoio educativo com e para a equipe.

De acordo com Cavalheiro (2009), espera-se que o apoio matricial do NASF auxilie na formulação, reformulação e execução do *Projeto Terapêutico Singular* (PTS), que é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito e/ou família ou coletivo. Este trabalho contribui para a organização de uma linha de cuidados longitudinal, rompendo a fragmentação que impede a efetivação da integralidade do cuidado, considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF:

A integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar

ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras. (BRASIL, 2009, p. 17).

A *Pactuação do Apoio* deve ser vista em suas duas dimensões: a construção do projeto do NASF em conjunto com gestores, ESF e controle social; e a pactuação do processo de trabalho do NASF entre gestores, ESF, NASF e controle social. Neste segundo item é que serão definidos os objetivos a serem alcançados, quais problemas devem ser priorizados, definidos os critérios de encaminhamento e compartilhamento de casos, os critérios de avaliação da equipe e apoiadores, bem como o gerenciamento resolutivo de conflitos.

Em suma, os principais pontos na missão do NASF são:

- a) O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, [...];
- c) A equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para a gestão do cuidado, reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O Nasf deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. (BRASIL, 2009, p. 16).

Entende-se por *humanização* a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, desde aqueles que são a finalidade última do sistema de saúde, os usuários, até os profissionais de saúde e os gestores, em todos os níveis da estrutura. Por sua vez, os valores norteadores do processo de produção de saúde são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos, corresponsabilidade, vínculo solidário e a participação coletiva na gestão.

Por sua vez, o *acolhimento* é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS e implica uma postura ética na escuta qualificada do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde-doença, na construção de vínculo e na responsabilização do serviço pela resolução, o que faz com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Outro conceito de importância para o tema em questão é o de *Promoção da Saúde*. Para Czeresnia (2003), promoção da saúde refere-se à medidas que servem

para aumentar a saúde e o bem-estar. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, indicando uma posição positiva e abrangente para o desenvolvimento humano. Por isso, a promoção da saúde implica em abordagens educativas democráticas, participativas, problematizadoras e transformadoras:

A ideia de promoção envolve a de **fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde**. [...] Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. (CZERESNIA, 2003, p. 5) (original sem grifos).

2.4 A LINGUAGEM E O DESENVOLVIMENTO HUMANO

A linguagem e a comunicação fazem a diferença na vida das pessoas, estimulando o indivíduo a refletir sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. De acordo com Pentead e Servilha (2004), ela é fundamental em todas as etapas do desenvolvimento humano, desde a vida intra-uterina/neonatal até a senilidade. Para Moreira e Mota (2009):

os aspectos de fala, da linguagem e da audição devem ser considerados atributos da saúde uma vez que suas manifestações patológicas abalam a competência e o desempenho comunicativo verbal e não verbal, intra e interpessoal. [...] **essas manifestações patológicas limitam a capacidade do ser humano criar e transformar o mundo**, através do poder da palavra, gerando um enorme impacto na experiência pessoal e **comprometendo a qualidade de vida**. [...] **a habilidade comunicativa é um dos maiores contribuintes para a qualidade de vida**. (MOREIRA; MOTA, p. 519) (original sem grifos).

A linguagem e a comunicação humana são objetos da Ciência Fonoaudiológica. A linguagem estabelece vínculos sociais e afetivos, propicia a aprendizagem através da transmissão de conhecimento e da cultura, promove interação social e contribui para a integridade emocional do indivíduo. A linguagem, aqui, é entendida como constitutiva do sujeito. Eis como se configura o campo de atuação do fonoaudiólogo, e que com este projeto se pretende expandir na cidade de Curitiba, para ampliar o acesso da população a este campo específico da saúde humana.

3 METODOLOGIA

Na elaboração deste projeto foi empregado o método da pesquisa bibliográfica, além da incorporação de dados e reflexões resultantes da experiência acumulada na prática fonoaudiológica no serviço público.

4 A ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

Em 1963, tiveram início os serviços em Saúde Pública em Curitiba. No final daquela década, iniciou-se a atenção odontológica na rede municipal de educação e estruturou-se o Departamento de Bem-Estar Social, com uma Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária.

Em 1979, é criado o Departamento de Desenvolvimento Social, e sua Diretoria de Saúde adota as premissas da *Atenção Primária à Saúde*, seguindo as recomendações da 1.^a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é criada em 1986. Em 1991 é realizada a 1.^a Conferência Municipal de Saúde de Curitiba e é constituído o Conselho Municipal de Saúde. Em 1992, avançando na descentralização, a SMS implanta 7 Núcleos Regionais de Saúde e cria, em nível central, os Departamentos de Saúde Ambiental, Planejamento em Saúde, Assistência à Saúde e Epidemiologia em Saúde. E inicia-se a implantação da ESF.

Em 1995, a SMS habilita-se à Gestão Semiplena do SUS, adere ao Programa Saúde da Família Nacional e constrói o primeiro hospital público municipal, o Centro Médico Comunitário Bairro Novo. Em 1997, através de uma reestruturação administrativa, a SMS cria os Centros de Assistência à Saúde, de Informação em Saúde, de Saúde Ambiental, de Epidemiologia e de Controle, Avaliação e Auditoria. E os Núcleos Regionais de Saúde passaram a ser denominados de Distritos Sanitários (DS).

