

# **ASSISTÊNCIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM UMA CLÍNICA- ESCOLA**

**MARIA TEREZA COSTA BARAÚNA**

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação. mtbarauna@gmail.com

**MÁRCEA ANDRADE SALES**

Professora Adjunto Universidade do Estado da Bahia. Doutora em Educação. Professora Pesquisadora do Mestrado Profissional Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação – GESTEC UNEB. masales@uneb.br



## RESUMO

Esse texto decorre de uma pesquisa de Mestrado Profissional que aconteceu na Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão - Universidade do Estado da Bahia, CAMPUS I - Salvador/BA, vinculada ao curso de Fonoaudiologia do Departamento de Ciências da Vida. Aqui, discutimos aspectos da formação do profissional de saúde, articulados sob os eixos da sustentabilidade e cidadania, entendendo que esses eixos são elementos fundantes para prática com visão crítica em relação ao mundo, ao país e suas contradições. A partir da perspectiva de sustentabilidade no contexto contemporâneo, defendemos a necessidade de assegurar o prosseguimento da reforma sanitária brasileira e promover a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. Com tal intento, essa pesquisa investigou as práticas de assistências desenvolvidas na Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão da Universidade do Estado da Bahia, observando se essas práticas estão em consonância com o que preconizam as políticas públicas de saúde, ou não, e se respondem aos desafios impostos à Universidade pública. Com os resultados da pesquisa, intentamos desenvolver um planejamento de intervenção junto aos sujeitos da pesquisa para, a partir das contribuições deste estudo, fomentar discussão sobre o desenvolvimento de uma cultura que transcenda a fragmentação e a individualização do trabalho. Aqui, destacamos a importância de analisar a saúde como componente social necessário e determinante para o desenvolvimento sustentável, elaborando bases conceituais que permitam essa articulação nos Serviços de atendimento à Saúde nas Universidades.

**Palavras Chave:** Sustentabilidade. Políticas Públicas em Saúde. Formação Profissional em Saúde.

## APRESENTAÇÃO

Desde as últimas décadas do século passado a discussão sobre desenvolvimento sustentável vem se intensificando tanto na esfera do governo, quanto na da sociedade civil, perseguindo outras formas de desenvolvimento econômico - sem a redução dos recursos naturais e sem danos ao meio ambiente. Apesar de estudos apontarem para concepções variáveis em relação ao seu conceito e dimensões, o discurso dominante ainda prevalece no âmbito econômico.

A pesquisa enfatizou que o crescimento econômico é uma condição necessária à sociedade, mas não deve ser confundido com desenvolvimento – este último implica não só na criação de um projeto que envolve aspectos econômicos, como, também, deve enfrentar causas estruturais como a carência de saúde, de educação e de oportunidades sociais. Laurell (2013, p. 158) valida

esta posição quando afirma que o crescimento econômico não pode ser visto isoladamente, “sem maiores considerações sobre suas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e sobre o meio ambiente local e mundial”. Assim, o crescimento econômico só contribui para a igualdade se for acompanhado de políticas públicas redistributivas.

Nesta perspectiva, defendemos a importância e a emergência de analisar a saúde como componente social necessário e determinante para o desenvolvimento sustentável elaborando bases conceituais que permitam essa articulação no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB. Assim, partimos do princípio de que, para estabelecer e manter o desenvolvimento de uma Nação, é preciso garantir a saúde de sua população. Para Castro (2013, p. 108),

A saúde é um dos elementos importantes para as transformações econômicas, sociais e políticas de um país, constituindo-se em um indutor da melhoria da qualidade de vida da população e da ampliação da autonomia de um país, de tal forma a propiciar o desenvolvimento econômico, social e político sustentável.

Sendo assim, deve ser preocupação do Estado e das Instituições de Ensino Superior reorientar a formação dos profissionais de saúde, superando o modelo tecnoassistencial hegemônico, centrado no procedimento, para um modelo de atenção à saúde, centrado no usuário, desenvolvendo habilidades para que o estudante em formação seja capaz de intervir como agente de transformação das práticas sociais. Daí a relevância social da Universidade nos processos de formação do profissional no campo da saúde: aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema.

