

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA

MARIANA DE CASTRO LEMOS

A RELAÇÃO ENTRE A EVOLUÇÃO NO CONCEITO  
DE SAÚDE E A AMPLIAÇÃO DA ATUAÇÃO  
FONOAUDIOLÓGICA NO BRASIL

MARIANA DE CASTRO LEMOS

A RELAÇÃO ENTRE A EVOLUÇÃO NO CONCEITO  
DE SAÚDE E A AMPLIAÇÃO DA ATUAÇÃO  
FONOAUDIOLÓGICA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
PUC-Campinas como parte dos requisitos para obtenção do  
grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Servilha Brocchi  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula Maria Martins Duarte

PUC-CAMPINAS  
2020

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana A Bracchi CRB 8/10221  
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

Lemos, Mariana de Castro

A relação entre a evolução no conceito de saúde e a ampliação da atuação fonoaudiológica no Brasil / Mariana de Castro Lemos. - Campinas: PUC-Campinas, 2020.

65 f.: il.

Orientador: Beatriz B. Servilha Brocchi; Coorientador: Paula Maria Martins Duarte.

TCC (Bacharelado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020.

1. Fonoaudiologia. 2. Saúde pública. 3. Sistema único de saúde. I. Brocchi, Beatriz B. Servilha. II. Duarte, Paula Maria Martins III. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Faculdade de Fonoaudiologia. IV. Título.

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Centro de Ciências da Vida  
Faculdade de Fonoaudiologia**

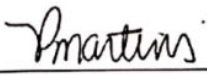
**Autora:** LEMOS, Mariana de Castro.

**Título:** "A relação entre a evolução do conceito de saúde e a ampliação da atuação fonoaudiológica no Brasil"

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para  
obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia**

**BANCA EXAMINADORA**

Co-Orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paula Maria M. Duarte

  
\_\_\_\_\_

1º Examinador Prof<sup>ª</sup>. Ms. Luciana Furtado S. Granja

  
\_\_\_\_\_

Campinas, 27 de novembro de 2020

## **DEDICATÓRIA**

Com muita gratidão, dedico este trabalho a Deus,  
ao meu esposo Raphael e aos meu pais  
Ruy e Meiremar. Estes sempre foram os maiores  
incentivadores e auxiliadores para as realizações dos  
meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>ª</sup> .Dr<sup>ª</sup>. Beatriz Servilha Brocchi,

Por toda a sua atenção e conhecimentos transmitidos para o início deste projeto. Sua motivação e orientação foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

À Prof<sup>ª</sup>. Ms. Maria Teresa Pereira Cavalheiro,

Pelas valiosas considerações realizadas.

À Prof<sup>ª</sup>. Paula Maria Martins Duarte,

Orientadora cuja dedicação e paciência me ajudaram para que eu me mantivesse focada e no caminho certo para a conclusão deste projeto. Sou muito grata por todas as considerações realizadas.

À minha amiga Barbara de Freitas Alexandre,

Pelo apoio e suporte que me deu durante todo o curso. Sua presença sempre afetou positivamente a minha vida. Muito obrigada, sua amizade é muito importante para mim.

Às colegas de turma Andressa, Jennifer, Julia, Lara e Thaynara,

Honro o fechamento desse ciclo agradecendo a vocês que estiveram ao meu lado compartilhando experiências e aprendizados sempre com muito respeito e cumplicidade. Muito obrigada, guardarei apenas boas lembranças dessa etapa.

## RESUMO

LEMOS, Mariana de Castro. *A relação entre a evolução do conceito de saúde e a ampliação da atuação fonoaudiológica no Brasil*. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação] - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Fonoaudiologia, Campinas, 2020.

A definição divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 que diz que saúde é: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, foi capaz de expandir e concretizar o modelo biopsicossocial, tendo uma abordagem mais integral do ser humano. A partir desta concepção, a saúde foi entendida de outras formas até evoluir para a caracterização dos Determinantes Sociais de Saúde. A partir disso, torna-se fundamental considerar os aspectos da fala, da linguagem e da audição como atributos da saúde. No Brasil, um marco importante para o avanço nas questões de saúde, foram as discussões realizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e a publicação da Constituição de 1988 em que foi definido o Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das profissões inseridas no SUS é a fonoaudiologia e seus campos de inserção em relação à saúde pública tem se tornado mais amplo, sendo possível projetar ações de proteção e recuperação da saúde pois defende-se que a habilidade comunicativa é um dos maiores contribuintes para a qualidade de vida e toda ação preventiva nesta área irá favorecer significativamente para promover saúde em geral. Muitas datas foram importantes para que ocorressem os avanços na concepção de saúde e na atuação fonoaudiológica no Brasil. Um fator relevante para ampliação da oferta em saúde e atuação fonoaudiológica no Brasil foi a conquista do Sistema Único de Saúde. Além de se configurar um modelo de assistência à saúde mais justo e democrático, o SUS contribuiu para um aumento e expansão da atuação fonoaudiológica. A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível identificar que ao longo dos tempos houveram mudanças acerca do conceito de saúde e com isso, a ampliação e a consolidação da atuação fonoaudiológica. No Brasil, após o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, a Fonoaudiologia passou a elaborar propostas e ações a serem praticadas no sistema público de saúde.

**Palavras chaves:** Fonoaudiologia;Saúde pública;Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

LEMOS, Mariana de Castro. *The relationship between the evolution of the health concept and the expansion of speech therapy activities in Brazil. Final Paper [Graduation] - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Graduação em Fonoaudiologia, Campinas, 2020.*

*The definition released by the World Health Organization (WHO) in 1948 that says health is: "A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity", was able to expand and concretize the biopsychosocial model, considering a more integral approach of the human beings. From this conception, health was understood in other ways until it evolved to the characterization of Social Determinants of Health (SDH). From this, it is essential to consider the aspects of speech, language and hearing as attributes of health. In Brazil, an important milestone for the advancing of health issues was the discussions held during the VIII National Health Conference and the publication of the 1988 Constitution in which the Unified Health System (Portuguese: Sistema Único de Saúde, SUS) was defined. One of the professions included in SUS is speech therapy and its fields of insertion in relation to public health have become more and more broad, being possible to design health protection and recovery actions because it is argued that the communicative ability is one of the biggest contributors to the quality of life and any preventive action in this area will significantly favor health in general. Many dates were important for advances in the conception of health and in speech and performance of speech therapy. A relevant factor for expanding the offer in health and speech therapy in Brazil was the achievement of the Unified Health System. In addition to being a fairer and more democratic model of health care, SUS contributed to an increase and expansion of speech therapy activities. Based on the results obtained in this research, it was possible to identify that, over time, there have been changes regarding the concept of health and, with that, the expansion and consolidation of speech therapy activities. In Brazil, after the establishment of the Unified Health System, Speech Therapy has started to elaborate proposals and actions to be practiced in the public health system.*

**Key words:** *Speech therapy; Public health; Health Unic System.*



# LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	19
<b>Figura 2:</b> Diagrama de artigos incluídos.....	45
<b>Figura 3:</b> Principais datas relacionadas aos avanços das questões de saúde no Brasil e da atuação fonoaudiológica.....	47

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Saúde no Brasil antes e depois do SUS.....	49
<b>Quadro 2:</b> Síntese da atuação fonoaudiológica antes e depois do SUS.....	50

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AD - Atenção Domiciliar

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

DVRT - Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

ESF - Estratégia Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização PanAmericana da Saúde

PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído

PCS - Programa de Agentes comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

PSE - Programa Saúde na Escola

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

ST - Saúde do Trabalhador

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI - Unidades de Tratamento Intensivo

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 O conceito de saúde .....	16
2.2 A diferença dos conceitos de saúde ao longo dos anos .....	21
2.3 A Mudança no conceito de saúde e a Declaração de Alma-Ata .....	23
2.4 Antecedentes e caracterização do Sistema Único de Saúde.....	27
2.5 O início da atuação fonoaudiológica no Brasil e sua inserção no SUS .....	31
2.6 A atuação da fonoaudiologia na saúde pública .....	35
3. OBJETIVO .....	44
3.1 Objetivo Geral.....	44
3.2 Objetivos Específicos .....	44
4. MATERIAIS E MÉTODOS .....	45
5. RESULTADO.....	48
6. DISCUSSÃO .....	52
7. CONCLUSÃO .....	61
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62

## INTRODUÇÃO

Um dos grandes avanços para a promoção de saúde foi a realização, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, com a participação de inúmeros países, inclusive do Brasil, em 1978<sup>1</sup>.

No que se refere ao Brasil, além do evento citado anteriormente, outros marcos foram importantes para o avanço nas questões de saúde no país, como as discussões realizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e a publicação da Constituição de 1988 em que foi definido o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

De acordo com a Constituição, o SUS foi definido como uma rede regionalizada de ações e serviços que visam “o acesso universal e igualitário da população para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde” e possui os objetivos de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas de saúde destinadas à redução de riscos de doenças, promover o acesso igualitário e universal às ações e aos serviços de saúde e dar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>1</sup>.

Uma das profissões inseridas no SUS é a fonoaudiologia, para a qual vem aumentando as oportunidades no sistema público, ao longo dos anos. No entanto, este é um fenômeno recente, pois, a atuação fonoaudiológica nos dias atuais deixou de ser centrada em um perfil exclusivamente clínico e individual e passou a adotar ações de prevenção e promoção da saúde, passando a se comprometer com os princípios de humanização, acolhimento, vínculo e responsabilidade territorial<sup>1</sup>.

O fonoaudiólogo segundo a Lei Federal nº 6.965/1981 é “o profissional com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção,

avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões de fala e da voz”. Segundo dados do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) de dezembro de 2019, existem 45.123 profissionais formados em fonoaudiologia no Brasil <sup>2,3</sup>.

Considerando a evolução do conceito de saúde, torna-se fundamental considerar os aspectos da fala, da linguagem e da audição como atributos da saúde. Isto porque suas manifestações patológicas comprometem a competência e o desempenho comunicativo verbal, não verbal, intra e interpessoal, gerando sofrimento e insucesso social, interferindo assim, na qualidade de vida dos indivíduos, pois, por meio da comunicação, o indivíduo atua como agente transformador da sociedade e da sua realidade e por isto, a comunicação merece atenção no sistema de saúde<sup>4</sup>.

A criação e implementação de diversas políticas de saúde, que prevêm a inserção do fonoaudiólogo na assistência à saúde da população, é uma importante conquista da categoria profissional e tem contribuído significativamente para atender às necessidades de saúde da população que antes não eram reconhecidas no SUS<sup>7</sup>.