No ano de 1998, Curitiba habilita-se à Gestão Plena do SUS e tem início programas e ações num sistema integrado de redes de atenção, como o Programa Mãe Curitibana, o Programa de Saúde Mental Comunitária e o Programa contra o Tabagismo. Iniciou-se, também, a informatização da rede municipal de saúde, introduzindo-se o Prontuário Eletrônico.

Em 2001, o modelo de atenção da saúde é reorientado com base no conceito de Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS, buscando a integração em rede dos diversos pontos de atenção do sistema. Em 2002, são estabelecidos Contratos de Gestão entre SMS, DS e Unidades de Saúde (US), que foram

operacionalizados através dos Planos Operativos Anuais, ferramenta que permitiu monitoramento e avaliação dos resultados para redirecionamento das ações, quando necessário. Em 2006, é implantada a Ouvidoria em Saúde, promovendo e ampliando o Controle Social. Em 2007, Curitiba adere ao Pacto pela Saúde.

A inserção do Fonoaudiólogo no quadro funcional da SMS/PMC ocorreu entre 2004 e 2005 (CONRADT, 2010).

Em 2009, são implantados 29 Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAPS). Em 2011, acontece a 11.^a Conferência Municipal de Saúde com o tema “SUS – Patrimônio do Povo Brasileiro, Controle Social em Curitiba – 20 Anos de Construção”. Ao final de 2012, a cobertura populacional atendida pela ESF atingiu 38,06% da população. Atualmente 51% da população conta com a cobertura da ESF.

Atualmente, os serviços de atenção à saúde da SMS estão estruturados em rede – a US é sempre o ponto de partida e acompanhamento da assistência ao usuário –, dividida em 9 Distritos Sanitários, totalizando 109 US, sendo 46 Unidades Básicas de Saúde; 63 US com ESF, 108 Clínicas Odontológicas (integradas às US); ainda complementam a rede: 08 Unidades de Ponto Atendimento (UPA); 07 Centros de Especialidades; 03 Centros de Especialidades Odontológicas; 13 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS); 01 Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS (COA); 02 Hospitais Municipais; 01 Laboratório Municipal; Equipes da Saúde em Centros Municipais de Atendimento Especializado (CMAE) e Escolas Municipais de Educação Especial (EMEE).

Em 2013, através do Decreto n.º 560, é estabelecida nova regulamentação para a APS na SMS, pelo qual fica alterada a nomenclatura NAAPS para NASF, segundo a Política Nacional de Atenção Básica; o mesmo decreto também amplia o leque de servidores para 14 categorias profissionais, algumas não contempladas anteriormente, como o Fonoaudiólogo.

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A SMS mantém profissionais de saúde em 03 Ambulatórios de Saúde Mental das Escolas Municipais de Educação Especial (EMEE), nos quais se realiza atendimento para os alunos matriculados que apresentam deficiência intelectual e que necessitam de atendimento individual especializado; também se realiza atendimento à comunidade escolar na área de estimulação precoce. Os atendimentos são realizados de maneira interdisciplinar com orientação paralela à família dos escolares.

O atendimento a crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem que frequentam o ensino fundamental das escolas municipais também é feito em 08 Centros Municipais de Atendimento Especializado (CMAE). Nestes serviços são realizados a Avaliação Diagnóstica Psicoeducacional e os atendimentos individualizados nas áreas de saúde e educacional, com profissionais da Psicologia e Fonoaudiologia. Tanto as EMEE quanto os CMAE são equipamentos administrados pela SME.

Saltini (2011) e Campos, *et al.* (2013) descreveram a problemática que está sendo abordada neste projeto: há 10 fonoaudiólogas, lotadas nos Distritos Sanitários da SMS, e que, no entanto, exercem suas atividades funcionais nas EMEE e CMAE, que como visto acima estão no âmbito da Secretaria Municipal de Educação.

Ora, nesta conformação, o serviço de Fonoaudiologia ofertado atualmente no município de Curitiba – embora necessário nos espaços já mencionados – não condiz com os princípios do SUS, pois, em nossa ótica, “escapa da natureza de ser um serviço universal, de natureza integral e com acesso igualitário” (SALTINI, 2011, p. 26).

Os CMAE ofertam atendimento terapêutico e educacional somente à alunos da rede municipal de ensino, restringindo assim o acesso à apenas uma parcela do universo de usuários. E mesmo assim, o atendimento fonoaudiológico ofertado se dá em nível de atenção secundária, tendo em vista que já há alguma “patologia fonoaudiológica” instalada e o objetivo da intervenção fonoaudiológica é restrito à natureza curativa. Assim realizada, a assistência passa a ser excludente e de alguma forma elitista, focada no indivíduo isolado de seu contexto sócio-histórico-cultural, e onde o fio condutor é a patologia ou agravo já instalado.

Nos ambulatórios de Saúde Mental das EMEE, os atendimentos fonoaudiológicos destinam-se a bebês de até 03 anos de idade, encaminhados pela rede municipal de saúde e que necessitam de atendimento precoce, e também aos educandos provindos das próprias escolas às quais os ambulatórios estão vinculados. O atendimento fonoaudiológico caracteriza-se, também, por intervenção em nível secundário, na tentativa de interceptar quadros patológicos em andamento, minimizando ou retardando sua evolução.

