

**A ATUAÇÃO DA FONAUDIOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL  
PREVISTAS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À  
SAÚDE NA ESCOLA**

**THE ROLE OF FONAUDIOLOGY AND THE PREDICTED PUBLIC POLICIES IN  
BRAZIL TO THE EFFECTIVENESS OF RIGHT TO HEALTH IN SCHOOL**

Marcus Pinto Aguiar  
Giselle Dantas Lima Aguiar

**RESUMO**

Pesquisas que envolvem políticas públicas de saúde estão sempre sujeitas a árduos debates em torno de sua efetivação pela necessidade real de se levar em conta questões orçamentárias. Entretanto, este trabalho objetiva mostrar que o envolvimento de atores sociais no processo que vai da elaboração à execução e o controle de políticas públicas é capaz melhorar a eficácia e a concretização do direito à saúde. Apresenta a participação do fonoaudiólogo no processo de educação em saúde como importante facilitador para se alcançar melhores resultados neste campo, especialmente entre crianças e adolescentes, e como meio de tornar sustentável a concretização do direito à saúde, tão caro à vida de todos.

**Palavras-chave:** Direito à saúde; Políticas públicas; Educação em saúde; Fonoaudiologia.

Researches involving public health policies are always subject to strenuous debates about its effectiveness because of the real need to consider budget issues. However, this work aims to show that the involvement of social actors in the process from preparation to execution and control of public policies can improve the efficiency and effectiveness of the right to health. Presents the participation of the fonoaudiologist in the process of education on health as an important piece to achieve better results in this field, especially among children and teens, and as means to become sustainable the the realization of the right to health, so priceless to everyone's life.

**Keywords:** Right to health; Public policies; Educacion on health; Fonoaudiology.

## INTRODUÇÃO

O entendimento acerca do conceito de saúde tem sofrido significativas modificações ao longo do tempo, com a intenção de adequar as ações de saúde de forma a compatibilizá-las com as necessidades de cada época.

Inicialmente, esta pesquisa apresenta a evolução deste conceito e suas consequências no âmbito da promoção da saúde a partir da definição proposta por vários organismos internacionais, doutrinadores da área e demais envolvidos da sociedade e do Estado com o sistema de saúde pública e privada.

Apresenta também a importância das disposições constitucionais sobre o direito da saúde, entendido aqui como um direito fundamental social regulamentado a partir das lutas sociais por uma melhor qualidade de vida.

Neste contexto, o trabalho revela a importância do Sistema Único de Saúde neste processo de promoção da saúde dentro do Brasil e a reorganização do modelo de atendimento ofertado, fundamentado no princípio da integralidade, para que o usuário seja tratado em todos os seus aspectos: biológico, psicológico e social.

O reconhecimento do direito à saúde como exigível perante o Estado é fruto de um processo evolutivo deste que procura colocar a valorização da dignidade humana como o valor mais precioso da comunidade. Assim, este trabalho mostra também que a concretização deste direito não pode estar sujeito à discricionariedade do governo nem mesmo da judicialização da temática, mas deve ser entendido em sua fundamentalidade como contribuição no processo de emancipação do indivíduo, elevando-o e libertando-o de condicionamentos ideológicos que o impeçam de se conduzir ativamente no processo de democratização.

Em seguida, apresenta o mecanismo de Políticas Públicas como instrumento de concretização do direito à saúde, reforçando sua gestão democrática para que através da participação de diversos atores sociais na elaboração, execução e controle das políticas públicas de saúde, o interesse da sociedade e do indivíduo sejam efetivamente levados em consideração pelos agentes estatais. Para tal, ressalta-se a importância do orçamento público e sua correta aplicação, de forma a garantir adequadamente tal direito, mesmo entendendo que as questões de limitação orçamentária devem ser avaliadas com responsabilidade, mas que estas devem se referir sempre à valorização da vida humana.

O trabalho chama a atenção para a importância da educação em saúde como instrumento das políticas públicas de saúde capaz de ofertar aos atores envolvidos os

conhecimentos e as ações necessárias à sustentabilidade das ações em saúde. E apresenta a importância do profissional fonoaudiólogo que ao participar deste processo pode contribuir significativamente para a melhora das condições de saúde das pessoas, especialmente crianças e adolescentes, e conseqüentemente, influir eficazmente na execução das políticas públicas de saúde.

## **1 A SAÚDE COMO NECESSIDADE PARA UMA EXISTÊNCIA DIGNA E DIREITO EXIGÍVEL FRENTE AO ESTADO**

O conceito de saúde tem sido revisitado deste a metade do século XX e sua concepção reflete as condições econômica, política, cultural e social que vivencia cada país, tornando a saúde uma conquista dependente também das concepções da sociedade, de acordo com a época, lugar, classe social e valores individuais cultivados no seu meio.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde foi divulgado na Carta de Princípios de 07 de abril de 1948, definindo-a como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, dando início a busca pelo seu reconhecimento como direito da população e obrigação do Estado, transformando em premissa da saúde a promoção e a proteção, refletindo uma absorvência a ação de movimentos sociais. Daí entender Scliar (2007, pag. 37) que a amplitude deste conceito foi “alvo de críticas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível, pois a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária; o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde”.

A partir do Decreto nº 94.657 de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que, com a publicação da Constituição (1988), defini-se como Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme proposta de Garbin (1995), o SUS é um sistema integrado por uma rede regionalizada de ações e serviços, que visa a redução de doenças e o acesso universal e igualitário da população. Tem como prioridade as ações preventivas, garantindo a participação da comunidade nas decisões e igualmente a gratuidade dos serviços. (Garbin, 1995, p. 24).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, passando a ser entendida com um conjunto de determinantes sociais, portanto utilizando-se como definição principal a empregada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1976, superando o antigo conceito de saúde que se confundia com a mera ausência de doença (BRASIL, 2009.).

A implementação da Constituição Federal de 1988 se revela fundamental para o direito à saúde no Brasil, visto que esta delegou ao Estado a responsabilidade de promover o acesso à saúde de maneira igualitária para todos, brasileiros e estrangeiros, podendo utilizar os serviços de saúde de forma gratuita, como meio de efetivar o seu direito. Portanto, passou-se a reconhecer a saúde como um direito social fundamentado pela Constituição da República Federativa do Brasil, que tem como princípio básico o respeito à dignidade humana e a superação de desigualdades sociais.

Daí a emergência dessa nova visão de saúde dar origem ao hoje definido como Sistema Único de Saúde (SUS), formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O que representa a garantia da extensão deste direito, além de implementar importantes dispositivos de democratização das políticas públicas por meio da descentralização do poder federal para outros níveis de hierarquização. Com isso, houve transferências para o âmbito local de novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001).

São princípios do SUS, garantidos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/ 90): a) universalidade, que assegura acesso a todos, independente de qualquer forma de pagamento direto e imediato; b) integralidade, significando acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência da menor à maior densidade tecnológica de acordo com as necessidades individuais e coletivas; c) igualdade de atendimento sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e d) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. (CATRIB, 2011)

Portanto, com a implementação do SUS, a efetivação do direito à saúde no Brasil, demonstrou significativos progressos no que se refere à oferta dos serviços de saúde, abonando todas as classes com um tratamento de saúde de forma integral e inteiramente gratuito, cumprindo neste aspecto a responsabilidade do Estado empregada pela Constituição de 1988.

