



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS I
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E
TECNOLOGIAS APLICADAS À EDUCAÇÃO – GESTEC**

MARIA TEREZA BARAÚNA DA COSTA

**SERVIÇO PÚBLICO DE REABILITAÇÃO E SUA
SUSTENTABILIDADE NA UNIVERSIDADE PÚBLICA: um
estudo sobre Clínica-Escola na UNEB**

Salvador
2015

MARIA TEREZA BARAÚNA DA COSTA

**SERVIÇO PÚBLICO DE REABILITAÇÃO E SUA
SUSTENTABILIDADE NA UNIVERSIDADE PÚBLICA: um
estudo sobre Clínica-Escola na UNEB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação – GESTEC, do Departamento de Educação, Campus I, da Universidade do Estado da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Márcea Andrade Sales

SALVADOR
2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Costa, Maria Tereza Baraúna da

Serviço público de reabilitação e sua sustentabilidade na universidade pública: um estudo sobre Clínica Escola na UNEB / Maria Tereza Baraúna da Costa. – Salvador, 2015. 128f.

Orientadora: Márcea Andrade Sales.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento Educação. Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Campus I.

Contém referências.

1. Fonoaudiologia - Reabilitação. 2. Universidade do Estado da Bahia - Serviço de promoção de saúde. 3. Pessoal da área de saúde pública - Educação. 4. Clínica-Escola Jurandy Gomes de Aragão. I. Sales, Márcea Andrade. II. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação.

CDD: 617.533

AGRADECIMENTOS

Antes de qualquer coisa, gostaria de dedicar essa dissertação ao meu pai Ernani que, nos relatos de sua experiência como médico sanitarista, despertou meu interesse pela saúde coletiva, à minha mãe Waldiva (*in memoriam*) que, mesmo privada de exercer sua profissão de professora para poder acompanhar o marido, me fez compreender que a educação não precisa de espaço físico para acontecer, à minha irmã Nininha, que mesmo não sendo da área da saúde nem educação, me ajudou a ficar centrada no objeto de estudo, discutindo e revisando meu texto, ao meu marido pela compreensão e apoio incondicional, por não ter medido esforço para providenciar material e equipamentos, para levantar meu astral, por me manter alimentada e hidratada.

À minha amiga, professora e orientadora Márcea que soube me dar a liberdade para voar e também me trazia a Terra quando meu voo deixava de ser produtivo, agradeço pela condução deste processo.

Agradeço aos meus amigos que aceitaram as minhas constantes ausências sem questionar, às amigas do grupo de pesquisa por partilhar as descobertas, as dúvidas e os medos, à amiga e sócia Sheilinha na ajuda com as bibliografias.

À Coordenadora do Colegiado de Fonoaudiologia Cláudia Lopes que apostou na relevância do estudo e aceitou a parceria, pela paciência, atenção, carinho sempre dispensados a mim.

Às professoras que participaram das entrevistas qualificadas, agradeço pela dedicação e disponibilidade em contribuir para a realização do estudo. Da mesma forma agradeço aos membros da banca que qualificou meu projeto de pesquisa, os professores Atson e Ana Caline, que deram importantes contribuições para a direção da pesquisa.

A todos vocês meu muito obrigado.

RESUMO

Esta pesquisa teve como campo de investigação o Serviço de Saúde de Fonoaudiologia da Clínica-Escola Jurandy Gomes do Aragão, da Universidade do Estado da Bahia – Campus I, objetivando realizar um diagnóstico das condições estruturantes da prática profissional do fonoaudiólogo aí formado e identificar potencialidades para o desenvolvimento sustentável do referido Serviço. Com a perspectiva de oferecer subsídios à definição de políticas institucionais e ao planejamento da formação do profissional da saúde nessa Instituição, investigou-se a consonância das práticas de assistência desenvolvidas na Clínica-Escola de Fonoaudiologia com o que preconizam as políticas públicas de saúde, e se estas respondem aos desafios impostos à Universidade pública no que diz respeito ao atendimento de pessoas com deficiência. Configurada como um estudo de caso descritivo, ele foi delineado através da triangulação de pesquisa bibliográfica e análise documental, em conjunto com a entrevista semiestruturada de 12 docentes, supervisoras da referida Clínica-Escola. Para a pesquisa bibliográfica e documental foi estudada a legislação que dispõe sobre as políticas públicas de saúde voltadas para pessoas com deficiência. Inicialmente contamos com as contribuições apresentados na CIF (2003) para problematizar a assistência à pessoa com deficiência na contemporaneidade; no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PROSAÚDE (2007) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia (CNE, 2002), para fundamentar a discussão sobre as práticas na Clínica-Escola. Na pesquisa bibliográfica dialogamos com VEIGA (2010) e ELKINGTON (2012), para discutir sustentabilidade; CAPRA (2006) e MORIN (2011), situando as discussões teóricas na perspectiva contemporânea; SACHS (2010) e VEIGA (2010) para discutir desenvolvimento sustentável; SOUSA SANTOS (2011) para problematizar a Universidade Pública. Os resultados da pesquisa apontam para fragilidades no projeto institucional universitário que ainda demanda ancoragem nas políticas públicas de saúde e na formação profissional, superando a abordagem que valoriza o aspecto biológico, técnico-científico e com conteúdos organizados de maneira compartimentada e desarticulados com o SUS; além da fragilidade na inter-relação entre Universidade e comunidade. Na perspectiva de sustentabilidade no contexto contemporâneo, defendemos a necessidade de assegurar, institucionalmente, o prosseguimento da reforma sanitária brasileira, coadunando com a formação do profissional da área de Saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, principalmente, a partir dos serviços prestados pela universidade pública.

Palavras Chave: Sustentabilidade. Clínica-escola, Políticas Públicas em Saúde. Assistência à pessoa com deficiência.

ABSTRACT

This study was carried out in the Department of Speech Therapy at Jurandy Gomes de Aragão Clinical School, Federal University of Bahia – Campus I, and aimed to make a diagnosis of the structural conditions of speech therapist professional who had studied there as well as to identify potentialities for a sustainable development of the service. In order to offer support to the definition of institutional policies and planning of the health professional's formation in this institution we investigated service practices carried out by the School's Department of Speech Therapy and its accordance with the public health policies, moreover if they respond to the challenges posed to public University with regard to the care of people with disabilities. Configured as a descriptive case study, it was based upon information gathered by triangulation of literature, documental analysis and semi-structured interviews of 12 professors and supervisors of the Clinical School. For the literature and documental research it was studied the legislation which provides the public health policies for people with disabilities. Initially, we had the contributions presented at WHO-ICF (2003) to discuss the assistance to the disabled in the contemporary society; at the National Programme of Reorientation of Vocational Training in Health - PROSAÚDE (2007) and at the National Curriculum Guidelines for Speech Therapy Undergraduate Course (CNE, 2002), to support the discussion of practices in the Clinical School. In the literature research we dialogued with VEIGA (2010) and ELKINGTON (2012), to discuss sustainability; CAPRA (2006) and MORIN (2011), placing the theoretical discussions on contemporary perspective; SACHS (2010) and VEIGA (2010) to discuss sustainable development; SOUSA SANTOS (2011) to discuss Public University. The survey results pointed to weaknesses in the university institutional project that still requires anchoring in public health policies and training, going beyond the approach that values the biological and technical-scientific aspects and with contents organized in a compartmentalized way and disjointed with the Public Health System (SUS); in addition to the weakness in the interrelationship between University and community. In a sustainable perspective of a contemporary context, we support the need to ensure, institutionally, the continuation of the Brazilian health reform conciliated with the formation of the Health professionals and promote the consolidation of the Public Health System (SUS), mainly from the services provided by the public university.

Keywords: Sustainability. Clinical school, Public Health Policies. Assistance to person with disability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Apae	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBDS	Conselho empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável
Cepred	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCV	Departamento de Ciências da Vida
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
Inep	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência Social
MEC	Ministério de Educação e Cultura
NACP	Núcleo de Atendimento à Criança com paralisia Cerebral
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
Pacs	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

Piasc	Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política nacional de Humanização
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Provab	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SB	Saúde Bucal
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
Uati	Universidade Aberta à Terceira Idade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unime	União Metropolitana de Educação e Cultura
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAMINHOS METODOLÓGICOS	14
Cenário Metodológico	18
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	27
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: uma mudança de paradigma	51
A formação do profissional de saúde	56
O atendimento à pessoa com deficiência em Salvador	61
Desafios e Possibilidades para o atendimento à pessoa com deficiência na UNEB	67
CLÍNICA-ESCOLA: articulação ensino-serviço na formação inicial dos profissionais da saúde	69
Desafios e Possibilidades para o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB	82
Universidade, Educação e Saúde: articulações necessárias	85
ACHADOS DA PESQUISA	93
Perfil das professoras	94
Percepção das professoras sobre o conceito de sustentabilidade ..	96
Sustentabilidade no Contexto da UNEB	97
A Sustentabilidade e suas dimensões como fundamento para a prática na Clínica-Escola da UNEB	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	129
Apêndice A - Roteiro de entrevista semi-estruturada	129
Apêndice B - Roteiro para a observação direta	130

APRESENTAÇÃO

Essa pesquisa tem origem na reflexão e prática profissional ao longo de mais de trinta anos de experiência como docente do curso de Terapia Ocupacional e como terapeuta ocupacional, atuando tanto na rede privada de ensino, quanto na rede pública de saúde.

Durante 33 anos trabalhei em distintos espaços de atenção à saúde com graus variados de complexidade – Hospital Geral e Especializado, Clínica de Reabilitação e Unidade Básica de Saúde (UBS) –, e em todo meu percurso observei similaridades entre esses lugares. O primeiro aspecto que despertou a atenção é que, apesar de contarem com equipe multiprofissional, cada um desenvolvia suas atividades de forma isolada, tendo, às vezes, como única forma de comunicação da equipe o prontuário do paciente, ou seja, não havia a construção conjunta do projeto terapêutico para o paciente. Essa prática individual, além de levar à fragmentação com o cuidar, favorecia a duplicidade dos procedimentos e o desgaste físico e emocional do usuário. Outro aspecto observado em todas as instituições, exceto na UBS, provavelmente, pelo número reduzido de especialidades, foi a departamentalização dos serviços levando a múltiplos comandos, às vezes em direções opostas, dificultando a compreensão do usuário sobre o seu processo saúde/enfermidade. Observei, também, que tanto a individualização do cuidado, quanto a departamentalização dos serviços, além de comprometer a qualidade da assistência, gerava outros problemas que impactavam diretamente na sustentabilidade como o retrabalho da equipe e o desperdício de tempo e recursos materiais.

Enquanto docente do curso de Terapia Ocupacional presenciei uma parte da trajetória de formação desse profissional no Brasil cujo fluxograma curricular passou de um modelo impregnado pelos referenciais teórico-práticos importados dos modelos médicos – focado na doença, com a prática desenvolvida em grandes instituições de saúde –, para um modelo mais preocupado em diminuir a fragmentação do processo terapêutico, agregando a ele, também uma preocupação com as situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. A prática desse profissional passou a ter como eixos norteadores não mais especialidades médicas, mas a fase da vida em que se encontrava a

pessoa - criança, adolescente, adulto e idoso -, nos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. No entanto, apesar da mudança nos pressupostos teóricos da profissão, na prática, observei que a formação desse profissional ainda segue pautada no modelo convencional de ensino fragmentado, medicalizado, individualizado e com ênfase tecnicista – talvez pela dificuldade do próprio docente dos cursos de Terapia Ocupacional em superar os limites que lhe foram impostos em sua formação.

Mais recentemente fui gestora de uma Clínica-Escola de Terapia Ocupacional em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada. O setor fazia parte do Ambulatório Docente-Assistencial que, além de Terapia Ocupacional, desenvolvia ações de ensino, pesquisa e extensão na área de Medicina, Odontologia, Psicologia e Fisioterapia. Entretanto, a estrutura física e organizacional do ambulatório não favorecia a interdisciplinaridade, pois os serviços eram organizados com base nas especialidades profissionais, localizados em espaços físicos diferentes e não comunicantes entre si. A Clínica-Escola de Terapia Ocupacional tinha suas atividades voltadas, exclusivamente, para o estágio supervisionado, para suprir as carências dos campos de estágio, e mantinha perspectiva da clínica centrada na doença. Cada supervisor importava para o serviço seu próprio referencial teórico-organizacional decorrente da sua prática pessoal, fato que dificultava a construção de uma metodologia organizacional, além de inviabilizar a continuidade do cuidado, uma vez que, com frequência, na saída do supervisor, o paciente acabava por ficar desassistido.

A partir de 2009, devido à diminuição da procura pelo curso, a IES não abriu vagas para Terapia Ocupacional, mantendo apenas as atividades em curso através da Clínica-Escola e com o compromisso de que essa redimensionasse sua prática, implantando estratégias de desenvolvimento sustentável, que na lógica da instituição, significa crescimento econômico. Essa perspectiva possibilitou uma reestruturação do serviço, que foi além do plano econômico-financeiro – requalificação de processos, redução no consumo de insumos e diminuição do custo das atividades – com desenvolvimento de atividades de educação continuada para profissionais da área de saúde, formação de equipes multidisciplinares focando populações específicas entre outras. Contudo, todas

as estratégias foram desenvolvidas no intuito de ampliar a oferta do serviço e assim aumentar seu lucro.

Com base nesse percurso profissional, e com o sentimento de inconformidade, entendi que para o objetivo de desenvolvimento sustentável de forma mais ampla, o conceito precisa estar incorporado na organização e em todos os seus processos, o que demanda mudanças nos modelos mentais e de gestão. Se não estiver inserido na cultura institucional, apenas a busca por crescimento econômico é insuficiente para que se alcance a sustentabilidade.

Esta pesquisa aconteceu na Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, CAMPUS I - Salvador/BA, vinculada ao curso de Fonoaudiologia do Departamento de Ciências da Vida, e discute aspectos da formação profissional para a saúde, articulados sob os eixos da sustentabilidade e cidadania, entendendo que esses eixos são elementos fundantes para prática com visão crítica em relação ao mundo, ao país e suas contradições.

Desde as últimas décadas do século passado, a discussão sobre desenvolvimento sustentável veem se intensificando tanto na esfera do governo, quanto na da sociedade civil, preocupados em encontrar novas formas de desenvolvimento econômico, sem a redução dos recursos naturais e sem danos ao meio ambiente. Entretanto, os estudos apontam concepções variáveis em relação ao seu conceito e dimensões, mas, o discurso dominante ainda prevalece no âmbito econômico. Essa pesquisa entende que o crescimento econômico é uma condição necessária, mas não deve ser confundido com desenvolvimento. O desenvolvimento implica não só na criação de um projeto que envolve aspectos econômicos, como, também, deve enfrentar causas estruturais como a carência de saúde, de educação e de oportunidades sociais, que devem ser aplicados com o mesmo alcance e a mesma urgência em todos os segmentos populacionais, inclusive as pessoas com deficiência, nos mais diferentes campos e aspectos.

A Política Nacional de Saúde orienta as ações voltadas às pessoas com deficiência e preconiza, desde 1982, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), substituindo o modelo biomédico baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, para um modelo que incorpora

a dimensão biomédica, a psicológica e a social. Para o Ministério da Saúde (2002), apesar da atenção aos deficientes ter evoluído de ações caritativas e assistencialistas para o atendimento de reabilitação, esta não assumiu a abordagem integradora desse processo, preservando, quase sempre, a postura assistencialista. Portanto, é necessária a construção de um novo modelo de assistência em reabilitação voltado às novas práticas e ao processo formativo de profissionais da saúde uma alternativa tem sido as Clínicas-Escolas.

A política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, desenvolvida a partir de 2003, defende a importância da articulação entre as instituições formadoras e os serviços prestados à população, no sentido de corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante tal cenário, questionamos: Quais os desafios para a sustentabilidade de uma clínica-escola na área de reabilitação, considerando as políticas públicas voltadas para o atendimento à pessoa com deficiência? As práticas desenvolvidas nos serviços de reabilitação na UNEB estão pautadas no que preconizam as políticas públicas de assistência à pessoa com deficiência? Quais as ressonâncias das práticas desenvolvidas nesses serviços na formação profissional dos discentes?