Para os usuários que não se encaixam nas delimitações acima são ofertados os serviços fonoaudiológicos, também, em nível secundário/especializado, porém, na rede conveniada ao SUS na cidade de Curitiba.

Saltini (2011) define pontualmente e de forma clara o panorama atual da atuação fonoaudiológica em Curitiba:

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. (SALTINI, 2011, p. 27).

O modelo curativo limita o papel do fonoaudiólogo, enquanto que na promoção da saúde este profissional pode exercer um importante papel, na medida em que, com ele, a linguagem/comunicação passa a ser colocada a serviço do processo de empoderamento pessoal e coletivo.

Para as autoras Molini-Avejonas, Mendes e Amato (2010):

A Atenção Básica envolve um conjunto de ações promotoras de saúde tanto no contexto individual como no coletivo e atua na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, tratamento, reabilitação e na manutenção da saúde. Nessa dimensão, a incorporação do conceito ampliado de saúde, que a associa às condições de vida, norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um **serviço de saúde universal, integral, eficaz, eficiente, com equidade e participação popular** fez-se necessária. (MOLINI-AVEJONAS, MENDES E AMATO, 2010, p. 466) (original sem grifos).

O compromisso do SUS com a *integralidade* da atenção forja novos processos de cuidados à saúde, considerando a família como parte integrante do processo e enfocando a promoção da saúde no âmbito dos processos sociais. O sujeito usuário não fica reduzido à mera condição de portador de uma doença que lhe provoca sofrimento.

Hoje, o serviço público de Fonoaudiologia em Curitiba não entra no fluxo dos demais serviços de saúde, pois, além de não atuar em equipamentos da SMS, não se constitui em porta aberta à rede, e não tem acesso ao prontuário eletrônico. Ou seja, os atendimentos fonoaudiológicos não “aparecem” para a SMS, não há contato com a US e/ou ESF de referência do escolar atendido, o que resulta num mascaramento da demanda, pois se ações de prevenção não forem iniciadas, a assistência somente atuará sobre os sintomas dos problemas e não sobre suas causas.

Mendes (2004) já indicava a necessidade de 01 fonoaudiólogo para um grupo de 20.000 habitantes e assevera que o fonoaudiólogo deve organizar suas práticas em bases territoriais bem definidas, conhecendo o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde da população adscrita, o fonoaudiólogo da Atenção Básica será responsável pelo processo de cuidado de 90% dos agravos fonoaudiológicos da população.

Assim, a atuação fonoaudiológica engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana, em todos os ciclos da vida, podendo, portanto, estar inserida nas US, nos ambulatórios de especialidades, CAPS, nos hospitais, em unidades educacionais, domicílios, e outros recursos da comunidade.

Em março de 2013, um grupo formado por 05 fonoaudiólogas da Prefeitura Municipal de Curitiba, elaborou o artigo “ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: Proposta para a Prefeitura Municipal de Curitiba – PMC”. Esse trabalho foi apresentado no 1.º Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento, realizado pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná, no mês de junho. Como parte do artigo foi elaborada uma “Carta de Serviços em Fonoaudiologia”, conforme consta no Apêndice.

Naquele artigo, foram descritas cinco grandes áreas da Fonoaudiologia que podem ser trabalhadas na Atenção Básica. Para elaboração do referido projeto, foi abordada a “Rede de Atenção Básica à Saúde”, pois o NASF busca superar a lógica fragmentada da saúde para construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. Ao mesmo tempo, o NASF pode abranger todas as demais áreas contidas na Carta de Serviços – Saúde Materno-Infantil, Saúde do Idoso e Serviço de Atenção Domiciliar – e outras que ficaram de fora, como é o caso de ações em Saúde Mental. É importante destacar que para cada área foi realizado

levantamento de leis, portarias e decretos – nas esferas federal, estadual e municipal –, que fundamentam a atuação do profissional Fonoaudiólogo com as diretrizes preconizadas pelo SUS.

Restaria, por último, mas não menos importante, lembrar que a inserção do Fonoaudiólogo na rede de Atenção Básica é uma reivindicação registrada na 11.^a Conferência Municipal de Saúde, conforme consta no Relatório Final, no item de nº 295:

Fortalecer as ações de promoção de saúde e de qualidade de vida por meio da ampliação do número de equipes (NAAPS) e inclusive com **a inclusão de outras categorias profissionais como**, por exemplo: terapeuta ocupacional, **fonoaudiólogo** e assistente social. Visando o fortalecimento das atividades educativas, preventivas, de assistência domiciliar, incentivo às práticas de saúde em empresas escolas e associações de forma articulada com a equipe multidisciplinar da US e CLS com objetivo de estimular adoção de hábitos saudáveis de vida. (CURITIBA, 2011, p. 58) (original sem grifos).

O Fonoaudiólogo também foi lembrado numa das moções de apoio da 11.^a Conferência Municipal, cujo texto indica: “Incluir o profissional Fonoaudiólogo no NAAPS para fazer parte da equipe e dar atendimento aos pacientes com distúrbio de deglutição.” (CURITIBA, 2011, p. 154).