A idéia inicial da implementação desse sistema de saúde era de que gestores, trabalhadores, pesquisadores e usuários se transformassem em atores sociais, ativos na defesa e na busca pela efetividade do direito à saúde mediante a organização de um sistema que rompesse com a fragmentação das ações e serviços de saúde, em especial com a dicotomia entre o modelo assistencial curativo e o preventivista. (CATRIB, 2011)

Dentro deste contexto, o desenvolvimento da atenção primária tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como programar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças. (PAIM, 2011).

Assim, favorece a reorganização dos serviços de saúde, através de ações como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), trabalhando a lógica da co-responsabilização da saúde entre indivíduo, família e profissional, o que favorece prevenção, identificação, tratamento e cura de doenças, além da reabilitação e o monitoramento dos agravos à saúde coletiva, configurando, assim, subsídios à efetivação da Promoção da Saúde. (SOUSA E HAMMAN, 2009)

Algumas críticas são feitas aos modelos tradicionais de atuação multiprofissional em saúde que reforçam o paradigma biomédico com ênfase na doença e na cura, uma vez que as relações interprofissionais não acontecem de forma democrática, por encontrar, nos serviços de saúde, aspirações profissionais corporativistas, com foco na manutenção da autonomia e do profissionalismo com estratégia de garantia de mercado de trabalho. (ANDRADE, 2003)

O acesso real aos Serviços de saúde deve ser estabelecido no nível de cada uma das unidades, com a participação efetiva dos servidores de nível local e da comunidade no processo, pois a validação do acesso aos serviços de saúde se concretiza pelo seu uso e não simplesmente pela sua existência. (VARGAS, 2011)

Em grande parte de sua existência, as pessoas são saudáveis, não necessitando portanto, de hospitais, Centros de Tratamento Intensivo, complexos procedimentos médicos ou diagnósticos terapêuticos. Além de um ambiente saudável, a alimentação, a prevenção de problemas específicos e informações adequadas influem na condição de saúde. Daí se percebe que a saúde deixa de ser uma conquista ou responsabilidade exclusiva de um setor específico do Estado, definindo-se como um conjunto de fatores sociais, políticos, econômicos e sociais que se combinam de maneira particular de acordo com a realidade de cada sociedade. (BUSS *et. al.* 2002, p.50).

Se tomarmos a integralidade como princípio e diretriz fundamental das práticas de cuidado em saúde, torna-se necessário debater como se dão os processos de formação dos profissionais de saúde. Percebe-se que ainda lidamos com processos de formação que, no dia a dia, tem esvaziado os princípios da integralidade e que um dos desafios enfrentados no cotidiano das práticas de saúde reside exatamente nos modos verticalizados de gestão e na

dissociação destes com os modelos de atenção. O que nos remete ao fato de que a colaboração interprofissional relaciona-se diretamente com esse princípio e se efetiva através da participação ativa dos atores sociais presentes nessa relação paciente-profissional-equipe. (BRASIL, 2010)

Não é do escopo desta pesquisa tratar de exaurir com números e dados a deterioração das condições de saúde e o quadro de desfavorecimento das classes menos privilegiadas, mas sim de assinalar que a saúde no Brasil, em dias atuais, vivencia um novo cenário onde se aponta para uma conformação de uma antiga problemática tratada pela saúde coletiva como a mescla patológica liderada pela divisão da população pobre e rica, através de ações que transformem a busca pela saúde em um impulso no desenvolvimento de habilidades que conduzam à melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da comunidade em sua coletividade e que a equipe de saúde se utilize de uma prática interdisciplinar, favorecendo assim o reconhecimento das potencialidades locais e possíveis parcerias intersetoriais no intuito de favorecer a integralidade da prestação do serviço de saúde e de fortalecer a participação social.

Há, portanto, um claro reconhecimento de que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e implementação de políticas públicas abrangentes pelo Estado, isto é, que vão além da garantia de acesso a serviços e produtos médicos. Isso é reforçado pelo artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que estabelece, de forma não exaustiva, as competências do Sistema Único de Saúde, incluindo ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador (inciso II); ações de saneamento básico (IV); pesquisa (V); controle de qualidade de alimentos e bebidas (VI) e proteção do meio ambiente (VIII). (BRASIL, 2012)

As habilidades legais frente aos problemas enfrentados desde à antiga realidade da saúde no Brasil, mostram-se, na maioria das vezes, insuficientes no que se refere à efetivação dos direitos sociais, necessitando não só de mero reconhecimento e concessão pelo Judiciário, mas principalmente por meio de ações de políticas públicas, o que demanda, entre outras coisas, planejamento, recursos financeiros, material, informações empíricas e conhecimentos técnicos específicos de outras áreas que não o Direito. Daí afirmar Wang (2008) que:

Não há como lidar com todas as dificuldades que surgem com a judicialização dos direitos sociais simplesmente lendo a norma legal e seus comentadores como se eles, por si só, pudessem trazer todas as respostas necessárias ou, então, fazendo um debate teórico sobre princípios abstratos e sem conhecer a realidade sobre a qual se discute.

Na verdade, o Estado passou a atuar diretamente na área da saúde a partir do desenvolvimento de uma concepção de Estado denominado “social” cuja intervenção no domínio privado se fez necessária como forma de superar ou pelo menos, amenizar, as injustiças criadas pelo Estado liberal do século XIX, que preconizava uma liberdade e igualdade míticas, servindo como instrumentos de controle de uma classe dominante que se privilegiava do poder político e das benesses econômicas que as oportunidades industriais e comerciais lhes favoreciam. Daí a percepção individualista deste modelo de liberdade que defendia a não interferência do Estado nas relações jurídicas privadas.

Apesar dos fundamentos revolucionários franceses estarem baseados nos direitos de liberdade e igualdade e no princípio do não intervencionismo estatal, o que se atesta da realidade fática deste período do denominado Estado liberal é que não havia isonomia na aplicação destas diretrizes, isto é, faltava honestidade para sua implementação, conforme se deduz dos ensinamentos de Marmelstein (2008, p.46):

Além disso, o discurso liberal era de mão única, ou seja, não valia para todos os grupos sociais. Assim, por exemplo, quando os trabalhadores reivindicavam melhores condições de trabalho, o Estado esquecia a doutrina do *laissez-faire* e extrapolava a proclamada condição de espectador, colocando-se ao lado dos empresários na repressão aos movimentos sociais. Era comum o apoio das forças policiais para proteger as fábricas, perseguir e prender lideranças operárias, apreender jornais e destruir gráficas, demonstrando que até mesmo a tão enaltecida liberdade era somente de fachada. Quando essa liberdade (no caso, a liberdade de reunião, de associação e de expressão dos trabalhadores) representava uma ameaça à estabilidade, o Estado passava a agir, intensamente, para impedir a mudança social.

Deste modo, apesar do grande avanço em relação ao reconhecimento de direitos fundamentais do homem e da limitação do poder do Estado para que fossem garantidos tais direitos, outros passos precisavam ser dados para também permitir a inclusão social de todos para a harmonia da própria convivência social e desenvolvimento integral de cada um de seus cidadãos.