Iniciamos por uma pesquisa bibliográfica e documental da legislação que dispõe sobre as políticas públicas de saúde voltadas para pessoas com deficiência. Contamos com as contribuições apresentados na CIF (2003) para a problematização da assistência à pessoa com deficiência na contemporaneidade e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PROSAÚDE (2007) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia (CNE, 2002) para fundamentar a discussão sobre as práticas na clínica-escola. Dialogamos com VEIGA (2010) e ELKINGTON (2012), para discutir sustentabilidade; CAPRA (2006) e MORIN (2011), situando as discussões na perspectiva contemporânea; SACHS (2010) e VEIGA (2010) para discutir desenvolvimento sustentável; SOUSA SANTOS (2011) para pensar a Universidade Pública.

As entrevistas realizadas com professoras-supervisoras do Serviço de Fonoaudiologia e a Coordenadora do Colegiado, sujeitos dessa pesquisa, possibilitou visualizar a realidade de trabalho no Serviço de Fonoaudiologia, as similaridades e divergências de opiniões e de enfoques sobre as categorias de estudo e o perfil institucional. Assim, fragmentos desses relatos foram utilizados na dissertação durante a apresentação das categorias de análise para alimentar as discussões.

A análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas foi feita em blocos temáticos, buscando, além de traçar o perfil do corpo docente que supervisiona o Estágio Curricular e captar as distintas percepções de cada professora sobre o conceito de Sustentabilidade, inferir, conjuntamente com as observações do campo, sobre a sustentabilidade no Contexto da UNEB considerando suas múltiplas dimensões.

CAMINHO METODOLÓGICO

A educação, a formação profissional, o serviço de saúde e os possíveis diálogos com a sustentabilidade no contexto contemporâneo são o foco deste estudo. Desde as últimas décadas do século XX a discussão sobre o desenvolvimento sustentável tornou-se objeto de interesse tanto do governo, quanto da sociedade civil, preocupados em como as atividades do homem estão impactando o meio ambiente e comprometendo a sobrevivência das futuras gerações. Essa é uma inquietação de diversos campos do conhecimento, inclusive o da Saúde e o da Educação, campos de interesse dessa pesquisa.

Capra (2006) nos diz que temos nos defrontado com toda espécie de problemas globais que danificam a biosfera e a vida humana de forma alarmante e que podem se tornar irreversíveis. Porém, há soluções para os principais problemas de nosso tempo, mas exigem uma mudança radical em nossas percepções, no nosso pensamento e nos nossos valores. Os diferentes problemas estão inter-relacionados e, a partir do ponto de vista sistêmico, as soluções viáveis são as soluções sustentáveis, as que não afetem gerações futuras. No entanto, segundo o autor, essa compreensão ainda não atingiu a maioria dos líderes das nossas corporações ou dos administradores e professores das grandes Universidades.

Se todos os atos têm consequência na realidade maior, podendo afetar a vida de todo o planeta e até de futuras gerações, então cada ato nosso, por mais simples que seja, precisa ser vivenciado com o máximo de compreensão da realidade, realidade esta que comporta inúmeros processos que se interconectam na realidade maior, altamente complexa, que está fora da esfera de compreensão da maior parte de nós humanos. Ou seja, os problemas estão interligados e são interdependentes, não podendo ser entendidos isoladamente (CAPRA, 2006). Logo, o processo de ensino e aprendizagem que permanece, predominantemente, centrado em formas de organização curricular com forte base nos modos do paradigma científico da racionalidade técnico-instrumental, limita a compreensão da realidade e precisa ser repensado. Por outro lado, esse conhecimento encontra-se defasado em relação ao conceito de deficiência e às

necessidades das políticas públicas contemporâneas, fato que dificulta a integração desses profissionais à prática dos serviços de saúde.

Na década de 80 do século passado, ainda hoje hegemônico, a compreensão e o tratamento da pessoa com deficiência seguia o modelo médico que acreditava que “a experiência de segregação, desemprego e baixa escolaridade, entre tantas outras variações de opressão, era causada pela inabilidade do corpo lesado para o trabalho produtivo” (DINIZ, 2007, p. 23). A partir de então, por meio de movimentos de organizações sociais, o modelo social ganha força e a deficiência passa a ser entendida como uma experiência de opressão compartilhada por pessoas com diferentes tipos de lesão, a incapacidade se desloca do indivíduo para a sociedade, e, no campo das políticas públicas, as ações prioritárias seriam medidas de proteção social ou de reparação da desigualdade e não só sanitárias e de reabilitação (DINIZ, 2007).

A partir da Constituição Federal de 1988 e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, e sua responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde, as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas e muitas estratégias implantadas com objetivo de formar profissionais de saúde com competência para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, em 2001, foram elaboradas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da Saúde, deslocando a visão centrada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos, para visão mais humanista com profissionais capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde, e em equipe multiprofissional - princípios do SUS (INEP/MEC, 2006).

Portanto, a mudança na formação acadêmica de estudantes do campo da saúde tem se mostrado necessária no sentido de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades dos usuários e do sistema.

Corroborando com essa perspectiva o estudo organizado pelo Inep/MEC sobre a trajetória dos cursos de graduação na área da saúde. O estudo destaca que a retrospectiva histórica da Fonoaudiologia aponta para uma visão fortemente marcada pelos aspectos clínicos e centralizada nas técnicas, que precisa ser alterada para atender as demandas atuais e que, os conhecimentos referentes à pesquisa e à promoção da saúde precisam de maior atenção por

parte das Instituições de Ensino Superior (IES). Ainda segundo o Inep/MEC (2006, p. 273), este curso deve,

[...] Visar uma formação mais aprofundada e consonante com as necessidades atuais indicadas pelas diretrizes curriculares e pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade.

Assim, o Estado lançou um grande desafio para as IES, que é formar profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional, características consideradas indispensáveis ao profissional que irá atuar em serviços do SUS e, para a indução de mudanças nas graduações, o Estado, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, contemplou as IES com recursos do Pró-Saúde e do Pet-Saúde.

Reforça a perspectiva dessa pesquisa o Relatório Mundial sobre a Deficiência apresentado pela Organização Mundial de Saúde (ONU), quando denuncia que há evidências crescentes de que, como grupo, as pessoas com deficiência possuem níveis de saúde piores do que a população em geral (ONU, 2012). A pesquisa de 2010 do IBGE confirma esse dado quando relata que as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. Em parte, isto se deve ao fato de que as pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso a serviços como saúde, educação, emprego, transporte e informação (IBGE, 2012), fato que vai de encontro ao que prega a Constituição Brasileira de 1988, quando promete implantar políticas públicas que possibilitem uma distribuição mais equitativa dos bens e recursos sociais, entre elas o direito à saúde.

O Relatório também faz referência às dificuldades relacionadas aos profissionais de reabilitação, tais como distribuição geográfica desigual ou falta de pessoal nas áreas rurais e remotas e baixa qualidade e produtividade da força de trabalho (IBGE, 2012).

Sendo assim, deve ser preocupação do Estado e das IES reorientar a formação dos profissionais de saúde, superando o modelo tecnoassistencial hegemônico centrado no procedimento para um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, desenvolvendo habilidades para que o estudante em

formação seja capaz de intervir como agente de transformação das práticas sociais. Daí a relevância social da Universidade nos processos de formação do profissional no campo da saúde.

Porém, como discutiremos mais adiante, a Universidade passa por uma crise institucional marcada pelo desinvestimento do Estado na Universidade pública, e sofre as consequências de uma globalização mercantil – lógica mercadológica demarcada pelo Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio –, direcionando a educação superior dos seus países-membros para que realizem reformas voltadas para a redução dos custos e o incremento de autonomia para as instituições.

Diante de tal cenário, o objetivo dessa pesquisa foi *investigar as práticas de assistências desenvolvidas na Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão da Universidade do Estado da Bahia, observando se essas práticas estão ou não em consonância com o que preconizam as políticas públicas de saúde, e se respondem aos desafios impostos à Universidade pública*. Para tal intento procuramos, também: a) Identificar quais estratégias são, ou poderiam ser usadas para garantir a integração ensino-serviço de modo a formar profissionais capazes de atender às necessidades de saúde da pessoa com deficiência; b) Identificar quais ações de gestão podem promover e fortalecer a integração entre os serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência das áreas de conhecimento e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios da saúde e da educação; c) Fornecer subsídios que contribuam para induzir mudanças no Serviço de Fonoaudiologia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB dentro da concepção integral de atenção à saúde e voltada ao reforço da cidadania produtiva.

Para a constituição do corpo teórico que embasa a pesquisa, recorreremos aos princípios do pensamento complexo: *dialógico*, que permite manter a dualidade no seio da unidade; *recursão organizacional*, que permite a ruptura com a ideia linear de causa/efeito; e, *hologramático*, que enriquece o conhecimento das partes pelo todo e do todo pelas partes, num movimento produtor de conhecimentos.

São premissas do pensamento complexo, segundo Capra (2006) e Morin (2011a):

1. Seu arcabouço explicativo – a teoria sistêmica – concebe o sistema como uma inter-relação de elementos que constituem uma entidade ou unidade global por intermédio da ideia de organização. Na ciência sistêmica, toda a estrutura é vista como a manifestação de processos subjacentes. O pensamento sistêmico é sempre pensamento processual.
2. O sistema é aberto. As leis de organização da vida não são de equilíbrio, mas de desequilíbrio, recuperado ou compensado, de dinamismo estabilizado.
3. Todo o ecossistema pode se tornar sistema aberto num outro ecossistema aberto mais vasto, assim de ampliação em ampliação, estende-se para todos os horizontes.
4. Organização viva ou auto-organização. Ao mesmo tempo em que o sistema auto-organizador se destaca do meio ambiente e dele se distingue, por sua autonomia e sua individualidade, ele se liga ainda mais a este pelo aumento da abertura e da troca que acompanham todo o processo de complexidade: ele é auto-eco-organizador.
5. Todo o conhecimento se organiza através da seleção de dados significativos e da rejeição dos não significativos. Na organização do pensamento, se utiliza da lógica, assim, separa e une; hierarquiza o dado principal e o secundário; e, centraliza em função de um núcleo de noções chave.
6. A informação só nos revela um aspecto limitado e superficial de um fenômeno.
7. O objeto é fenomenalmente individual e autônomo. O sistema auto-organizador se destaca do meio ambiente por sua autonomia e individualidade. Ele não si basta, ele só pode ser totalmente lógico ao abarcar em si o meio externo, assim, ele é auto-eco-organizador.
8. O sujeito e o objeto são inseparáveis da relação sistema auto-organizador/ecossistema.

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

Cenário Metodológico

Para May (2004), os métodos de pesquisa são uma parte importante das Ciências Sociais e se constituem em dispositivos através dos quais conhecemos o mundo social e que propriedade ele contém. Para ele, o papel da ciência é entender e explicar os fenômenos sociais, focalizar a atenção em questões

particulares e desafiar crenças convencionais sobre o mundo social. Minayo (1994) complementa, argumentando que o conhecimento construído se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida.

Esta pesquisa possibilitou ampliação da compreensão sobre educação, permitindo investigar o processo de formação do profissional para a saúde a partir de um diálogo crítico em relação às práticas desenvolvidas na Clínica-Escola. Considerando que a Clínica-Escola é a articulação da Universidade com a comunidade, a realidade vivenciada pelos estudantes favorece a produção do conhecimento contextual à medida que o princípio organizador da sua produção é a Política Pública e a condição de saúde¹ do usuário.

O campo da pesquisa possibilitou a percepção da complexidade dele, uma vez que seria necessário articular os dois contextos – Universidade e Serviço de Saúde para a Pessoa com Deficiência, dentro da perspectiva de desenvolvimento sustentável. Portanto, o estudo esteve focado na interface de três categorias de trabalho – desenvolvimento sustentável, saúde pública e formação profissional.

Para discutir as questões relativas ao objeto de estudo com mais profundidade, foi adotada a metodologia qualitativa, considerando a pretensão desse tipo de pesquisa em “interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem” (CHIZZOTTI, 2008, p. 28). Nesse sentido, foi investigada a concepção que os sujeitos – professores/supervisores – têm sobre as categorias da pesquisa, a motivação e o desejo destes de contribuir para a discussão e implantação das futuras intervenções.

Bogdan e Biken (1994) nos alertam sobre algumas características que podem estar presentes em graus variados de incidência no processo da pesquisa os quais itemizo e discuto a seguir.

¹Condições de saúde aqui entendida como as circunstâncias na saúde das pessoas e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES,2011, p.25).

- ✓ *O ambiente natural é a fonte direta da investigação, constituindo o investigador o instrumento principal*

Considerando o objeto dessa pesquisa, a Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão da Universidade do Estado da Bahia – Campus I, Salvador, foi escolhida como campo por desenvolver atendimento regular e sistemático à pessoa com deficiência através do estágio supervisionado. Nesse curso foi observada a dinâmica de funcionamento das atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores-supervisores e pelo pessoal técnico administrativo. Nos alerta Minayo (1994, p. 59-60) que,

O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo da vida real.

Seguindo a proposta metodológica com a avaliação da situação problema, posteriormente, seus resultados podem/devem ser discutidos junto aos protagonistas da pesquisa e, então, formulados meios/estratégias realistas, capazes de gerar uma nova realidade social.

- ✓ *A investigação é descritiva*

Foram usados como fonte de análise, além dos documentos oficiais e literatura específica, os dados colhidos através da transcrição das entrevistas e diário de campo, referentes a observações participantes. Minayo (2004, p. 145-146) refere ao que preconiza Malinowski sobre o método de observação participante,

O autor refere-se ao registro da “organização social e da anatomia da cultura” através do que denomina “o método de documentação estatística concreta”, o registro dos “imponderáveis da vida real” através de uma observação minuciosa detalhada no diário de campo; uma lista de declarações etnográficas, narrativas feitas pelos nativos, expressões típicas, fórmulas mágicas lendas e peças de folclore que dariam conta da “mentalidade” do grupo. Malinowski comenta que o objetivo da observação e do registro é

apreender o ponto de vista do nativo, sua relação com a vida e sua visão do mundo e assim apreender o sistema total.

Na descrição detalhada do serviço de reabilitação, buscamos compreender a complexidade dos fenômenos, fatos e processos específicos do serviço de Fonoaudiologia. A descrição dos achados da pesquisa, encontra-se mais a frente neste texto.

- ✓ *Os investigadores interessam-se mais pelo processo do que, simplesmente, pelos resultados ou produtos*

Foram feitas reuniões com a coordenação de colegiado de Fonoaudiologia e do serviço com o intuito de esclarecer a proposta, conhecer a estrutura organizacional da instituição, e também viabilizar as estratégias necessárias para o desenvolvimento da investigação.

Foram realizadas visitas sistemáticas aos serviços de atendimento ao público desse curso para observar as condições da prática do modelo assistencial e de gestão, como se processam as tomadas de decisão, os processos de implantação das ações planejadas e como se dá o relacionamento entre usuários – pacientes e estudantes – com o serviço, entre outros aspectos.

Para Bogdan e Biken (1994, p.49) “as estratégias qualitativas patentearam o modo como as expectativas se traduzem nas atividades, procedimentos e interações diários”. Nesse sentido, no trabalho de campo, o estudo foi voltado para o entendimento da estrutura organizacional do Serviço e instituição como um todo, dando ênfase a percepções e valores individuais e como são compartilhados para o objetivo da formação profissional e da sustentabilidade.

- ✓ *Os investigadores tendem a analisar os dados de forma indutiva*

É importante destacar que, apesar de todo o empenho na busca de referências que fundamentassem essa pesquisa, sabemos que o assunto não se esgotará aqui em virtude da complexidade do tema e das interações que foram estabelecidas entre as categorias estudadas. Por isso, há necessidade de continuar a discussão. May (2004, 175) afirma que na observação participante o pesquisador não faz suposições, mas mergulha nas atividades do dia a dia das

peças as quais ele tenta entender. As ideias são desenvolvidas a partir das observações. Para ele,

O conhecimento do mundo social não vem das nossas proposições de lógica sobre as quais os teóricos descem ao mundo para testar. O conhecimento vem da experiência e da realização de investigações detalhadas e meticulosas através das quais geramos os nossos entendimentos.

Bogdan e Biklen (1994, p. 50) destacam que, na pesquisa qualitativa, “as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando”. Nessa pesquisa esse aspecto é relevante dado o ineditismo do tema, já que os estudos sobre sustentabilidade existentes estão focados no mundo das empresas privadas.