Sendo assim, tendo em vista o conceito ampliado de saúde e a importância da comunicação humana para o desenvolvimento integral do indivíduo, o fonoaudiólogo é um profissional relevante na atenção primária à saúde e sua contribuição ocorre desde a gestação até a velhice, pois seu campo de atuação envolve o processo de amamentação, respiração, deglutição, voz, audição e linguagem oral e escrita<sup>7,8</sup>.

A fonoaudiologia vem ampliando seus campos de inserção em relação à saúde pública, porém, ainda é preciso que haja ainda mais estudos que produzam conhecimentos técnicos e científicos que possam expandir seu domínio de atuação e além disso, a criação de políticas públicas que garantam sua plena inserção no SUS<sup>7,8</sup>.

A idéia da elaboração deste estudo veio a partir da necessidade de disseminar e discutir a evolução das questões de saúde no Brasil e a ampliação da inserção da Fonoaudiologia no Sistema Público, após as mudanças no conceito de saúde que permitiram considerar os aspectos da fala, da linguagem e da audição como atributos da saúde.

Espero, através deste estudo, que seja possível realizar um panorama histórico acerca da relação entre a evolução do conceito de saúde e a ampliação dos serviços de fonoaudiologia oferecidos no Brasil, explanar sobre a trajetória da fonoaudiologia até os dias atuais e fazer com que haja uma maior divulgação do trabalho do fonoaudiólogo no Sistema Único de Saúde no Brasil.



## REVISÃO DE LITERATURA

### O conceito de saúde

Tendo em vista a definição divulgada pela OMS em 1948 que diz que saúde é: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, é possível afirmar que este conceito foi capaz de expandir e concretizar o modelo biopsicossocial, tendo uma abordagem mais integral, configurando uma evolução no intuito de ultrapassar o reducionismo da perspectiva biomédica na promoção da saúde que existia anteriormente<sup>6</sup>.

A partir desta evolução do conceito de saúde, buscou-se materializar uma nova concepção acerca da saúde, pois a mesma era entendida como o estado de não doença, o que fazia com que toda lógica do sistema girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica - que significava apenas remediar os efeitos das doenças, com menor ênfase nas causas - deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde<sup>6</sup>.

Apesar desta considerável evolução na concepção de saúde, várias críticas surgiram em torno desta definição. Isto porque, neste contexto, a saúde foi apontada como tendo um caráter utópico e inalcançável<sup>6</sup>.

Em primeiro lugar, destaca-se a idéia de que a saúde das pessoas deve ser encarada como um assunto ligado às próprias pessoas, ou seja, deve estar alheia a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e pré-estabelecida, para que deste modo, não ocorra diferentes interpretações e legitimações, de controle e governo dos outros. Desta forma, uma das críticas refere-se à possibilidade desta conceituação de saúde ser politicamente utilizada para legitimar estratégias de controle e de exclusão<sup>6</sup>.

Ao afirmar o bem-estar como um valor desejável, seja físico, emocional ou social, entende-se que tudo o que é reconhecido como positivo na sociedade,

como produtor da sensação e do sentimento de bem-estar, passa a poder fazer parte do âmbito da saúde, como “a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos”, caracterizando, ao contrário, como um desvalor, como o seu “reverso patológico”, tudo o que se apresenta como negativo, perigoso, indesejável, ou o que é reconhecido como maléfico<sup>6</sup>.

Outra crítica a se destacar refere-se a este estado de completo bem-estar. Estudiosos caracterizam que este, seria apenas uma visão idealizada, como uma ficção, uma ilusão ou uma utopia, que os seres humanos teriam esperanças de atingir, como um objetivo ou meta a ser alcançada<sup>6</sup>.

Dito isto, a crítica mais incisiva, refere-se à dificuldade de definição “do estado de bem-estar”, pois na verdade, o bem-estar seria algo subjetivo. Mesmo numa visão de saúde que se restrinja apenas ao âmbito do biológico, a expressão dos sintomas pelo indivíduo, do que sente, do que percebe como manifestação em si, estará, sempre, carregada da sua subjetividade, da sua forma de perceber e sentir que é ou pode ser diferente do que é sentido e percebido por outro indivíduo<sup>6</sup>.

Entende-se que o conceito está em constante evolução, nos dias atuais, a saúde passa a relacionar-se com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia e o lazer<sup>5</sup>.

Nesta visão ampliada de saúde, o sujeito é visto como um todo e não como partes fragmentadas, é considerado um ser social, que tem preocupações, anseios, frustrações, contrariando o modelo biomédico que divide o ser humano em partes específicas e trata-o como uma máquina<sup>5</sup>.

Assim, tornou-se relevante cuidar da vida, de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer, diminuindo as chances de produção de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de sujeitos e de coletividades. Além

disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da sociedade em determinado contexto histórico, e que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes desse processo, pois realiza um modelo de atenção e cuidado marcado pela centralidade dos sintomas<sup>5</sup>.

Nos dias atuais entende-se que a condição de saúde, diz respeito a soma de três planos: subindividual, individual e coletivo<sup>8</sup>.

O plano subindividual corresponde ao nível biológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade – anormalidade/funcionalidade – disfunções. Assim, quando a balança pender para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença<sup>8</sup>.

A enfermidade diz respeito à condição percebida pela pessoa, caracterizando-se pela presença algum sintoma físico ou dor. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, ou seja, a definição de um quadro clínico<sup>8</sup>.

O plano individual diz respeito às disfunções e anormalidades que ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo. Portanto, em seres-humanos, as alterações no processo saúde-adoecimento resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, havendo dimensões individuais e coletivas. Dessa forma, a condição de saúde poderia variar entre um extremo de mais perfeito bem-estar até o extremo da morte, com uma série de processos e eventos intermediários entre os dois<sup>8</sup>.

O plano coletivo expande ainda mais o entendimento sobre o processo saúde-adoecimento, que é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, mas sim a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de um conjunto de fatores e relações,

representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise: família, domicílio, micro área, bairro, município, região, país, continente etc<sup>8</sup>.

Estes determinantes citados anteriormente, estão relacionados aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que expressam o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão associados com sua situação de saúde<sup>9</sup>.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>9</sup>.

A definição de saúde inserida na Constituição da OMS em 1948, é uma clara expressão de uma concepção mais ampla da saúde, que vai além de um enfoque centrado na doença. No entanto é importante salientar que a partir desta concepção a saúde foi entendida de outras formas até evoluir para a caracterização dos DSS<sup>9</sup>.

Neste trabalho, será abordado o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes<sup>9</sup>.

Como demonstrado na figura 1, os indivíduos são representados na base do modelo, sendo considerados neste local as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que exercem influência sobre o potencial e as condições de saúde<sup>9</sup>.

A camada externa representa o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, pois os comportamentos, muitas vezes considerados apenas como de responsabilidade individual, podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão intimamente condicionadas por determinantes sociais,

como por exemplo questões relacionadas a informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer<sup>9</sup>.

A camada seguinte irá destacar a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor renda é capaz de expressar o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo<sup>9</sup>.

No próximo nível, apresentado na figura, estão os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Estes fatores indicam que as pessoas, em desvantagem social, correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços<sup>9</sup>.

No último nível descrito no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), estão situados os macrodeterminantes. Estes estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas<sup>9</sup>.



**Figura 1:** Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead <sup>9</sup>.

## **A diferença dos conceitos de saúde ao longo dos anos**

Primeiramente, é importante ressaltar que o conceito de saúde reflete a situação social, econômica, política e cultural. Sendo assim, a saúde não é representada da mesma forma para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar e da classe social em que o indivíduo se encontra. Além disso, dependerá também de valores pessoais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas<sup>10</sup>.

A trajetória da humanidade é acompanhada pelo desenvolvimento e construção do conceito de saúde ao longo dos tempos, sendo influenciada por características próprias de cada época. Portanto, desde os primórdios da humanidade, o ser humano se questiona sobre a origem da vida, as razões da existência e o que é ter saúde<sup>10</sup>.

No início das civilizações, por exemplo, os homens utilizavam como explicação os pensamentos mágicos e sobrenaturais para os acontecimentos ao seu redor. Os povos viam as doenças como resultantes de causas externas, tendo relação com a idéia de castigo por algo ou alguma ação. Já a saúde, em contrapartida, era entendida como recompensa por um bom comportamento<sup>11</sup>.

O medo do desconhecido e da possibilidade de violação de uma crença ou regra cultural religiosa gerava superstições e maus presságios, um acidente ou quaisquer fenômenos externos que atingissem o homem eram tomados como algo desencadeado pela influência de forças sobrenaturais<sup>11</sup>.

Já na cultura clássica grega, ocorreu uma importante evolução do conceito de saúde. Isto porque este povo buscava uma explicação racional para os acontecimentos, descartando assim, elementos mágicos e religiosos, considerando a observação empírica, a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social do indivíduo<sup>11</sup>.

Galeno, por exemplo, foi um médico grego que documentou o conhecimento e a especulação médica de sua época. Uma de suas idéias que

permanece na humanidade desde a Antiguidade é a saúde como equilíbrio entre as partes primárias do corpo. Sendo assim, mais do que lidar com os problemas de saúde, este povo procurava entender as relações entre o homem e a natureza<sup>11,12</sup>.

Na Idade Média, pode-se destacar o período do feudalismo e a forte influência existente do cristianismo sobre a visão de saúde e doença. Nesta época acreditava-se na variabilidade dos humores corporais, mas atribuíam que o desequilíbrio das pessoas estava relacionado ao pecado<sup>11,12,13</sup>.

No entanto, ao final deste período, devido às crescentes epidemias, retomou-se a ideia de contágio entre os homens. Isto, porém, estava ligado segundo as crenças à combinação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos ou até mesmo ocasionados por bruxarias<sup>11,12,13</sup>.

No Renascimento, originou-se a ciência com a necessidade de descobrir a origem das matérias. Na Idade Moderna, com a introdução da máquina a vapor, intensificou-se o ritmo produtivo. Sendo assim, as fábricas passaram a demandar mais mão de obra e, como consequência disso, as cidades foram crescendo nas periferias e o corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, torna-se objeto de políticas, práticas e normas, surgindo então as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas<sup>11</sup>.