## **A Saúde no Contexto Brasileiro**

O Brasil avançou em relação às políticas públicas de saúde para as pessoas com deficiência. Anteriormente à década de 70 do século passado, a assistência à saúde pública encontrava-se associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, e as ações voltadas para as pessoas com deficiência



concentraram-se na educação e em obras caritativas e assistencialistas. A partir de então, grupos considerados marginalizados, dentre eles as pessoas com deficiência, com organizações próprias, ampliaram, progressivamente, sua participação política.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco importante no avanço aos direitos das pessoas com deficiência, conseguindo que eles fossem garantidos nos mais diferentes campos e aspectos da educação, do transporte, dos espaços arquitetônicos, e na saúde quando, no seu artigo 23, Capítulo II, determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. (Brasil, 1998, s/p)

A partir de então, outros dispositivos legais foram estabelecidos para viabilizar a organização da assistência e da reabilitação para essa população. Portarias, Resoluções e Instruções Normativas regulamentam a assistência na perspectiva da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, inaugurando um modelo assistencial pautado na abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com ênfase nas ações de promoção à saúde, na reabilitação e na inclusão social. A partir daí, também, as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas e muitas estratégias implantadas com objetivo de formar profissionais de saúde com competência para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde.

Assim, em 2001, foram elaboradas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde, deslocando a visão centrada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos, para visão mais humanista com profissionais capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde, e em equipe multiprofissional - princípios do SUS (INEP/MEC, 2006).

A Política Nacional de Saúde orienta as ações voltadas às pessoas com deficiência e preconiza, desde 1982, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, substituindo o modelo biomédico baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, para um modelo que incorpora a dimensão biomédica, a psicológica e a social. Para o Ministério da Saúde (2008), apesar da atenção aos deficientes ter evoluído de ações caritativas e assistencialistas para o atendimento de reabilitação, esta não assumiu a abordagem integradora desse processo, preservando, quase sempre, a postura assistencialista. Portanto, é necessária a construção de um novo modelo de assistência em reabilitação voltado às novas práticas e ao processo formativo de profissionais da saúde. Uma alternativa tem sido as Clínicas-Escolas.

A política nacional de reorientação da formação profissional em Saúde, desenvolvida a partir de 2003, defende a importância da articulação entre as instituições formadoras e os serviços prestados à população, no sentido de corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a Universidade passa por uma crise institucional marcada pelo *desinvestimento do Estado na Universidade pública* (Souza Santos, 2011), e sofre as consequências de uma globalização mercantil – lógica mercadológica demarcada pelo Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio –, direcionando a educação superior dos seus países-membros para que realizem reformas voltadas para a redução dos custos e o incremento de autonomia para as instituições.

A partir dessa pesquisa, defendemos que a maneira de perceber e pensar a formação profissional em saúde deve superar o pensamento cartesiano e tecnicista, que leva a fragmentação do conhecimento e negligencia as relações existentes entre os saberes, ou seja, para chegarmos a um conhecimento apropriado, precisamos ligá-lo a um contexto.

## **Atenção à Saúde e os desafios para a mudança de paradigma**

Segundo o Censo 2010, o Município de Salvador possui o correspondente a 26% de sua população com, pelo menos, algum tipo de deficiência e, dessas, 7,6% possuem incapacidade total ou grande dificuldade de acordo com a deficiência apresentada (IBGE, 2012). São vários os fatores que contribuem para o aumento da prevalência de deficiência e incapacidade. Segundo a última pesquisa do IBGE (2013), as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas, em comparação às pessoas sem deficiência. Em parte, isto se deve ao fato de que as pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso a serviços como saúde, educação, emprego, transporte e informação.

