

**FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE COLETIVA:
PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO
NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

*Vera Lúcia Ferreira Mendes**

As incursões da Fonoaudiologia no terreno da saúde pública, seja no estudo de questões conceituais seja na análise e sistematização de experiências práticas, são ainda muito recentes e pouco desenvolvidas, principalmente se considerarmos que a própria área da saúde no Brasil, ao longo de sua história (e mais do que nunca atualmente), é marcada por uma sucessão de crises e por um grau considerável de dificuldade em equacionar suas problemáticas.

As razões que delineiam este quadro são muitas e ultrapassam a esfera estrita da saúde, passando por questões de infra-estrutura urbana (e também agrária do país), pelo índice elevado da pobreza e da miséria e, em consequência, por precárias condições de vida de uma grande parcela da população, e sobretudo pelos entraves políticos e técnicos na implementação de políticas públicas capazes

* Fonoaudióloga clínica, mestre em Distúrbios da Comunicação e professora da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP.

de enfrentar esta situação das áreas sociais em geral e daquelas específicas da saúde.

Poderíamos dizer que as políticas públicas que vêm sendo implementadas no país explicitam o confronto entre dois distintos projetos, que supõe participações igualmente distintas do Estado e da sociedade em termos de gerenciamento, controle, financiamento e realização das políticas de saúde¹.

Por um lado, constitui-se como um projeto para o setor, o modelo liberal-privatista, privilegiando os interesses privados de indústrias e corporações da área da saúde, que define-se por pensar a saúde principalmente a partir dos cuidados com a doença, isto é, a predominância da dimensão assistencial sob a forma de venda de serviços, medicamentos e tecnologia de combate às enfermidades, compondo um mercado em que os cuidados com a saúde são comprados segundo as possibilidades econômico-financeiras dos usuários, não havendo, assim, um planejamento a partir de perfis epidemiológicos e, sim, respostas às demandas de mercado que possam apontar possibilidade de investimento e lucratividade. Nesse quadro, o papel predominante é o da iniciativa privada, cabendo ao Estado comprar serviços para a população que não possa fazê-lo, manter atividades que eventualmente não atraíam investimentos privados e fiscalizar os serviços prestados.

Já na perspectiva da reforma sanitária e do modelo assistencial definido pela constituição de 1988 – o Sistema Único de Saúde (SUS) – explicita-se um outro projeto, no qual a saúde é tratada como um direito universal de todo cidadão, não se tratando de uma operação de compra e venda de serviços; ao contrário trata-se de um dever do Estado, que em sua função de garantir o pleno acesso e exercício da cidadania, tem como uma das funções essenciais o cuidado com a saúde de sua população. Neste sentido, o conhecimento dos problemas efetivos de saúde da população, desde realidades regionais particulares até contextos nacionais mais amplos, é condição importante para o planejamento e exe-

1. Vale lembrar que a discussão em torno das distintas políticas de saúde para o setor, não isenta a sociedade mais em geral e também a academia de expressarem e atuarem diretamente nestes embates através de pesquisas e, fundamentalmente, pelo tipo de formação dada aos profissionais de saúde, corroborando com este ou aquele projeto para o setor.

cução das políticas de saúde, na medida em que estas visam enfrentar a gênese destes problemas, tratando-os na dimensão individual e coletiva, isto é, enfrentando os problemas de saúde das pessoas e atuando também em seu “entorno” ambiental e social, equacionando os processos sócio/econômico/culturais que engendram as condições de saúde de uma dada população.

O pano de fundo deste cenário – de embate entre estes projetos – é o modo como o Estado e a sociedade brasileira foram se organizando e gerindo a “coisa” pública. Embora se perceba mudanças que vêm ocorrendo após o final da ditadura militar, o Estado no Brasil ainda mantém um caráter discricionário e assistencialista, funcionando, muitas vezes, como um “balcão de negócios” para corporações nacionais e internacionais e sendo alvo fácil do fisiologismo político e de negociações com os recursos públicos.

Tal situação, rapidamente esboçada aqui, nos dá uma amostra dos elementos que, de uma maneira ou de outra, permeiam a relação entre a fonoaudiologia e a saúde pública, tanto naqueles relativos à pequena familiaridade com que o fonoaudiólogo af transita, quanto pelo contexto intrincado da rede de saúde e das políticas públicas em nosso país.