Nos séculos XVII e XVIII foram registrados muitos avanços na medicina. Destaca-se, neste período, o descobrimento do microscópio, o desenvolvimento da bacteriologia e a adoção da “polícia sanitária” como política de saúde, que obrigava os sadios, pela coerção e pelo poder de polícia, a adotarem comportamentos adequados à saúde e os indivíduos doentes a se isolarem<sup>11,12</sup>.

É importante ressaltar que o empirismo, baseado na observação e na explicação racional para os fenômenos naturais, favoreceu o desenvolvimento da saúde com a busca acerca da causalidade das doenças, fortalecendo a biologia científica<sup>11,12</sup>.

No século XIX deu-se continuidade aos desenvolvimentos científicos tanto em medicina clínica e microbiologia, como em patologia e fisiologia. No entanto, com a Revolução Industrial, ocorreu o aumento da incidência da mortalidade geral e infantil, emergindo os conceitos de medicina social e saúde coletiva<sup>11</sup>.

Já no início do século XX, surgiu o conhecimento da multicausalidade, ou seja, identificou-se que os fatores causadores das doenças estavam relacionados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Ainda nesse século, passou-se a considerar os fatores psíquicos como causadores de doenças. Deste modo, o homem começa a ser visto como ser bio-psico-social<sup>11</sup>.

No século XX também pode-se destacar, como já abordado anteriormente, a evolução do conceito saúde. A OMS, no ano de 1948, apresentou um conceito que fazia uma analogia, considerando o corpo humano uma máquina e a saúde o que gerava o bom funcionamento dessa máquina. A saúde passa a ser de responsabilidade coletiva e não individual, ou seja, o direito à saúde é também obrigação do estado<sup>11,13</sup>.

### **A Mudança no conceito de saúde e a Declaração de Alma-Ata**

Como apresentado, a OMS em 1948, divulgou um novo conceito de saúde, considerando ser o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade. Mais tarde, em setembro de 1978, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Cazaquistão e nesta conferência o conceito de saúde inicialmente proposto pela OMS avançou<sup>13,14</sup>.

A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes, que representavam diversos países, dentre eles o Brasil. Esta conferência resultou na



adoção de uma Declaração, conhecida como Declaração de Alma-Ata que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais<sup>13,14</sup>.

Eram objetivos desta Conferência:

- Promover o conceito de cuidados primários de saúde em todos os países;
- Trocar experiências e informações sobre o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde;
- Verificar a situação da saúde e de seus serviços em todo o mundo;
- Definir os princípios dos cuidados primários de saúde e os meios para superar os problemas práticos no desenvolvimento desses serviços;
- Definir o papel dos governos e de organizações nacionais e internacionais em relação à cooperação técnica e apoio ao desenvolvimento dos cuidados primários de saúde;
- Formular recomendações para o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde<sup>14</sup>.

Um trecho da declaração de Alma-Ata dispõe que:

“Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.” (Declaração de Alma-Ata)<sup>15</sup>

Dado o exposto, na Conferência foi constatado que, no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, a situação de saúde de centenas de milhões de pessoas é considerada inaceitável. Verificou-se que mais da metade da população mundial não usufrui dos benefícios de um adequado atendimento à saúde<sup>14</sup>.

Levando-se em consideração a magnitude dos problemas de saúde, a distribuição inadequada dos recursos de saúde entre os países, definindo que a saúde é um direito humano fundamental e uma meta social mundial, a Conferência de Alma-Ata solicitou um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços<sup>14</sup>.

Este novo enfoque teve, com finalidade, reduzir a distância que separa os "privilegiados" e os "carentes" de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e de alcançar um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo, desfrutar uma vida social e economicamente produtiva<sup>14</sup>.

Outro ponto importante para se destacar na Declaração de 1978:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (Declaração de Alma-Ata)

<sup>15</sup>

Diante disso, os cuidados primários são considerados parte integrante tanto do sistema de saúde do país, como também do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. São também o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde vigente, sendo necessário aproximar ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha<sup>14</sup>.

A declaração também aponta que:

“Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis” (Declaração de Alma-Ata)<sup>15</sup>

Desta forma, a declaração reafirmou que cabe aos governos a responsabilidade pela saúde de seus povos e que tal responsabilidade só pode ser exercida por meio de medidas sanitárias e sociais adequadas e equitativamente distribuídas<sup>14</sup>.

Os cuidados primários de saúde contribuem em grande escala para a consecução desses objetivos sanitários e sociais básicos. Sendo assim, cada país, a partir da recomendação da declaração deveria então interpretar e adaptar as particularidades e os detalhes dos cuidados primários de saúde ao seu próprio contexto social, político e de desenvolvimento<sup>14</sup>.

Outro fator importante apresentado na declaração diz respeito ao direito e o dever de todas as pessoas de participar, individual e coletivamente, do planejamento e da aplicação de seus cuidados de saúde. A Conferência afirmou que o critério de cuidados primários de saúde é essencial para alcançar no futuro, nível de saúde considerado aceitável em todo o mundo<sup>14</sup>.

Em síntese, através da publicação da declaração de Alma-Ata, foi possível enfatizar as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, dispor sobre a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde<sup>14</sup>.

Em consequência disso, a declaração influenciou muitos países no desenvolvimento de políticas públicas de saúde no mundo. No Brasil, isto também

ocorreu através da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu "a saúde é direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", e implementou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamentou o Sistema Único de Saúde no Brasil<sup>13,16</sup>.

### **Antecedentes e caracterização do Sistema Único de Saúde**

Como citado anteriormente, o SUS foi regulamentado a partir da Lei 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Este sistema é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população. É importante realizar um breve panorama histórico acerca de como eram as questões de saúde no Brasil antes do SUS<sup>17,18</sup>.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira basicamente em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários<sup>18,19</sup>.

Os contribuintes da previdência, tinham um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia<sup>18,19</sup>.

Os não previdenciários, representados pelo restante da população brasileira, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde. Sendo assim, estes dispunham apenas de ações dos poucos hospitais públicos existentes e de atividades filantrópicas<sup>18,19</sup>.

Nesta época o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias<sup>18,19</sup>.

A atuação desses setores na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e eram dirigidas à população não-previdenciária. Esta população tinha ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como por exemplo, as chamadas Santas Casas<sup>18,19</sup>.

O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de beneficiários existente e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios como postos de assistência médica, hospitais próprios e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços<sup>18,19</sup>.

Toda esta situação começou a gerar, na comunidade de profissionais da saúde, de sanitaristas e da própria sociedade brasileira, um movimento na direção de uma reforma sanitária e de uma transformação dos paradigmas do sistema de saúde<sup>18,19</sup>.

Dentro deste processo, o INAMPS adotou uma série de medidas que aproximam sua ação a uma cobertura mais universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais<sup>18,19</sup>.

Com base no que foi apresentado, pode-se verificar que começava a se construir, no Brasil, um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da Constituição Federal garantir este direito. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”<sup>18,19</sup>.

Foi somente a partir das definições legais estabelecidas pela seção da saúde na Constituição Federal e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (que se constituem as bases jurídicas do SUS) que se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Esta implantação foi o resultado de um processo social marcado por uma grande luta política<sup>19,20</sup>.

Como dito anteriormente, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a toda a população. Esse sistema também se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde<sup>18,19,20</sup>.

O SUS é regido pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade: deve atender a todos gratuitamente, de acordo com suas necessidades;
- Integralidade: o atendimento integral à saúde de modo que as ações de saúde devam estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento;
- Equidade: deve oferecer os recursos de saúde de forma igualitária e justa, respeitando o direito constitucional de todos os cidadãos à saúde<sup>18,19</sup>.

E organiza-se segundo os princípios organizativos de:

- Descentralização: a gerência das ações e dos serviços de saúde tornou-se responsabilidade imediata do poder público municipal, o que, no entanto, não exime os poderes públicos estadual e federal e a sociedade da co-responsabilidade pela saúde;
- Regionalização e hierarquização: as responsabilidades do município na atenção básica à saúde definiram o processo de regionalização da assistência, fortalecendo a gestão do SUS, cabendo a gestão municipal a plena atenção básica e a plena gestão do sistema municipal<sup>18,19</sup>.

Também são atribuições do SUS a Vigilância Epidemiológica, para controle de propagação de doenças e sua prevenção e a Vigilância Sanitária que exerce o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público<sup>21</sup>.

Por fim, a reforma sanitária ocorrida no Brasil implicou uma série de transformações, dentre elas pode-se destacar o redimensionamento da concepção de saúde, a reorganização dos serviços, a mudança do modelo de atenção à saúde e da formação dos profissionais da saúde e a contratação de novos profissionais para os quadros públicos dentre eles, o fonoaudiólogo<sup>21</sup>.

O 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<sup>22</sup>.

A atuação deste profissional será amplamente descrita a seguir.

## O início da atuação fonoaudiológica no Brasil e sua inserção no SUS

No final do século XIX, devido ao processo migratório para as regiões de maior potencial e desenvolvimento industrial, a atenção à educação tornou-se essencial, pois se acreditava que a educação era fator determinante da mudança social<sup>23</sup>.

Motivados pela preocupação com os sinais de autonomia desses cidadãos que se agrupavam por costumes, língua falada e interesses, os órgãos responsáveis pela política da época identificaram tal situação como “patologia social”. Objetivando combater essa “doença”, a escola tornou-se um lugar privilegiado onde era possível reorganizar o ensino, levando o país à modernidade capitalista, capaz de desenvolver-se industrialmente<sup>23</sup>.

Desta forma, a atuação de professores especializados, juntamente com uma série de iniciativas e interesses de grupos da sociedade, passou a ter importante papel nas formas de organização social<sup>23,24</sup>.

No início do século XX, mais precisamente em 1912, o Dr. Augusto Linhares, um dos precursores da fonoaudiologia no Brasil, dedicou-se ao estudo e pesquisa na área de reabilitação de voz e da fala, ministrando aulas em alguns cursos para professores<sup>23</sup>.

A estruturação da profissão foi determinada pelo contexto político do período entre 1920 e 1940. O Brasil, após a Primeira Guerra Mundial, vivenciava a chegada de migrantes, a emergência da Revolução Industrial e o acelerado processo de urbanização, tornando-se nação constituída por várias etnias<sup>23</sup>.

Nesta época, estava em vigor o primeiro governo Vargas, caracterizado por poder centralizado no Estado, no qual houve um processo de nacionalização da cultura no Brasil. Dessa forma, nessa época, diferentes instrumentos de educação coletiva foram criados objetivando educar o povo a promover o ensino de “bons hábitos”<sup>23</sup>.