Assim, a assistência a esse segmento populacional deve partir do pressuposto de que, além da necessidade específica da sua própria condição socioeconômica, temos aí cidadãos que necessitam de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde da pessoa com deficiência deve ir além do domínio biológico; precisa

ser assistida por equipe multidisciplinar para apreensão de seus aspectos bio-psico-sociais, não mais centrado nos aspectos orgânicos, mas em sua inserção social e sua subjetividade.

Do ponto de vista conceitual, desde o final do século passado observamos uma mudança no entendimento do que é deficiência e na maneira como a sociedade se responsabiliza por ela. Segundo Diniz (2007), no modelo clássico de criação discursiva do século XVIII, a deficiência é descrita em termos biomédicos, com base em estatísticas de normalidade e em curvas de variação sobre os padrões de normalidade. Sua identificação se baseia no levantamento de informações sobre “defeitos corporais” e considera que as desvantagens são causadas pela incapacidade do indivíduo com lesões em se adaptar à vida social. Tal concepção de aproximação da deficiência às doenças fortalece as ações medicalizantes sobre o corpo deficiente, ao mesmo tempo em que afasta o debate das esferas sociológicas. No campo das políticas públicas a perspectiva da deficiência como problema pessoal ou limitação corporal pressupõe que as ações prioritárias são medidas sanitárias, de reabilitação, e não de proteção social ou de reparação da desigualdade.

Em 1982, com a divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, foi adotada a CIF, aceita em todo mundo. Substituindo o modelo biomédico baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, vigente até então, evoluiu-se para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Assim, a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são compreendidas pelo contexto ambiental no qual elas vivem.

A CIF (2003) engloba todos os aspectos relacionados às funções humanas e suas restrições e, por possibilitar a descrição da funcionalidade do indivíduo para além dos seus aspectos fisiológicos e anatômicos, não pressupondo a doença como determinante da incapacidade da pessoa, permite a avaliação da condição de vida do sujeito e fornece subsídios para sistemas e políticas de inclusão social da pessoa que não consegue participar plenamente. Na CIF, a incapacidade não é específica de um grupo minoritário, mas uma experiência humana universal, portanto, o seu uso tem sido considerado, também, na avaliação após transtornos agudos, condições traumáticas, condições crônicas e na geriatria. Nela, os domínios de classificação são neutros, permitindo expressar tanto os aspectos positivos, como negativos do perfil funcional e de participação de uma pessoa. Essa característica permite tanto avaliar a integridade ou comprometimento das áreas como pode mudar de acordo com o tempo, local ou intervenções às quais as pessoas com deficiência foram submetidas -podendo servir de indicador de melhora ou piora da funcionalidade.

Por fim, os fatores pessoais ou ambientais, considerados moduladores da funcionalidade atuam como facilitadores ou barreiras na funcionalidade e incapacidade das pessoas. Segundo essa concepção, a incapacidade do indivíduo é resultado da relação complexa entre seu estado ou condição de saúde e fatores pessoais com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais ele vive. Portanto, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre a mesma pessoa com uma determinada condição de saúde. Vale destacar que, entre os fatores ambientais classificados pela CIF, encontram-se os serviços, sistemas e políticas sociais - fatores que podem constituir-se como facilitadores ou barreiras para a funcionalidade da pessoa.

A CIF representa, então, mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades.

A partir da adoção da CIF, com a atuação das entidades das pessoas com deficiência, têm início os primeiros questionamentos sobre a qualidade e a organização dos serviços de reabilitação, que por terem um caráter altamente especializado, fragmentado, com rígida divisão de trabalho, são incompatíveis com o funcionamento na rede pública de saúde. Portanto, na pesquisa, foi necessário investigar a prática de assistência cotidiana dos estudantes (estagiários) do Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, observando se a formação proposta promove, ou não, a apropriação de conhecimentos que vão além do eixo biológico como o atual contexto de saúde exige.