De qualquer modo, a partir da criação do SUS (1988) e da entrada mais efetiva do fonoaudiólogo nos serviços públicos de saúde no final dos anos 80 e início dos 90 (criação de cargos e realização de concursos em várias prefeituras e estados), esta relação passa a interessar mais de perto à área de Distúrbios da Comunicação, e o assunto começa a ganhar espaço na agenda da fonoaudiologia. Isto ocorre, porque agora, mais que em outros tempos, a saúde pública ganha evidência como mercado de trabalho e campo de atuação significativo para a fonoaudiologia; o que implica a necessidade de explorar este novo campo de atividades, construindo um repertório capaz de situar o fonoaudiólogo em relação às especificidades teóricas, técnicas e institucionais da saúde pública, como também capaz de dar conta das demandas clínicas, preventivas e de promoção à saúde que lhe forem pertinentes.

Na tentativa de constituir este “novo” campo de atuação, o primeiro movimento da área foi o de tomar a saúde pública apenas como um outro espaço físico para efetuação de práticas tradicionais da área. Era comum ver fonoaudi-

ólogos reproduzindo o já conhecido, desconsiderando os universos, conceitual e institucional envolvidos na saúde pública.

Havia muita confusão acerca da noção de saúde pública, sobretudo no sentido de reduzi-la ao sistema de saúde vigente ou até mesmo aos serviços de saúde. Outra confusão freqüente, e que persiste até hoje, é supor que saúde pública é aquela realizada apenas por meio dos serviços estatais de saúde, em oposição aos serviços privados. Na verdade, a saúde pública é uma área de conhecimento cujo objeto são os processos sociais de saúde/doença; os sistemas e os serviços de saúde, por sua vez, são construções sociais sobre as quais a saúde pública se volta. Além disso, a saúde pública não se restringe ao âmbito estatal; ela pensa, afeta e é afetada pela dimensão pública e privada.

O segundo movimento da fonoaudiologia para a construção de um referencial teórico/prático mais consistente (iniciado em 1988) foi a partir da instituição da área chamada “Fonoaudiologia Social e Preventiva” e aponta para a tarefa de atuar no desenvolvimento de práticas preventivas e de promoção à saúde destinadas ao coletivo. Porém, esse coletivo era diretamente relacionado a uma determinada classe social; criando uma espécie de fonoaudiologia “para os pobres” em oposição a prática de consultórios, que se mantinha como espaço próprio à clínica fonoaudiológica. E deste modo não havia possibilidade da prática clínica se implicar neste processo.

Era evidente que as questões envolvidas nos processos de saúde/doença, coletivo/indivíduo, público/privado e, principalmente, clínica/prevenção eram trabalhadas por meio da dicotomização entre os termos dessas relações.

A inserção deste profissional na saúde pública, por esse viés, representou assim, em muitos casos, a mera acomodação de uma prática biologizante e cristalizada a um sistema de saúde cuja lógica é privatista e conservadora. Os fatores sociais, culturais e político-econômicos configuravam-se como fatores externos, “dados a mais”, uma vez que não eram incorporados efetivamente na prática cotidiana, colaborando para manutenção de um modelo tecnicista, curativo e supostamente neutro.

O que se perde de vista, assim, é a possibilidade de circunscrever os atravessamentos entre a clínica e a saúde pública e, ao mesmo tempo, deixa-se de lado a necessidade de construir uma ação que leve em conta a dinamicidade das

condições do real e da prática fonoaudiológica para, a partir daí, produzir conhecimentos capazes de ampliar o universo conceitual, técnico e científico.

Se observarmos a história de constituição do campo da saúde pública, podemos verificar em que concepção tal posição se apóia. Esquemáticamente falando, a partir do início do séc. XIX, com o fortalecimento do discurso sanitário advindo do processo de industrialização e conseqüente concentração urbana, a visão de saúde passa a estar estreitamente relacionada com as condições sanitárias e com o espaço social. No entanto, a concepção que vai dominar é a do naturalismo médico agora aplicado ao meio social, isto é, a saúde pública é entendida como polícia médica, com o papel de fiscalização, controle, prevenção, higiene e, principalmente, prescrição de condutas e comportamentos individuais supostamente adequados ao desenvolvimento e manutenção de um meio ambiente saudável. Vale lembrar, por exemplo, que as descobertas biológicas e bacteriológicas, que facultaram o controle das epidemias, foram usadas para legitimar tal processo de medicalização do social.

Este tipo de prática, que desconsidera a multiplicidade do social em sua incessante produção de diferenças, institui um olhar homogeneizante (presente até hoje nos discursos “preventivistas” e da “história natural da doença”). Com relação a isso, Birman (1991, p. 8) diz:

As descobertas biológicas multiplicaram o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias.