A manipulação da ideia da generalização para todos os membros da sociedade dos ideais revolucionários de 1789, tornando-os reféns de uma disposição apenas formal, permitiu o domínio da burguesia, que, no seu afã de expansão e de acumulação de capital, não se interessou em partilhar as conquistas materiais alcançadas, mas apenas em conservá-las como uma “ideologia de classe”. (BONAVIDES, 1980, p.5)

As mudanças sociais, econômicas e políticas influenciam de modo marcante a construção da teoria do direito a ser implementada em cada momento histórico e ao mesmo

tempo, servem de sustentáculo apropriado à ordem vigente<sup>1</sup>, tal como expressa a lição de Amaral (2008, p.27) ao afirmar que:

A correlação entre o ordenamento jurídico de um Estado e a ideologia política predominante em um determinado momento histórico é inquestionável. Assim, o direito amolda-se à teoria política, resultando, daí, um modelo de configuração jurídica de um Estado. [...] a ordem jurídica é fruto da ordem política.

Desta forma, viu-se do anteriormente descrito que o denominado Estado liberal, assim o é considerado, por permitir a quase absoluta liberdade de manifestação da vontade privada nas suas relações negociais e cujos principais interesses protegidos são os relativos ao interesse do bem individual de cada pessoa, implicando assim, no primado do individualismo e do voluntarismo jurídicos.

Analisando o surgimento dos direitos fundamentais sob uma ordem histórico-cronológica do seu reconhecimento, pode-se falar em gerações (progressivas) ou dimensões do direito. Assim, afirma-se que no Estado liberal despontaram os chamados direitos de primeira geração ou dimensão (direitos civis e políticos), como forma de proteção do indivíduo diante da ação do Estado, compreendendo as liberdades clássicas, negativas ou formais, fundadas no princípio da liberdade, destacando-se os direitos à vida, à liberdade, à propriedade, liberdades de expressão, de associação e de participação política, entre outros. (SARLET, 2010, p.47)

Com o Estado social<sup>2</sup> surgem os chamados direitos de segunda dimensão (direitos econômicos, sociais e culturais) ou prestacionais que se identificam com as liberdades positivas, embasadas no princípio da igualdade, ensejando do Estado uma conduta ativa em favor do indivíduo e tendo como expoentes, o direito à saúde, educação, trabalho, entre outros. Estas prestações exigíveis em face do Estado revelam o caráter de superação das desigualdades materiais concretas no seio da sociedade como possibilidades de valorização da existência humana, ou como dito por Sarlet (2010, p.48): “Os direitos de segunda dimensão

---

<sup>1</sup> Huberman (1985, p.162) expressa esta assimetria jurídica entre dominantes e dominados ao assinalar que: “O exame do Código Napoleônico deixa isso bem claro. Destinava-se evidentemente a proteger a propriedade – não a feudal, mas a burguesa. O Código tem cerca de 2.000 artigos, dos quais apenas 7 tratam do trabalho e cerca de 800 da propriedade privada. Os sindicatos e as greves são proibidos, mas as associações de empregadores permitidas. Numa disputa judicial sobre salários, o Código determina que o depoimento de patrão, e não do empregado, é que deve ser levado em conta. O Código foi feito pela burguesia e para a burguesia: foi feito pelos donos da propriedade para a proteção da propriedade”.

<sup>2</sup> Importante aqui a lembrança de que a mudança do Estado liberal para o social, não se deu como expressão simples da busca daquele pelo bem-estar do povo. A história nos revela que houve necessidade de restrição da liberdade através de um novo pacto social gestado por meio dos embates também cruentos entre burgueses e proletários em busca da justiça social, amparados principalmente pelas ideias marxianas e pela doutrina social da Igreja Católica no final do século XX.

podem ser considerados uma densificação do princípio da justiça social, além de corresponderem à reivindicação das classes menos favorecidas”.

Aponta-se ainda a existência de direitos de terceira dimensão<sup>3</sup>, fundados no princípio da fraternidade ou solidariedade, instituídos a partir da concepção da superação do Estado social pelo Estado democrático e social de direito ou Estado constitucional, trazendo ainda como marca própria o fato de terem como titulares não mais o indivíduo isolado, mas os grupamentos humanos, por isso são também entendidos como “direitos de titularidade coletiva ou difusa”, tais como, os direitos ao meio ambiente, à paz, ao desenvolvimento, ao acesso à cultura, entre outros. (SARLET, 2010, p.48)

Dentro do escopo desta pesquisa, referindo-se ao direito fundamental à saúde, pode-se verificar que o mesmo também pode ser expresso a partir destas três dimensões acima citadas, pois seu caráter individualista (primeira dimensão) se manifesta através da judicialização, por meio de uma pretensão de efetivação ou reparação em face do Estado, entendido como violador de tal direito.

Já a segunda dimensão se revela quando o Estado procura dar um tratamento igualitário do referido direito através de serviços de saúde pública, inclusive com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS<sup>4</sup>). E, finalmente, a terceira dimensão se manifesta através de redes solidárias internacionais estabelecidas através de compromissos multilaterais entre os Estados com a participação de organismos transnacionais, tais como, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), por exemplo. (SILVA, 2010, p.81-82)

A Constituição Federal do Brasil enquadra o direito à saúde como um dos direitos sociais (art. 6º, capítulo II) e, também por sua disposição topográfica, como direito fundamental (Título II). Além disso, ao tratar da Ordem Social (Título VIII) apresenta a saúde (art. 196)<sup>5</sup> como “direito de todos e dever do Estado”, reafirmando tratar-se de um direito exigível pelo indivíduo frente ao Estado.

---

<sup>3</sup> No âmbito desta pesquisa, interessa diretamente até os direitos de terceira geração ou dimensão, entendidos como de difícil expressão constitucional, apesar de Sarlet alertar para o fato de alguns autores já falarem em direitos de sexta geração, encontrando maior proteção no âmbito internacional, como os de terceira geração também. (SARLET, 2010, p.45)

<sup>4</sup> A Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado (art. 2º, *caput*), dispondo ainda no seu artigo 1º que o modo de realização do mesmo se dá através de políticas públicas

<sup>5</sup> O artigo 196 da Carta Magna brasileira informa que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, constituindo o Sistema Único de Saúde e reproduzindo o dispositivo constitucional estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado (art. 2º, *caput*), dispondo no seu artigo 1º que o modo de cumprimento desta obrigação da parte do mesmo se dá através de políticas públicas, isto é, “na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais”<sup>6</sup>, tal como expresso no artigo 196 da Constituição Federal. Além disso, reforça a necessidade de participação de outros atores sociais no empenho para a realização deste direito fundamental, quando afirma no §2º, do seu artigo 2º: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. (BRASIL, 1990)

No plano normativo e no das ideias, o direito à saúde tem sido perfeitamente entendido na sua fundamentalidade; entretanto, esta não tem sido a realidade concreta na vida de muitos brasileiros que padecem em busca de um patamar mínimo de saúde que reflita a sua dignidade existencial.

Até mesmo a classificação do direito à saúde como direito social tem gerado dificuldades para a sua efetivação dentro de parâmetros dignos, uma vez que sua prestação por parte do Estado está condicionada a questões econômicas, fundamentalmente orçamentárias. Na verdade, este posicionamento é mais ideológico do que técnico, pois trata-se de questão de garantia do próprio direito à vida, e não apenas no seu aspecto biológico.