Apareceram no Brasil então, ideários da existência do “caminho da civilização”, que postulou entre os políticos brasileiros as seguintes premissas higienistas: possibilidade de aperfeiçoamento moral e material que teria validade para qualquer povo e a grandeza e prosperidade dos países, acontecendo por meio da solução de problemas sanitários<sup>23</sup>.

O higienismo no Brasil fez sua história a partir do movimento social, que instituiu a Liga Brasileira de Hygiene Mental. Esta foi criada em 1923 pelo médico Gustavo Riedel que, junto com outros intelectuais da época, estava interessado em realizar no Brasil o aprimoramento da raça, em prol do desenvolvimento da nação<sup>23</sup>.

As ideias higienistas e os avanços na medicina colaboraram com a detecção e a classificação das anomalias orgânicas e funcionais da fala, descrevendo o perfil do portador da alteração e demonstrando a necessidade de profissional responsável por sua eliminação, que seria o professor especializado, profissional da época que mais se assemelhava ao atual fonoaudiólogo<sup>23,24</sup>.

A partir disto, iniciou-se um processo de pedagogização da saúde, medicalização da educação e de exclusão social que, por meio da fixação de limites entre o normal e o patológico, o saudável e o doente, localizava os problemas no aluno e atribuía ao indivíduo a questão da determinação saúde/doença mantendo longe do foco das discussões as políticas sociais e as condições de trabalho e vida da população<sup>23,24</sup>.

O higienismo pregava a existência do homem sadio e culto, que promoveria o progresso do país. Neste contexto, proliferava o combate ao estrangeirismo, na tentativa de instituir a língua brasileira<sup>23</sup>.

Este movimento de defesa e preservação da língua nacional também passou a indicar “impurezas”, “vícios” e “defeitos” no uso da língua, termos que carregavam conotação negativa, que discriminavam e estigmatizavam o indivíduo a partir de sua classe social<sup>23</sup>.

Na década de 30, estes profissionais especializados atuavam nas escolas com a profilaxia e correção dos desvios de linguagem e defeitos dos escolares. A escola, sendo o local onde a detecção dos desvios ocorria, teve o suporte da Medicina e da Psicologia, determinando o que é patogênico e o normal e verificando as capacidades e incapacidades de cada indivíduo<sup>23</sup>.

O professor indicado para a eliminação dos problemas recebia formação específica informal, apoiada na prática e na leitura de material estrangeiro, além de cursos que geralmente duravam três meses. Após a conclusão destes, passavam a ser chamados de terapeutas da palavra ou logopedistas<sup>23</sup>.

O título de ortofonista ou de audiologista dado aos professores que se especializavam era valorizado socialmente pela proximidade com a área da saúde. O perfil do profissional prevalecia técnico, mas passava de atuação exclusivamente educacional para o contexto clínico, incentivando a criação de curso de Logopedia ou Terapia da Palavra, voltado principalmente para a reabilitação<sup>23</sup>.

O fonoaudiólogo, nesta época, direcionou seu trabalho para os consultórios particulares e clínicas de reabilitação. Nesse período, surgiram os primeiros cursos de Fonoaudiologia, cuja formação legitimava as práticas que tinham como foco de atenção à doença ou o distúrbio da comunicação e que privilegiavam a reabilitação clínica individual, em detrimento de ações preventivas ou de maior alcance<sup>23,24</sup>.

Tais práticas, por serem realizadas à margem da realidade de vida da população, configuravam-se como elitistas e excludentes, num contexto em que a complexidade do processo saúde/doença era reduzida à realização de testes e exames e à verificação da sintomatologia, para a classificação dos indivíduos como doentes ou saudáveis, e a ação terapêutica era voltada para a neutralização dos sinais e sintomas observados<sup>24</sup>.

A década de 60 marcou o início da institucionalização da Fonoaudiologia, com a vinda do Dr. Julio Bernaldo Quirós e de sua assistente Rosa Vispó, da Argentina, para o Brasil. Destacaram-se, ainda, os trabalhos de dois médicos brasileiros: Dr. Mauro Spinelli e Dr. Américo Morgante, que estiveram à frente, respectivamente, dos dois primeiros cursos de Logopedia do país<sup>23,25</sup>.

O primeiro surgiu na Universidade de São Paulo, vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, em 1960, seguindo os moldes da formação na Argentina, relacionado à demanda médica. O segundo surgiu na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, ligado ao Instituto de Psicologia, em 1962, a partir de questões educacionais verificadas pelos psicólogos<sup>23</sup>.

O crescimento do número de profissionais decorrido da institucionalização gerou a necessidade da criação de órgãos de classe, o que resultou na fundação da Associação Brasileira de Fonoaudiologia, em 1962, a primeira entidade de classe no Brasil<sup>23</sup>.

Somente em 09 de dezembro de 1981, através da Lei nº 6.965, foi regulamentada a profissão de Fonoaudiólogo observando no Art. 1º, parágrafo único que “fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz”<sup>25,26,3</sup>.

Finalmente, em 1983, é aprovado o Currículo Mínimo de Fonoaudiologia. Na década de 80 criaram-se os órgãos de classe: o Conselho Federal de Fonoaudiologia e os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia. Somente, nos anos 90 foram criados Sindicatos para a fiscalização da profissão e Delegacias Regionais dos Conselhos Regionais, devido ao crescimento do número de profissionais em certas regiões do país<sup>25,26</sup>.

É importante destacar que, entre a década de 70 e 80, os fonoaudiólogos iniciaram suas atividades no sistema público; alguns via secretarias de educação, outros pelas secretarias de saúde<sup>26</sup>.

Somente no início da década de 90, com a significativa inserção de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde que constatou-se que a formação e a atuação desse profissional não dava conta dos novos desafios do trabalho em Saúde Pública<sup>26</sup>.

Sendo assim, aquela atuação caracterizada por ser elitista e excludente, focalizada apenas no indivíduo, sem considerar seu contexto histórico-cultural, não interessava a uma Fonoaudiologia que começou a assumir uma postura crítica perante a sua prática e a sua própria identidade<sup>23,24</sup>.

Iniciou-se, então, um movimento de reflexão e de mudanças que deveria, em conformidade com a nova política de saúde, ampliar e redirecionar a prática fonoaudiológica numa perspectiva social, coletiva e preventiva<sup>23,24</sup>.

Atualmente acredita-se que o papel do fonoaudiólogo tornou-se mais amplo, sendo possível projetar ações de proteção e recuperação da saúde. Defende-se que a habilidade comunicativa é um dos maiores contribuintes para a qualidade de vida e toda ação preventiva nesta área irá favorecer significativamente para promover saúde em geral<sup>24</sup>.

### **A atuação da fonoaudiologia na saúde pública**

Pode-se citar algumas das áreas de atuação da Fonoaudiologia no sistema público relatadas na literatura: Núcleo de apoio à Família (NASF), Programa de Saúde na Escola (PSE), Atenção especializada – Serviço de atenção Domiciliar (SAD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros Especializados de Reabilitação, Hospitais, Maternidades, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Vigilância em Saúde do Trabalhador

(CFFa , 2016). Também se encontra atuação do Fonoaudiólogo na APS (Atenção Primária à Saúde) que tem por abrangência a inclusão do profissional em unidades de saúde, escolas, creches de forma coletiva. Assim, a abrangência do profissional Fonoaudiólogo na saúde pública é vasta e seu atendimento pode ser dirigido a gestantes, bebês, se estendendo até idosos<sup>21,27</sup>.

A elevada ocorrência de diversas patologias relacionadas à comunicação na população faz com que a inserção do fonoaudiólogo junto às equipes seja fundamental para promover, prevenir, reabilitar e aperfeiçoar a comunicação humana. Os principais campos de atuação do fonoaudiólogo na Saúde Pública são: Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e Vigilância em Saúde do Trabalhador<sup>21,27</sup>.

- **Atenção Básica**

A Atenção Básica (AB) é um conjunto de serviços, estratégias e ações de promoção e preservação da saúde, que funciona como o principal acesso ao SUS. Quando funciona bem, é capaz de resolver 80% dos casos que recebe. Sua face visível é a rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Como consta na portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB é:

“o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (PNAB)<sup>28</sup>

Como parte inerente ao processo de formulação de políticas públicas e a partir da necessidade de adequação aos novos serviços, aliada também à demanda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, a PNAB passou por duas revisões, em 2011 e 2017. Esta portaria citada anteriormente é

a mais recente e substitui a lei anterior, de 2011 e modifica a Estratégia de Saúde da família e o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS)<sup>28,29</sup>.

É importante relatar que a PNAB recente é alvo de críticas pois, segundo conselheiros de saúde, essa reformulação irá afetar gestores, profissionais e usuários do SUS pois faz alterações significativas na organização e no financiamento da AB, modificando os papéis dos ACS e propõe uma cesta limitada de serviços. As mudanças previstas por esta nova PNAB afetam em primeiro lugar o funcionamento das equipes, fundamentais na estrutura da ESF<sup>28,29</sup>.

Como citado anteriormente a ESF é a principal estratégia da Atenção Básica. Suas ações são realizadas por meio das UBS, onde o fonoaudiólogo também pode estar inserido. Os municípios podem implantar a ESF, com a equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde ou com a equipe ampliada, por meio da inserção do fonoaudiólogo e outros profissionais de saúde<sup>21,27</sup>.

O Programa Saúde na Escola (PSE), representa uma política intersetorial e de integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O programa visa garantir a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes do ensino básico<sup>27</sup>.

Neste programa é previsto que o fonoaudiólogo desenvolva as seguintes ações de capacitação aos educadores e profissionais da rede básica sobre o desenvolvimento auditivo de crianças e ações para promoção e prevenção de problemas auditivos; realização da triagem auditiva; encaminhamento das crianças identificadas com possíveis alterações auditivas para a avaliação audiológica nas UBS<sup>21,27</sup>.

A Portaria MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, instituiu a Atenção Domiciliar (AD), que tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, para a redução da demanda de atendimento hospitalar ou do período

de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desospitalização e a ampliação da autonomia dos usuários<sup>27</sup>.

No Brasil, a atenção domiciliar integra, desde agosto de 2011, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) sob o título 'Programa Melhor em Casa' e, atualmente, é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 825 de 25 de Abril de 2016. No referido programa, a atenção domiciliar é considerada uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio<sup>30,31</sup>.

É desenvolvido por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e composto por Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP)<sup>30</sup>.