✓ *O significado é vital*

Sustentabilidade, por exemplo, tem sido usada indiscriminadamente, produzindo falsa ideia de que há um consenso sob todos os discursos que acionam este conceito. No entanto, para que haja sucesso na implantação de ações que promovam o desenvolvimento sustentável, é preciso que esse conceito esteja inserido na cultura institucional, senão, dificilmente será alcançada. Portanto, é essencial para a pesquisa o entendimento do significado da expressão para os protagonistas. May (2004, p. 175-176) diz que,

[...] é importante participar nas relações sociais e procurar entender as ações no contexto de uma situação observada. Por que? Porque é argumentando que as pessoas agem e dão sentido ao seu mundo se apropriando de significados a partir do seu ambiente.

Assim, a pesquisa foi desenvolvida através da interlocução com diversos protagonistas – pesquisadora, professores-supervisores, coordenadores –, para conhecer os fundamentos, valores e interesses dos envolvidos nesse processo, pois estes são diferentes, devido, inclusive, as suas distintas naturezas - seja ético, social, financeiro, entre outros. Acreditamos que a partir do envolvimento desses sujeitos mais amplos e diversos serão os recursos mobilizados, além de aumentar a possibilidade de prosseguimento das iniciativas, implantando, assim, uma política de Estado e não de governo, voltada para a saúde pública, e desenvolvida na Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Dentro da metodologia qualitativa adotamos o estudo de caso por acreditar ser o método mais adequado para a problematização e intersecção da teoria e dados empíricos. Além disso, ele consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento (BOGDAN e BIKEN, 1994). Assim, essa escolha metodológica oportunizou a interpretação contextualizada de relações entre diversos fatos e a sua respectiva análise, além de permitir, em conjunto com a observação participante, a aproximação com os protagonistas. Também se apresenta como uma metodologia adequada para acompanhar o processo referente as estratégias de sustentabilidade empregadas e de relacioná-las com as dimensões internas e externas da sua definição e execução, permitindo o confronto dos dados e avaliando a sua consistência.

Para Yin (2005), o estudo de caso contribui para a constituição de conhecimento de vários fenômenos, inclusive organizacionais e políticos, pois permite uma investigação preservando as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como processos organizacionais e administrativos. Para ele, o pesquisador deve utilizar essa estratégia quando, deliberadamente, queira lidar com condições contextuais, acreditando que estes sejam pertinentes ao fenômeno do estudo e, uma vez que fenômeno e contexto nem sempre são discerníveis em situações da vida real, essa estratégia abrange tudo, ou seja, trata da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Bogdan e Biken (1994) complementam essa ideia, afirmando que nesse tipo de estudo, a melhor técnica para colher dados é a observação participante.

Os sujeitos dessa pesquisa foram a coordenação de Colegiado do Curso, a coordenação do Serviço e professores supervisores do Estágio Curricular, por acreditar que estes devem ser capazes de informar sobre aquilo que buscamos investigar e têm responsabilidade sobre a definição dos objetivos e implantação da estratégia do Serviço. Assim, foram entrevistadas 12 professoras que acompanham os estagiários nas atividades de assistência e que concordaram em participar de maneira voluntária do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas em

áudio e, junto do diário de campo e das observações da pesquisadora, constituíram o material de análise para esse estudo.

Para preservar a identidade das professoras, os nomes foram substituídos por codinomes, escolhidos segundo a lógica da *ecologia profunda*, referencial teórico desse estudo, que concebe o mundo como um todo integrado: “indivíduos e sociedade, estamos todos encaixados nos processos cíclicos da natureza” (CAPRA, 2006, p. 25). O nosso universo é imperfeito, imperfeição “necessária à existência do mundo comporta, ao mesmo tempo, o mal e o bem cósmico” (MORIN, 2011, p. 186). Inspirada na ideia de “universo”, os nomes fazem referência aos astros nosso Sistema Solar – planetas maiores e menores. Então, cada depoente foi identificado por astros do sistema solar², aleatoriamente, sem seguir qualquer critério: Saturno, Marte, Júpiter, Urano, Vênus, Terra, Netuno, Éris, Ceres, Plutão, Haumea e Mercúrio. São essas personagens que, além da ligação com o universo, compartilham problemas, questões e reflexões de uma pessoa comum, imperfeita, cometendo erros e acertos, necessários para a renovação.

Uma das estratégias da pesquisa foi a revisão da literatura nas categorias analíticas fundamentais com objetivo de aprofundar o conhecimento sobre desenvolvimento sustentável, políticas sociais e formação profissional. De acordo com Gil (2007, p. 75),

Qualquer que seja a pesquisa, a necessidade de consultar material publicado é imperativa. Primeiramente, há necessidade de se consultar material adequado a definição do sistema conceitual da pesquisa e a sua fundamentação teórica. Também se torna necessária a consulta ao material já publicado tendo em vista identificar o estágio em que se encontram os conhecimentos acerca do tema que está sendo investigado.

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa bibliográfica tem que ser suficientemente ampla para “traçar a moldura dentro da qual o objeto se situa”; a sua leitura tem que ser um exercício de crítica teórica e prática, sendo fundamental para o esclarecimento da posição do pesquisador; sua consulta tem

² Os relatos das professoras estão escritos em outra fonte que não esta utilizada no texto, para diferenciá-los das citações dos autores com quem dialoguei para a construção teórica da pesquisa.

um caráter disciplinar e operacional e, também, necessário no processo de objetivação.

Outra estratégia foi a observação direta, com a intenção de conhecer as rotinas organizacionais, o contexto no qual são desenvolvidas as atividades de assistência dos pacientes e de formação dos estudantes. Embora apresente algumas limitações, a observação simples apresenta algumas vantagens como a possibilidade de obter elementos para a definição de problemas de pesquisa e favorecer a construção de hipóteses sobre o problema pesquisado, (GIL, 2007).

Elaboramos, também, um roteiro de entrevista composto por blocos temáticos, na expectativa de conhecer melhor as estratégias para sustentação do serviço de Fonoaudiologia, identificando áreas a serem ampliadas e/ou reduzidas; incorporação de tecnologias e novas possibilidades de parcerias; estratégias para ampliação da tipologia de atendimento como melhorias e manutenção da qualidade de prestação de serviço; envolvimento dos agentes internos e externos no processo de sustentabilidade; barreiras à sustentabilidade; percepção sobre as tendências na gestão da sustentabilidade na universidade e no serviço. Inspirada em Bogdan e Biken (1994, p. 134), recorri à entrevista para,

[...] recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

Foram proposições passíveis de análise as percepções e valores com relação à sustentabilidade, deficiência, formação profissional na área de saúde, poder, acessibilidade e assistência. Também foram observadas a estrutura física e organizacional, o modelo assistencial e de gestão, o processo de tomada de decisão, o processo de formação profissional, o processo de formulação, medição e acompanhamento de ações planejadas e a administração de recursos entre outros.

Assim, será discutido algumas questões temáticas importantes para essa pesquisa, abordando a crise na Universidade pública e a atenção à saúde da pessoa com deficiência, destacando a Clínica-Escola como espaço articulador entre os campos de saúde e educação – objetos de estudo dessa pesquisa.

O referencial teórico é composto por três capítulos. Os capítulos *Saúde e Desenvolvimento Sustentável* e *Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência*, compõem o conceitual para a formulação de um plano de ação para o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB. No capítulo, *Saúde e Desenvolvimento Sustentável*, é discutida a saúde como componente social necessário e determinante para o desenvolvimento sustentável, tendo como base duas perspectivas – desenvolvimento corporativo e ecologia profunda – utilizadas para relativizar os valores dos professores/instituição/comunidade e ampliar a visão do estudo. No capítulo *Atenção à saúde da pessoa com deficiência: uma mudança de paradigma* são abordadas as práticas de assistências desenvolvidas pelo serviço de Fonoaudiologia da Universidade do Estado da Bahia em relação aos princípios das políticas públicas de saúde para esse grupo populacional. No capítulo *Clínica-Escola: articulação ensino-serviço na formação dos profissionais da saúde*, são discutidos aspectos da formação profissional para a saúde, associando aos eixos da sustentabilidade e cidadania, trazendo para o contexto do SUS, e atentando para os desafios impostos à Universidade pública.

Nos *Achados da Pesquisa* retorno ao problema da pesquisa – a sustentabilidade do serviço público de reabilitação na UNEB – articulando o corpo teórico à observação do Serviço de Fonoaudiologia (campo da pesquisa) e às entrevistas com as professoras deste Serviço.

Por fim, nas *Considerações Finais*, são apresentados, resumidamente, os principais pontos discutidos, direcionando-os para alguns pressupostos sobre as esferas que fazem parte do Serviço de Fonoaudiologia que, se bem tratados, podem trazer consistência à aplicação da temática sustentabilidade.

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A relação saúde-desenvolvimento sustentável tem sido objeto de amplo interesse social - governos, organizações e comunidades -, todos preocupados em assegurar o prosseguimento da reforma sanitária brasileira e promover a consolidação do SUS. Nesta perspectiva, defendemos a importância e a emergência de analisar a saúde como componente social necessário e determinante para o desenvolvimento sustentável elaborando bases conceituais que permitam essa articulação no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB. Assim, parto do princípio de que para o estabelecimento e manutenção do desenvolvimento de uma Nação é preciso garantir a saúde de sua população. Nas palavras de Castro (2013, p. 108),

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

Mas afinal, o que entendemos, aqui, por desenvolvimento? Segundo Veiga (2010, p.17) há três possibilidades para o entendimento dessa resposta. A primeira corrente, a dos *fundamentalistas* de mercado, e mais usual, identifica desenvolvimento como sinônimo de crescimento econômico; a segunda, autodenominados *pós-moderno*, entende que o “desenvolvimento não passa de reles ilusão, crença, mito, ou manipulação ideológica”; e a terceira que, segundo o autor é a mais difícil de ser trilhada, é o *caminho do meio*: “entre a miopia que reduz o desenvolvimento ao crescimento econômico, e o derrotismo que o descarta como inexecutável” (idem, idem).

No entendimento dos *fundamentalistas*, o desenvolvimento seria uma decorrência natural do crescimento econômico em razão do que se chama de "efeito cascata" não havendo necessidade de uma teoria do desenvolvimento. Basta aplicar a economia moderna. Essa noção ainda apresenta grande força na atualidade, tendo como principal exemplo de sua aplicação a comum medição do desenvolvimento com base no Produto Interno Bruto (PIB) per capita de um país. Para Sachs (2008, p. 26),

A teoria do “efeito cascata” seria totalmente inaceitável em termos éticos, mesmo se funcionasse, o que não é o caso. Num mundo de desigualdades abismais, é um absurdo pretender que os ricos devam ficar mais ricos ainda, para que os destituídos possam ser um pouco menos destituídos.

Para a corrente de pensamento *pós-moderno* a noção de desenvolvimento sustentável em nada altera a visão de desenvolvimento econômico, sendo, ambos, o mesmo mito. Divide os países em pertencentes ao “núcleo orgânico”, “semiperiféricos” e “emergentes”, não acreditando ser possível, somente em condições excepcionais, que um país altere a sua posição. Assim, o desenvolvimento pode ser entendido como uma “armadilha ideológica construída para perpetuar as relações assimétricas entre as minorias dominadoras e as maiorias dominadas” (SPILKI e NAIME, 2012, p.54). Nessa lógica, “o que os países em desenvolvimento precisam buscar não seria o desenvolvimento, e sim a sobrevivência, com todas as consequências que essa postura determina” (idem, idem, p.54). No entanto, Rivero (apud VEIGA, 2010, p. 22-23) nos adverte que os adeptos dessa teoria,

Ignoram os processos qualitativos do mundo. Ignoram os processos qualitativos histórico-culturais, o progresso não-linear da sociedade, as abordagens éticas, e até prescindem dos impactos ecológicos. Confundem crescimento econômico com o desenvolvimento de uma modernidade capitalista que não existe nos países pobres. Com tal perspectiva, eles só percebem fenômenos econômicos secundários, como o crescimento do PIB, o comportamento das exportações, ou a evolução do mercado acionário, mas não reparam nas profundas disfunções qualitativas estruturais, culturais, sociais e ecológicas que prenunciam a inviabilidade dos “quase-Estados-nação subdesenvolvidos”

Por fim, a terceira vertente, assumida por Veiga (2010) como *caminho do meio*, é a que fundamenta esta pesquisa, adotando a perspectiva de que o desenvolvimento consiste na eliminação de tudo o que limita as escolhas e as oportunidades das pessoas. Assim,

O desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência de Estados repressivos (VEIGA, 2010, p. 34).

Essa perspectiva ganha força com o primeiro Relatório do Desenvolvimento Humano³ (UNESCO, 2005), quando ficou patente que as políticas de desenvolvimento deveriam ser estruturadas por valores que não seriam apenas os da dinâmica econômica. Esta compreensão para o desenvolvimento foi exposto de forma mais sistematizada por Amartya Sen (SEN, 2010, p. 28) em uma série de conferências quando membro da presidência do Banco Mundial,

A utilidade da riqueza está nas coisas que ela nos permite fazer — as liberdades substantivas que ela nos ajuda a obter. Mas essa relação não é exclusiva (porque existem outras influências significativas em nossa vida, além da riqueza) nem uniforme (pois o impacto da riqueza em nossa vida varia conforme outras influências). É tão importante reconhecer o papel crucial da riqueza na determinação de nossas condições e qualidade de vida quanto entender a natureza restrita e dependente dessa relação. Uma concepção adequada de desenvolvimento deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e de outras variáveis relacionadas à renda. Sem desconsiderar a importância do crescimento econômico, precisamos enxergar muito além.

Apesar de ser uma condição necessária, o crescimento econômico não pode ser confundido com desenvolvimento. O desenvolvimento implica não só na criação de um projeto que envolve aspectos sociais e sua base econômica, mas, também, relações complexas entre o futuro das sociedades humanas e a evolução da biosfera (SACHS, 2009), ou seja, a utilização de mecanismos para atender às necessidades do presente não pode desconsiderar o caráter finito dos recursos, principalmente os naturais. Laurell (2013, p. 158) valida esta posição quando afirma que o crescimento econômico não pode ser visto isoladamente, “sem maiores considerações sobre suas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e sobre o meio ambiente local e mundial”. Comprovadamente, o crescimento econômico só contribui para a igualdade se for acompanhado de políticas públicas redistributivas.

³ O Relatório do Desenvolvimento Humano, publicado anualmente pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), avalia o estado do desenvolvimento humano com base em indicadores de saúde, educação e rendimento como alternativas às avaliações puramente macroeconômicas do progresso nacional.

Cohn (2013, p. 221) considera que a “articulação entre saúde e desenvolvimento não é óbvia. Menos ainda quando se refere a uma realidade social tão complexa como a brasileira”. Para ela,

Se uma melhoria nos indicadores de saúde pode constituir um traçado para medir o desenvolvimento, isso não se aplica a indicadores, por exemplo, de aumento da produção de serviços de saúde. [...] Por outro lado, há de se atentar para a outra face dessa moeda: a composição e a lógica de funcionamento do sistema de saúde, no caso o brasileiro, na justa medida em que a produção de serviços de saúde significa forte mobilização de capital e de tecnologia (material e não material), revelando-se um setor expressivo da atividade econômica e, portanto, de acumulação de capital. (idem, idem, p. 221)

Portanto, no Brasil, assim como em outros países, a saúde vem adquirindo importância socioeconômica cada vez maior como setor da economia onde se produzem bens e serviços. Seus mecanismos são geradores de segurança social além da sua capacidade de criar oportunidades – os efeitos multiplicadores – para diversos vetores que compõem a ideia de desenvolvimento (CASTRO, 2013).

O conceito de desenvolvimento sustentável tem como marco o ano de 1987 quando Gro Harlem Brundtland, presidente da Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, apresentou para a Assembleia Geral da ONU, o documento "Nosso Futuro Comum", que ficou conhecido como *Relatório Brundtland*. O documento caracterizou o desenvolvimento sustentável como um “conceito político” e um “conceito amplo para o progresso econômico e social” (VEIGA, 2010, p. 113). O Relatório diz que "Desenvolvimento sustentável é desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de as futuras gerações satisfazerem suas próprias necessidades" (UNESCO, 2005, p. 29). A partir de então, à medida que o debate foi se intensificando e difundido socialmente, distintos enfoques para as dimensões da sustentabilidade foram se estabelecendo. O conceito de desenvolvimento sustentável amplia-se cada vez mais, está em constante construção garantindo o seu avanço epistemológico.