## **O Serviço de Saúde em Instituições de Ensino Superior**

A pesquisa evidenciou que a ampliação da clínica para dar conta das outras dimensões do adoecimento é pouco referida pelos profissionais como constituinte do cuidado e, mesmo com as vantagens que a adoção dessa classificação representa, o Serviço de Fonoaudiologia investigado não a incorporou à sua prática, restringindo a assistência ao aspecto da morbidade.

A Clínica Ampliada, uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização (PNH), propõe para qualificar o modo de se fazer saúde: busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e,

portanto, multiprofissional. A proposta compreende, entre outros fundamentos, que o processo saúde-doença não deve privilegiar qualquer área de conhecimento e sim buscar construir sínteses singulares, tencionando os limites de cada matriz disciplinar, ou seja, coloca em discussão a fragmentação do processo de trabalho na medida em que reconhece a necessidade do compartilhamento de diagnósticos de problemas e propostas de solução. Preconiza, também, que são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial), mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada – a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc. (BRASIL, 2009).

Enfim, as políticas públicas de saúde reconhecem que não se pode mais medir os estados de saúde da população apenas pela mortalidade e, para tanto, é preciso considerar os múltiplos aspectos relacionados à morbidade e o impacto pessoal e familiar diante da nova situação imposta pelo problema de saúde. Nesse sentido a CIF corrobora, alinhando informações sobre saúde como diagnóstico, incapacidade, razões para contatar o serviço de saúde, análise da prevalência de doenças e cuidados oferecidos à população. Essa linguagem padronizada possibilita a comunicação e a comparação em todo o mundo sobre saúde e atenção sanitária, uma vez que oferece uma visão ampla e significativa do estado de saúde da pessoa, o que aumenta o seu valor descritivo e facilita a decisão sobre o tipo de intervenção.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFF, 2013) desenvolveu *O Guia Norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade/CIF em Fonoaudiologia* com um número manuseável de categorias, facilitando o uso da CIF pelos profissionais. No entanto, no processo dessa pesquisa, observamos que seu uso ainda não foi incorporado pelo Serviço de Fonoaudiologia investigado. Percebemos, então, que uma mudança de paradigma ainda se faz necessária no que diz respeito à atenção à pessoa com deficiência nas proposições e práticas institucionais da UNEB em seu Serviço de Fonoaudiologia.

Outro aspecto evidenciado na pesquisa realizada diz respeito à necessidade de articulação dos serviços em redes assistenciais dinâmicas, horizontal e vertical<sup>1</sup> para garantir “a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos

<sup>1</sup> Redes horizontais são estabelecidas no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos e vertical, entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção. (BRASIL, 2010a)



aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo” (BRASIL, 2012, p. 143).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS. São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Compreende-se que a APS é o primeiro nível de atenção, e que tem uma função resolutiva nos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, como por exemplo, os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.

Apesar de a Constituição Federal definir que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”; da Lei Orgânica prever como princípios do Sistema, entre outros, a integralidade de assistência; e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde apontarem para a formação do profissional que contemple o sistema de saúde vigente no país, notamos que o Serviço de Fonoaudiologia não foi concebido em consonância com esse modelo, pois observamos ações fragmentadas e desarticuladas.

Notamos a preocupação com relação à qualidade da assistência, mas também foi possível observar que há problemas institucionais com relação a essa assistência tais como a divulgação e articulação dos serviços dentro da própria Universidade. Essas questões ferem diretamente um dos princípios do SUS – o da integralidade –, que tem como um dos preceitos que a atenção dispensada não pode prescindir da articulação de ações de prevenção e assistência, bem como da articulação com as demais políticas no âmbito da saúde. A noção de integralidade também aponta para a necessidade da ampliação do conceito de saúde que compreende outras dimensões, além da biológica, que determinam a produção da saúde e da doença, e que envolvem o sujeito, seu corpo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente; e, finalmente, propõe a formação profissional concebida a partir de uma organização integradora dos conhecimentos e das práticas

de trabalho, tendo o estudante como sujeito político na luta pela consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL/ CONASS, 2011).