Na última Conferência Municipal de Saúde, a 12.^a, realizada em novembro de 2013, novamente o Fonoaudiólogo foi reivindicado pela população.

5 PROPOSTA

Em Curitiba, o Decreto n.º 560/2013 incluiu o Fonoaudiólogo como profissional no rol das profissões que poderão atuar no NASF. A composição dos NASF é definida pelos gestores municipais, mediante critérios de prioridade apontados pela comunidade, por estudos epidemiológicos, por particularidades de cada território e pela disponibilidade dos diferentes profissionais. (BRASIL, 2008, 2009, 2011).

A inserção do Fonoaudiólogo na Atenção Básica objetiva contemplar os diferentes níveis de Atenção à Saúde, conforme preconizado pelo SUS, o que significa promover prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde nas diferentes fases da vida. Assim, apresentamos um processo de trabalho e planejamento das possíveis ações que o Fonoaudiólogo poderá desenvolver no NASF, tendo em vista que cada território tem suas demandas específicas e que o NASF deve atuar e pactuar suas ações junto às equipes da ESF. Espera-se que os argumentos descritos servirão de base para o trabalho fonoaudiológico, agora numa nova área de abrangência, os NASF do município de Curitiba.

É importante destacar que a produção dos processos de cuidado à saúde vem passando por uma série de mudanças, ao longo dos últimos 25 anos, e tem exigido dos profissionais a incorporação de saberes sobre o trabalho em saúde e o desenvolvimento de novas competências e habilidades, entre as quais destacam-se a capacidade de trabalho em equipe e de criação e condução de projetos terapêuticos, a partir de conceitos como clínica ampliada e apoio matricial. Em outros termos, a assistência exige a apropriação de um novo campo conceitual expresso nas diretrizes das políticas públicas do SUS, conforme ilustrado por Molini-Avejonas, Mendes e Amato (2010, p. 466) a idéia de Mendes (2009):

Modelo tradicional

- 1) Baixa capacidade resolutiva e poucos instrumentos para compreender e agir sobre os determinantes que interferem no processo saúde doença;
- 2) Redução da complexidade dos problemas das pessoas à dimensão biológica;
- 3) Serviços transformados em grandes ambulatorios de consultas; processo automatizado no cumprimento de tarefas;
- 4) Práticas centralizadas no profissional médico.

Clínica Ampliada

- 1) Formação de equipe territoriais – visão territorial; formação de equipes multiprofissionais – olhar transdisciplinar;
- 2) Compreensão do sujeito em seu contexto e compromisso com o sujeito e não com a sua doença.
- 3) Constituição de redes de cuidado – PTS; articulação entre diferentes níveis do sistema; práticas que gerem construção de PTS;
- 4) Criação de vínculo entre profissionais e usuários.

Fonte: MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010.

O apoio matricial – razão primeira da existência dos NASF – visa o estabelecimento de relações e responsabilização pelas ações das equipes básicas, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde e deve permear sempre a atuação fonoaudiológica.

A atuação do fonoaudiólogo no NASF engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana, sejam nos campos da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala, da audição, assim como do equilíbrio, do sistema miofuncional orofacial e da deglutição. Junto a outros profissionais, o fonoaudiólogo procurará instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários, por meio da qualificação e complementaridade das equipes da ESF.

O fonoaudiólogo pode desenvolver as seguintes atividades dentro do NASF, não esgotando aqui seu leque de atribuições:

- Realizar mapeamento das áreas de atuação, obtendo informações sociodemográficas e epidemiológicas do território. (BRASIL, 2009; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).
- Levantar indicadores de alterações fonoaudiológicas das áreas mapeadas, com objetivo de traçar perfil epidemiológico regionalizado e, posteriormente, com esses dados, subsidiar as definições das políticas de saúde mais adequadas às populações locais. (CAMPOS, et al. 2013; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006).
- Diagnosticar e levantar problemas de saúde que requeiram ações preventivas, tanto para prevenção de deficiências, como para a atenção às alterações já instaladas e com necessidade de reabilitação. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Buscar soluções para os problemas e demandas encontradas, pactuando e estabelecendo prioridades com a comunidade e com a equipe da ESF. (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006).
- Elaborar protocolos e construção de fluxos do Serviço de Fonoaudiologia, de modo a orientar o atendimento fonoaudiológico. (CAMPOS, et al. 2013).

- Participar de equipe multiprofissional na clínica ampliada e equipe de referência, com vistas a auxiliar na elaboração e condução do PTS. (BRASIL, 2009; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).
- Elaborar PTS, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares e desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, b).
- Colaborar na elaboração das ações de Educação em Saúde. (BRASIL, 2009; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).
- Acolher demandas, provenientes das equipes da ESF que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado, mesmo com o atendimento em outros níveis de atenção. (BRASIL, 2009).
- Auxiliar no desenvolvimento de projetos para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e da população. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Efetivar estratégias que visem o acompanhamento das crianças que apresentem risco para alteração no desenvolvimento. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Incentivar o aleitamento materno, destacando o desenvolvimento orofacial relacionado à amamentação, alimentação e cuidados com hábitos orais. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).
- Promover conscientização e conhecimento aos usuários em nível do desenvolvimento infantil de fala, linguagem e habilidades cognitivas, e desenvolvimento das habilidades auditivas, diagnóstico precoce da deficiência auditiva e aspectos gerais do desenvolvimento motor e psicossocial. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).
- Prevenir a instalação de alterações fonoaudiológicas, incapacidades e deficiências em todas as fases da vida dos usuários. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).