Importa ressaltar que o caráter indivisível dos direitos humanos está intrinsecamente unido ao princípio da dignidade humana, elevado a fundamento do Estado brasileiro (art. 1º, III, CF) como norteador não apenas de uma nova hermenêutica constitucional, mas também das ações estatais para que se realizem eficazmente os objetivos fundamentais da República brasileira, delineados no artigo 3º da Constituição Federal, a saber:

- Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
  - II - garantir o desenvolvimento nacional;
  - III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
  - IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Uma sociedade é livre a partir da autonomia de seus membros de se sustentar, conduzir e realizar suas vidas de acordo com suas perspectivas. E aqui não bastam os direitos

---

<sup>6</sup> Dispõe o art. 1º da Lei 8.080/90 que: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1990)

de liberdade, por exemplo, de optar por uma atividade profissional, mas também a possibilidade de uma alimentação sadia, de condições sanitárias e acesso a serviços de saúde de qualidade para que a pessoa esteja em adequadas condições fisiológica, psicológica e social para se capacitar a assumir um trabalho digno.

Da mesma forma, uma sociedade justa na qual as desigualdades sociais sejam reduzidas para que efetivamente o bem de todos seja promovido, necessita dar condições iguais aos seus membros para que o seu desenvolvimento vá além de aspectos econômicos, uma vez que este objetivo poderá ser também realizado a partir da valorização da dignidade das pessoas, pois como afirma Sen (2000, p. 19): “A condição de agente livre e sustentável emerge como um motor fundamental do desenvolvimento”.

Por mais que se critique a atuação do poder judiciário diante da judicialização do direito à saúde *in concreto*, ela se deu principalmente pela morosidade, ineficiência e indisposição dos poderes legislativo e executivo para enfrentar esta questão que afeta a vida de todos, salvo os que se encontram em posição privilegiada do ponto de vista financeiro e que podem satisfazer suas necessidades de saúde em qualquer lugar do país ou fora dele.

Além disso, o judiciário é a esfera do Estado que se apresenta como instrumento do povo para buscar a satisfação de suas pretensões de justiça mesmo não tendo sido eleito diretamente por este. Daí que um judiciário honesto e atento aos apelos das pessoas também é uma forma de atuação do Estado para garantir o direito à saúde e cumprir com seu dever constitucional.

Contemporaneamente, a saúde tem o seu âmbito de aplicação ampliado a partir da valorização da existência humana e do reconhecimento que o desenvolvimento humano engloba não apenas aspectos biológicos. Entretanto, mesmo tendo o direito à saúde sua fundamentalidade expressa não apenas no âmbito constitucional, o que já lhe garantiria a exigibilidade em face do Estado, reconhece-se aspectos políticos, sociais e econômicos como limitadores de sua concretização no dia a dia da vida das pessoas em geral, como também se entende que a participação democrática de novos atores sociais, tais como Conselhos de medicina, associações de usuários do sistema de saúde, famílias, entre outros, pode melhorar a eficácia da efetividade do direito à saúde.

## **2 POLÍTICAS PÚBLICAS E CONCRETIZAÇÃO DEMOCRÁTICA DO DIREITO À SAÚDE**

A constitucionalização do direito à saúde e sua normatização extravagante não são suficientes para garantir sua concretização, assim como não o é a criação de estruturas médico-hospitalar, pois sua realização depende de ações políticas e econômicas; além disso, em um Estado Democrático de Direito, faz-se essencial também a participação ativa do indivíduo e da sociedade. Por isso, as políticas públicas são entendidas como instrumentos de realização dos direitos fundamentais sociais, uma vez que não basta ter direitos, é preciso também ter meios para concretizá-los.

Cada vez mais as políticas públicas deixam de ter apenas natureza política e o interesse do Direito tem proporcionado meios adequados para a monitoração jurídica e social das mesmas, especialmente pela sua importância na realização dos objetivos fundamentais do Estado brasileiro delineados no artigo 3º da Constituição Federal como dito anteriormente. E estes como instrumentos de valorização da existência humana.

O Estado Democrático de Direito se assemelha ao denominado Estado Constitucional, ampliando as perspectivas do Estado liberal (individualismo) e do Estado social (socialidade), de forma a entender a supremacia dos direitos fundamentais como marco para estabelecer os limites, os conteúdos e as finalidades das ações dos agentes estatais, não mais restritos aos critérios legais (*government by law* ou governo por leis), mas ampliados por nova hermenêutica constitucional de base principiológica (*government by policies* ou governo por políticas). (SILVA, 2010, p.146)

As políticas públicas costumam ser definidas a partir da delimitação de determinadas conveniências, costumando-se falar em “interesse público” para caracterizá-las como uma fórmula mágica capaz de afastar quaisquer questionamentos sobre sua legitimidade, atribuindo aos agentes do Estado o poder de decidir sozinho sobre quais são estes interesses a ser perseguidos, frequentemente desprezando a participação democrática dos atores sociais cujos interesses são maiores na realização eficaz daquelas ações.

Interessante ainda a compreensão de que o interesse público se identifique com os direitos fundamentais, uma vez que estes representam as verdadeiras pautas para a construção de uma vida digna e de uma sociedade justa, de tal forma que até o conceito moderno de soberania, amparado no poder absoluto estatal, perde a sua força diante da complexidade da sociedade local e internacional e do processo de integração interestatal, cabendo aqui, como

bem expresso por Monterisi (2009, p.19), uma visão ampliada de soberania, a saber: “outra soberania muito mais importante: a da dignidade da pessoa humana”<sup>7</sup>.

A participação da comunidade nas ações governamentais na área da saúde não é uma decisão discricionária de uma determinada política de governo, mas uma exigência constitucional, como se depreende do disposto no art. 204, inciso II, da Carta Magna<sup>8</sup>. Entretanto, ao utilizar o modelo de democracia representativa como escusa, o poder público minimiza ou desconsidera a relevância da participação da sociedade no processo de elaboração das políticas públicas, aqui entendido como planejamento, execução, controle e revisão, valendo a crítica de Silva (2010, p.160):

Constata-se nessa direção que os Poderes constituídos, quando muito, utilizam-se de Audiências Públicas para impingir um caráter participativo ao processo de definição das políticas e gastos públicos, o que se deve convir, é muito incipiente para a definição das políticas que contemplem o interesse público no patamar estabelecido e exigível do Estado Constitucional.

Não há dúvidas que os recursos materiais e financeiros são limitados quando se fala em realização do direito à saúde. Do lado do Estado, pelo menos no âmbito da Administração Pública, aponta-se o fator limitação orçamentária como condicionante principal para a realização apenas do que for possível, e até certo ponto com razão. Aqui se remete ao conceito de “reserva do possível”, quando a limitação do alcance da prestação é feita por conta da escassez de recursos, realizando desta forma, apenas o que for possível.

Da parte da sociedade, percebe-se diuturnamente que os recursos são mal geridos e eventos relacionados com corrupção nesta área, dissolvem os já parcos valores. Onde estaria a solução para garantir investimentos adequados na promoção de uma saúde de qualidade à população? Dentro do escopo deste trabalho tem-se frequentemente alertado para vários aspectos da gestão democrática da saúde, através da qual se poderia garantir a realização sustentável deste bem essencial a todos.