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) são compostas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. As Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) são constituídas por no mínimo três profissionais de nível superior selecionados entre diversas categorias. Um desses profissionais é o fonoaudiólogo<sup>27</sup>.

O fonoaudiólogo no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) contribuirá com a redução de custos, diminuindo o tempo da internação, proporcionando um melhor direcionamento da aplicação de recursos públicos e qualidade de vida do usuário. A atuação do fonoaudiólogo no processo de reabilitação da deglutição, por exemplo, minimiza o risco de pneumonia aspirativa, desidratação, desnutrição e a utilização da via alternativa de alimentação<sup>27</sup>.

- **Atenção Especializada**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que dentre seus objetivos está o de garantir articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o

cuidado por meio de acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências<sup>27</sup>.

O CAPS é composto por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes<sup>27</sup>.

Ressalta-se que a Portaria GM nº 336, de 19/02/02 (define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial), explicita a presença do fonoaudiólogo no CAPS infantil (CAPSi). Porém, para os demais CAPS (I, II, III, AD) também há a possibilidade de inclusão do fonoaudiólogo, à medida que cita-se a presença de “outro profissional de nível universitário”<sup>27,32</sup>.

O fonoaudiólogo pode realizar individualmente, ou em conjunto com a equipe multiprofissional, ações, com ênfase nos aspectos da comunicação e da linguagem: identificar a necessidade de inserção no CAPS; participar do acolhimento; realizar atendimentos individuais e em grupo; orientar as famílias no que se refere ao atendimento vincular (mãe e filho)<sup>27</sup>.

Em relação aos ambulatórios de reabilitação, a atuação fonoaudiológica engloba as ações voltadas às diversas alterações de sua competência, exceto Fonoaudiologia Educacional<sup>21,27</sup>.

A Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, e coloca o desafio de trabalhar redes integradas de saúde, com o objetivo específico, entre outros, de promover cuidados em saúde dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, e desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta<sup>27,33</sup>.

As ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverão estar organizadas na AB, na Atenção Especializada (CER - Centro Especializado em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas



Deficiências e CEO - Centro de Especialidades Odontológicas) e na Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. O fonoaudiólogo atua nos distúrbios da comunicação, desenvolvendo ações, com base nas diretrizes para tratamento e reabilitação/habilitação de pessoas com deficiência<sup>27</sup>.

- **Atenção Hospitalar**

No âmbito hospitalar, o fonoaudiólogo tem como espaço de atuação os ambulatórios, as unidades de internação e as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Semi-intensivo, podendo atuar nos distúrbios da comunicação e da deglutição em todas as faixas etárias. As ações são prioritariamente de diagnóstico e reabilitação, o que não exclui as abordagens de promoção da saúde e prevenção de danos<sup>27</sup>.

Entre as alterações/situações que podem necessitar da intervenção fonoaudiológica em hospitais e maternidades, as mais comuns são: dificuldade com aleitamento materno; câncer de cabeça e pescoço; queimadura orofacial e cervical; fissura de lábio ou palato; deficiência auditiva (incluindo diagnóstico da deficiência e triagem auditiva neonatal); alterações na deglutição (incluindo diagnóstico funcional durante a videofluoroscopia e videoendoscopia da deglutição)<sup>21,27</sup>.

- **Vigilância em Saúde do Trabalhador**

A Organização PanAmericana da Saúde (OPAS) diz que os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho, podem ser classificados em cinco grandes grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais e ainda o de acidentes.<sup>34</sup>

Segundo essa perspectiva, o surgimento de doenças e agravos relacionados ao trabalho tem sido amplamente abordado, fortalecendo-se após a implantação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) e, posteriormente, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora<sup>34</sup>.

A Saúde do Trabalhador (ST), de acordo com o Ministério da Saúde, pode ser compreendida como área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre as condições de trabalho e a saúde da população.

As ações em ST visam à promoção da saúde, o cuidado e a assistência, além de medidas de vigilância das exposições ocupacionais e dos agravos relacionados ao trabalho. Dentre esses agravos, dois comprometem o trabalhador em suas habilidades de comunicação: a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) e os Distúrbios de Voz Relacionados ao Trabalho (DVRT)<sup>34</sup>.

A PAIR decorre da exposição contínua a níveis elevados de pressão sonora e se manifesta pela diminuição gradual e irreversível da acuidade auditiva, o que pode comprometer a qualidade de vida do trabalhador e gerar custos para o próprio indivíduo, família e sociedade. A PAIR, porém, é passível de prevenção através da adoção de medidas de caráter coletivo ou individual<sup>34</sup>.

Por sua vez, o DVRT pode ser compreendido como qualquer forma de desvio vocal diretamente relacionado ao uso da voz durante a atividade profissional que diminua, comprometa ou impeça a atuação e/ou comunicação do trabalhador, o que pode levar a prejuízos emocionais, na atividade profissional e socioeconômicos<sup>34</sup>.

Para o Conselho Federal de Fonoaudiologia, a partir da Resolução Nº 428, no âmbito das ações de vigilância em ST, compete ao fonoaudiólogo: elaborar diagnóstico situacional do ambiente, verificar o perfil epidemiológico dos agravos, atuar para melhoria das condições ambientais contribuindo para a prevenção de riscos, indicar equipamentos de proteção individual, além de monitorar, elaborar e gerenciar ações voltadas para a saúde geral e bem-estar do trabalhador<sup>34</sup>.

Assim, compreende-se que o fonoaudiólogo envolvido com a ST deve atuar norteado pela integralidade do cuidado, não se restringindo às ações específicas de assistência ou da sua área de especialidade. Em 2002, foi instituída no Brasil, através da Portaria Nº 1.679, a Rede Nacional de Atenção

Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), uma rede de informação e práticas de saúde cujo objetivo é irradiar as ações de ST no SUS e articular as ações intra e intersetoriais, de vigilância e de promoção da saúde para promover atenção integral a todos os trabalhadores do país<sup>34</sup>.

Segundo a Portaria de Nº 2.437/2005, o provimento de retaguarda técnica para as ações em ST no SUS é função dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). De acordo com a Portaria supracitada e com o Manual de Gestão e Gerenciamento da Renast (2006), a equipe técnica mínima dos Cerest estaduais deve ser composta por pelo menos cinco profissionais de nível médio e dez profissionais de nível superior, enquanto que para os Cerest regionais são previstos pelo menos quatro profissionais de nível médio e seis profissionais de nível superior<sup>34,35</sup>.

Em relação à saúde do trabalhador o Ministério da Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Portaria GM nº 2.728, de 11 de novembro de 2009) com o propósito de unificar a rede do SUS de serviços de assistência e a vigilância das ações de saúde do trabalhador.<sup>27,36</sup>

Os estados e municípios recebem incentivos financeiros para a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Este é constituído por equipe definida em portaria, com a obrigatoriedade do médico, do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem. Além desses, a equipe de trabalho deve ser composta por profissionais de nível médio e outras categorias de nível superior com formação em saúde do trabalhador, por isso, o fonoaudiólogo também se insere.<sup>27</sup>

A atuação do fonoaudiólogo em saúde do trabalhador é importante nos ambientes de trabalho com agentes de risco para questões fonoaudiológicas atuando também nas ações de vigilância em saúde, o que inclui a identificação dos fatores determinantes dos agravos à saúde no trabalho, o diagnóstico dos agravos relacionados à Fonoaudiologia e a conscientização da população, visando a prevenção.<sup>27</sup>

Assim, o Fonoaudiólogo deverá participar das equipes de vigilância, dos CEREST, atuando em assessoria, planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações; assim como participar de discussões sobre a organização dos processos produtivos e suas consequências no meio ambiente e na saúde (controle social) e no acompanhamento específico aos sujeitos expostos a esses riscos.<sup>27</sup>

Diante de todo o exposto, pode-se perceber que muitos foram os avanços da atuação fonoaudiológica no Brasil após a evolução do conceito de saúde. Através das concepções mais atuais que levam em consideração os fatores determinantes e condicionantes da saúde é possível aspectos da fala, da linguagem e da audição como atributos da saúde, justificando assim, a importância da fonoaudiologia no setor público de saúde para o atendimento da população.

## **OBJETIVO**

### **Objetivo Geral**

- Relacionar o avanço da atuação fonoaudiológica com a evolução no conceito de saúde e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Objetivos Específicos**

- Apresentar as principais datas relacionadas aos avanços na concepção de saúde;
- Caracterizar historicamente as mudanças na atuação fonoaudiológica antes e depois do SUS;
- Identificar a evolução da inserção da Fonoaudiologia no Sistema Público de Saúde Brasileiro.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativa, exploratória e documental sobre as mudanças na promoção e oferta em saúde no Brasil na área de Fonoaudiologia a partir da divulgação da carta de princípios de 7 de abril de 1948 e o estabelecimento do SUS em 1988.

Os materiais utilizados foram artigos de periódicos científicos indexados na base de dados SciELO e publicações oficiais retiradas dos sites do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Os artigos científicos utilizados foram encontrados a partir da busca pelo base de dados SciELO, e tiveram, como critérios de inclusão, artigos completos, publicados entre 2009 a 2020, em português, revisado por pares e que se enquadravam na área da pesquisa. Foram critérios de exclusão: artigos publicados antes de 2009, que não estavam no idioma português, não foram revisados por pares e cuja temática não se relacionava com este estudo.

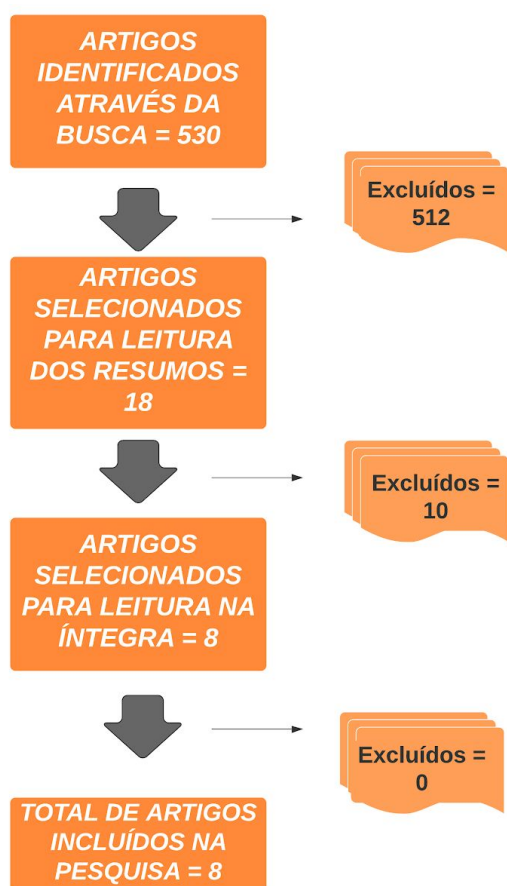
No campo de busca da base de dados SciELO, utilizou-se as palavras-chaves juntamente com o operador booleano “and” combinado das seguintes formas:

- “Saúde” *and* “Doença” *and* “História” *and* Cultura”
- “Fonoaudiologia” *and* “Saúde pública”
- “Fonoaudiologia” *and* “Sistema único de saúde”

A partir desta estratégia de busca, encontrou-se 530 artigos, porém só foram considerados os artigos que obedeciam aos critérios de inclusão anteriormente descritos e tinham relação com os termos: Saúde, Fonoaudiologia ou SUS em seu título. Sendo assim, foram selecionados para a leitura do resumo 18 artigos.