- Acompanhar e orientar os processos de alfabetização e de aprendizagem, por intermédio de ações intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola, desenvolvendo, em conjunto, atividades de prevenção e recuperação, se necessárias. (BRASIL, 2009; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, b).
- Acompanhar e orientar, junto às ESF, os equipamentos sociais existentes, incluindo a orientação de profissionais de escolas, creches e outras instituições que atendam menores de cinco anos, com foco na abordagem aos problemas da comunicação humana. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Coordenar o cuidado de usuários que requeiram atendimento em nível de reabilitação ou atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Desenvolver atividades de reabilitação, priorizando atividades coletivas, dando-se especial atenção aos usuários de 0 a 5 anos e os com alterações decorrentes do processo do envelhecimento, com alterações de comunicação, mastigação e deglutição. (SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).
- Apoiar de forma matricial e capacitar as equipes nos diagnósticos precoces das disfagias, buscando uma deglutição segura e eficaz, e reduzindo a mortalidade de usuários por complicações pulmonares. (CAMPOS, et al. 2013).
- Apoiar de forma matricial e acompanhar a transição alimentar dos lactentes e usuários com via alternativa de alimentação. (CAMPOS, et al. 2013).
- Realizar visitas domiciliares para matriciamento, orientações, adaptações e acompanhamentos, com especial atenção a usuários com mobilidade reduzida (restritos ao leito ou domicílio) que necessitam de cuidados nos aspectos pertinentes à comunicação e alimentação segura. (BRASIL, 2009; CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO, 2006; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).
- Capacitar, orientar e dar apoio matricial às ações das equipes da ESF e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visando a qualidade na coleta de dados e orientações transmitidas à comunidade. (SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).

- Dar apoio matricial a ESF e famílias no manejo de situações decorrentes de diagnósticos de deficiência auditiva. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no espaço do trabalho e no meio social. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Ser apoiador matricial nas ações de Saúde Mental, tanto da ESF quanto usuários e familiares em risco psicossocial ou de doença mental. (BRASIL, 2009; SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a, b).
- Detectar e diagnosticar problemas ambientais que possam produzir prejuízos à saúde, como o ruído excessivo. (SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA, a).
- Regular, qualificar, priorizar e gerenciar a lista de espera para atendimento em nível secundário para Fonoaudiologia, realizando acompanhamento com usuários e famílias.
- Propor instrumentos de avaliação das ações fonoaudiológicas em consonância com as diretrizes do SUS, da ESF e do NASF. (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.ª REGIÃO, 2006).
- Participar dos processos de planejamentos e gestão na área das políticas públicas. (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.ª REGIÃO, 2006).

Enfim, cabe ao Fonoaudiólogo desenvolver promoção e proteção à saúde, incluindo os aspectos físicos e de comunicação, como o desenvolvimento da consciência sobre cuidados com o corpo (saúde auditiva, vocal, hábitos orais, amamentação, alimentação, controle de ruído, etc.), sempre objetivando o autocuidado e o desenvolvimento do conhecimento e da habilidade de autonomia para escolha de ações com potencial de transformação das condições de vida da população, com o conseqüente aumento na qualidade de vida de cada indivíduo.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

Para que esta proposta possa ser implementada, é preciso:

- Ampliar o quadro funcional de Fonoaudiólogos, visto que, atualmente, o quadro conta apenas com 10 profissionais, número insuficiente para garantir a integralidade do cuidado ao usuário.
- Reunir o grupo de fonoaudiólogos para apresentar o projeto, discutir a proposta e readequá-la, se necessário.
- Propor a criação de uma instância distrital de coordenação dos NASF. A criação desta coordenação deve contemplar o planejamento e gestão dos processos de trabalho das equipes NASF no DS, visto que, atualmente, a coordenação central não consegue atender as demandas locais de todas as equipes NASF.
- Reunir-se com a Coordenadoria do NASF, no Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS/SMS), e com os profissionais dos NASF, para apresentar a proposta e avaliar, em equipe, os objetivos e atribuições do Fonoaudiólogo no NASF, para avaliar a proposta e readequá-la, se necessário.
- Anexar os adendos que se fizerem necessários, após as discussões coletivas.
- Encaminhar oficialmente, ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde, a proposta, enriquecida pelas contribuições das discussões coletivas levadas a cabo nas instâncias já referidas acima.
- Pautar no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Curitiba a apresentação da proposta, visto que este é o espaço público onde se consolida o controle social. O CMS deve participar da elaboração das metas para a atenção à saúde, acompanhar e controlar a execução das ações no campo da saúde municipal.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A implantação desta proposta, por certo, exige que questões orçamentárias sejam enfrentadas, uma vez que sem mais recursos financeiros para a esfera pública, a qualidade dos serviços ficam comprometidas. Assim, o maior desafio para o gestor é fazer ampliar as bases de sustentação financeira do sistema público, e para isso ele deve contar com o suporte político dos movimentos sociais, sem os quais, de fato, a tarefa de administrar se mostrará contraditória.