É conhecida (particularmente no Brasil) a forte tradição da dimensão normativa, na qual a concepção de saúde/doença é produzida “a partir de conhecimentos positivistas (anátomo/fisio/patológico), ou estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo qualitativo)” (Campos, 1994, p. 54), na qual há uma valorização excessiva dos meios e das formas desvinculados dos fins, dos conteúdos e dos efeitos das práticas sanitárias. No entanto, não se pode tomar como pressuposto que todas as práticas sanitárias estejam centradas neste tipo de discurso. Nem as práticas sanitárias estão cir-

cunscritas a uma única concepção, e, muito menos, um campo de conhecimento pode se desenvolver se for prisioneiro de um único modo de pensar.

Foi em busca de caminhos distintos daqueles que o naturalismo médico oferece que concentrei meus estudos e pesquisas na saúde pública, entendendo que, como área de conhecimento e espaço institucional, representa um lugar privilegiado para se repensar a prática clínica do fonoaudiólogo. Eixo que, se perseguido, pode levar a nossa incursão neste campo com a maior mobilidade possível, sem as cercas (às vezes apertadas) de modelos de atuação já cristalizados e com suas práticas quase totalmente catalogadas e fixadas institucional e teoricamente. Ao contrário disto, devemos abrir esses modelos (quer da clínica, quer da saúde pública), assumindo uma condição fundamental também à clínica: “se pôr à escuta daquilo que rompe com as formas dominantes, de teoria e de existência, assim como combater as resistências a estas rupturas” (Lopes, 1996, p. 6).

O caminho que acredito ser possível à constituição deste outro referencial é sobretudo a partir da escuta dos usuários, pois as necessidades de saúde da população – por ela mesma enunciadas – são as matrizes que dão sentido ao processo de trabalho a ser oferecido e que representam um elemento potencializador na produção de alternativas à perspectiva médico-positivista da clínica fonoaudiológica, na medida em que exige que este profissional trabalhe a multiplicidade – conceitual, política, social e técnica – presente na saúde pública ou, se preferir, nos processos de saúde/doença.

Assim, partindo do estudo das necessidades do usuário e das experiências práticas dos fonoaudiólogos nos serviços de saúde, é que vejo a possibilidade de pensar, a um só tempo, a dimensão coletiva dos problemas de saúde e a ação clínico-terapêutica do fonoaudiólogo no trato com a linguagem.

O que estou dizendo é que, é no estabelecimento do diálogo com os serviços de fonoaudiologia das Unidades de Saúde, e em particular de como concebem e organizam o acesso dos usuários ao atendimento, poderemos identificar e refletir sobre a lógica dos profissionais e dos serviços, evidenciando suas concepções, prioridades e critérios para atender e se relacionar com a clientela; criando um campo propício à produção e sedimentação de um saber, capaz de fazer emergir

os referenciais teóricos e técnicos que direcionam nossa prática e, ao mesmo tempo, possa abri-los à críticas, reorientações e recriações.

A partir desse tipo de escuta é que se coloca a potência da reflexão e da ação realizada pelo fonoaudiólogo, nos aspectos clínicos, técnicos, operacionais e, principalmente, nos entraves que eventualmente possam emergir de questões relativas à subjetividade desses profissionais, bem como da relação intersubjetiva terapeuta/paciente; usuário/profissional de saúde. A idéia é a apropriação das formas de funcionamento e das implicações de sua prática, como também de sua capacidade reflexiva e crítica no manejo das concepções teórico/metodológicas nas quais tais práticas se assentam.

Isto porque a organização do trabalho nas unidades de saúde e a seleção da demanda a ser atendida em suas atividades (clínicas, preventivas, programáticas, etc.) se inicia nos modos de estruturação do acesso ao usuário. Em função disso, as dificuldades da fonoaudiologia para consolidar e aprimorar seu trabalho na saúde pública estão articuladas, fundamentalmente e logo de saída, ao modo como acolhe e lida com sua demanda.

Mas sob que ótica estaríamos entendendo a saúde pública como área de conhecimento? Será que é sob qualquer concepção que o movimento de partir das necessidades do usuário para estruturar a prática profissional neste campo se coloca? Não, a meu ver, resta ainda assumir a posição da necessidade de redimensionar a saúde pública a partir da idéia de saúde coletiva. Explico. A opção de operar sobre o conceito de saúde coletiva é colocada pela possibilidade de atravessamentos que esta linha de pensamento se permitiu ao tomar as ciências humanas como referência para tematizar questões da área da saúde, problematizando as noções de normal e patológico; de individual e coletivo; de corpo e subjetividade, como também a clínica e as práticas sanitárias da chamada medicina científica. Tal expressão convoca um ramo deste campo de conhecimento (a saúde pública) que, além de representar uma crítica sistemática ao naturalismo médico, tem sido capaz de propor alternativas à área da saúde, promovendo outros parâmetros para pensar os problemas de saúde e o desenvolvimento de práticas sanitárias. Parâmetros que supõem a reciprocidade entre as dimensões biológica e simbólica. Neste sentido, Birman, (1991, p. 9) coloca:

Desde que se sublinhe que as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e lingüística, torna-se necessário repensar o modelo naturalista da medicina. Introduzem-se aqui, inevitavelmente, considerações acerca dos valores e das relações de forças presentes nas relações sociais. A saúde é marcada num corpo simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede a sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos.