No entanto, nesse texto, traremos duas concepções importantes que contribuem para a discussão: a perspectiva de *Sustentabilidade Corporativa* e a

de *Ecologia Profunda*. A primeira vista parece que essas duas visões de mundo são divergentes e não se comunicam entre si, mas, na perspectiva desse estudo, elas são complementares e auxiliaram no entendimento da proposta.

Recorro, então, à perspectiva de Sustentabilidade Corporativa defendida por Jonh Elkington (2012), para quem o sucesso de uma instituição depende da sua capacidade de atingir, simultaneamente, não somente o pilar tradicional da lucratividade, mas, também, dois outros pilares: a Responsabilidade Social Corporativa, e a Ecoeficiência. Temos, assim, três pilares da sustentabilidade ou, como cunhou o autor, *triple bottom line* (ELKINGTON, 2012): o financeiro, a responsabilidade social corporativa e a ecoeficiência.

O pilar *financeiro*, tradicionalmente, diz respeito à viabilidade econômico-financeira, e está relacionado a aspectos como competitividade, oferta de empregos, penetração em novos mercados e lucratividade. Nessa perspectiva, o desafio é trabalhar para que as empresas alcancem e sustentem uma maior gama de valores, menos inclinadas a operar como predadores econômicos, sociais e ecológicos. Para Elkington (2012), apesar de desejável, capitalismo e sustentabilidade não compõem uma aliança fácil e, embora muitas empresas tenham começado sua caminhada rumo à sustentabilidade, esta ainda é voltada ao cliente, ao desempenho econômico e ambiental.

A *responsabilidade social corporativa*, também conhecida como Cidadania Empresarial, segundo o Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável (CEBDS) é entendida como,

[...] forma de gestão que se define pela relação ética e transparente da empresa com todos os públicos com os quais ela se relaciona e pelo estabelecimento de metas empresariais que impulsionem o desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para as gerações futuras, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais. (CEBDS, 2015)

E a *Ecoeficiência*,

[...] é alcançada mediante o fornecimento de bens e serviços, a preços competitivos, que satisfaçam as necessidades humanas e tragam qualidade de vida, ao mesmo tempo em que se reduz progressivamente o impacto ambiental e o consumo de recursos, ao longo do ciclo de vida, a um nível, no mínimo, equivalente à capacidade de sustentação estimada da Terra. (CEBDS, 2015)

Para o alcance dos três pilares, Elkington (2012) apresenta uma visão multidimensional – um mundo em 7D, como valores necessários para atender uma demanda de consumo cada vez mais consciente. São sete dimensões de um futuro sustentável que, segundo ele, verá mudanças de paradigmas,

1. nas medidas de comando e controle do mercado que estão se deslocando do mundo do governo para o mundo das empresas, fazendo com que as empresas operem em mercados mais abertos para a competição, tanto nacional como internacionalmente. Essa questão é chave para todas as sociedades capitalistas do século XXI à medida que com o deslocamento, as nações tendem a perder o poder e corporações internacionais a se tornarem cada vez mais poderosas;
2. no deslocamento dos valores humanos e sociais que estão acontecendo como crescimento natural da consciência e interesse das pessoas, assim, a eficiência econômica não é suficiente para as empresas quando seus valores são vistos como conflitantes com os valores da sociedade – por exemplo: uso de trabalho escravo, de trabalho infantil, assédio sexual etc.;
3. na transparência impulsionada pelos novos sistemas de valor e de tecnologia da informação, resultando na submissão das empresas a uma crescente e intensa análise de suas ideias, prioridades, comprometimentos e atividades;
4. no gerenciamento do ciclo de vida do produto devido à grande quantidade de produtos fabricados, comprados e descartados em pequena escala de tempo. O pensamento e as técnicas do ciclo de vida podem ser aplicados a produtos, processos ou sistemas, podendo focar os custos e benefícios econômicos, ambientais ou sociais;
5. no estabelecimento de novos tipos de parcerias econômicas, sociais e ambientais. A parceria resultante auxiliará cada parceiro a desempenhar tarefas tradicionais de forma mais eficiente, além de promover uma plataforma a partir da qual poderão alcançar objetivos que nenhum dos parceiros poderia alcançar sozinho. Parcerias para a sustentabilidade podem ser iniciadas – e conduzidas – por agências governamentais, empresas, ONG e outros *stakeholders*⁴;
6. na maneira de compreender e gerenciar o tempo. A percepção do tempo é provavelmente a mudança mais fundamental entre todas as que estão ocorrendo nas sociedades capitalistas. A visão de largura do tempo contempla os eventos como mais influenciados pelo que está acontecendo no momento, vê o tempo como sequencial, sempre terminando. O tempo é um inimigo, um encadeamento de eventos rápido e caro que devem ser completamente utilizado e os produtos são vistos como amadurecendo ao longo do tempo, iniciando como uma grande novidade com alta rentabilidade, passando a ser rotineiro com menores margens e, finalmente, morrendo. Enquanto a visão de tempo longo tende a ideia de que as causas de várias questões e desafios atuais têm origem no passado, vê o tempo como circular, com uma retroalimentação que auxilia o aprimoramento das possibilidades de beneficiar as oportunidades do amanhã. Nessa cultura sincronizada, o tempo é amigo que proporciona oportunidades em todas as ocasiões e os produtos tendem a ser lembrados como autorrenováveis ao longo do tempo. e,

⁴ *Stakeholder* (em português, público de relacionamento), é um termo usado para designar pessoas, empresas, instituições e comunidades que influenciam, ou são influenciadas pelos resultados de uma organização: acionistas, funcionários, fornecedores, credores, clientes, governo e sociedade, entre outros (CEBDS, 2015).

7. no crescente deslocamento da governança da empresa de “exclusivo” para “inclusivo”. Atualmente, independentemente de quem sejam os dirigentes, a pauta dos três pilares é de responsabilidade da junta corporativa. A agenda da sustentabilidade requer que as empresas adotem escalas de tempo mais longas, aceite as visões das *stakeholders* mais importantes e integrem a filosofia da linha dos três pilares em todos os aspectos do negócio.

Essa é uma posição predominante no debate contemporâneo da sustentabilidade que enfatiza a dimensão econômica e tecnológica, e entende que o dinamismo do sistema capitalista não só é capaz de se adaptar às novas demandas ambientais como, também, de transformá-las em novos estímulos à competitividade produtiva. Essa busca pela competitividade e a crescente disputa por mercados, à medida que fazem surgir novos modelos de negócios baseados em inovações tecnológicas e em novas formas de organização da produção e do trabalho, se não houver comprometimento com a justiça social, pode gerar maior desemprego, diminuição da renda e aumento das desigualdades (CAPRA, 2005).

Assim, considerando que, na perspectiva dessa pesquisa, as três dimensões apontadas pelos seguidores da Sustentabilidade Corporativa – *econômica, ambiental e social* – não são suficientes, por deixar de fora a dimensão da política, as contradições e conflitos de interesse, ainda assim, seus elementos serão usados em conjunto aos da Ecologia Profunda, sem perder de vista que, apesar de muitas características-chaves das duas concepções se revelarem similares do ponto de vista analítico, suas perspectivas se modificam na medida em que a relação com a natureza não é “[...] por meio da dominação e do controle, mas sim por meio do respeito, da cooperação e do diálogo” (CAPRA, 2006, p. 158), respectivamente.

Portanto, esta pesquisa ampliou esse arcabouço teórico dominante, de forte perspectiva econômica com um novo olhar mais crítico, dialógico e comunicativo nas relações entre o homem, o ambiente e a organização. Assim, ouvindo Capra (2006, p. 26), entendemos que,

[...], não precisaremos nos desfazer de tudo, mas antes de sabermos isso, devemos estar dispostos a questionar tudo. Portanto, a ecologia profunda faz perguntas profundas a respeito dos próprios fundamentos da nossa visão de mundo e do nosso modo de vida modernos, científicos, industriais, orientados para o

crescimento e materialista. Ela questiona todo esse paradigma com base numa perspectiva ecológica: a partir da perspectiva de nossos relacionamentos uns com os outros, com as gerações futuras e com a teia da vida da qual somos parte.

Nessa perspectiva, trazemos os adeptos da ecologia profunda⁵ que percebem o mundo como um todo integrado, reconhecendo a interdependência fundamental entre todos os fenômenos e o fato de que, enquanto indivíduos e sociedade, estamos todos encaixados nos processos cíclicos da natureza. Reconhecem, assim, que a natureza fundamentalmente antiecológica de muitas de nossas estruturas sociais e econômicas está enraizada no sistema dominador de organização social. Para essa escola, na base das futuras estruturas sociais, as pessoas não mais serão classificadas em hierarquias piramidais; ao contrário, as instituições serão heterárquicas, permitindo diversidade e flexibilidade de decisão e de ação (CAPRA, 2006).

Para entender a extensão dessa mudança conceitual, trago Sachs (2009) que, assim como Elkington (2012), aponta dimensões de sustentabilidade. Segundo Sachs (2009, pp. 85-88), para alcançarmos o desenvolvimento sustentável é preciso delinear oito dimensões, quais sejam:

1. *Ecológica*: se refere à base física do processo de desenvolvimento. Está relacionada à preservação do potencial do capital natural na sua produção de recursos renováveis e a limitação no uso dos recursos não renováveis;
2. *Econômica*: é condição *sine qua non* para que as coisas aconteçam. Envolve alocação e gestão mais efetivas dos recursos e fluxo regular do investimento público e privado nos quais a eficácia econômica é avaliada em termos macrossociais e não apenas na lucratividade empresarial;
3. *Social*: dimensão fundamental para o alcance de um patamar razoável de igualdade de condições, de acesso a bens e da boa qualidade dos serviços necessários para uma vida digna;
4. *Cultural*: diz respeito à cultura de cada local, garantindo continuidade e equilíbrio entre a tradição e a inovação. Valoriza a capacidade de autonomia para elaboração de um projeto nacional integrado e endógeno (em oposição às cópias servis dos modelos alienígenas) e autoconfiança, combinada com abertura para o mundo;
5. *Ambiental*: com as suas duas dimensões – os sistemas de sustentação da vida como provedores de recursos e como ‘recipientes’ para a disposição de resíduos;

⁵ Conceito cunhado pelo filósofo norueguês Arne Naess, em 1973, para superar a tradicional dicotomia e, conseqüente, hierarquia homem-natureza, assumindo a perspectiva da harmonia entre eles. Esse paradigma implica na mudança de concepção de mundo mecanicista para uma visão holística e ecológica (CAPRA, 2006)

6. *Territorial*: refere-se à obtenção de uma configuração territorial mais equilibrada com uma melhor distribuição espacial dos recursos, das populações e das atividades econômicas;
7. *Política Nacional*: está inserida na participação democrática buscando a superação das práticas e políticas de exclusão e o consenso nas decisões coletivas. Envolve também a apropriação universal dos direitos humanos e o desenvolvimento da capacidade do Estado para implementar o projeto nacional.
8. *Política Internacional*: tem estreita relação com o trabalho da Organização das Nações Unidas – ONU, é baseada na eficácia do sistema de prevenção de guerras, na garantia da paz e na promoção da cooperação científica e tecnológica entre os países, assim como a manutenção do sistema internacional financeiro e de negócios.

Em coro com estes autores, sustentamos que o desenvolvimento ancorado na relação entre consumo, produção e crescimento, não tem sido capaz de erradicar a pobreza no mundo, ao contrário, gera mais desigualdade social. Logo, se mostra insustentável, uma vez que, ao invés de romper com este ciclo e promover a inclusão, perpetua a exclusão. Nessa perspectiva, acredito que a sustentabilidade não é possível sem que haja revisão dos valores que orientam a sociedade, o que nos leva a assumir, nessa pesquisa, o sentido da transformação de valores.

O trabalho de campo desta pesquisa trouxe evidências sobre o modo de pensar a sustentabilidade pelas professoras entrevistadas e, conseqüentemente, a orientação da sua ação educativa diante dos desafios que emergem do contexto do Serviço. Também foi possível constatar que o tema, pelo menos na perspectiva aqui delineada, nunca foi objeto de discussão na instituição.

No geral, a concepção do conceito de sustentabilidade das entrevistadas reflete a diversidade de opiniões e, em alguns casos, apresenta as configurações assumidas pelo "senso comum". Dez professoras associam sustentabilidade ao desenvolvimento econômico e preservação ambiental, postura condizente com a sustentabilidade corporativa, sem, contudo, lembrar-se da dimensão social, como vemos a seguir,

Se eu falar o que é sustentabilidade aqui na Clínica-Escola, estaria pensando mais no caráter administrativo de sustentabilidade de ela se auto-sustentar financeiramente. [...] Eu vejo também por outro parâmetro: a questão ambiental também que estaria dentro. Não deixaria de estar presente na Clínica, mas é uma coisa que eu acho mais de cuidados que a

gente pode ter não só aqui dentro, mas na nossa vida que podem melhorar o meio ambiente. (Haumea, relato oral, 2014)

Podemos observar que a professora se refere ao Serviço prestado na UNEB como Clínica-Escola; no entanto, segundo as compreensões teóricas assumidas aqui, esta concepção não procede. Para ser uma Clínica-Escola, segundo o Inep/MEC (2006), o Serviço de Fonoaudiologia deveria promover a formação profissional, contemplando a atenção integral da saúde num sistema organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, como prevê a política pública de saúde. Destacamos, também, a compreensão do senso comum sobre *meio ambiente*, principalmente, no que diz respeito aos serviços de saúde que prestam atendimento público que dialoguem diretamente com demandas específicas da gestão ambiental e de serviços de saneamento e da vigilância em saúde ambiental e saúde do usuário.

Vale mencionar, ainda, o relato de uma professora ao relacionar sua dificuldade em pensar sobre sustentabilidade ao contexto em que se deu sua formação,

Essa questão da sustentabilidade é uma coisa bem ainda no plano das ideias [...] eu acho que é por conta da formação mesmo. Eu nunca tive uma formação, nem na minha época de faculdade, e nem no percurso que eu tive, fazendo mestrado, doutorado, que pudesse estar trabalhando com essas questões de sustentabilidade. (Netuno, relato oral, 2014)

Antes de qualquer coisa, chamamos a atenção para a responsabilidade institucional no que diz respeito à implantação de serviços públicos em uma Universidade, pois compreendemos que estes devem coadunar com um projeto maior da Instituição. Para Sousa Santos (2011) a Universidade pública está em constante ameaça tanto externa quanto interna. A ameaça externa, induzida pela globalização econômica, discutida no capítulo *Clínica-Escola: articulação ensino-serviço na formação dos profissionais da saúde* está bem patente nos discursos dos governantes para justificar a incapacidade de pensar em longo prazo; porém, se essa não “encontrasse o terreno propício para ser apropriada local e internamente, não seria por certo tão perigosa” (idem, idem, p. 113). A Universidade é um bem público intimamente ligado ao projeto de país. Adverte-nos Souza Santos (2011, p. 112) que,

Nunca que uma universidade socialmente ostracizada pelo seu elitismo e corporativismo, e paralisada pela incapacidade de se autointerrogar no mesmo processo em que interroga a sociedade, é presa fácil dos prosélitos da globalização neoliberal.

Além disto, no geral, os relatos docentes refletem o modelo de ensino pautado, predominantemente, no enfoque biológico, técnico-científico, com conteúdos organizados de maneira compartimentada e isolada.

No entanto, como não é possível generalizar uma realidade, dois relatos a seguir apresentam opiniões que se aproximam mais da ecologia profunda.

Eu penso naquela coisa (sic) ecologicamente correta. [...] tem a ver com o funcionamento que possa se retroalimentar, que seja autossustentável no sentido de ter um serviço que oferte um cuidado integral; acho que isso deve ser uma premissa de uma clínica de saúde. [...] Dentro da Universidade, quais são os serviços de saúde que são oferecidos? Todos eles têm que tá (sic) dentro do funcionamento da Clínica-Escola. Então, se a gente ficar pensando na formação do aluno voltado para os princípios básicos do SUS a gente tem que, minimamente, prestar um serviço que tenha esses princípios [...] esses serviços com integração com os serviços da rede. (Vênus, relato oral, 2014)

Esse relato envolve o reconhecimento da necessidade de superar a dicotomia existente na assistência à saúde, na articulação de ações entre os diversos saberes, e aponta para o compromisso da Universidade com os princípios do SUS; entretanto, o "ecologicamente correto" da percepção da professora não é suficiente para enfrentar a pobreza, promover a equidade, melhorar a qualidade de vida, é necessário que o novo modelo de desenvolvimento sustentável incentive a participação social e as formas democráticas de governança com mecanismos capazes de definir uma agenda dentro da realidade da instituição e implantá-los em todos os níveis.