Porém, uma coisa é a formulação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência, que não pode ser negligenciada, outra coisa é fazê-la ganhar corpo efetivamente. Essa tarefa é mais complexa e foi de interesse da pesquisa que envolveu fatores políticos, técnicos e institucionais.

No que diz respeito ao acesso dos pacientes ao Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, no alcance da pesquisa, muitas dimensões não são sequer vislumbradas. Acesso, aqui, é entendido não apenas como o acesso ao meio edificado público e privado, às instituições de saúde, aos transportes e às tecnologias da informação e da comunicação, mas como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população para superação desses obstáculos. Os relatos sobre o acesso ao Serviço foram restritos à percepção das professoras, pois usuários – estudantes e pacientes – não são formalmente, ou sistematicamente, ouvidos. Ressaltamos, aqui, que a comunicação entre os sujeitos é fundamental para a Gestão Social, pois

A Política Social tem nos pobres não seu alvo, objeto, paciente, mas seu sujeito, propriamente, entrando o Estado, ou qualquer outra instância, como instrumentação, apoio, motivação. Nesse espaço, emerge a oportunidade ineludível de formação do sujeito social, consciente e organizado, capaz de definir seu destino e compreender a pobreza como injustiça social (DEMO, 2012, p. 37).

Contudo, no cotidiano do referido Serviço de Fonoaudiologia não acontece o diálogo entre os diferentes sujeitos na perspectiva de compartilhamento do processo decisório. As manifestações dos usuários se dão, informalmente, na Recepção ou nas salas de terapia.

Cabe, aqui, fazer a distinção entre assistência e o assistencialismo, conceitos frequentemente confundidos, mas carregados de sentidos. Segundo Demo (2012), a *assistência* é um direito que faz parte de democracia e da cidadania, dirigido a grupos populacionais que, por questões estruturais, não se autossustentam, como o caso de pessoas com deficiência, idosos entre outros em situação de vulnerabilidade, sendo uma forma concreta de realizar o direito à sobrevivência.

Nesse caso a *assistência* tem a finalidade de recompor a capacidade de autossustentação, não de substituí-la. Já o *assistencialismo* é estratégia de manutenção das desigualdades. Para o autor,

Significa sempre o cultivo do problema social sob aparência de ajuda. Humilha a pessoa que recebe benefícios, em todos os sentidos: porque lhe reserva apenas sobras, esmolas; porque provoca a dependência diante do doador; porque desmobiliza o potencial de cidadania no assistido; porque escamoteia o contexto duro da desigualdade social, inventando a farsa da ajuda; porque vende soluções sob a capa de meras compensações (DEMO, 2012, p. 30-31).

Portanto, é essencial que todo Serviço de Atenção à Saúde discuta metodologias produtivas e participativas como forma de favorecimento da cidadania, qualificando a assistência e atento para que o assistencialismo não se instale.

No Serviço de Fonoaudiologia, a preocupação maior das professoras tem sido garantir o atendimento a todos os pacientes, em um bom padrão de qualidade técnica, mas os problemas estruturais são muitos e diversos. Os equipamentos representam um recurso fundamental para a assistência de pessoas com deficiência sendo, inclusive a sua ineficiência, um impedimento aos princípios organizativos do SUS – Resolutividade –, ou seja, o serviço tem que estar equipado para enfrentar o problema de saúde. Mas o Serviço de Fonoaudiologia tem muitos obstáculos na sua resolutividade, lembrando que o ambiente físico é fator externo aos indivíduos e pode ser facilitador ou barreira para seu desempenho enquanto membro da sociedade. De fato, dificuldades são enfrentadas nesse Serviço para sua aproximação aos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, é fundamental enfatizar que cabe à Universidade a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários, pois a Universidade é uma instituição social e sua natureza pública se confirma na medida em que diferentes setores da sociedade se beneficiam dos resultados de sua ação. Assim, o Serviço de Fonoaudiologia deve ter um papel importante no fortalecimento da legitimidade dessa Universidade pública.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ratificamos que o desenvolvimento implica, não só na criação de um projeto que envolve aspectos econômicos, como, também, deve enfrentar causas estruturais como a carência de saúde, de educação e de oportunidades sociais - no caso dessa pesquisa, pessoas com deficiência, que apresentam, segundo a pesquisa de 2010 do IBGE, piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor, e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. Portanto, é importante pensar na saúde como componente social, necessário e determinante para o desenvolvimento sustentável. Daí a relevância social da Universidade, principalmente a pública, nos processos de formação no campo da saúde, no caso dessa pesquisa, a Clínica-Escola.