É justamente no reconhecimento das diferenças, das relações de forças e do caráter simbólico implicados nos processos sociais de saúde/doença que residem, a meu ver, os sentidos nucleares que podem (re)orientar o trabalho fono-audiológico em saúde pública. Em outras palavras, a questão é compreender a multiplicidade de fatores envolvidos no tecido social: pensar a linguagem, o corpo, o público, o privado, a clínica... de modo que seja possível “interrogar que redes de articulação estabelecem entre si, que campos de saber/poder se diagramatizam por essas articulações, que formas de subjetivação daí emergem” (Neves, 1996, p. 180).

Partindo desse mergulho no tecido social, é possível vislumbrar as zonas de resistências aos padrões totalizantes e totalizados e apreender as iniciativas criadoras, as construções de novas formas de enfrentamento dos problemas de saúde, intervindo no sentido de catalisá-los e de abrir espaços para que irrompam, por meio da produção de conhecimentos e técnicas alicerçadas no próprio movimento dos atores sociais, sejam eles profissionais de saúde ou usuários dos serviços.

A saúde pública consiste, deste ponto de vista, numa zona de confluência de competências várias, articuladas numa rede necessariamente transdisciplinar, na qual vários saberes são convocados a hibridarem-se, compondo a área da saúde para além das especificidades disciplinares e dos modelos preestabelecidos: um campo flexível, permeável e, acima de tudo, definido por sua capacidade de se

colocar à escuta e de intervir nas demandas coletivas de saúde, sejam essas expressas por sujeitos individuais ou por segmentos sociais.

Muito embora a efetivação de tal perspectiva não seja tarefa fácil e menos ainda de curto prazo, no que diz respeito à fonoaudiologia, parece-me possível pautar – na medida em que já venho orientando minha prática na área nesta direção – a formação dos profissionais em saúde pública por preocupações e estudos que considerem tais aspectos. Esquemáticamente, poderia sintetizá-la em quatro eixos básicos:

1. Redimensionar a saúde pública a partir da idéia de saúde coletiva, uma vez que o primeiro termo está contaminado pela tradição médico-positivista e o segundo apresenta-se como crítica e alternativa a tal tradição. Ressalvo a necessidade de entender que saúde pública e saúde coletiva não são necessariamente campos distintos, e sim que “estas expressões constituem enunciados diversos do mesmo conceito e recobrem, portanto, um mesmo campo de práticas sociais” (Birman, 1991, p. 7).

2. Pensar a saúde pública como área de conhecimento multifacetada, com diferentes modalidades de discurso, que produzem, a partir de perspectivas epistemológicas diversas e percursos particulares, distintas concepções sobre o processo de saúde/doença e sobre as formas de enfrentar os problemas de saúde.

3. Assumir que o rompimento com as visões dicotômicas de saúde/doença, individual/coletivo e público/privado colaboram para a solução do conflito entre a dimensão clínica e outras práticas sanitárias, uma vez que trata-se de pensar reciprocamente as ressonâncias sociais no plano individual e os modos singulares que os indivíduos constroem para operar no social. Trata-se de refutar o *isolamento do indivíduo como imperativo da clínica*² e, no caso da clínica fonoaudiológica, assumir que o trabalho com a linguagem é transversalizado pelo social, tanto no que concerne à dimensão biológica, quanto e sobretudo no que se refere à dimensão simbólica (afé implicada inteiramente), pois é a alteridade que se encontra em jogo neste processo.

2. Esta idéia encontra-se amplamente trabalhada em Merhy, Cecílio e Nogueira (1991, p. 83).

4. Operacionalizar o trabalho do fonoaudiólogo nos equipamentos de saúde por meio de uma perspectiva clínico-terapêutica que se oriente pela investigação das características e anseios da população e do contexto sanitário em que este se desenvolve, bem como pela reflexão crítica acerca das concepções e interesses em jogo nas propostas e políticas públicas que estiverem sendo colocadas em prática pelo sistema de saúde.