Assim, os responsáveis pela concretização da proposta seriam os quadros de servidores municipais de saúde, tendo à frente o Secretário Municipal. A responsabilidade pelo monitoramento ficaria a cargo dos coordenadores em nível central e distritais dos NASF, realizado através de relatórios de acompanhamento, instrumentos de avaliação e controle, inclusive dos indicadores de saúde pactuados, bem como reuniões periódicas já instituídas na prática gerencial do SUS municipal.

5.3 RECURSOS

Para a implementação desta proposta faz-se necessária a inclusão de profissionais fonoaudiólogos exclusivos nesses serviços, para desempenhar as funções já elencadas anteriormente. Portanto, é importante lembrar que a inclusão de mais profissionais, segundo a proposta, não se daria em prejuízo do atual quadro de fonoaudiólogos lotados nos CMAE e EMEE. A contratação por concurso público objetiva a fixação dos profissionais nos NASF, o que assegura, do mesmo modo, a linha de cuidado longitudinal prevista na criação do NASF.

Num segundo momento, se faz necessária a capacitação dos profissionais recém-ingressados no quadro funcional, para que estes ofereçam atuação adequada às necessidades da população e pautada nos preceitos do SUS. Para tanto, seriam selecionados profissionais que já atuam na rede, com experiência no trabalho em NASF e ESF, para a organização e execução da capacitação. Esta capacitação teria duração de 40hs – com atividades teóricas e práticas – com as diversas especialidades da ESF, NASF e contatando com a presença do Departamento de Redes, para integração deste profissional ao SUS Curitiba. A capacitação poderá ser

realizada na sede da SMS, com necessidade de reserva de uma sala e material audiovisual.

Quanto à infraestrutura, as atividades no NASF serão realizadas nas US, não sendo necessárias adaptações especiais nas instalações destes locais, com uma ou outra exceção. O que se reforça, isto sim, é que exista a disponibilidade do espaço, que hoje, em geral, tem sido um problema nas US, dada a expansão das ações e competências daqueles serviços de saúde.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

O objetivo desta proposta é fortalecer, antes de tudo, a qualidade da assistência pública em saúde no município de Curitiba. Em seguida, é também esperado que a Fonoaudiologia, compromissada com a transformação da realidade social desigual e excludente, tenha oportunidade de desempenhar seu exercício profissional no âmbito público. Para tanto, a proposta teria as seguintes metas:

- Implantar ações preventivas e de promoção da saúde, no âmbito fonoaudiológico e contribuir solidariamente para as outras áreas;
- Inserir a Fonoaudiologia no fluxo de serviços da saúde em Curitiba;
- Realizar de ações intersetoriais, com objetivo de melhorar a qualidade de vida da população;
- Aumentar a eficiência e eficácia da assistência integral ao usuário, promovendo diagnóstico adequado e continuidade no tratamento multidisciplinar, enfocando sempre o indivíduo social, e não apenas sua enfermidade;
- Realizar capacitação permanente em saúde para as ESF, juntamente com a equipe de ACS, reduzindo e qualificando assim os encaminhamentos aos profissionais do NASF;
- Reduzir o número de encaminhamentos para especialistas e, por consequência, levar à redução das listas de espera para atendimento, resultando em melhoria no fluxo da Atenção Básica;

Em suma, reduzir gastos públicos com o tratamento das alterações fonoaudiológicas nos demais níveis de atenção à saúde.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Esta proposta depende de pactuações políticas, financeiras e intersetoriais dentro e fora da PMC.

Tendo em vista o número reduzido de profissionais fonoaudiólogos, deve ser feita uma agenda racional, priorizando atendimentos compartilhados e apoio técnico-pedagógicos, com apoio matricial. Visto que o número de profissionais fonoaudiólogos é inferior ao ideal e inferior ao número de NASF já em funcionamento no município – atualmente 29.

A partir do momento em que a inserção do fonoaudiólogo estiver consolidada no sistema municipal de saúde, e através de dados obtidos como perfil epidemiológico, número de atendimentos – visitas domiciliares, atendimento compartilhados, PTS desenvolvidos, número de bebês acompanhados com vistas ao levantamento de dados do aleitamento materno exclusivo, acompanhamento auditivo, atividades grupais – a demanda pelo serviço deverá ser estudada após o período de 01 ano, e, se necessário, deve-se proceder ao redimensionamento do número de Fonoaudiólogos necessários, para que o serviço público esteja cada vez mais próximo a população.

6 CONCLUSÃO

O que permeia o conhecimento humano é o instrumento da linguagem, em todas as suas dimensões – oral, escrita e sinalizada. Sem a linguagem não há transmissão, nem produção e acumulação de conhecimento, o que compromete a história de grupos humanos. A comunicação, via a linguagem, permite ao indivíduo se colocar como agente transformador da sua realidade social.