Corroborando com essa perspectiva, as políticas públicas de saúde vêm, desde 1990, fortalecendo algumas dimensões dos cuidados em saúde no sentido de viabilizar o SUS - entre elas a formação profissional e a organização dos serviços assistenciais. Sobre a formação dos profissionais de saúde espera-se alteração do perfil profissional, deslocando o eixo da medicalização para atenção integral à saúde e, sobre os serviços de assistência, articulação horizontal e vertical com a rede assistencial. Entretanto, o Serviço de Fonoaudiologia pesquisado vem seguindo o modelo hegemônico de uma formação profissional e cuidado em saúde pautado na assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos.

Muitas são as dificuldades enfrentadas no Serviço de Fonoaudiologia para sua aproximação aos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, reorientar o modelo de assistência desse Serviço com ênfase nos princípios do SUS implica na mudança de valores e atitude da Universidade e envolve aspectos que vão além da habilidade técnica; envolve a estruturação do Serviço com ferramentas de gestão e planejamento estratégico, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.

No processo da pesquisa, tendo como objeto de estudo o *Serviço Público de reabilitação e sua sustentabilidade na Universidade Pública*, foram clarificadas fragilidades do Serviço de Fonoaudiologia, obstáculos políticos e de gestão que este enfrenta no desenvolvimento de suas atividades de educação e assistência à saúde; ao mesmo tempo, tivemos sinalizações de alguns princípios que devem direcionar para o desenvolvimento sustentável, dentre tais, algumas proposições aparecem com força no bojo da discussão.

Essas proposições constituem alguns caminhos para o referido Serviço de Fonoaudiologia. De posse das contribuições dessa pesquisa, assumimos a proposta de que os gestores e as professoras possam problematizar sobre as práticas que oferecem aos seus usuários – estudantes e pacientes –, e assim, delinear suas estratégias de atuação para a construção de propostas de diretrizes para política institucional. Para isso, intentamos desenvolver um planejamento de intervenção junto aos sujeitos da pesquisa para, a partir das contribuições deste estudo, fomentar discussão sobre o desenvolvimento de uma cultura que transcenda a fragmentação e a individualização do trabalho provocada pelo processo de globalização econômica. Com essa intervenção, esperamos intervir, propositivamente, para que o Serviço de Fonoaudiologia assuma uma perspectiva mais contemporânea para a assistência de pessoas com deficiência, no sentido de corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades das políticas públicas voltadas para o atendimento à pessoa com deficiência. Em outras palavras, romper com o binômio da tradição saúde-doença para assumir uma atenção mais sistêmica integrada, contextualizada na realidade dos sujeitos que buscam tal atendimento.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CASTRO, Jorge Abrahão. **Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania**. In: COHN, Amélia (org.). Saúde, cidadania e desenvol-

vimento. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

**CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: EDUSP, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Guia Norteador sobre a CIF em Fonoaudiologia**. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES 5/2002. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia**. 2002.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. Campinas: Papirus, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Relatório sobre pessoas com deficiência**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/default\\_caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm). Acesso em 12 jan. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004** / Organizadores: Ana Estela Haddad [et al.]. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

LAURELL, Asa Cristina. **As reformas da saúde e o desenvolvimento na América Latina**. In: COHN, Amélia (org.). Saúde, cidadania e desenvolvimento. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

SOUZA SANTOS, Boaventura de. **A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade**. São Paulo: Cortez, 2011.