Após a leitura dos resumos, foram excluídos 10 artigos por não descreverem, em seu resumo, alguma definição, discussão ou comentário sobre: conceito de saúde, histórico do SUS ou atuação fonoaudiologia. Desta forma foram selecionados 8 artigos para realização da leitura na íntegra.

Após a leitura completa destes 8 artigos, foi analisado que estes preenchiam os critérios inicialmente propostos e foram considerados relevantes para esta pesquisa.



**Figura 2:** Diagrama de artigos incluídos

Como descrito anteriormente, também foram utilizados para esta pesquisa publicações oficiais como a Declaração de Alma-Ata, e Cartilhas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Estes documentos foram encontrados através de buscas nos sites do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Fonoaudiologia, respectivamente.

Para encontrar a Declaração de Alma-Ata na íntegra, acessou-se o site do Ministério da Saúde, localizou-se “Central de Conteúdo” e selecionou-se “Biblioteca”. Feito isto, foi possível acessar a “Biblioteca Virtual Em Saúde”, em que foi localizado o tópico intitulado “Fontes de informação”, logo após, clicou-se em “Políticas e Diretrizes do Sistema Único de Saúde” e acessou-se “Declarações”. Por fim, selecionou-se “Declaração de Alma-Ata Sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978”.

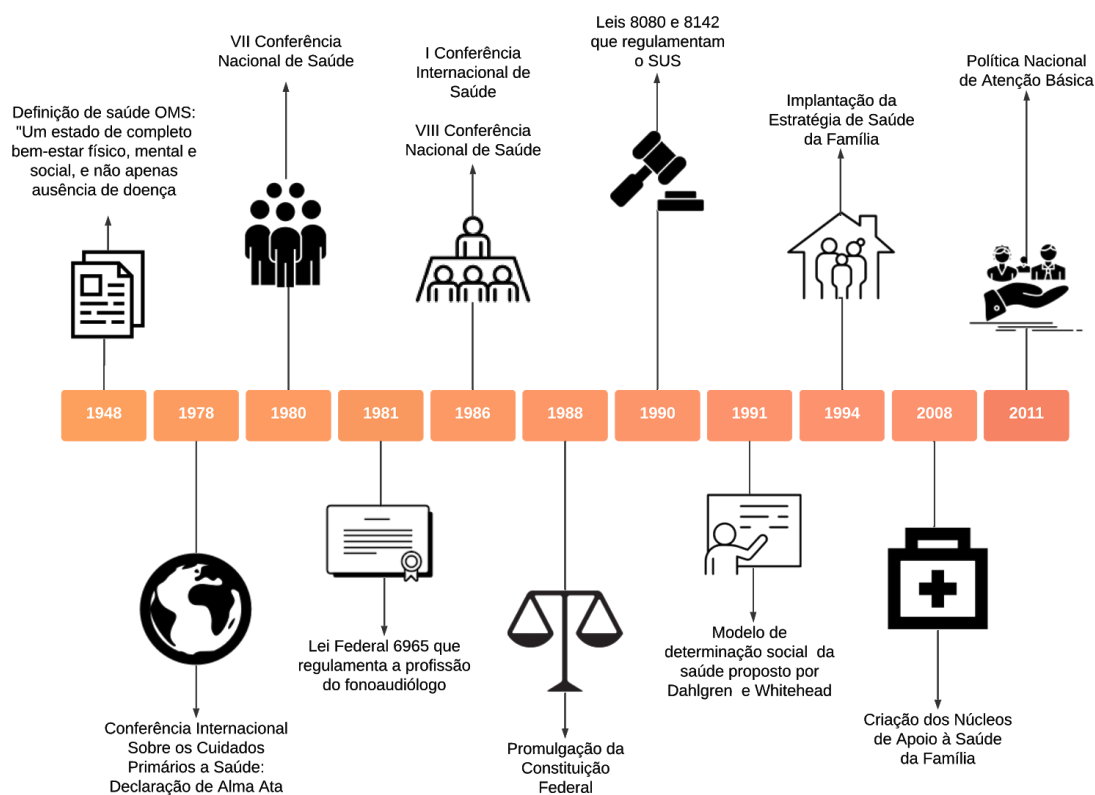
Para encontrar a cartilha “O Sistema Público de Saúde Brasileiro” considerado relevante para esta pesquisa, realizou-se o seguinte procedimento também no site do Ministério da Saúde: localizou-se o item “Central de Conteúdo”, e selecionou-se “Biblioteca”. Feito isto, foi possível acessar “Biblioteca Virtual Em Saúde”. No campo “pesquisar”, buscou-se por “O sistema público de Saúde Brasileiro”, em seguida o site foi direcionado aos resultados da pesquisa. Estes resultados foram filtrados por bases de dados, ao qual foi selecionado o filtro “Ministério da saúde”, encontrando assim, o resultado para cartilha “O sistema público de saúde brasileiro”.

Mencionou-se acima a utilização da cartilha do Conselho Federal (CFFa) de Fonoaudiologia intitulada: Contribuições da Fonoaudiologia para o avanço do SUS. Esta foi encontrada no site do CFFa clicando em “Imprensa”, “publicações” e por fim em “Guias e manuais”.



## RESULTADOS

Como demonstrado na Figura 3, muitas datas foram importantes para que ocorressem os avanços na concepção de saúde e da atuação fonoaudiológica no Brasil:



**Figura 3:** Algumas das principais datas relacionadas aos avanços das questões de saúde e ampliação da atuação fonoaudiológica

Essa linha do tempo aborda em ordem cronológica (da esquerda para a direita) os anos que estão diretamente relacionados às questões de saúde no Brasil e ao avanço e estabelecimento da atuação fonoaudiológica.

Como o apresentado, considera-se as seguintes datas:

- **1948 - Definição de saúde**
- 1978 - Conferência Internacional sobre os cuidados primários à saúde
- 1980 - VII Conferência nacional de Saúde
- 1981 - Lei Federal 6965
- 1986 - I Conferência Internacional de Saúde e VIII Conferência Nacional de Saúde
- 1988 - Constituição Federal
- 1990 - Leis que regulamentam o SUS
- 1991 - Estudos sobre os determinantes sociais de saúde e doença
- 1994 - Implantação da Estratégia de Saúde da Família
- 2008 - Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- 2011- Política Nacional de Atenção Básica

Os anos acima descritos foram citados no decorrer do trabalho e foram considerados marcos importantes para o processo da garantia da saúde e o estabelecimento e ampliação da fonoaudiologia no Brasil.

Um fator relevante para ampliação da oferta em saúde e atuação fonoaudiológica no Brasil foi a conquista do Sistema Único de Saúde. Conforme descrito no Quadro 1, entende-se como eram as questões de saúde no Brasil antes e depois da instauração desse modelo de assistência<sup>13,18,19,20</sup>.

**Quadro 1:** Questões de saúde no Brasil antes e depois do SUS

<b>Brasil antes do SUS</b>	<b>Brasil depois do SUS</b>
Sistema Fragmentado	Sistema Nacional e Unificado de Saúde
Serviços Privados apenas aos que podiam custear	Saúde como um direito universal e com participação social em todos os níveis
Seguro social restrito aos que tinham emprego formal	Saúde como um dever do Estado
Saúde pública voltada para os risco de endemias e epidemias	Descentralizadas para Estados e Municípios

Fonte: Elaboração própria, 2020.

O quadro 1 apresenta uma comparação de como eram as questões de saúde no Brasil antes e depois do SUS. Conforme apresentado, do lado esquerdo é descrito às características de atenção à saúde antes do SUS. Identifica-se que o sistema de saúde brasileiro era um sistema fragmentado, os serviços privados contemplavam apenas aqueles que poderiam custeá-los, existia um seguro social restrito apenas aos que tinham um emprego formal e a saúde pública abrangia ações para os riscos de endemias e epidemias.

Já o lado direito do quadro descreve as mudanças na oferta em saúde após o estabelecimento do SUS. Ou seja, verifica-se a organização de um sistema nacional e unificado de saúde, a saúde como um direito universal e dever do Estado com ações descentralizadas para estados e municípios e que conta com a participação social em todos os níveis de atenção à saúde.

Além de se configurar um modelo de assistência à saúde mais justo e democrático, o SUS contribuiu para um aumento e expansão da atuação fonoaudiológica no Brasil.

Como demonstrado no Quadro 2, muitas foram as mudanças relacionadas à assistência à saúde em fonoaudiologia após o SUS<sup>1,4,5,7,21,23,25,26</sup>.

**Quadro 2:** Atuação fonoaudiológica antes e depois do Sistema Único de Saúde

<b>Fonoaudiologia antes do SUS</b>	<b>Fonoaudiologia depois do SUS</b>
Eliminação de patologias da fala	Panorama preventivo-comunitário
Perfil técnico	Atendimentos em vários níveis de atenção
Atendimento clínico-individual	Considera a integralidade do sujeito
Normal X Patológico	Acesso a fonoaudiologia como um direito à saúde
Elitista	Integra ações de promoção e prevenção

Fonte: Elaboração própria, 2020.

O quadro 2 apresenta a diferença do perfil de atuação fonoaudiológica antes e depois do estabelecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Como pode-se observar, do lado esquerdo é abordado o perfil deste profissional antes do SUS, sendo assim, pontua-se que a atuação era voltada para eliminação de patologias da fala a partir de um perfil técnico, atendimento clínico-individual em que era considerado o normal e o patológico. A prática fonoaudiológica configura-se elitista e não englobava ações de prevenção e promoção à saúde.