A elaboração, a execução e o controle das políticas públicas como um todo não podem mais na realidade atual serem deixados como uma realização solitária e exclusiva do Estado, mas devem ser o fruto de um intenso diálogo com os diversos atores sociais aqui já elencados, cabendo a ambos, Estado e sociedade, indicarem o alcance possível e os limites para a concretização dos direitos fundamentais sociais, inclusive o da saúde.

---

<sup>7</sup> No vernáculo: “otra soberanía mucho más importante: la de la dignidad de la persona humana”.

<sup>8</sup> “Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes: [...]

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”. (BRASIL, 2012)

Não se trata de decidir quem vive ou morre, situação hoje praticamente previsível pelas políticas públicas praticadas nesta área, mas de estabelecer parâmetros jurídicos, legais, econômicos e sociais diante de uma real escassez de recursos. Entretanto, o espírito norteador destas ações não pode ser o que hoje impera, o econômico, mas o da garantia de uma existência digna às pessoas.

Na ação de promover, a saúde é mencionada como fator necessário para o desenvolvimento humano, e tal fato recorre do entendimento de que ela é um composto de determinantes sociais, muito mais do que uma característica humana, um aspecto que co-existe com a realidade de cada um, seu estilo de vida, sua posição social e econômica, seu nível de educação e seu estado de saúde. Essa compreensão vista à luz da necessidade da participação atores sociais envolvidos no contexto da promoção da saúde, nos leva a concluir que se trata de um processo multifacetado e complexo, de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas, compartilhado pelo homem e por suas relações com outros homens e com a sociedade, não sendo a exclusão desses indivíduos simplesmente uma falha do sistema ou algo que fere a ordem social, mas sim um produto fabricado pelo próprio sistema, e não apenas fruto de conceitos como o de pobreza e a vulnerabilidade existencial empregada pelo sistema de saúde público (Brizolla, 2007)

Com base nisso, Mânica (2007), diz que a funcionalidade desse sistema tem influente importância do orçamento público, principalmente os norteados pelas necessidades de saúde da população, surgindo neste momento objetivos, metas e programas – agora constantes dos textos constitucionais e de saúde – que passam a ter sua implementação condicionada à adoção pelo Estado de políticas públicas que os concretizem. Portanto, é a partir do Estado social que surge por meio de ações de políticas públicas – e do orçamento – a intervenção positiva do Poder Público na ordem econômica e na ordem social.

Nesse cenário, a Constituição de 1988 alçou o orçamento público à importante instrumento de governo, tanto para o desenvolvimento econômico quanto para o social e político. Para tanto, estabeleceu um encadeamento de três leis que se sucedem e se complementam: a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Nesse sistema, todas as ações e programas governamentais devem estar em harmonia com o plano plurianual, nos termos do art. 165, § 4º da Constituição Federal, e a LDO deverá estar em harmonia com o PPA, nos termos do art. 166, § 4º da Constituição.

Neste ponto é importante ressaltar o processo de municipalização das políticas públicas em saúde<sup>9</sup>, uma vez que ao entender que a vida do indivíduo e da comunidade se realiza na prática diretamente no âmbito municipal, ao atribuir a esta unidade política-administrativa a gestão primária dos recursos destinados para a saúde, permite a identificação adequada dos problemas próprios de cada comunidade e a participação direta dos cidadãos na solução destes.

Assim, entendendo a relevância desta atuação conjunta de cada esfera do governo, da sociedade e do indivíduo, promulgou-se em 28 de dezembro de 1990 a Lei n. 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde<sup>10</sup>.

Infelizmente, o que se percebe neste processo de descentralização da saúde através da municipalização é que a gestão dos recursos e o planejamento de utilização dos mesmos se restringiram à administração municipal e no máximo à participação do poder legislativo local, perdendo-se mais uma vez a oportunidade de envolver outros atores sociais diretamente afetados pelo sistema. Daí a crítica oportuna de Paim (1992) quando afirma que: "Defender a descentralização e contentar-se com a gestão confinada nas prefeituras sem fazê-las avançar para os distritos sanitários, unidades de saúde e organizações populares pode ser sério equívoco político e técnico-administrativo".

Ao olhar para a história da evolução dos direitos sociais e mais especificamente do direito à saúde, a conclusão que se chega é que não haverá a concretização dos ideais normativos e dos anseios populares sem o empenho e a luta da própria comunidade pelos benefícios que os primeiros são céleres em lhe apontar, mas remansoso em realizá-los.

Os orçamentos do SUS são vultosos e a imputação ao sistema previdenciário de suas dificuldades é maior ainda, mas quando se depara com uma administração deficiente ou mesmo negligente na utilização daqueles recursos, vale a pena lembrar que a responsabilização<sup>11</sup> dos gestores públicos e até dos parlamentares pelo descumprimento de

---

<sup>9</sup> O âmbito de ação das políticas públicas em saúde, de acordo com Silva (2010, p.164): "integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho".

<sup>10</sup> Tratando sobre o Conselho de Saúde como instância colegiada do SUS, dispõe o §2º, do art. 1º da Lei 8.142/90 que: "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo".

<sup>11</sup> Lembrando a lição de Cavalieri Filho (2009, p.240) acerca dos danos por omissão do Estado e ao fato de que o artigo 37, § 6º, da Constituição, que trata da responsabilidade objetiva deste, refere-se tanto à conduta comissiva como omissiva, afirma o mesmo que: "Há, também, o ato ilícito em sentido lato, que se traduz na mera

suas obrigações constitucionais nesta área, a partir de demandas de judicialização neste campo da saúde, poderiam soar ofensivas ao vetusto princípio da separação de poderes, mas perfeitamente condizentes com uma democracia participativa em um Estado que diz na sua Carta Magna exatamente quais os objetivos que seus atores políticos devem realizar e a quem devem eles bem servir.

Sabe-se que o controle das políticas públicas em saúde não se dá de forma simplista, mas que se requer um amplo diálogo em todas as esferas da federação brasileira com a participação dos agentes políticos e demais atores sociais, não excluindo os do primeiro grupo também como partícipes deste último conjunto, tanto por serem usuários do mesmo sistema, mas principalmente pela sua responsabilidade estatal e cidadã. Cabendo ainda aqui lembrar a importante função que a educação em direitos humanos e mais precisamente em saúde tem na capacitação e emancipação do indivíduo e da sociedade na condução de seus destinos.

Portanto, neste contexto, a Promoção da Saúde é um processo que está em construção e que através da capacitação da população, torna-se forte o suficiente para atuar na melhoria das condições de vida, coincidindo com a participação ativa no controle e regulamentação desse processo, através da ênfase dos valores da equidade, solidariedade, democracia, desenvolvimento, cidadania e principalmente participação, combinadas em estratégias que envolvam múltiplos atores sociais, dentre estes o Estado, a comunidade, a família e diretamente o indivíduo usuário do SUS.

Sendo assim, essa relação constitui responsabilidade não apenas do setor público de saúde, mas se deve a um processo de integração dos diversos setores de âmbito municipal, estadual e federal, os quais são fonte de articulação política que culminam com a melhoria das condições de vida da população brasileira, fortalecendo a necessária educação em saúde não só dos usuários, mas da equipe profissional que também é parte desse trajeto e fomentadora do acesso a prestação de serviços de saúde de qualidade que são essenciais ao ser humano.