A sustentabilidade é quando você tem um sistema que garante a continuidade [...] então, o que é que envolve a continuidade da Clínica Escola, do atendimento, a formação do docente, o espaço físico, eu não vou nem discutir, que isso aí é o básico. (Terra, relato oral, 2014)

No ponto de vista da professora, sustentabilidade do Serviço de Fonoaudiologia depende de sua capacidade de manter as atividades por um

longo período de tempo sem esgotamento, apesar das dificuldades. Essa ideia parece simples frente às discursões da atualidade, carecendo uma visão mais ampliada e comprometida com a busca da justiça social, a equalização das contradições sociais nem associando a uma estratégia de inovação empresarial. Segundo Veiga (2010) o adjetivo “sustentável” se banalizou e substituíram, na linguagem cotidiana, noções muito próximas como “durável” ou “firme”, qualidades como crescimento econômico estável etc.

Portanto, implantar práticas responsáveis, em todos seus aspectos, orientando a instituição no desenvolvimento sustentável, implica em deslocar um dado ponto de vista para superar a visão da “sustentabilidade de mercado”. Para Capra (2006, p. 27) “a mudança de paradigmas requer uma expansão não apenas de nossas percepções e maneiras de pensar, mas também de nossos valores”, e estes estão fortemente conectados.

Segundo o autor, a mudança dos valores pode ser vista como mudanças da auto-afirmação para integração. Ambos são aspectos essenciais de todos os seres vivos: o problema acontece quando há ênfase excessiva de uma tendência em detrimento da outra, como no caso da nossa cultura industrial ocidental na qual enfatizamos em excesso as tendências auto-afirmativas – competição, expansão, dominação – e negligenciamos as integrativas. Assim, não se trata de deixar de lado uma estrutura em favor da outra. Precisamos de ambas, as que incorporam e manifestam relação de poder, e as que representam a vida e a criatividade da organização.

Também para Morin (2011a), as relações no interior de uma organização são complementares e antagônicas ao mesmo tempo. A complementaridade antagônica está baseada numa extraordinária ambiguidade, melhor dizendo, a desordem é a resposta necessária ao caráter esquemático e simplificador da ordem. Para o autor, as redes informais, as resistências colaboradoras, as autonomias, as desordens são essenciais para a vitalidade das empresas. Assim,

Toda organização, como todo fenômeno físico, organizacional e, claro, vivo, tende a se degradar e a degenerar. O fenômeno da desintegração e da decadência é um fenômeno normal. [...] Não há nenhuma receita de equilíbrio. A única maneira de lidar contra a degenerescência está na regeneração permanente, melhor

dizendo, na atitude do conjunto da organização a se regenerar e a se reorganizar fazendo frente a todos os processos de desintegração (Morin, 2011a, p. 89).

Com relação à estrutura organizacional, ao arcabouço que serve de base para o funcionamento do Serviço de Fonoaudiologia, as professoras colocaram várias dificuldades em aspectos como responsabilidade, autoridade, comunicação e capacidade decisória:

[...] a gente não é preparado administrativamente, eu acho que tem que ter perfil e é muita burocracia. Então eu diria pra você que agora eu estou pronta pra poder assumir o colegiado. Acho que agora eu tenho conhecimento pra poder lidar com as coisas com mais autonomia. [...] Tem um monte de coisas que você tem que aprender, que é muita informação ao mesmo tempo, e você tem que responder por muita coisa. [...] Você tem o Colegiado de Fonoaudiologia que toma conta de tudo, então, o coordenador fica muito sobrecarregado. Uma coisa bacana que a gente conseguiu em termos de curso foi que a gente conseguiu se organizar agora pra próxima gestão. A gente elegeu o coordenador pra essa próxima gestão de dois anos, e um vice-coordenador que vai ajudar o coordenador e que assume em dois anos [...] (Terra, relato oral, 2014)

O relato revela falta de suporte institucional na devida preparação para o exercício das funções administrativas e na disponibilização de apoio para a equipe de trabalho. A professora expressa a sobrecarga de trabalho e seu sentimento de despreparo para a função de gestora, destacando, inclusive, que se sente preparada agora, no final de sua gestão.

Com relação ao despreparo para a função, o próprio grupo achou uma solução, elegendo uma segunda pessoa para dar suporte ao coordenador ao tempo em que se forma para a possível e futura função. Na visão sistêmica do aprendizado das organizações, o conhecimento não está independente das pessoas e do contexto social; portanto, ele é gerado coletivamente e depende de aspectos individuais e sociais sendo assim, “o meio mais eficaz para intensificar o potencial de aprendizado de uma organização é apoiar e fortalecer as suas comunidades de prática⁶” (CAPRA, 2005, p.127).

⁶ A comunidade de prática é uma comunidade caracterizada por três traços principais: um compromisso mútuo assumido entre os membros, um empreendimento comum e, com o tempo, “repertório” comum de rotinas, conhecimentos e regras tácitas de conduta (WENGER apud CAPRA, 2005, p. 119)

O relato a seguir, indica aspectos comuns nas instituições que impactam negativamente no desenvolvimento de suas ações – ação comunicativa, flexibilização das relações contratuais de trabalho.

De forma geral, eu acho que essa coisa de gestão [referência às dificuldades para o trabalho no Serviço de Fonoaudiologia]. Precisa de uma gestão envolvida, não é? Que a gente possa, realmente, saber, exatamente, como é a dinâmica daquela clínica, [...] talvez até oficinas, ou uma melhor compreensão desse processo, pra que a gente pudesse pensar isso na prática, de uma forma geral. [...] Eu acho que um dos problemas também, que acaba dificultando esse processo, é que a maior parte dos professores do curso de fono (sic), especificamente, eles não são dedicação exclusiva. Então, acaba que cada um vai lá naquele seu momento pra dar aula e tudo, mas não tem aquele envolvimento. (Netuno, relato oral, 2014)

As instituições sociais estão mudando com grande rapidez, mudanças que ultrapassam a capacidade de compreensão das pessoas e oprimem tanto os indivíduos quanto as próprias organizações. Em função disso, há um sentimento profundo e difuso das pessoas de falta de controle sobre as situações, por mais que trabalhem (CAPRA, 2005). A complexidade da situação aumenta com as mudanças acontecidas no mundo do trabalho decorrente da crescente mercantilização da educação – questão que será discutido mais adiante – levando, entre outras coisas, reestruturação produtiva, flexibilização da legislação trabalhista e precarização do trabalho.

Continuando com o relato, a professora levanta outro aspecto importante no interior de uma organização: as relações de poder.

Primeiro que eu acho que tem as coisas políticas dentro da universidade e, claro, que vão ser resolvidas; coisas que têm mais interesse pra um determinado grupo político, né, que eu acho que isso é uma coisa muito forte. Segundo tem a questão, vamos dizer assim, da própria concorrência também, que eu acho que tem dentro do curso; no sentido, é claro, se eu sou uma professora de tal área, eu quero que aquela área se desenvolva mais. Então, se eu batalho mais pra aquilo, já tenho um trâmite político, então é mais fácil pra mim do que pra determinada pessoa, então acaba que esses descompassos acontecem por conta dessas questões. Depende de quem está lá, a vontade que ele tem de modificar, e o quanto que ele é envolvido também politicamente nessa situação. [...]

Geralmente, na reunião de colegiado, tem a discussão de uma pauta. A coordenadora do colegiado, pode, também, na ausência dela designar, mas, muitas vezes, isso é difícil pra reunião poder andar, porque normalmente é ela que tá mais diretamente vinculada às coisas que estão com problema. Então, às vezes é melhor esperar [...] pra que essa reunião aconteça. (Netuno, relato oral, 2014)

Como já mencionado anteriormente, a rapidez das mudanças, a variedade de fatores internos e externos que influem na sua função, assim como o nível de interdependência entre estes, aumenta a complexidade do ambiente organizacional, estabelecendo nas organizações uma necessidade permanente de adequação para o seu êxito. Para atender estas demandas, a interação social entre seus membros é de vital importância, sendo essencial o gerenciamento de suas redes informais (CAPRA, 2005).

Em outro relato podemos observar dois problemas recorrentes: a enorme carga de trabalho e a conseqüente precarização do trabalho docente,

A gente tem, a não ser o cargo de coordenador que tem redução de carga horária, todos os outros postos que a gente até criou pra melhorar essa gestão da clínica; eles não são em nada aliviados [referência à liberação de carga horária para a função]. [...] A gente que decidiu ser DE (dedicação exclusiva), tudo bem, foi opção, não tenho nada, não tenho outro vínculo empregatício, nem outra renda, só a Universidade porque quero me dedicar à pesquisa também. [...] A gente não tem professor substituto. Eu tive que assumir [referência às funções de uma colega de licença] e aí você fica fazendo de tudo um pouco. (Marte, relato oral, 2014)

Este relato inaugura outra perspectiva que corrobora para a nossa discussão sobre sustentabilidade na perspectiva corporativa (ELKINGTON, 2002; SASCH, 2009).

A Universidade pública brasileira experimenta uma redefinição da sua razão e função social, devido ao processo de privatização e mercantilização do conhecimento, a partir da racionalidade neoliberal – discussão que será feita a seguir no texto –, e que se fizera também à custa de muitas modificações na rotina do trabalho docente. Os estudos sobre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho docente nas IES do Brasil revelam a existência de um processo de precarização do trabalho docente com a pressão crescente para que esses

aumentem sua produtividade, ampliando e otimizando seu tempo de trabalho, inclusive com atividades não computadas em seu regime e carga horária de trabalho (BOSI, 2015).

O grupo de professoras também criou outra estratégia na tentativa de auxiliar o planejamento e gestão do Serviço de Fonoaudiologia,

[...] A gente tem duas coordenações: uma coordenação de terapia e uma de áudio. Essas coordenações falam (sic) com a coordenação da clínica e com a coordenação do curso. Então, tem a coordenação do curso, e depois tem, vinculada à coordenação da clínica, coordenação da fono (sic) e áudio (sic) e a coordenação de terapia. A gente tem essa gestão bianual para, justamente, durante dois anos, poder trabalhar nisso [referência ao planejamento do trabalho no Serviço de Fonoaudiologia], para que seja implementado e que tenha recursos melhores pra a gente poder trabalhar. Então, a cada gestão, a cada dois anos, a gente tá tentando melhorar, tentando adequar. (Urano, relato oral, 2014)

Diante do exposto, parece-nos que o meio encontrado pelo grupo para se organizar e superar as dificuldades tem forte influência mecanicista à medida que acredita poder controlar a organização sem compreender o modo que todas as partes desta se juntam (CAPRA, 2005). Entretanto, a soma dos conhecimentos sobre cada uma dessas partes é insuficiente para se conhecer as propriedades do conjunto, ou seja, conhecer os problemas da subárea de linguagem, e da subárea de audiologia, não garante o conhecimento de toda a problemática do Serviço de Fonoaudiologia; aliás, corre-se o risco de que cada área não possa se exprimir plenamente, sendo inibida ou virtualizada (MORIN, 2011a).

No próximo relato temos dois aspectos que merecem atenção: as ações de gestão, basicamente, focadas nos problemas de rotina e com pouco tempo para inovações; e a existência de múltiplos sistemas de informação na instituição, fragmentados e não integrados, respondendo a diferentes lógicas de formulação e necessidades.

A Clínica já tem certo funcionamento, já tem uma dinâmica, e a gente trabalha nessa rotina que já existe, fazendo intervenções quando precisa. Intervenção na estrutura, então, choveu, tem um vazamento, aí aciona a professora que é

coordenadora, e ela vai fazer os trâmite necessário pra superar essa dificuldade. Eu, por exemplo, institui em fazer um mapa de movimento dos atendimentos na clínica escola. Então eu faço duas tabelas pra audiologia e para terapia pra poder ter uma noção de como vai estar a ocupação da sala, [...] Outra coisa também que a gente tentou - a gente não tá satisfeito com o sistema de inclusão dos pacientes -, [...] eu até tentei conhecer o *HiDoctor*, vim até aqui pra um treinamento do *HiDoctor*, por que o centro médico daqui da UNEB usa esse *HiDoctor*, mas eu vi que não é muito bem o perfil da gente, porque ele é um sistema de marcação de consulta e a gente precisaria de um pouco mais. A gente teria que arquivar dados pra que fosse usado em pesquisa e tudo mais. A gente tem um sistema que funciona mais ou menos, ouvi até dizer que a Psicologia instituiu um sistema interessante que a próxima coordenação pode até olhar como é que funciona pra ver se a gente aproveita isso, uma coisa que já existe. (Mercúrio, relato oral, 2014)

As ações de gestão são, basicamente, decorrentes dos problemas de rotina, ficando pouco espaço para inovações. Em suas atividades cotidianas é essencial que os gestores compreendam a interação existente entre as estruturas formais⁷ e suas redes informais⁸. As partes formais da organização são essenciais porque cuidam do trabalho de rotina. Entretanto, quando as pessoas trabalham rigorosamente de acordo com os manuais e procedimentos oficiais, elas prejudicam seriamente o funcionamento da instituição uma vez que não permite o uso do potencial criativo (CAPRA, 2005).

Outro aspecto levantado pela professora é a falta de *Software* adequado, um problema que precisa ser considerado. Em primeiro lugar, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), além de serem importantes mecanismos para o aperfeiçoamento gerencial, por facilitar os procedimentos operacionais do Serviço como fichas de pacientes e relatórios, e ajudar a racionalizar os gastos mediante controle de estoques e compras, auxiliam nas atividades de pesquisa e extensão. Entretanto, para que as TIC alcancem os objetivos desejados é necessário que a Instituição desenvolva uma ação planejada, integrando todos os setores alinhados, juntamente, com as características da organização e sua

⁷ Conjunto de regras e regulamentos que são estabelecidos por acordos contratuais que aparecem nos documentos oficiais da instituição – seus organogramas, estatutos e manuais, entre outros, que descrevem as políticas formais, as estratégias e os procedimentos da instituição (CAPRA, 2005).

⁸ Redes de comunicações, verbais ou não, de participação num empreendimento conjunto, através das quais se permutam habilidades e gera-se um conhecimento tácito (CAPRA, 2005).

estrutura funcional. Por fim, se o Serviço de Fonoaudiologia, tem a pretensão de fazer parte da Rede de Assistência à Saúde (RAS), que tem como exigência a comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, é necessário um sistema estruturado com base em tecnologias de informação eficazes.

Atualmente, o ambiente organizacional muda com grande rapidez, não obstante, nossos gestores revelam dificuldades para lidar com a mudança, inclusive, contando com dificuldades que são de responsabilidade institucional. Isso se deve a natureza dual das organizações humanas: se por um lado, essas organizações são instituições sociais criadas em vistas de objetivos específicos, nesse caso, formar sujeito social, consciente e organizado, capaz de definir seu destino e de compreender as necessidades de saúde das pessoas com deficiência; por outro, as organizações são comunidades de pessoas que interagem umas com as outras, assim, a estrutura projetada sempre interage com os indivíduos e comunidades vivas da organização, cuja mudança não pode ser projetada. Assim, o ideal é que o Serviço reconheça e apoie as suas redes informais de relacionamento e incorpore as inovações destas às suas estruturas (CAPRA, 2005).

A perspectiva de Elkington (2012), apesar de direcionada para empresa privada, aponta questões interessantes para discussão nessa pesquisa a exemplo do mecanismo do mercado. Para ele, as medidas de comando e controle do mercado, quando se deslocam do mundo do governo para o mundo das empresas, favorecem a competição resultando em crescimento econômico. No entanto, como a universidade pública não é empresa nem tem papel de produção econômica e de competitividade, a redução do compromisso político do Estado conduziu a crise institucional – crise de hegemonia, de legitimidade, de autonomia. Então, quais as possibilidades de minimizar a crise universitária, considerando suas implicações no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB?