Já ao lado direito do quadro, apresenta-se a mudança no perfil da atuação fonoaudiológica depois do Sistema Único de Saúde brasileiro. Sendo assim, observa-se uma prática que abrange um panorama preventivo comunitário, os atendimentos são realizados em todos os níveis de atenção à saúde, considera-se a integralidade do sujeito, o acesso a fonoaudiologia passa a ser um direito à saúde e a prática integra ações de promoção e prevenção.

## DISCUSSÃO

Primeiramente a Figura 3 apresenta a data de 1948 como o início das mudanças relacionadas à concepção de saúde. Apesar das críticas, segundo Buss e Filho<sup>9</sup> considera-se esta data como um marco para os avanços das questões de saúde no mundo pois este conceito permitiu reestruturações políticas acerca das questões de saúde.

A OMS em 1948 ampliou a definição de saúde para além do organismo como corpo físico e a dimensionou também para as condições psicológicas/emocionais e para os aspectos sociais. Dessa maneira, possibilitou uma visão mais ampliada de saúde em que o sujeito é visto como um todo, e não como partes fragmentadas<sup>5,6,9</sup>.

Após, como é apresentado na Figura 3, o ano de 1978 também é considerado um marco para avanços na concepção de saúde. Isto porque nesta data aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, promovida pela OMS<sup>13,14,21</sup>.

Segundo Paiva e Teixeira<sup>37</sup>, neste período já existia uma nova forma de pensar a saúde que compreendia uma busca de aumento da cobertura dos serviços. Esses novos ideais foram capazes de organizar pautas institucionais, e promoverem o aumento das críticas às intervenções orientadas por doença. Todo esse fenômeno culminou, durante a Conferência de Alma-Ata, na proposição da atenção primária como a estratégia central para promoção de saúde.<sup>13,14,21,37</sup>

É importante ressaltar que nessa Conferência de 1978 foi aprovado um conceito ampliado de saúde em decorrência das críticas relacionadas ao conceito proposto inicialmente em 1948. Além do mais, nesta conferência, enfatizaram-se as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a responsabilidade governamental na provisão da saúde, e a importância da

participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde<sup>13,14,21,37</sup>.

A partir disso, para Heidemann et al.<sup>38</sup> é possível considerar que a Conferência de Alma-Ata marcou o surgimento dos serviços que prestam os cuidados na APS. Isto representa o princípio de que a saúde é um direito universal<sup>13,37,38</sup>.

Já no Brasil, em 1980 ocorreu a VII Conferência Internacional de Saúde. Pode-se considerar que foi a partir da VII Conferência Nacional de Saúde se consolidou a agenda reformista da saúde brasileira, primordial para o fortalecimento e constituição de um sistema de assistência a saúde nacional e unificado<sup>13,38</sup>.

Em relação à prática fonoaudiológica, em 1981 ocorre no Brasil a regulamentação da profissão do fonoaudiólogo com a aprovação da Lei 6965. Este foi um grande marco para o fortalecimento e crescimento da profissão no país.<sup>23</sup>

Conforme descrito na Figura 3, Em 1986 são realizadas a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde no Canadá e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília. Ambos eventos também são importantes para o avanços nas questões de saúde<sup>13,38</sup>.

Durante a Primeira Conferência Internacional de Saúde houve a implementação da proposta de atenção primária à saúde, que segundo Heidmann<sup>38</sup>, é o papel do governo ou dos Estados implantar este modelo de atenção no campo de saúde pública com o objetivo de firmar, num contexto mundial, que saúde passou a ser considerada um direito de todos.

Já no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde que também ocorreu em 1986 é considerada, como relatado por Paiva e Teixeira<sup>39</sup>, um marco na história da saúde no Brasil, pois forneceu as bases para elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e com isso, a criação SUS.

Nesta Conferência foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista como: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único<sup>19,20,40</sup>.

É neste cenário que surgiram as vigentes políticas de intervenção em saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde passou a ter suas competências a partir da nova Constituição Federal de 1988. Diante disto, segundo Paiva e Teixeira<sup>40</sup> foi possível garantir que no Brasil a saúde fosse um direito de todos e um dever do Estado<sup>18,19,20,40</sup>.

Com a implantação do SUS, no final da década de 1980, os serviços públicos de saúde passaram por um processo de revisão do modelo assistencial, de maneira que novas práticas se instituíram e outras foram abandonadas<sup>18,19,20,40</sup>.

É importante destacar também que a atenção à Saúde sofreu mudanças em seu paradigma a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, com seus princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Além disso, a assistência integral à saúde da população brasileira é considerada com base nos determinantes sociais e a partir da Lei 8.142/1990 passou-se a apontar a importância da sociedade em todos os níveis de gestão<sup>18,19,20,40</sup>.

Com a formulação de novas políticas e um novo modo de entender saúde, foram apresentadas propostas e alternativas para instaurar um novo modelo de atenção, dentre elas, destaca-se o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família (ESF) implantado em 1994<sup>18,19,20,39,40</sup>.

Essa nova alternativa, segundo Gomes et al.<sup>40</sup> adotou a concepção ampliada de saúde inspirada no que foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, no direito universal à saúde, como definido na Constituição Federal de 1988 e nas diretrizes da política de Atenção Primária de Saúde, formulada pela OMS em Alma-Ata, em 1978<sup>13,18,19,20,40</sup>.

A ESF se propõe a implementar um novo modelo assistencial baseado na integralidade, com foco na família e na comunidade, na vigilância em saúde e na visão de saúde como multideterminada<sup>13,18,19,20</sup>.

Com o propósito de apoiar a inserção da ESF na Rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização e as ações da APS no Brasil, no ano de 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>18,19,20,39</sup>.

A instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família vem consolidar, segundo Soleman e Martins<sup>39</sup> esse espaço de atuação do fonoaudiólogo dentro da Atenção Primária à Saúde, e se caracteriza como principal campo de trabalho dentro desse nível de atenção<sup>18,19,20,39</sup>.

Por fim, em 2006, o governo federal publicou a primeira PNAB com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais. Construída, conforme afirma Gomes et al.<sup>40</sup> mediante a utilização de uma sólida base científica, a PNAB de 2006 deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema<sup>7,40</sup>.

Como parte inerente ao processo de formulação de políticas públicas e a partir da necessidade de adequação aos novos serviços, aliada também à demanda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, a PNAB passou por duas revisões, em 2011 e 2017<sup>40</sup>.

Apesar de a PNAB ser reconhecida como instrumento legal e relevante na organização da APS brasileira, sua terceira edição, Segundo Gomes et al.<sup>40</sup>, pouco influenciou na composição das equipes de saúde da família e no crescimento de diversas equipes de Saúde da Família no Brasil, dificultando o acesso da população aos serviços de saúde<sup>40</sup>.



É importante abordar sobre as críticas advindas da reformulação desta política pois as principais instituições representativas do sistema de saúde alertaram, por meio de notas oficiais, para uma ameaça de desmonte do SUS e para as possíveis ameaças às conquistas até então alcançadas no âmbito da APS no país.<sup>40</sup>

Para Morosini et al.<sup>29</sup> os princípios do SUS, democraticamente constituídos e legalmente estabelecidos (como apresentado neste trabalho), deveriam ser tomados como valores éticos, que precedem e orientam a reconfiguração das políticas de saúde. Portanto, não devem e não podem ser transgredidos ou sequer flexibilizados<sup>29,40</sup>.

Em relação aos fonoaudiólogos, Gomes et al. afirma que os desafios atuais relacionados à inserção destes profissionais na saúde pública residem centralmente na vontade política de resgatar os princípios de Alma-Ata e os atributos da Atenção Primária, tornando real o acesso e a Cobertura do “Saúde da Família” para toda a população brasileira<sup>40</sup>.

Tendo em vista os avanços conquistados com um sistema de saúde nacional e unificado, o Quadro 1, aborda sobre as questões de saúde antes e depois do SUS.

Em síntese, antes do SUS existia uma separação entre as ações de saúde pública, ou seja, as ações eram divididas em campanhas de caráter nacional por patologia, grandes endemias e a assistência médico-hospitalar<sup>18,19,20,37</sup>.

A assistência médica neste período ocorria através da compra de serviços privados que privilegiava apenas os trabalhadores urbanos com um vínculo formal de trabalho. Neste período, os ricos eram atendidos por serviços particulares, os trabalhadores e familiares por sistemas de caixas beneficentes e pelo sistema previdenciário e a maioria da população sempre dependeu da caridade ou da filantropia<sup>18,19,20,37</sup>.

A partir dessas contradições do modelo de assistência à saúde vigente neste período, ou seja, uma assistência sem equidade, não democrática e privatizada, se encontra o surgimento da reforma sanitária que, por sua vez, defendeu uma radical reforma do sistema de saúde brasileiro<sup>18,19,20,37</sup>.

Esta reforma originou-se durante a ditadura militar e se organizou a favor de uma luta pela democracia. Considerando um grande fortalecimento da sociedade civil neste período, esse movimento da reforma sanitária foi fundamental para as mudanças que colaboraram para o SUS<sup>18,19,20,37</sup>.

Como fruto de uma intensa luta política, mobilização, e a partir de um ideário claro e objetivo que este movimento se expressou na VIII Conferência Nacional de Saúde através de pautas importantes como humanismo, democracia, justiça social, desenvolvimento humano e científico<sup>18,19,20,37</sup>.

Com o Sistema Único de Saúde, o Brasil buscou materializar os avanços na concepção da saúde, dando lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para isso, a saúde passou a relacionar-se com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia e o lazer<sup>18,19,20,37</sup>.

Ao longo de sua existência, o SUS avançou historicamente promovendo medidas como a descentralização e a municipalização de ações e serviços, o fortalecimento da atenção básica, a ampliação de ações de prevenção a doenças, o investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos, vacinas e medicamentos, o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados, a ampliação no número de trabalhadores em saúde, e a maior participação e controle social da população por meio da atuação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde<sup>18,19,20,37</sup>.

Em relação a fonoaudiologia, como abordado anteriormente, sua inserção nas políticas públicas do país teve seu início entre 1970 e 1980, inicialmente na área educacional, e posteriormente expandindo-se para saúde e assistência social. Neste período, o número de profissionais se mostrava pequeno, assim como, seus trabalhos centralizaram-se em ambulatórios de saúde mental e hospitais com o intuito de atividades voltadas à reabilitação<sup>5,7,21,23,24,25</sup>.