### **3 “EDUCAÇÃO EM SAÚDE” ATRAVÉS DA FONOAUDIOLOGIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Entende Candeias (1997, p. 210) que educação em saúde é “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”; sugerindo assim, que a solidez da construção da educação em saúde seja um dos resultados da combinação dos múltiplos determinantes sociais que afetam o comportamento

---

contrariedade entre a conduta e o dever jurídico imposto pela norma, sem qualquer referência ao elemento subjetivo ou psicológico, e que serve de fundamento para toda a responsabilidade objetiva”.

humano, delimitando o foco dessas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas com vistas a facilitar a distinção do processo de educação em saúde de quaisquer outros que contenham experiências acidentais de aprendizagem.

Com base nessa concepção, entende-se que as políticas de saúde se concretizam no decorrer da prestação do serviço, de forma que a ação conjunta ou individual dos agentes nelas envolvidos participem a partir de suas práticas cotidianas, gerindo um modelo de educação em saúde que converge para o princípio da “integralidade” sendo este composto em grande parte por atividades técnicas, voltadas para a saúde, observadas rotineiramente em ambientes de trabalho e de atendimento clínico, na comunidade ou até mesmo no ambiente escolar. (ALVES, 2005, p. 39)

Cabe ressaltar que a ação do profissional da equipe de saúde deve ser norteada pelos princípios do SUS, procurando a sua maneira desencadear mudanças de comportamento individual e coletivo através de ações de promoção da saúde, que muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa em seu caráter amplo provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de múltiplas camadas da população, particularmente, mas não exclusivamente por meio da legislação.

Desta forma, Mohr destaca a escola como “um ambiente formador de construção do conhecimento não só do conteúdo escolar, mas também um ambiente promotor de ações formadoras da educação em saúde”. Estratégias de promoção de saúde como o Programa de Saúde na Escola (PSE), considerado uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 e assume o caráter de políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, transformando a escola num “espaço privilegiado para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz”, tornando a escola um lugar de reflexão e de formação de indivíduos atuantes na sociedade através da formação e desenvolvimento do pensamento crítico e político (Ministério da Saúde, 2007).

Este contexto nos remete a 2009, quando a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) colocou a necessidade de serem realizadas, dentro do espaço escolar, diversas atividades que favorecessem a promoção da saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados a esta; nesse sentido, foi apresentada uma abordagem inicial ao conceito de Escolas Promotoras de Saúde, definida pela IUHPE como:

Escolas que podem contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos através de diversas iniciativas, incluindo as fomentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), UNICEF, UNESCO, os Centros de Controle e de Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, a União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde (UIPES) e outras. (IUHPE, 2009).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (lei 5.692/71) determina em seu artigo 7º, que a educação em saúde na escola, seja desenvolvida através de atividades diversificadas ao longo de toda a sua vida acadêmica, dentro dos denominados Programas de Saúde, no intuito de se obtenha

conhecimentos científicos e os hábitos sociais que lhe permitirão enfrentar os problemas da vida na comunidade, concomitantemente deve aprender os hábitos de saúde, que lhe permitirão alcançar o maior grau possível de saúde, física, mental e social.

Durante a XIV Conferência Mundial em Educação em Saúde, ocorrida em novembro de 2011 elaborou-se um documento no qual se colocava que todos os locais onde a educação fosse desenvolvida seriam espaços ideais para a promoção de saúde, defendida na Declaração de Alma Ata, formulada por ocasião da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde no ano de 1978, que defende a melhoria na qualidade dos serviços de saúde como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos. (BRASIL, 2002, p. 19)

Com a finalidade de consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade criou-se um documento denominado Declaração das Escolas Promotoras de Saúde (DEPS), que preconiza que “toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma Escola Promotora de Saúde”. (BRASIL, 2001).

Após a 4ª Conferência Internacional de Saúde em Jacarta, intitularam-se os novos atores sociais da saúde, definidos com base no “esforço da ação comunitária” exigindo a participação desses novos atores sociais como necessária à evolução da saúde em todos os países do mundo proposto em 1992 pela Declaração de Bogotá, que propunha a criação de ambientes e de condições adequadas para a construção do conhecimento que, alinhado à participação da comunidade educacional, poderia favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis e condutas de proteção ao meio ambiente (BRASIL, 2001).

Até 1996, por resolução da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), o tema saúde era abordado dentro do referencial curricular escolar, utilizando como designação a referência Programas de Saúde, sem ser incorporado como disciplina curricular, e sim como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo. (BRASIL, 1996).

Com base nisso, o objetivo maior da educação em saúde deve ser o de possibilitar à população a aquisição de “conhecimentos que fundamentem, orientem, justifiquem e que levem à adoção de comportamentos necessários para que o cidadão intervenha no nível individual e coletivo, na manutenção e melhoria de suas próprias condições de saúde e da comunidade onde vive” partindo do princípio de que as ações centralizadas nas individualidades de cada um decompõem a tentativa de mudanças comportamentais originais da realidade externa à do ambiente escolar, tratadas por este de maneira isolada, parindo de uma visão assistencialista de educação, que distorce o contexto coletivo da atual educação em saúde (Mohr 1995).

Partindo do pressuposto de que a integralidade no cuidado às pessoas é a base da educação em saúde, evidencia-se a necessidade de articular ações de educação através da escola, tratando-a como o elemento inicialmente produtor de um saber coletivo que contribui para a autonomia e emancipação do indivíduo para cuidar de si, da família e do seu entorno.

Deste modo, a integralidade permite a identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que os resultados necessários ao atendimento não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as possíveis dimensões em que se possa intervir mesmo que o atendimento integral extrapole a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolongando-se segundo Machado *et. al.* (2007, p. 336), “pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional”.

Atentando ao escopo desta pesquisa, apresenta-se a fonoaudiologia como contribuição para a promoção das políticas públicas de saúde na escola por meio dos processos de educação em saúde, uma vez que em sua atuação em ações de saúde na escola, observa-se o crescente emprego do termo “Promoção da Saúde”; contudo, uma análise mais cuidadosa evidencia, na maioria das vezes, a superficialidade da fundamentação teórico-conceitual e das concepções que as norteiam, o que leva a construir uma percepção às vezes equivocada de que Promoção da Saúde seja apenas um novo nome, uma nova roupagem para a já conhecida prevenção, esquecendo-se o fato de que a própria história de constituição de conhecimento da Fonoaudiologia já instaura a possibilidade de uma atuação fundamentada nas questões referentes ao universo clínico/preventivo, fato que corrobora a ação do profissional na reedição de dizeres clínicos na escola. (SILVA E CALHETA, 2003).

Diante disso, deve-se considerar também a importância da família na construção de um ambiente doméstico dotado de práticas psicossociais favoráveis ao desenvolvimento infantil, tornando esta um parceiro atuante no desempenho cognitivo de crianças, para também contabilizar o impacto da escolaridade familiar e educacional sobre a qualidade dessa estimulação, nos remetendo ao inicialmente citado conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (PACHECO E CARAÇA, 2002, p. 201).