Atualmente, os NASF desconhecem as especificidades da Fonoaudiologia, e é desejável que essas especificidades sejam incorporadas no trabalho coletivo. Não se trata, aqui, de se operar para uma reserva de mercado, mas sim buscar o legítimo lugar para o exercício de um trabalho específico no campo da saúde, e do qual a população tem muita necessidade. A entrada da Fonoaudiologia no SUS Curitiba conseguirá qualificar os encaminhamentos, promover a agilidade dos fluxos, a integralidade da assistência e a efetividade do serviço.

O reverso também é desejável: que o profissional fonoaudiólogo se aproprie das dinâmicas e processos de trabalho de outras áreas, o que certamente enriquecerá a sua própria, visto que nenhuma área do conhecimento isoladamente esgota a complexidade do conhecimento sobre a saúde humana.

Estar no NASF implica ao fonoaudiólogo saber fazer da linguagem e da comunicação, na prática cotidiana dos indivíduos, uma ferramenta de ação política. Ela visa a produção de um saber social e culturalmente comprometido com a partilha de bens comuns, com a intervenção e a transformação da realidade social, muitas vezes via a educação em saúde da população, que convirja para a superação das desigualdades e de exclusão, inaceitáveis em pleno século 21.

O fonoaudiólogo deve se responsabilizar por práticas de cuidados que respondam às necessidades da população, sendo capazes de enfrentar os graves distúrbios de linguagem, da voz, da motricidade orofacial e da audição. Porém, acima de tudo, este profissional, assim como os demais integrantes das equipes multiprofissionais, deve estar comprometido com a promoção da saúde.

A inclusão do fonoaudiólogo no NASF visa à ruptura com o modelo assistencial curativo, visto que possibilita uma visão integral sobre o indivíduo e sua história, superando o reducionismo e a superficialidade no trato com o campo da saúde. As práticas de autocuidado, tão preconizadas, lembram que para os indivíduos cuidarem de si é preciso que tenham acesso às condições materiais

básicas, para estarem motivados e informados. O indivíduo é um sujeito social, capaz de planejar e agir para seu desenvolvimento, podendo ser participante ativo no cuidado ofertado, mas para tanto é preciso um esforço intersetorial, e não o trabalho isolado da área da saúde.

Enfim a promoção à saúde deve permear toda atuação do fonoaudiólogo no NASF, a fim de se criar e orientar uma nova *práxis* fonoaudiológica, envolvida com a construção de cidadania e melhoria na qualidade de vida.

Este trabalho centralizou a descrição da inserção do Fonoaudiólogo nos NASF, mas é oportuno lembrar que existem outros âmbitos onde este profissional pode desenvolver ações de promoção à saúde, como nos hospitais municipais, nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e no Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Reforça-se que a inserção do fonoaudiólogo nos NASF não deve ser entendida como abandono da promoção em saúde do escolar. Muito pelo contrário, deve-se direcionar e ampliar a atuação fonoaudiológica nos ambientes de educação infantil dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e em ambientes onde se formulem as políticas educacionais, de alfabetização e inclusão. É preciso (re)pensar a atuação fonoaudiológica na escola, que também deve ser vista como espaço possível de promoção de saúde, que deve privilegiar as relações interpessoais e levar em conta o contexto histórico, social e cultural dos indivíduos em constituição, visto que principalmente a educação infantil deve desenvolver nas crianças formas mais complexas de sentir, pensar e buscar soluções para problemas.

No entanto, cada vez mais, é desejável que as ações dos dois campos – o da Saúde propriamente dito e o da Educação – na prática se conversem, se potencializem, através de um sistema de comunicação e de troca de dados que deverá ser promovido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 18055. 20 set. 1990. Seção 1, pt. 1.

BRASIL. Portaria MS/GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 18, p. 47/49, 25 jan. 2011. Seção 1, pt. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria Federal n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 48-55, 24 out. 2011. Seção 1, pt. 8.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, P. R. J.; *et al.* Atuação fonoaudiológica na atenção primária à saúde em Curitiba: proposta para prefeitura municipal de Curitiba – PR. *In*: 1.º Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento, 2013. Curitiba. **Anais do SNPD. v. 1, n. 1. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública - PPGPGP, 2013.** Curitiba, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2013. Disponível em: <<http://www.eventos.ct.utfpr.edu.br/anais/snpd/actual.html>>. Acesso em: 20/10/2013.

CAVALHEIRO, M. T. P. Fonoaudiologia e saúde da família. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 179-368, abr./jun. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil**. Brasília – DF, 2007. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br>>. Acesso em: 18/10/2013.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 2.^a REGIÃO. **Atuação Fonoaudiológica nas Políticas Públicas**: subsídios para construção, acompanhamento e participação dos fonoaudiólogos. São Paulo: Yendis, 2006.

CONRADT, A. C. S. **O Papel da Fonoaudiologia na Saúde Coletiva: Contribuindo para a Educação.** Monografia (Especialização Saúde Coletiva) – Setor de Saúde, Universidade Positivo, Curitiba, 2010.

CURITIBA. Decreto Municipal n. 1506, de 26 de novembro de 2011. **Diário Oficial Eletrônico Atos do Município de Curitiba.** Curitiba, PR, n. 76, p. 9-12, 27 set. 2011. Seção 1, pt. 4.