Tais eixos não podem deixar de incluir o trabalho de percepção das relações entre as problematizações sobre este campo e as limitações que a realidade atual do sistema e dos serviços de saúde possuem. Limitações que, no entanto, não correspondem à impossibilidade de atuação, mas a desafios a serem gradativamente enfrentados, uma vez que cabe também ao fonoaudiólogo atuar como agente de mudança e não apenas se conformar às precárias (e muitas vezes paralisantes) condições estabelecidas.

Segundo Campos (1994), estes desafios passam pela construção de uma nova subjetividade sanitária, que possibilite recuperar a função de proteção social a que o campo da saúde pública está ligado. Para o autor (*idem*, p. 75)

É na “gestão” do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados. Na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia. Passa também pela redefinição dos critérios de cura, do papel dos serviços de saúde – colocá-los a serviço da reprodução da vida. Envolve novas formas de ACOLHIMENTO do sujeito individual ou coletivo que necessita de atenção específica, pressupõe a personalização das relações da equipe de saúde com o até agora objeto da assistência, enfim... [o usuário]

O momento a ser enfrentado exige a capacidade de conviver com uma diversidade de interesses, posições e concepções, bem como exige a capacidade de combinar as várias tecnologias disponíveis conforme o problema que nos é colocado, pois é evidente que alguns problemas de saúde exigem tanto ações de cunho coletivo quanto de proteção individual. A questão central que se coloca é a de assumirmos uma entre duas posições paradigmáticas: o naturalismo médico ou o caráter múltiplo e dinâmico do processo saúde/doença.

A meu ver, para mantermos a sintonia com as discussões e posições que temos assumido atualmente na Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP em torno do nosso objeto e método clínico, só temos uma escolha e já a fizemos. Reafirmá-la é enfrentar o desafio de realizar um trabalho

que escape das formas totalizantes, aliando-se a um paradigma ético/estético/político. Ético no que se refere ao desejo pela diferença, estético por se agenciar no sentido da criação de novos processos de subjetivação e político por estar necessariamente implicado, assumindo compromissos e riscos (Neves, 1996, p. 181).

Resumo

Este artigo faz uma revisão crítica da atuação da fonoaudiologia na saúde pública a partir da idéia de Saúde Coletiva, entendida como área multifacetada que não isola a saúde da doença, o individual do coletivo e a clínica da prevenção. Nesta perspectiva o trabalho do fonoaudiólogo na saúde pública se orienta pela investigação das características e necessidades da população, bem como pela reflexão crítica sobre as concepções e políticas públicas de saúde praticadas pelo sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: fonoaudiologia, saúde pública, saúde coletiva.

Abstract

This article makes a critical review of the speech and language therapy approach in the public health field, starting from the idea of Collective Health, understood as a multifaceted area that does not isolate the concept of health from that of disease, the individual from the collective and the clinical procedures from the preventive procedures. In this perspective, the speech and language therapist's performance in the public health field must be oriented by an investigation of the characteristics and needs of the population, as well as a critical reflection on the conceptions and policies of public health practiced by the Brazilian Health System.

Key-words: speech and language therapy, social health.

Referências bibliográficas

- BIRMAN, J. (1991). A Fhysis da saúde coletiva. *Fhysis Revsita de saúde coletiva*, – v. 1, n. 1. Instituto de medicina social da Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Centro de estudos e Pesquisa em saúde Coletiva.
- CAMPOS, G.W. de S., (1994). “Considerações sobre a arte e a ciência da Mudança: revolução das coisas e reforma da pessoas. O caso da saúde”. In: Cecílio, L.C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec.
- LOPES, P.C. (1996). *Aproximações a uma teoria da clínica em Félix Guatarri e Gilles Deleuze*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Núcleo de Subjetividade, PUC-SP.
- MENDES, V.L.F. (1994). *Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde: a relação com os usuários*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Distúrbios da Comunicação, PUC-SP.
- _____. (1997). “Acesso à saúde em fonoaudiologia”. In: Befi, D. *Fonoaudiologia na atenção Primária à saúde*. São Paulo, Lovise (atualidades em fonoaudiologia; n. 3).
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C. de O; NOGUEIRA, R.C. Filho (1991). Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Revista Saúde em Debates*, n. 33. Londrina, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.
- NEVES, C.A.B. et alii (1996). Teorias e práticas psicológicas em instituições públicas: uma abordagem transdisciplinar da clínica. *Cadernos de subjetividade*, v. 4, n^{os} 1 e 2. São Paulo, Núcleo de Estudos e Pesquisas da subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP.

Recebido em mai/98; aprovado em set/98