Segundo Elkington (2012), estamos embarcando em uma revolução cultural global que, para Lima (2007), é decorrente da crise estrutural do capitalismo, adensada na década de 70 do século passado devido à profunda recessão, às baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação. A crise impulsionou a burguesia internacional à elaboração de estratégias de enfretamento articulando a reestruturação da esfera produtiva, o reordenamento

do papel dos Estados nacionais e a difusão de um projeto burguês de sociabilidade. Esta difusão e monitoramento realizado pelos órgãos internacionais do capital, "é justificada pela necessidade de adequação dos países à nova ordem mundial competitiva e globalizada" (idem, idem, 2007, p. 18). Além do que, como afirma a autora, esta política de mercantilização da educação está inserida em um movimento mais amplo do capital em busca de novos mercados e novos campos de exploração.

As transformações dominadas pela *mercadorização da educação superior* são irreversíveis e envolveram transformações nos processos de conhecimento e na contextualização social do conhecimento. Como coloca Sousa Santos (2011, p. 63),

Nestes últimos vinte anos, a universidade sofreu uma erosão talvez irreparável na sua hegemonia decorrente das transformações na produção do conhecimento, com a transição, em curso, do conhecimento universitário convencional para o conhecimento pluriversitário, transdisciplinar, contextualizado, interativo, produzido, distribuído e consumido com base nas novas tecnologias de comunicação e de informação que alteram as relações entre conhecimento e informação, por um lado, e formação e cidadania, por outro.

No entanto, para o autor, a universidade adaptou-se mal a estas mudanças quando não as hostilizou. Ele defende que o único modo eficiente de enfrentar a globalização neoliberal é contrapor-lhe uma globalização alternativa que reflita o projeto nacional e responda positivamente às demandas sociais que agora, sejam locais ou nacionais, não são possíveis de serem respondidos sem considerar seu contexto global. Para isso, o projeto tem que ser sustentado por forças sociais disponíveis e interessadas em protagonizá-lo (SOUSA SANTOS, 2011). A necessidade de *stakeholders* na concepção da Sustentabilidade Corporativa, ou de protagonistas na estratégia para globalização contra-hegemônica é outro ponto importante a ser problematizado. Para Elkington (2012, p. 275),

As parcerias de longo prazo serão cruciais durante a transição para a sustentabilidade. Algumas serão firmadas entre os setores público e privado, algumas entre empresas e grupos de ativistas que defendem uma ampla gama de objetivos vinculados aos três pilares.

O autor indica que antigos concorrentes devem mudar da subversão mútua para novas formas de simbiose, tendo como resultado a eficiência no desempenho de tarefas tradicionais, além de prover uma plataforma a partir da qual poderão alcançar objetivos que nenhum dos parceiros alcançaria sozinho.

Nessa concepção a gestão dos *stakeholders* representa um caminho para a obtenção de vantagem competitiva, baseando-se na construção do relacionamento e comunicação com esses públicos, a empresa busca novas formas de criar e entregar valor maior que a concorrência. Segundo Rocha (2010, p. 14), apresenta como vantagens:

(1) A consideração de um número maior de *stakeholders* pode ajudar a evitar que a organização seja surpreendida por um *stakeholders* insatisfeito, por exemplo, melhor relacionamento com o sindicato pode evitar uma greve; (2) considerar as necessidades de uma comunidade local pode evitar cobertura indesejada na imprensa e processos jurídicos; (3) uma organização que desenvolve excelente relacionamento com muitos *stakeholders* tem mais opções para considerar quando enfrenta dificuldades.

Podemos observar que as medidas para a construção de um relacionamento com os parceiros têm como objetivo o favorecimento unilateral da empresa e acontecem na medida em que propiciem a continuidade da racionalidade econômico-instrumental. A empresa é compreendida como uma entidade autônoma em si mesma, negando a condição plural dos sujeitos. Entretanto, a Universidade é uma instituição social cuja estrutura projetada sempre interage com indivíduos com valores e crenças, que interagem entre si em um sistema de governo com conflitos de interesse e poder (CAPRA, 2005).

Os adeptos da ecologia profunda defendem que, para a vitalidade das empresas, são ingredientes necessários: as redes informais, as resistências colaboradoras, as autonomias, as desordens (MORIN, 2011a). Há, pois, uma ambiguidade de luta, de resistência, de colaboração, de antagonismo e de complementaridade necessária para a complexidade organizacional (Idem, idem, p. 93). Para Capra (2005, p. 116-117), os adeptos da ecologia profunda constataram que,

As empresas resistentes e longevas englobam como característica a abertura para o meio externo, a tolerância à entrada de novos indivíduos e novas ideias e, em consequência,

uma capacidade manifesta de aprender e adaptar-se às novas circunstâncias.

Sousa Santos (2011) identifica quatro sujeitos para protagonizar as ações de enfrentamento dos desafios da Universidade. O primeiro é a própria *Universidade pública*, melhor dizendo, as pessoas interessadas numa globalização alternativa, os universitários contrários à manutenção do status quo defensivo da globalização neoliberal ou da globalização alternativa. Outro protagonista é o *Estado* nacional quando opta politicamente pela globalização solidária da Universidade. No terceiro temos os *cidadãos*, individualmente ou coletivamente organizados; e no quarto, o *capital nacional* que pode integrar o contrato social dando legitimidade e sustentabilidade à reforma.

Considerar o aspecto da parceria é importante para o delineamento dessa pesquisa, pois a Clínica-Escola é um espaço no qual podem se articular universidade e sociedade, entendida em sua complexidade e amplitude; e também porque é fundamental que, na contemporaneidade, o estudante universitário esteja atento às múltiplas dimensões interativas que conformam os seres humanos e as sociedades como singulares e interdependentes.

Outra característica importante é a relação de poder existente entre as duas escolas, portanto, na prática das relações sociais e na capacidade de resolver conflitos. Enquanto a visão de sustentabilidade corporativa está centralizada na capacidade da empresa/gestores de gerenciar os possíveis conflitos decorrentes da mudança de valores, na ecologia profunda, perspectiva adotada nesse estudo, a estrutura social, heterárquicas, está alicerçada no reconhecimento de que todos os seres vivos são membros de comunidades ecológicas ligadas umas às outras numa rede de interdependências. Capra (2006) coloca que a estrutura social, ordenada hierarquicamente, favorece ações autoafirmativas excessivas, enquanto que, o poder mais apropriado para o novo paradigma – poder como influência de outros, requer uma mudança na organização social, uma mudança de hierarquias para redes que favorecem ações integrativas. Entretanto, essa ainda não é nossa cultura, precisamos achar o caminho do meio.

Trazendo a discussão da sustentabilidade para o âmbito da saúde, os autores colocam algumas tensões inerentes ao sistema capitalista, entre eles

Laurell (2013) e Noronha (2013). Para Laurell (2013), as tensões decorrem da contradição entre as duas funções básicas do Estado – oferecer condições favoráveis à acumulação garantindo a coesão social, redistribuir a riqueza e prestar serviços públicos – e como promotor da crescente mercantilização de bens e serviços sociais. Noronha (2013, p. 102) coloca que os preceitos relativos à universalidade e à equidade no atendimento estabelecidos na Constituição de 1988 esbarram na estrutura do sistema de saúde brasileiro, que apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas, dessa forma,

A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, com interferências do setor privado sobre o interesse público, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, paralelo à ampliação da cobertura pública.

Laurell (2013) acredita que essa tensão nasce da contradição entre o dever do Estado nacional e as exigências da globalização. Segundo Sachs (2008), apenas as soluções que promovam o crescimento econômico com impactos positivos em termos sociais e ambientais, merecem a denominação de desenvolvimento, no entanto, com relação aos critérios de sustentabilidade social, afirma que,

A maioria pobre está praticamente excluída do processo de desenvolvimento, entendido como a apropriação efetiva da totalidade de direitos humanos. Sob algumas circunstâncias, a inclusão justa se converte em requisito central para o desenvolvimento (SACHS, 2008, p. 38)

Sachs (2008) define *desenvolvimento includente* como aquele oposto ao padrão de crescimento perverso, conhecido como “excludente” do mercado de consumo, “concentrador” de renda e riqueza, com grande parcela trabalhadora confinada a atividades informais, sem acesso à proteção social e pouca ou nenhuma participação na vida política. (idem, idem, p. 38-39)

Logo, não há desenvolvimento sustentável sem inclusão para todos, o que implica na adoção de políticas redistributivas e na universalização de atendimento a questões como saúde, educação, habitação e seguridade social, destacadamente para os segmentos da população de classes populares, e que demandam assistência pública para suas necessidades básicas. Paim (2009, p. 12) propõe a saúde em três dimensões: estado vital, setor produtivo e área do

saber, colocando que, “diante delas, entende-se o modo pelo qual as sociedades identificam problemas e necessidades de saúde, buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-los, sofre influências econômicas, políticas e culturais”. Para ele a saúde “além de corresponder a um estado de vida, isto é, a um modo de levar a vida, a saúde compõe um setor da economia onde se produzem bens e serviços” (idem, idem), no qual os estabelecimentos realizam ações de saúde e empresas comercializam os chamados planos de saúde, e outras produzem os ‘bens de saúde’ como medicamentos, vacinas e equipamentos.

Enfim, o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB faz parte do sistema de saúde desenvolvendo ações de educação, na formação de profissionais para a saúde; de produção de conhecimentos científicos e tecnológicos; e de prestação de cuidados de saúde. Estas são ações importantes para o aprimoramento do SUS e para assegurar a atenção à saúde das pessoas e das populações. No entanto, no decorrer da pesquisa, ao olhar de forma mais objetiva essas ações no Serviço prestado à comunidade, é possível compreender as dificuldades e impasses, mas também, identificar oportunidades de mudanças cujos resultados só serão possíveis se existirem corresponsabilidade e compromisso entre as professoras e os gestores em todas as esferas de atuação. Corrobora isso Sachs (2008, p.33) para quem,

O planejamento moderno é essencialmente participativo e dialógico, e exige uma negociação quadripartite entre os atores envolvidos no processo de desenvolvimento, levando os arranjos contratuais entre as autoridades públicas, as empresas, as organizações de trabalhadores e a sociedade civil organizada.

Demo (2012, p. 91) alerta que o planejamento participativo é uma proposta de intervenção na realidade que, consciente disso, compõe a cena com atores produtivos na qual a discriminação entre sujeitos e objetos diminua ao mínimo possível, pois “Planejamento participativo, em termos realistas e dialéticos, é aquele que democratiza a intervenção”. Segundo o autor, sua lógica apresenta pelo menos em três fases essenciais: (1) formação da consciência crítica, por meio de autodiagnóstico. Entram nele conhecimento de teor acadêmico – levantamentos de dados, análises, pesquisas entre outras fontes – que é função dos protagonistas universitários, e também o teor popular pela razão óbvia de que a comunidade é sujeito do processo; (2) enfrentamento dos

problemas detectados no autodiagnóstico através da criação de um projeto próprio; e (3) cidadania organizada por intermédio do associativismo e de suas variantes.

Portanto, o desafio colocado nessa pesquisa diz respeito ao uso do Serviço de Fonoaudiologia como um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas, isto é, na conjugação dos esforços de distintos protagonistas, elaborando propostas metodológicas para que as ações desenvolvidas tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais.

Por fim, entendemos que a saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável, e os bens e serviços de saúde são fatores necessários ao desenvolvimento da potencialidade dos indivíduos e no preparo para o exercício da cidadania. Portanto, a Universidade, no caso a UNEB, como uma instituição social, diferenciada e autônoma, não pode ir de encontro ao desenvolvimento do sistemas de saúde; eles - Estado e Universidade - podem, juntos, produzir conhecimentos de relevância social e formar profissionais de acordo com as necessidades de saúde.

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: uma mudança de paradigma

O SUS tomou forma na década de 80 do século passado, como resultado da luta de movimentos sociais e políticos que consideravam o modelo vigente da época inadequado para as necessidades da população. Desde então, o SUS vem sendo construído e, apesar dos avanços, apresentando limites a serem transpostos, entre eles a formação inicial dos profissionais pautado nos seus princípios.

Portanto, como referenciais para fundamentação dessa pesquisa utilizamos a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (ONU, 2003) na discussão da mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, os princípios e diretrizes do SUS, consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Essa pesquisa parte de dois pressupostos:

1. Os grupos populacionais devem ter acesso, em igualdade de condições, a Programas de assistência voltados para compensação da desigualdade social;
2. O Estado tem responsabilidade na garantia dos direitos de cidadania através da normatização e instrumentalização, porém, sua condução deve-se à sociedade, no caso dessa pesquisa, à Universidade sob a forma crítica e autônoma, através de programas e projetos.

Dessa forma, o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB deve ser um espaço aberto às discussões que viabilizem a elaboração, implantação e avaliação de políticas sociais na área da saúde, quer através da escuta dos grupos populacionais com os quais interage, quer através das questões que surgem de suas próprias atividades cotidianas.

Entre os grupos populacionais que não se autossustentam, ou não deveriam se preocupar com isso, encontram-se o das pessoas com deficiência. Segundo o Censo 2010, o Município de Salvador possui o correspondente a 26% de sua população com, pelo menos, algum tipo de deficiência e, dessas, 7,6% possuem incapacidade total ou grande dificuldade de acordo com a deficiência apresentada (IBGE, 2012).

São vários os fatores que contribuem para o aumento da prevalência de deficiência e incapacidade. Segundo a última pesquisa do IBGE⁹, as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas, em comparação às pessoas sem deficiência. Em parte, isto se deve ao fato de que as pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso a serviços como saúde, educação, emprego, transporte e informação. Assim, a assistência a esse segmento populacional deve partir do pressuposto de que, além da necessidade específica da sua própria condição socioeconômica, temos aí cidadãos que necessitam de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde da pessoa com deficiência deve ir além do domínio biológico; precisa ser assistida por equipe multidisciplinar para apreensão de seus aspectos bio-psico-sociais, não mais se centrando nos aspectos orgânicos, mas em sua inserção social e sua subjetividade.

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

Em 1982, com a divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e

⁹ Relatório sobre pessoas com deficiência. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm. Acesso em 12 jan. 2013.

aprovado pela ONU, foi adotada a CIF, aceita em todo mundo. Substituindo o modelo biomédico baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, vigente até então, o evolui-se para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Assim, a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são compreendidas pelo contexto ambiental no qual elas vivem.

A CIF (2003) engloba todos os aspectos relacionados às funções humanas e suas restrições e, por possibilitar a descrição da funcionalidade do indivíduo para além dos seus aspectos fisiológicos e anatômicos, não pressupondo a doença como determinante da incapacidade da pessoa, permite a avaliação da condição de vida do sujeito e fornece subsídios para sistemas e políticas de inclusão social da pessoa que não consegue participar plenamente.

Para a CIF, a incapacidade não é específica de um grupo minoritário, mas uma experiência humana universal, portanto, o seu uso tem sido considerado, também, na avaliação após transtornos agudos, condições traumáticas, condições crônicas e na geriatria. Os domínios de classificação na CIF são neutros, permitindo expressar tanto os aspectos positivos, como negativos do perfil funcional e de participação de uma pessoa. Esta característica permite tanto avaliar a integridade ou comprometimento das áreas como pode mudar de acordo com o tempo, local ou intervenções às quais as pessoas com deficiência foram submetidas - podendo servir de indicador de melhora ou piora da funcionalidade.

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

ou seja, estes fatores podem constituir-se como facilitadores ou barreiras para a funcionalidade da pessoa.

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

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

A pesquisa evidencia que o Estágio Supervisionado Curricular ainda segue o modelo biomédico, como podemos ler no relato da professora:

Eu tenho um grupo de neurológico com pacientes mais graves. São [alunos] do nono semestre que atendem [...]; eu posso pegar uma criança que tenha a Síndrome de Down, que tem uma demanda de motricidade de linguagem, mas eu não posso pegar um autista (referência ao encaminhamento do paciente para outro grupo de estágio). Dependendo da complexidade, dá para gente fazer esse arranjo, a gente tem conseguido isso pra não desligar o paciente do semestre [...]. (Saturno, relato oral, 2014)

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

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe para qualificar o modo de se fazer saúde: busca

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

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

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

deficiência nas proposições e práticas institucionais da UNEB em seu Serviço de Fonoaudiologia.

A formação do profissional de Saúde

Desde 1988 com a Constituição Federal que incorporou entre os direitos sociais, o direito à assistência, e em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde que regulamentou o SUS, algumas dimensões dos cuidados em saúde ganharam importância na viabilização do sistema de saúde, entre elas a formação profissional e a organização dos serviços assistenciais. As discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas buscando alterar os perfis profissionais, deslocando o eixo da medicalização para atenção integral à saúde, de maneira que cada cidadão se sinta atendido em suas necessidades (INEP/MEC, 2006). Os Serviços deveriam estar articulados em redes assistenciais dinâmicas, horizontal e vertical¹⁰ para garantir “a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo” (BRASIL, 2012b, p. 143).