Faz-se relevante que esta especialidade acompanhe as mudanças teórico-metodológicas do campo da Saúde Coletiva e, pautando-se por elas, participe do processo de implantação de uma política nacional de saúde, definindo seu papel e lugar junto à Promoção da Saúde da população educacional, de maneira reflexiva, consciente, responsável e atuante. (PENTEADO E SERVILHA, 2004, p.107-116)

Desta maneira, a contextualização da queixa proveniente da escola, deve acontecer a partir do dimensionamento de um problema específico de saúde, percebido pela comunidade e pelos profissionais como uma falha da limitada ação das políticas públicas na implantação do serviço de atendimento fonoaudiológico, partindo do pressuposto de que a legalização da oferta mínima deste serviço no sistema público de saúde, só ocorre a partir das décadas de 90,

após a formulação de uma conjuntura de mudanças das políticas de saúde de âmbito nacional que, nesse período, acompanhou a implementação do SUS, impulsionando a categoria a refletir sobre as novas políticas públicas de saúde. (BAZZO, 2007)

Emerge daí, um antigo questionamento sobre a atuação desse profissional no contexto da saúde coletiva, no qual a escola é definida como fonte de conhecimentos e ambiente formador de opinião sobre a saúde e as políticas necessárias para o desenvolvimento do perfil que deveria ser favorecido com a presença desse profissional, mas acaba por ser enfraquecido devido à crescente demanda para o serviço de fonoaudiologia que está arraigado a um quadro insuficiente de oferta desse atendimento nessas instituições.

Neste segmento, a saúde passa a denominar a assistência fonoaudiológica na escola como fator determinante das condições de saúde geral, devendo sua assistência preventiva ser garantida em todas as suas áreas: audição, voz, motricidade orofacial e linguagem, como meio de integração e não exclusão social do indivíduo com queixas escolares merecedor de atenção nas ações de promoção de saúde, uma vez que esse direito possibilita o mesmo a se colocar como um agente transformador da sociedade e de sua realidade.

Apesar de que ainda persiste a visão fonoaudiológica predominantemente curativa, na atuação de alguns profissionais inseridos em serviços de saúde pública, preocupados em atender toda a demanda, geralmente espontânea, de pacientes que procuram as Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Centros de Referência, entre outros, que culmina com a frustração profissional, uma vez que o acolhimento de toda a demanda pode se tornar algo inatingível em alguns serviços, transmitindo a ideia de que o trabalho fonoaudiológico é acessível para poucos. (CRUZ, *et. al.*, 2009)

No contexto atual da fonoaudiologia escolar, no fim da década de 80, a atuação desse profissional tornou-se legalmente definido, mas infelizmente, o fortalecimento dessa relação ainda era pouco ou nenhum por parte da escola e seus atores sociais, e que não deveria estar restrita ao processo de triagens, orientações, encaminhamentos, mas assim definida por como uma necessária participação no contexto escolar dentro do processo de evolução educacional, realizando um trabalho integrado entre os pais, professores, alunos, e demais profissionais que componham a equipe da escola considerando o fato de que a educação brasileira tem vivenciado de ordem elitista e excludente, culminante com a responsabilização do aluno pela não aprendizagem invertendo a verdadeira necessidade que este indivíduo tem, configurando por natureza, a escola como um excelente campo de atuação para a fonoaudiologia (FERNANDES E CRENITTE, 2008, p. 182).

Consoante ao fato de que, para os profissionais eticamente responsáveis e que realmente se preocupam com a qualidade dos estímulos absorvidos pela criança/adolescente, interferem diretamente no seu desenvolvimento, tornando parte desse ciclo atores formadores e percussores do processo de aprendizagem desses indivíduos, tornando o professor o principal mediador desse processo, considerando o tempo que o mesmo tem em contato diário com a criança, sendo este geralmente o primeiro a perceber as dificuldades é o primeiro a perceber muitas das dificuldades que a mesma possa vir a apresentar.

Os esforços por parte dos profissionais envolvidos no processo de aprendizagem, segundo Fernandes e Crenitte (2008): “devem também ser direcionados no sentido de uma reflexão crítica sobre a maneira preconceituosa e estereotipada, a que alunos brasileiros com rendimento escolar insatisfatório são alvos”. Desta forma, transformando o discurso de fracasso escolar em uma atitude de confiança para que o mesmo possa desenvolver a capacidade de aprender.

A escola é um ambiente que tem como premissa a aprendizagem e o professor tem papel destacado nesse processo, de forma que o trabalho conjunto entre estes dois campos de atuação transformam a acessória fonoaudiológica em uma parceria necessária à composição de um trabalho de formação continuada, dando origem a uma relação aliada à elaboração conjunta de estratégias criadas no intuito de incentivar as habilidades comunicativas dos alunos, identificando mais facilmente os desvios apresentados por eles. (MARANHÃO et. al., 2009)

Como membro da equipe escolar, este profissional pode contribuir para a implementação e desenvolvimento de projetos educacionais que visem uma parceria com a escola, na qual trabalhará com foco no redirecionamento do trabalho escolar, favorecendo a demanda de queixas apresentadas pelos professores. Essa parceria é descrita como uma “relação de cortesias tradicionais”, embora não sendo o fonoaudiólogo o principal ator do processo de aprendizagem no âmbito escolar, mas com a função de formador de ideias que favoreçam a constituição de um ambiente capaz de fornecer o ensino regular e até mesmo conhecimentos para a promoção da saúde. (HERNÁNDEZ, 1998)

#### **4 CONCLUSÃO**

Está muito bem assentada a ideia de que a saúde é um dever do Estado e um direito de todos, quer por disposições constitucionais, leis esparsas e principalmente no

imaginário da população em geral, de forma que este trabalho procura realçar os principais aspectos para o cumprimento da obrigação (pelo Estado) e o exercício do direito (pelo cidadão).

Diante de um poder legislativo inerte e de uma administração pública que justifica sua ineficiência no campo da efetivação da saúde somente com base em questões orçamentárias, o judiciário tem prontamente se manifestado como instrumento de concretização deste direito. Entretanto, entende-se aqui que este não deve ser o meio privilegiado para o cumprimento de tal obrigação pelo Estado, apesar de muitas vezes necessário.

O trabalho aponta como principal conclusão a relevância da gestão democrática das políticas públicas, especialmente as de saúde, entendendo tal modelo, como o de participação integral de novos atores sociais, ávidos por contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade. Profissionais médicos e outros da área de saúde, associações de usuários do SUS e demais entidades, além das famílias e indivíduos que se sintam responsáveis não apenas pelo seu bem estar, mas de toda a comunidade, podem contribuir efetivamente para que os recursos disponíveis através dos orçamentos nas diversas esferas do governo (federal, estadual e municipal) sejam eficazmente aplicados no setor de saúde.

Conclui ainda a pesquisa que a importância da educação em saúde, especialmente com a participação do fonoaudiólogo nas escolas, também tem um papel de geração de conhecimento e de condutas apropriadas para esclarecer e emancipar as pessoas desde a mais tenra idade, capacitando-as a conduzir os seus destinos com base na valorização da dignidade humana e no compromisso solidário com toda a sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARAL, Arnaldo José Duarte do. **Estado democrático de direito**: nova teoria geral do direito do trabalho – adequação e compatibilidade. São Paulo, LTr, 2008.