No Quadro 2, observa-se que com a implantação do SUS baseado nos princípios da universalidade e equidade e na diretriz organizacional da descentralização, a expansão dos serviços e a ampliação dos direitos dos usuários houve a necessidade de reorientação da prática fonoaudiológica, ampliando suas ações para além da reabilitação<sup>5,7,21,23,24,25</sup>.

Com o SUS, como também afirma Moreira e Mota<sup>1</sup> a função do fonoaudiólogo se tornou mais extensa e isso possibilitou ações e projetos capazes de atender as carências da população, promovendo uma melhor qualidade dos serviços de saúde prestados e este profissional passou a atender de forma eficaz às necessidades dos pacientes<sup>1,5,7,21,23,24,25</sup>.

Por fim, a reforma implementada no sistema de saúde brasileiro a partir da reforma sanitária, a constituição de 1988 e a consolidação do SUS, trouxe como questão não só a garantia do direito à saúde, mas, também, a noção de equidade quanto à importância de distribuição mais ampla dos recursos da saúde. No entanto, mesmo após tantos avanços observa-se até os dias atuais uma grande demanda não alcançada na distribuição dos serviços, incluindo os fonoaudiológicos no SUS<sup>5,7,21,18</sup>.

A necessidade dos profissionais para atenção à pessoa com distúrbios da comunicação deve passar por indicadores epidemiológicos e assistenciais. Segundo Miranda et al.<sup>41</sup> a inserção dos fonoaudiólogos nos diversos espaços do sistema demonstra que a assistência à saúde são relevantes para a saúde coletiva, já que os distúrbios na comunicação humana podem comprometer o

desenvolvimento infantil, restringir a realização profissional e prejudicar o bem-estar da população<sup>5,7,21,41</sup>.

É importante que a Fonoaudiologia acompanhe as mudanças teóricas e metodológicas da Saúde Pública/Coletiva e que participe do processo de implantação de uma relevante política de saúde nacional tendo seu lugar junto à Promoção da Saúde de forma consciente, atuante e responsável<sup>5</sup>.

Nos últimos anos a fonoaudiologia tem revelado seu potencial no SUS, mas sua importância carece de maior visibilidade, e com a inserção do Fonoaudiólogo dentro dos serviços de saúde, suas atuações passaram a abranger a promoção, proteção e reabilitação da saúde em suas diversas áreas relacionadas a comunicação humana<sup>1,5,7,21,23</sup>.

É necessário que a Fonoaudiologia trace amplos caminhos argumentando-as com as pressuposições do SUS e participando da construção de um novo modelo de atenção à saúde coletiva, ampliando suas práticas, transformando condições de vida e saúde, construindo formas de políticas públicas saudáveis<sup>1,5,7,21,23</sup>.

A implantação das políticas públicas na fonoaudiologia, especialmente no SUS, é uma necessidade real. O alto índice de doenças ligadas ao sistema fonológico na população faz com que a inserção do fonoaudiólogo junto às equipes de saúde seja de suma importância para promover desde a prevenção até a reabilitação do indivíduo<sup>1,5,7,21,23</sup>.

Durante este estudo, pode-se perceber que a atuação fonoaudiológica no sistema público de saúde ainda é um tema que demanda muitos estudos. O fonoaudiólogo, enquanto profissional, é um ator indispensável para promover a efetivação de saúde e atuar na construção de políticas públicas em saúde que atendam as reais necessidades da população<sup>1,5,7,21,23</sup>.

A história apresentada neste trabalho reafirma, de maneira consciente, que mudanças significativas foram necessárias para que houvesse hoje, no Brasil, um avanço e valorização da saúde como um todo<sup>1,5,7,21,23</sup>.

O olhar para o passado é reconhecer todas as conquistas da Fonoaudiologia e enxergar que é preciso continuar lutando e garantindo a atuação dentro do sistema público de saúde em busca de mais espaço e garantia de atendimento à população brasileira. Dessa forma, o atendimento fonoaudiológico poderá continuar sendo capaz de mudar vivências e desempenhar seu papel na função social da saúde no país<sup>1,5,7,21,23</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, foi possível identificar que ao longo dos tempos houveram mudanças acerca do conceito de saúde e com isso, a ampliação e a consolidação da atuação fonoaudiológica. No Brasil, após o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, a Fonoaudiologia passou a elaborar propostas e ações a serem praticadas no sistema público de saúde.

Deste modo, verifica-se que a Fonoaudiologia passou a caminhar para conquistar seu espaço e mostrar o quão tem sido importante dentro de diversas áreas de atuação. Com a inserção do Fonoaudiólogo dentro dos serviços de saúde, suas atuações passaram a abranger a promoção, proteção e reabilitação da saúde em suas diversas áreas relacionadas a comunicação humana, porém ainda carece de maior visibilidade e maior garantia de atuação frente às ameaças ao Sistema Único de Saúde para que seja possível garantir à população o acesso aos serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Rev. CEFAC [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 May 04]; 11( 3 ): 516-521. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462009000300021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000300021&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021>
2. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Quantitativo de Fonoaudiólogos no Brasil por estado. 2019. Disponível em: [https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2019/12/CFFa\\_Quantitativo\\_Fonoaudiologos\\_no\\_Brasil\\_por\\_Estado.pdf](https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2019/12/CFFa_Quantitativo_Fonoaudiologos_no_Brasil_por_Estado.pdf)
3. Brasil. Lei nº. 6.965, de 09 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 dez. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6965.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6965.htm)
4. Diniz RD, Bordin R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região sul do Brasil. Rev. soc. bras. fonoaudiol. [Internet]. 2011 June [cited 2020 May 04]; 16( 2 ): 126-131. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342011000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000200004&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000200004>
5. Relly CD, Tomiasi A, Cassol K, Romero G, Topanotti J. Atuação fonoaudiológica no sistema público de saúde – revisão de literatura. Journal of Health [Internet]. 1(1), p.212-231, 2019. Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/12>
6. Lunardi VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4219>
7. Sousa MFS, Nascimento CMB, Sousa FOS, Lima MLLT, Silva VL, Rodrigues M. Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na atenção primária à saúde, no Brasil. Rev. CEFAC [Internet]. 2017 Mar; 19( 2 ): 213-220. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462017000200213&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000200213&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719215816>
8. Alves MEF. Determinantes Sociais De Saúde: Processo Saúde Doença E História. Atenção Básica Em Enfermagem. 2019. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-do-para/atencao-integral-a-saude-i/dissertacoes/determinantes-sociais-de-saude-doenca/6837027/view>

9. Buss PM; Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [Internet]. Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2007.v17n1/77-93/#ModalArticles>
10. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis* [Internet]. 2007 Apr [cited 2020 May 05]; 17( 1 ): 29-41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
11. Lourenço LFL, Danczuk RFT, Painazzar D, Junior NFP, Maia ARCR, Santos EKA. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>
12. Backesi MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/conceitos-saude-doenca.pdf>
13. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>
14. OMS, UNICEF. Cuidados Primários De Saúde. Brasil. 1979. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=2CB156748FF0BE253B882293C29112ED?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=2CB156748FF0BE253B882293C29112ED?sequence=5)
15. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)
16. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf)
17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)



19. Brasil. Ministério da Saúde. O Sistema Público De Saúde Brasileiro. Brasília. 2002. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. Disponível em:  
[https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf)
21. Lipay MS, Almeida EC. A Fonoaudiologia e Sua Inserção na Saúde Pública. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 16(1):31-41, jan./fev., 2007. Disponível em:  
<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1073>
22. Conselho Federal de Fonoaudiologia. CFFa Repudia Práticas De Cunho Fonoaudiológico Realizadas Por Profissionais Não Habilitados. Disponível em:  
<https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2017/07/cffa-repudia-praticas-de-cunho-fonoaudiologico-realizadas-por-profissionais-nao-habilitados/>
23. Aarão PCL, Pereira FCB, Seixas KL, Silva HG, Campos FR, Tavares APN, Gama ANC, Lemos SMA. Histórico da fonoaudiologia: relato de alguns estados brasileiros. Rev. Médica de Minas Gerais. Disponível em:  
<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/206>
24. Penteado RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. Rev. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 107-116, abril, 2004. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/viewFile/11631/8357>
25. Meira I. História da Fonoaudiologia no Brasil. Rev. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 8 (1): 87-92, junho, 1996
26. Fortes AMC. Fonoaudiologia: Uma abordagem pública. Monografia de Especialização. Rio Grande do Sul, 2006. Disponível em:  
[https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16031/TCCE\\_FONOAUDIOLOGIA\\_2006\\_FORTES\\_ANA.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16031/TCCE_FONOAUDIOLOGIA_2006_FORTES_ANA.pdf?sequence=1)
27. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Contribuições da fonoaudiologia para o avanço do SUS. 2016. Disponível em:  
<https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2018/09/Cartilha-sus.pdf>
28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set 2017; Seção 1. Disponível em:  
<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>

29. Morosini MGC, Fonseca AFL, Luciana D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 116, pp. 11-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
30. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde debate*. 2017 Dec ; 41( 115 ): 1116-1129. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000401116&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401116&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711510>
31. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 825 de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União* 26 de abr 2016; Seção 1. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827)
32. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve. *Diário Oficial da União* 19 fev 2002; Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-336-de-29-de-setembro-de-2020-280239830>
33. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 24 abr 2012; Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-793-de-24-de-agosto-de-2020-275157352>
34. Aline Cristina Gusmão, Tatiane Costa Meira, Franciana Cristina Cavalcante Nunes dos Santos, Silvia Ferrite. A Fonoaudiologia nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Brasil. *Rev. CEFAC*. 2018 Nov-Dez; 20(6):723-733. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n6/pt\\_1982-0216-rcefac-20-06-723.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n6/pt_1982-0216-rcefac-20-06-723.pdf)
35. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria de Nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 7 set 2005; Seção 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437\\_07\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html)
36. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.. *Diário Oficial da União* 11 nov 2009; Seção 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html)

37. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [Internet]. 2014 Mar; 21( 1 ): 15-36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
38. Heidmann ITS, Buss AMCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2006 June; 15( 2 ): 352-358. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>.
39. Soleman C, Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2015 Aug ; 17( 4 ): 1241-1253. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000401241&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000401241&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517417114>.
40. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Apr ; 25( 4 ): 1327-1338. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=en). Epub Apr 06, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.
41. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Rodrigues M. Assistência fonoaudiológica no sus: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2015 Feb ; 17( 1 ): 71-79. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000100071&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100071&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1982-0216201515213>.