CURITIBA. Decreto Municipal n. 560, de 02 de abril de 2013. **Diário Oficial Eletrônico Atos do Município de Curitiba.** Curitiba, PR, n. 62, p. 33-39, 02 abr. 2013. Seção 1, pt. 7.

CURITIBA. **Relatório final 11.ª Conferência Municipal de Saúde – SUS Patrimônio do povo brasileiro, Controle Social em Curitiba – 20 anos de construção.** Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_002.pdf>. Acesso em: 04/12/2013.

CURITIBA. **Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>>. Acesso em: 29/11/2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MENDES, V. L. F. **Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Setor de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e núcleos de apoio à saúde da família: conceitos e referências. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.465-74, jan./fev. 2010.

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 516-21, jul./set. 2009.

PENTEADO, R. Z.; SERVILHA, E. A. M. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 107-116, abr. 2004.

SALTINI, C. B. A. **A fonoaudiologia e a assistência à saúde na prefeitura municipal de Curitiba**. Projeto técnico (Especialização em Gestão Pública), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/33917/CRISTINA%20BARROSO%20DE%20ARAGAO%20SALTINI.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10/08/2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOUDILOGIA (org). **Fonoaudiologia um assunto de interesse de toda a família**. (folder). Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/folder-atencaobasica.pdf>>. Acesso em: 10/10/2013. (a)

SISTEMAS DOS CONSELHOS DE FONOUDILOGIA (org). **Contribuições da Fonoaudiologia para o avanço do SUS – 25 anos do SUS; a Fonoaudiologia na luta pela Integralidade da Atenção à Saúde**. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cartilha%20sus%20-%20final.pdf>>. Acesso em: 10/10/2013. (b)

APÊNDICE – Carta de Serviços em Fonoaudiologia

Programa	Ação	Recursos Materiais e Humanos	Descrição
SAÚDE AUDITIVA	Triagem Auditiva Neonatal Teste da Orelhinha <u>Portaria GM 2073/2004*</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Aparelho de otoemissão acústica • Otoscópio • Protocolos de procedimentos 	Realizadas nas maternidades. Casos alterados devem ser encaminhados aos centros de referência em audiologia para avaliação e acompanhamento Sendo matriciado por profissional inserido na rede de saúde para garantir fluxo e acompanhamento dos casos que necessitem investigação.
	Programa Saúde na Escola <u>Decreto 6.286/2007*</u> <u>Portaria GM 2073/2004*</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Audiômetro • Imitanciômetro • Cabine acústica • Otoscópio • Protocolo de procedimentos 	Ação interministerial (ME e MS) com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Art. 4.º § VI - avaliação auditiva; § XIV - educação permanente em saúde; Garantir inserção na rede de saúde auditiva
	Avaliação auditiva em escolares <u>Lei 11393/2005*</u> <u>Portaria GM 2073/2004*</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Audiômetro • Imitanciômetro • Cabine acústica • Otoscópio • Protocolo de Procedimentos 	Fica obrigatória nos postos de saúde, creches e unidades escolares do Município de Curitiba, a realização de testes audiológicos periódicos, tendo como objetivos a identificação de perdas auditivas para todas as crianças em berçários, creches, escolas e centros municipais. Garantir inserção na rede de saúde auditiva
SAÚDE MATERNO INFANTIL	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) <u>Portaria GM 756/ 2004*</u> Rede Cegonha <u>Portaria GM 1459/ 2011*</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Otoscópio • Estetoscópio • Protocolo de Procedimentos • Material didático 	Acompanhamento à puericultura, envolvendo ações de incentivo e orientações ao aleitamento materno, transição alimentar, orientação à estimulação de linguagem e sinais de alerta de perda auditiva na infância, atraso no desenvolvimento global, bem como monitoramento e investigação auditiva.
SAÚDE DO IDOSO	Atenção à Saúde do Idoso <u>Portaria 2.528/2006*</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Otoscópio • Estetoscópio • Protocolo de Procedimentos 	Avaliação e atendimento nas áreas da audição, linguagem, comunicação, deglutição. Linha de cuidados aos doentes com AVC. Profissional inserido na rede de atenção primária para garantir os avaliações e atendimentos complementares

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	<p>Melhor em casa</p> <p><u>Portaria 2029/ 2011*</u> <u>Portaria GM 2527/ 2011*</u> <u>Portaria 1533/2012*</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Otoscópio • Estetoscópio • Protocolo de Procedimentos 	<p>O atendimento visa: promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, abrangendo os âmbitos de avaliação e atendimento nas áreas da linguagem, comunicação, deglutição.</p> <p>*Profissional inserido na rede de atenção primária para garantir os avaliações e atendimentos complementares</p>
REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	<p>NASF</p> <p><u>Portaria GM 154/2008*</u> <u>Portaria 2.488/2011*</u> <u>Decreto 560/2013**</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonoaudiólogo • Otoscópio • Estetoscópio • Protocolo de Procedimentos 	<p>A inserção do profissional na atenção primária à saúde objetiva 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 nas diferentes fases da vida.</p>

* Legislação Federal

** Legislação Municipal