A Lei Orgânica tem grande abrangência, não se limitando ao SUS, nem ao setor público. Em seu Art. 2º explicita a responsabilidade do Estado:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No entanto, parágrafo segundo do mesmo artigo, corresponsabiliza as pessoas, família, empresas e sociedade, pelos fatores determinantes e condicionantes da saúde como alimentação, moradia, saneamento básico, meio

¹⁰ Redes horizontais são estabelecidas no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos e vertical, entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção. (BRASIL, 2010a)

ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

No 4º artigo, a Lei Orgânica define o SUS como,

(...) o conjunto de 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, constitui o Sistema Único de Saúde.

Assim, além dos organismos da administração direta, a iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público. Assim, os serviços privados e filantrópicos contratados funcionam como se fossem públicos.

Finalmente, esta Lei descreve as diretrizes e os princípios doutrinários que são a universalidade, equidade e integralidade. Em síntese, todo cidadão tem direito à atenção à saúde e é dever do Estado promovê-la, independente do sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais - universalidade; cada cidadão deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais - integralidade; os benefícios da política precisam ser distribuídos de forma a diminuir as desigualdades, promovendo a saúde daqueles que apresentam mais necessidades - equidade.

No Serviço de Fonoaudiologia, as professoras relatam preocupação com a formação do estudante, do professor, e com a viabilidade do serviço mais próximo do que preconiza o SUS,

[...] a gente também tem uma fila de espera em que compromete tudo, porque o cara (sic) vai lá, se inscreve - às vezes ele morre e não consegue chegar no (sic) atendimento. Então, como cuidar disso? [...] isso não foi uma coisa que a gente não pensa; a gente pensa, mas a gente não tinha formação em saúde coletiva. Então a gente não discutia a promoção da saúde, discutia até prevenção, mas não promoção. [...] acho que isso já começou, [...] existem alguns projetos de extensão que estão fazendo uma espera assistida, [...] já têm oficinas que são alguns projetos de extensão que vão acolhendo os pacientes, os pais dos pacientes que vão fazendo o trabalho. [...] Eu acho que é por ai que a gente vai conseguir se reorganizar. Eu não acho que tem que mudar [...] o atendimento clínico fonoaudiológico, o aluno na formação dele tem que aprender a fazer [...] mas ele tem que ir além da clínica. (Terra, relato oral, 2014)

Temos aqui um desconforto com a percepção de que os saberes racionais aprendidos no seu processo formativo, situação similar às das demais colegas, não são suficientes para dar conta da complexidade e da diversidade dos problemas que o trabalho de docente exige. Então, mudanças são possíveis no Serviço de Fonoaudiologia, incluindo a formação docente, sendo este protagonista do processo na formulação da contra-ideologia.

Outro documento importante para a consolidação do SUS é a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS. São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Compreende-se que a APS é o primeiro nível de atenção, e que tem uma função resolutiva nos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, como por exemplo, os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros.

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

Eu vejo que, às vezes, dentro da própria Universidade tem gente que não sabe que aqui tem esse Serviço. [...] Tem telefonista que não sabe que poderia tá (sic) fazendo audiometria aqui, uma falta de comunicação. [...] Os bebês têm risco pra alteração, é oferecido um serviço pra eles continuarem sendo avaliados por aqui e não voltam porque [os pais] não têm o dinheiro do transporte ou porque fica mais difícil. A gente vê que isso funciona bem quando tem vinculação, como por exemplo, na Medicina [...] - tivesse aqui um ambulatório de pediatria, os pacientes tivessem que vir de tanto em tanto tempo [...]. (Urano, relato oral, 2014)

Tem várias crianças aqui que precisam de atendimento de Psicologia e a gente não tem conversa nenhuma. Não sei nem se tem! [Referência ao Serviço de Psicologia] [...] Aqui, a gente está muito isolado [...], eu fico de mãos atadas! Outro dia a gente recebeu um paciente com questões de disfagia, um menino de quatro anos com subnutrição, pois não estava conseguindo comer, e fiquei muito insegura de estar atendendo ele aqui. (Vênus, relato oral, 2014)

[...] a questão física [Referência a integração entre os Serviços da UNEB] começa por ai, teria que ser todas as clínicas em um só prédio, no prédio das clínicas, clínica de fono (sic), de fisioterapia, de psicologia. Tem uma clínica de fisio (sic) que fica no subsolo e de fono (sic) que fica no terceiro andar [...] (Éris, relato oral, 2014)

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

político na luta pela consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL / CONASS, 2011a).

O Brasil também avançou em relação às políticas públicas de saúde para as pessoas com deficiência. Anteriormente à década de 70 do século passado, a assistência à saúde pública encontrava-se associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, e as ações voltadas para as pessoas com deficiência concentraram-se na educação e em obras caritativas e assistencialistas. A partir de então, grupos considerados marginalizados, dentre eles as pessoas com deficiência, com organizações próprias ampliaram progressivamente sua participação política.

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

A partir de então, outros dispositivos legais foram estabelecidos para viabilizar a organização da assistência e da reabilitação para essa população. São portarias, resoluções e instruções normativas que regulamentam a assistência, na perspectiva da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, inaugurando um modelo assistencial pautado na abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com ênfase nas ações de promoção à saúde, na reabilitação e na inclusão social. Destacamos as Leis n.º 7.853/89¹¹ e n.º 8.080/90¹², Decreto n.º 3.298/99¹³, bem como a Portaria nº 793/12¹⁴, como

¹¹ Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

¹² Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹³ Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

¹⁴ Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

fundantes da pesquisa já que a formação dos acadêmicos deve contemplar as necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS.

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

O atendimento à pessoa com deficiência em Salvador

A situação da atenção à saúde da pessoa com deficiência, em Salvador¹⁵, é alarmante no que tange à administração e ao gerenciamento dos recursos e ações de saúde. Apesar dos esforços neste campo e das conquistas legais em relação à mudança de modelo de atenção, à implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), à mobilização de setores organizados da sociedade para repensar as questões de saúde, o município de Salvador ainda está aquém das mudanças já ocorridas em grande parte das capitais do país. Em relação às pessoas com deficiência, a atenção se mantém atrelada aos grandes centros de reabilitação da Rede Sarah, os filantrópicos ou, ainda, em âmbito governamental, priorizando o terceiro nível de atenção¹⁶.

A Prefeitura Municipal de Salvador, no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, entre outras informações, evidencia alguns avanços e desafios no que diz respeito ao sistema e serviços de saúde do município.

Como ampliação ao acesso da população aos serviços básicos, o Documento afirma que no período entre 2002 e 2013 a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou de 3% para 23%, o que

¹⁵ Município onde fica o Campus I da Universidade do Estado da Bahia.

¹⁶ O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se organizado em níveis de atenção à saúde de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade, conforme o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados. Segundo essa lógica, na base está os serviços de menor complexidade e maior frequência, que funciona como a porta de entrada para o sistema, seguido pelos serviços de complexidade média e alta e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta complexidade, fortemente especializados, o terceiro nível de atenção.

contribuiu para o alcance de 31,4% de cobertura de Atenção Básica e aumento na cobertura das Equipes de Saúde Bucal (SB) refletindo em 25% de cobertura.

O município aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o cadastramento de 189 equipes de Atenção Básica, 144 equipes SB e 02 NASF; ao Programa Saúde na Escola (PSE) vinculados a 82 escolas, destas 54 municipais e 28 estaduais; ao Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), disponibilizando 112 vagas, no entanto somente 55% (62) dos profissionais assumiram função nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); e ao programa federal Mais Médicos sendo selecionados 40 médicos, no entanto somente 18 médicos incorporaram as equipes da atenção básica. Também elaborou o Plano Municipal de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, que dispõe de equipe multidisciplinar ofertando ações de atenção básica para a população privada de liberdade no Complexo Penitenciário da Mata Escura e na Colônia Lafayette Coutinho.

No entanto, o Documento reconhece que são vários os problemas relacionados à assistência em saúde dos usuários do SUS em geral e das pessoas com deficiência em particular que vão desde a prestação de serviço e infraestrutura a organização e gestão. Quanto aos problemas relacionados à prestação do serviço, o Documento aponta, entre outras, a pouca disponibilidade de vagas para marcação de consultas e exames especializados; inexistência de centros de especialidades em alguns Distritos Sanitários (DS); dificuldade de acesso da comunidade das ilhas aos serviços de urgência e de especialidades; baixa cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da atenção básica; insuficiência de equipes de NASF; insuficiência de rede especializada de referência para saúde mental; despreparo técnico dos profissionais de saúde para atendimento aos usuários com transtornos mentais; deficiência na qualidade do atendimento aos usuários nas unidades, inclusive no que se refere às questões étnico-raciais e de gênero, além de inexistência de rede de serviços de referência em alguns Distritos.

São problemas relacionados à infraestrutura a precariedade e inadequação das unidades de saúde e dos DS, principalmente para implantação de programas e acesso das pessoas com deficiência, além do déficit de profissionais de saúde de diversas categorias. Em relação à gestão foram

relacionados alguns problemas, entre eles, a falta de efetividade da Política de Educação Permanente para qualificação dos profissionais e trabalhadores da saúde; fragilidade no acolhimento dos usuários nas Unidades de Saúde; ausência de uma política de educação popular em saúde, de promoção da saúde e de fortalecimento do controle social; inexistência de Conselhos Locais de Saúde; e falta de informação dos usuários acerca dos locais que ofertam serviços de saúde e fluxo de referência.

Quanto à organização, entre os problemas elencados estão: dificuldade no acolhimento ao paciente com transtorno mental leve pela atenção básica; ausência de articulação entre o NASF, a ESF e demais serviços de saúde; falta de organização nos serviços; fragilidade na referência e inexistência de contra-referência para as unidades de saúde; e falta de humanização dos serviços.

O Plano Municipal de Saúde 2014-2017 ressalta ainda que, em Salvador, as pessoas com deficiência contam com o atendimento da rede básica de saúde e nos serviços especializados. No entanto, de modo fragmentado, com quantidade reduzida sendo que a maioria dos estabelecimentos está habilitada para assistir uma única deficiência. Em relação aos Centros Especializados em Reabilitação (CER), em Salvador existem três, sendo dois sob gestão estadual (CEPRED - CER III e OSID - CER IV) e um sob gestão municipal (CER II- Reabilitação Intelectual e Física/NACP). Esta situação não é compatível com a real necessidade do município considerando a prevalência das deficiências, portanto, o Serviço de Fonoaudiologia pode vir a ser de fundamental importância para o desenvolvimento do SUS no município de Salvador como polo formador de recursos humanos, como referência de assistência, com desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para o sistema de saúde local.

Evidentemente, a reorientação do modelo com ênfase na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS, não será fácil. Envolve mudanças da orientação para a formação profissional, na dinâmica do serviço, redefinição de responsabilidades entre os protagonistas, entre outras.

No que diz respeito ao acesso dos pacientes ao Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, no alcance dessa pesquisa, muitas dimensões não são sequer vislumbradas. Acesso, aqui, é entendido não apenas como o acesso

ao meio edificado público e privado, às instituições de saúde, aos transportes e às tecnologias da informação e da comunicação, mas como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção da atenção e as capacidades correspondentes da população para superação desses obstáculos.

Os relatos sobre o acesso ao Serviço foram restritos à percepção das professoras, já que os usuários – estudantes e pacientes – não são formalmente, ou sistematicamente, ouvidos na Instituição. Ressaltamos que a comunicação entre os sujeitos é fundamental para a Gestão Social pois,

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

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

[...] talvez, por ser público, eles não pagam o exame, eles sempre vêm e acabam, no final, recebendo o exame e agradecendo muito. [...] Principalmente nos meus estágios, eles sempre agradecem, [...], sempre se comportam assim, como se estivessem muito satisfeitos. Então, não sei, pensando nisso [Referência à avaliação do Serviço pelo usuário] acho até que eu vou perguntar a alguns pacientes agora o que e que eles acharam. (Júpiter, relato oral, 2014)

Cabe, aqui, fazer a distinção entre assistência e o assistencialismo, conceitos frequentemente confundidos, mas carregados de sentidos.

Segundo Demo (2012), a *assistência* é um direito que faz parte de democracia e da cidadania, dirigido a grupos populacionais que, por questões estruturais, não se autossustentam, como o caso de pessoas com deficiência, idosos entre outros em situação de vulnerabilidade, sendo uma forma concreta de realizar o direito à sobrevivência. Nesse caso a *assistência* tem a finalidade de recompor a capacidade de autossustentação, não de substituí-la. Também pode ser um direito conjuntural de pessoas ou grupos vítimas de emergências graves como seriam as vítimas de enchente, pestes etc., perdura enquanto

perdura a emergência, tendo aí a finalidade de recompor as condições normais de sobrevivência. Já o *assistencialismo* é estratégia de manutenção das desigualdades. Para o autor,

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

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

No Serviço de Fonoaudiologia, a preocupação maior das professoras é garantir o atendimento a todos os pacientes, em um bom padrão de qualidade técnica, mas os problemas estruturais são muitos e diversos, com destaque para a infraestrutura,

[...] aqui nós temos dois audiômetros antigos, temos dois imitânciômetros. O rapaz da calibração [serviço prestado por empresa] veio e os equipamentos não puderam ser calibrados porque quebrou - funciona irregularmente, às vezes ele liga e às vezes não liga, não serve para oferecer um atendimento à população. (Júpiter, relato oral, 2014)

Os equipamentos representam um recurso fundamental para a assistência de pessoas com deficiência sendo, inclusive a sua ineficiência, um impedimento aos princípios organizativos do SUS – Resolutividade –, ou seja, o serviço tem que estar equipado para enfrentar o problema de saúde. Mas o Serviço de Fonoaudiologia tem muitos obstáculos na sua resolutividade.

[...] número de pratica, é aberto de acordo com a previsão de alunos que vão se matricular naquele semestre. Então, esse semestre [2014.2], por exemplo, eu tenho seis alunos, mas o semestre passado [2014.1] eu tinha quatro. Então, do semestre passado para esse, maravilha, porque eu tinha quatro pacientes, eu posso chamar mais dois. Mas eu fico aqui me consumindo torcendo para que o semestre que vem eu tenha seis também. (Saturno, relato oral, 2014)

[...] a nossa estrutura física, a clínica se tornou pequena. Um grande problema que nós temos é o calendário: a gente só funciona de acordo com o calendário da Universidade. Então, a gente tem as interrupções - fora férias: aí tem interrupções decorrentes da universidade mesmo -; ou paralisação docente, paralisação do técnico, da parte técnica, do pessoal terceirizado de limpeza... Então, você fica à mercê dessas questões. (Marte, relato oral, 2014)

Esses relatos evidenciam problemas decorrentes do modelo assistencial adotado pelo Serviço de Fonoaudiologia, melhor dizendo, as ações de atenção à saúde, organizadas dentro do modelo biomédico, de caráter individual e curativo. Além de não permitir a participação do sujeito no projeto terapêutico, leva à dependência dos usuários ao serviço de saúde. Sendo assim, quando acontece qualquer dificuldade que inviabilize o atendimento, o paciente acaba por ficar desassistido.

Outro problema foi a acessibilidade física do paciente ao Serviço,

[...] acho que falta recurso para algumas coisas. O elevador, por exemplo, aqui é uma clínica que atende afásico, que pode atender pacientes com paralisia facial, cerebral. [...] Nessa semana mesmo, ontem na verdade, eu atendi um bebezinho... o pai trouxe a criança que chorava e ele tinha que ir lá embaixo, lá para o térreo, porque a mãe fez cesariana e tinha só dez dias e ela não podia subir a escada. Aí levava a criança para lá para amamentar para ele se acalmar e voltava. [...] Aqui é uma clínica que funciona há muito tempo [...] não tinha um elevador; conseguiu um elevador e ele está aí. Eu estou na UNEB há um ano e o elevador não funciona. Então, eu acho que falta também um pouco de investimento nesse sentido. Eu acho que não funciona como deveria funcionar - questão de espaço, questão da dinâmica precisa melhora também. (Júpiter, relato oral, 2014)

Este é um dos grandes problemas a ser equacionado pela Universidade: a acessibilidade. A promulgação da Constituição Federal de 1988 garante da atenção à saúde, assim como o direito de todos à saúde, somente é conquistada se a população tiver condições de acessibilidade aos serviços. Também é sempre bom lembrar que o ambiente físico é fator externo aos indivíduos e pode ser facilitador ou barreira para seu desempenho enquanto membro da sociedade, assim,

Barreiras são fatores ambientais que, por meio da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Esses incluem aspectos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida (OMS/CIF, 2003, p. 244).