ANDRADE, Susanne Anjos *et. al.* **Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica**. Departamento de Psicologia e Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2003.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H; MARTINS JUNIOR, T.A. A estratégia saúde da família no Brasil e a superação da medicina familiar. **Sanare**, Sobral, CE, v.4, n.1, p. 57- 64, 2003.

BARROS, Nelson Filice de; NUNES, Everaldo Duarte. **Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde**. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil, 2008.

BAZZO, Leda Mara Fonseca; NORONHA, Ceci Vilar. **Privação da oferta de serviços fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma do Estado: a mediação do debate**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 6, nº2, p. 190-196. Salvador: Universidade Federal da Bahia - UFBA, 2007.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, S. X. de. Capacitação para conselheiros de saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro, Uerj/ Nape, 2001.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

BRASIL. **Lei 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> . Acesso em: 14.março.2013

\_\_\_\_\_. **Código civil, código de processo civil, código comercial, constituição federal, legislação federal, legislação civil, processual civil e empresarial**. Obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais. Organização de Yussef Said Cahali. 14 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

\_\_\_\_\_.Lei 5.692, de 11 de agosto de 1971. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDBEN**. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-legislacao/EDUCACIONAL/NACIONAL/ldb%20n%C2%BA%205692-1971.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **As Cartas da Promoção de Saúde**. 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília – DF, Série pactos pela saúde, p.5-15, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 4.ed. Brasília –DF, Série pactos pela saúde, p.5-15, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Cadernos Humanização do SUS, formação e intervenção**. 1. ed. Brasília – DF, p.8-26, 2012.

BRIZOLLA, Francélli. **Políticas Públicas de Inclusão Escolar: negociação sem fim**. Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS- para cumprimento do Programa de Pós-graduação em Educação. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública 15(Sup. 2):177-185. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

\_\_\_\_\_. **Promoção da Saúde da Família**. Ministério da Saúde: Programa de saúde da Família, Revista de Saúde Pública, dez. 2002. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Programa de Saúde da Família, 2002.

CATRIB, Ana Maria Fontenelle. *et. al.* (Orgs). **Promoção da Saúde no contexto da estratégia da Saúde da Família**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

CRUZ, Mariana Sodário *et. al.* **Inquéritos de Saúde e Fonoaudiologia**. Revista CEFAC, jan/mar, v. 11, p. 166- 172. São Paulo: CEFAC, 2009.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

FERNANDES, G. B.; CRENITTE, P. A. P. O conhecimento de professores de 1ª a 4ª série quanto aos distúrbios de leitura e escrita. Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.2, 182-190, abr-jun, 2008, p. 182.

GARBIN, W. – O sistema de saúde no Brasil. In: VIEIRA, R.M.; VIEIRA, M.M.; AVILA, C.R.B. ; PEREIRA, L. D. - **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba. Pró - Fono, 1995. p. 23-34

GONÇALVES, F.D. et al. **A promoção de saúde na educação infantil**. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92. São Paulo: UNESP, 2008.

HERNANDÉZ, F. **A importância de saber como os docentes aprendem**. Revista Pedagógica, 1998.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 20 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

IUHIPE, International Union Health Promotion and Education (União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde). **Promover a saúde na escola: da evidência à acção**. For Lawrence St Leger, Ian Young, Claire Blanchard, Martha Perry, 2009. Disponível em: [http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific\\_Affairs/CDC/School%20Health/PHiS\\_EaA\\_POR-WEB.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/School%20Health/PHiS_EaA_POR-WEB.pdf)

MACHADO, M. F. A. S. *et. al.* **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde**

**e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2):335-342, 2007

MÃNICA, Fernando Borges. **Teoria da Reserva do Possível: Direitos Fundamentais à prestação e a intervenção do poder judiciário na implementação de políticas públicas.** *Revista Brasileira de Direito Público*, ano V, nº18, p. 169-186. Belo Horizonte: Fórum Editora, 2007.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais.** São Paulo: Atlas, 2008.

MARANHÃO, P. C. S.; PINTO, S. M. P. C.; PEDRUZZI, C. M. **Fonoaudiologia e educação infantil: uma parceria necessária.** *Rev. CEFAC*. 2009 Jan-Mar; 11(1):59-66

MEDEIROS, Cassiano Quinino de, **Saúde como direito social e a cláusula da reserva do possível – conflito entre poderes.** *Anais da XVIII Semana de Humanidades – UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, Jun/2009. Natal: UFRN, 2009.

MOHR, Adriana. **A saúde na escola: análise de livros didáticos de 1º a 4º séries.** Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação do Instituto de estudos avançados em Educação da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994. Pub. em Caderno de Pesquisa: São Paulo, nº94, p. 50-57. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1995.

NUNES, Everaldo Duarte. **Henry Ernest Sigerist pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica.** *Educ Med Salud*, Vol. 26, No. 1 (1992). São Paulo: UNESP, 1992.

PACHECO, E. C. F. C.; CARAÇA, E. B. **Temas em Fonoaudiologia: Fonoaudiologia Escolar.** São Paulo: Ipiranga, 2002, p. 201.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Series, v. 1, p. 11-31, 2011.

\_\_\_\_\_, Jairnilson S.; FILHO, Neomar de Almeida. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista de Saúde Pública*, 32 (4), 299-316. Salvador: *Revista de Saúde Pública*, 1998.

PENTEADO, Regina Zanella; SERVILHA, Emilse Aparecida Merlin. **Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde.** *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 16 (01): 107-116, abril. São Paulo: *Revista Distúrbios da Comunicação*, 2004.

PRECIOSO, José. **Educação para a saúde na escola: um direito dos alunos que urge satisfazer.** *Revista O professor – Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho: Braga - Portugal*, nº85, série III. Braga, Portugal: Universidade do Minho, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 10 ed. rev. atual. e ampl.; 2 tir. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2010.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1):29-41. Rio de Janeiro:UERJ, 2007.

- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SILVA, Tatiana O. F. da *et. al.* **Reflexões sobre assessoria fonoaudiológica na escola**. Revista Distúrbios da Comunicação, 17(2): 225-232. São Paulo: UNESP, 2005.
- SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **Direito fundamental à saúde: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível**. Belo Horizonte: Fórum Editora, 2010.
- SOUSA, M.F; HAMANN, E.M. Programa de saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde coletiva**, v.14, supl. 1, p.325 – 335, 2009.
- SOUZA, Rochelle Patrícia Ferraz de. *et. al.* **Fonoaudiologia: a inserção da área de linguagem no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Revista CEFAC, vol . 7, num. 4, outubro-deciembre 2005. São Paulo: CEFAC, 2005.
- VARGAS, A.M.D; FERREIRA, E.F; MATTOS, F.F; VASCONCELOS, M; DRUMOND, M.M; LUCAS, S.D. O Acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre Municípios. **SaudeSoc**, São Paulo, v.20. n.3, p. 821-828, 2011.
- WANG, Daniel Wei Liang. **Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direito à Saúde: algumas aproximações**. Revista de Direito Sanitário, v. X, nº1, p. 308-318, 2009. São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário - CEPEDISA - USP ,2009.