Enfim, reorientar o modelo de assistência do Serviço de Fonoaudiologia com ênfase nos princípios do SUS implica na mudança de atitude da Universidade, estruturando e melhorando os serviços de forma que atendam a esse grupo populacional de maneira adequada.

Desafios e Possibilidades para o atendimento à pessoa com deficiência na UNEB

Os problemas relativos à assistência da pessoa com deficiência são muitos e variados. Aqui, agruparemos em dois grandes aspectos.

a) O primeiro, e o mais aparente, diz respeito às práticas cotidianas do Serviço. Podemos observar que as ações desenvolvidas no Serviço de Fonoaudiologia seguem o modelo hegemônico de formação profissional e cuidado em saúde, pautado na assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos; entretanto, atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não seu foco central. A formação profissional envolve aspectos que vão além da habilidade técnica; envolve a compreensão da noção de clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.

A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para realizar uma reformulação, uma reconstrução ampliada do modelo biomédico. A proposta pressupõe uma equipe interdisciplinar dialogando com o usuário do serviço, considerando que o diagnóstico deve ser feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também pela história de quem está sendo cuidado (Brasil, 2009b).

b) O segundo aspecto e mais importante do ponto de vista dessa pesquisa, implica nas necessárias mudanças institucionais e envolve ferramentas de gestão e planejamento estratégico, entre outros. O Serviço de Fonoaudiologia é usado, prioritariamente, como campo de treinamento técnico, sem vínculo com o Sistema de Saúde, com gestão pouco profissionalizada. Nele, é possível verificar problemas estruturais, tais como, inexistência de Software adequado, dificuldade para a manutenção de equipamentos, falta de acessibilidade, número irregular de alunos, atendimentos dependentes do calendário da Universidade etc. Assim, é essencial viabilizar instâncias estratégicas em estado de potência que integrem as finalidades do serviço – educação e saúde; a produção de sujeitos – os usuários; e a sustentabilidade.

De fato, muitas dificuldades são enfrentados no Serviço de Fonoaudiologia para sua aproximação aos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, é fundamental que a Universidade assuma a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos usuários. A Universidade é uma instituição social e sua natureza pública se confirma na medida em que diferentes setores da sociedade se beneficiam dos resultados de sua ação. Assim, o Serviço de Fonoaudiologia deve ter um papel importante no fortalecimento da legitimidade dessa Universidade pública – a UNEB.

CLÍNICA-ESCOLA: articulação ensino-serviço na formação inicial dos profissionais da saúde

A pesquisa na Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia – UNEB/CAMPUS I discute aspectos da formação profissional para a saúde, articulados sob os eixos da sustentabilidade e cidadania, entendendo que esses eixos são elementos fundantes para prática com visão crítica em relação ao mundo, ao país e suas contradições.

Como o nome sugere, Clínica-Escola é um espaço que tem como foco de atuação duas dimensões - a da educação e da saúde. No entanto, o estudo propõe ir além da discussão dessas duas áreas como campo de saberes e práticas, tradicionalmente reconhecido, apontando a possibilidade de seu uso como estratégia de mudança no e do sistema.

Como referência inicial para fundamentar a discussão sobre as práticas na Clínica-Escola tomamos Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e o estudo organizado pelo Inep/MEC (2006) sobre a trajetória dos cursos de graduação na área da saúde, entendendo que o estágio supervisionado deverá refletir a real integração de todos os conteúdos desenvolvidos no curso.

Foi utilizado como referência o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde –, programa lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, e do Ministério da Educação que visa à reorientação da formação profissional, frente ao modelo de organização da atenção à saúde preconizada no SUS.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Fonoaudiologia (2002), assim como para todas as outras áreas de Saúde, desenharam as competências necessárias para os profissionais de saúde atuarem frente às novas tecnologias e enfrentarem os desafios do desenvolvimento do SUS. As Diretrizes se constituíram em mudanças importantes no ensino superior, de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de

atividades teóricas focado no modelo biomédico e curativo, individualizado, para currículos flexíveis, modulares, orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, dirigido à coletividade (ALMEIDA FILHO, 2015).

O perfil desejado para o profissional de fonoaudiologia, segundo as novas diretrizes, deve ser formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, orientação diferente da formação tecnocrática e especializada exigida até então, provedora dos conhecimentos e das habilidades ocupacionais necessárias à expansão da produção interna e do investimento externo. Essas diretrizes vão ao encontro de Giroux e Simon (2011) que defendem as escolas como formas sociais que ampliam as capacidades dos estudantes, habilitando-os a intervir na formação de suas próprias subjetividades e capacitando-os para o exercício do poder “com vistas a transformar as condições ideológicas e materiais de dominação em práticas que promovam o fortalecimento do poder social e demonstrem as possibilidades da democracia” (GIROUX e SIMON, 2011, p.109).

O estudo organizado pelo INEP/MEC (2006) pode ser útil às IES com relação a algumas características dos estudantes de fonoaudiologia, entre elas, a fragilidade na formação referente aos conhecimentos gerais que perpassam o cotidiano deles e a sociedade na qual estão inseridos, o que leva a uma visão estreita e pouco crítica da realidade social. O estudo ainda aponta a formação do estudante fortemente marcada pelos aspectos clínicos e centralizada nas técnicas, condição que precisa ser alterada para atender as demandas atuais. Todavia, ressalta que em algumas competências e habilidades específicas, expostas nas Diretrizes Curriculares, mantêm-se a ênfase na visão clínica, centralizada no atendimento ambulatorial e tecnicista limitando a formação orientada pelos princípios do SUS.

Na perspectiva dessa pesquisa, as Diretrizes Curriculares não avançaram com relação aos estágios curriculares. Segundo o Documento, esse deve ser desenvolvido sob supervisão docente, porém, prioritariamente, nos dois últimos anos de formação, e com a maioria das atividades realizadas na clínica-escola. Essa orientação além de considerar a formação global do estudante de forma hierarquizada, implicando em primeiro conhecer os conceitos para depois a sua

aplicabilidade no contexto profissional, também contraria a orientação do Estado de diversificação das práticas profissionais.

Assim, parece natural que a fragmentação do ensino, mediante o desenvolvimento de conteúdos isolados e estanques, fazendo com que formação global do estudante seja protelada para as atividades de atendimento ao paciente durante os últimos períodos do curso, seja a tônica do curso de fonoaudiologia da UNEB, como lemos no relato da professora,

Eles precisam criar essa habilidade mesmo. Pegar todo aquele conceito, todo aquele embasamento teórico, que eles foram tendo e começar a aplicar naquele sujeito em particular e ver o que é que serve para ele, ver o que não serve, como é que ele pode adaptar, ir fazendo, dando jeito, porque, o que ele precisa é ofertar uma melhor comunicação para o sujeito. (Marte, relato oral, 2014)

Na expectativa de reverter a formação essencialmente tecnicista oferecidas pelas IES, a Diretriz Curricular reforça a necessidade de o Curso incorporar, no seu projeto pedagógico o arcabouço teórico do SUS, ou seja, “a formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (CNE, 2002).

Nesse sentido, considerando a formação do profissional que contemple a atenção integral da saúde num sistema organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de referência e contra-referência e o trabalho em equipe –, o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, tem ainda um longo percurso pela frente, é o que atestam os relatos das professoras:

A gente não tem, por exemplo, uma assistente social, onde a gente pudesse fazer um trabalho de apoio. A relação que a gente tem com outros lugares para referenciar é solto, não é? Assim, a gente tem indicações, mas não faz uma ligação de referência e contra referência, uma coisa assim de juntar, nem fora, nem dentro. Aqui, a gente tem a clínica de nutrição, a clínica de fisio (sic), a psicologia, mas até agora, isso não funcionou de forma que seria ideal funcionar, ou seja, um conjunto de clinicas que dialogassem, entendeu? Eu acho que é futuro, né? (Mercúrio, relato oral, 2014)

Eu acho que às vezes, por a gente não ter um serviço de média complexidade ou de alta complexidade, fica uma coisa muito

amadora [referindo-se a assistência] no sentido de que é como se a gente tivesse fazendo um trabalho meio que voluntário porque ele chega com aquele papelzinho do SUS, mas a gente não tem para onde encaminhar porque a gente não é ligado a essa parte da política pública, à rede. Então, fica uma questão assim, meio que isolada; eu acho que falta alguma coisa porque fica meio que um trabalho voluntário. [...] Eu vejo que, às vezes, dentro da própria Universidade, tem gente que não sabe que aqui tem esse serviço. (Urano, relato oral, 2014)

O Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, isolado e não comunicante com os demais Serviços da própria Instituição, nem com serviços externos a ela, caracteriza um sistema fragmentado de atenção à saúde, ainda hegemônico, e que precisa ser substituído por sistema integrado de atenção à saúde, as RAS, que permite responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população assistida (MENDES, 2011). O Pró-Saúde (BRASIL, 2007b, p.12) também denuncia que,

Muitos serviços próprios das IES seguem as demandas de pesquisa e especialização sem atender às necessidades de oferecer referência e contra-referência à rede do SUS. Perpetua-se, assim, uma lógica de uma clientela cativa, cujos problemas poderiam ser resolvidos na rede de atenção básica, restringindo o acesso dos que têm indicação para utilizar recursos de atenção da média e alta complexidade.

O SUS sugere que a Clínica Ampliada, as Equipes de Referência e os Projetos Terapêuticos Singulares são as ferramentas para buscar a articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta e participativa.

Na Clínica Ampliada busca-se integrar várias abordagens e assim possibilitar o manejo eficaz dentro da complexidade que é o trabalho em saúde, essencialmente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Nessa proposta, a construção do diagnóstico e da terapêutica – Projeto Terapêutico Singular – é compartilhada pela equipe de saúde, pelos serviços de saúde e pelos usuários, colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais, e, evitando uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico uma vez que cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento (BRASIL, 2009b).

O sistema de referência e contra-referência é um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS, considerando que sua estruturação constitui-se como uma das principais formas de se alcançar uma assistência de qualidade e humanizada, um dos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro.

Os relatos de Mercúrio e de Urano reforçam a necessidade de superação do modelo, comumente praticado na saúde em geral, de uma prática fragmentada, centrada em produção de atos técnicos desarticulados entre as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação dessa questão, é preciso repensar como se dão os processos de formação dos profissionais de saúde em geral, e de fonoaudiologia em particular, incorporando novas práticas pedagógicas e gerenciais que atendam às demandas e as necessidades das pessoas, grupos e comunidade dentro do novo paradigma de atenção à saúde.

Outra dificuldade encontrada no Serviço de Fonoaudiologia para a reestruturação do currículo tem relação com a perspectiva de formação docente, sem aportes epistemológicos em outras áreas. Conforme relato de uma das professoras,

[...] De maneira geral, eu acho que a clínica escola ela está bem bacana, [...] não é uma clínica modelo [...] enquanto modelo de clínica, eu acho que ele vai ter que ser reinventado, vai ter que ser pensado de outra forma, não que esse modelo seja ruim... Mas eu acho que é um modelo que ele precisa acompanhar as mudanças que a proposta curricular nova vem oferecendo. Então, os meninos do currículo novo vêm com um conhecimento, uma carga de saúde coletiva, de saúde pública muito forte, muito significativa. E nós, professores, eu me incluo, a gente não tem uma formação, na sua grande maioria. Então, nós, professores mais velhos, a gente não teve formação em saúde coletiva. [...] (Terra, relato oral, 2014)

Temos nesse relato a preocupação com o descompasso entre a formação docente e as novas orientações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação da saúde; apesar de valorizar a formação técnica, reconhecem a importância da capacitação do docente como formador de sujeitos e não simplesmente como informador de conteúdo.

Enfim, apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais para Fonoaudiologia terem sido aprovadas em 2002, ainda vemos dificuldades para sua implantação, superando práticas com ênfase no modelo biomédico e curativo; práticas feitas, exclusivamente, em um Serviço, sem interação com os outros serviços de assistência da UNEB, sem interação com o SUS e com uma formação docente ainda sem aportes teóricos e epistemológicos em outras áreas como, por exemplo, de educação.

A Clínica-Escola é um espaço de ensino e assistência que funciona em IES, prestando serviço de atendimento à saúde pública através do estágio supervisionado e atividades de extensão. O Estágio Supervisionado, obrigatório, ou não, conforme a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008, deve integrar o Projeto Pedagógico do Curso e ser desenvolvido em ambiente de trabalho, visando à preparação do estudante para a vida cidadã e para o trabalho (BRASIL, 2007b). Portanto, além de representar a possibilidade de acesso popular ao tratamento de reabilitação, a Clínica-Escola, a priori, deve aproximar o discente das situações práticas do cotidiano da profissão, ou seja, deve promover a formação profissional contemplando o sistema de saúde pública que tem como princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade de assistência; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.

Na tentativa de aproximar a formação profissional dos princípios do SUS, nos últimos anos, o governo vem implantando políticas nas áreas sociais, especialmente nas de Saúde e de Educação. Na saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) desenvolve ações para o fomento de políticas e Programas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS.

A proposta do Ministério da Saúde/SGTES em parceria com o Ministério da Educação é uma estratégia definida no sentido de estimular processos de mudança na graduação da área da saúde que parece ir ao encontro dos desafios impostos pelas necessidades sanitárias. A sua construção conceitual induz o compromisso das instituições – IES e gestão do sistema de saúde – com a

consolidação do SUS. No entanto, a estruturação e operacionalização da proposta, dependem de muitos fatores internos, como a falta de comunicação entre as IES e os Serviços Públicos de Saúde, o contato tardio do estudante com o sistema entre outros que devem ser identificados, para uma melhor compreensão dos limites e possibilidades. Entretanto, é fato que o Estado vem desenvolvendo propostas de aproximação da comunidade acadêmica aos cenários do SUS – como Aprender-SUS, Ver-SUS e as Residências Multiprofissionais, além do Pró-Saúde. Acreditamos que essas iniciativas podem auxiliar na implantação de mudanças na graduação.

Entre os Programas citados acima, assumiremos o Programa de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde – Pró-Saúde, para levantar elementos para discussão dessa pesquisa, uma vez que este tem como foco a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional.

O Pró-Saúde considera que qualquer investimento é em vão se não houver articulação entre as instituições formadoras e os serviços prestados à população, no sentido de corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. O Programa antevê a IES integrada ao serviço público de saúde, oferecendo respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação dos serviços (BRASIL, 2005a).

Em sua primeira fase, o Programa contemplou os cursos de graduação das áreas que integram prioritariamente a equipe Saúde da Família: Medicina, Odontologia e Enfermagem. Posteriormente, com a publicação da Portaria Interministerial no 3.019, de 27 de novembro de 2007, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2007b), como Fonoaudiologia – campo de estudo desta pesquisa.

Com a implantação do Pró-Saúde, busca-se a construção efetiva da integração ensino-serviço, envolvendo tanto a atenção básica quanto os outros níveis de atenção, aproveitando amplamente a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pela utilização dos serviços próprios das IES – hospitais universitários, ambulatórios especializados, clínicas odontológicas e

outros – funcionalmente integrados ao SUS. Participam do Pró-Saúde os cursos de graduação da área da saúde de IES públicas ou privadas sem fins lucrativos em parceria com Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde que tenham concorrido aos editais do Programa (BRASIL, 2005b).

Para o desenvolvimento do Pró Saúde são propostos três eixos principais, – a) orientação teórica, b) cenário de prática e c) orientação pedagógica –, que devem ocorrer simultaneamente em direção à situação desejada. São apresentados para cada um desses eixos, três vetores específicos, os quais devem servir de parâmetros para nortear o respectivo eixo.

a) Pró-Saúde: orientação teórica

Para o Programa, assim como para essa pesquisa, a produção de conhecimentos deve ser orientada segundo a realidade social do entorno e as necessidades de saúde loco-regionais. Em seus estudos sobre Clínica-Escola, Marcos (2011) defende que o processo acadêmico que acontece nesse espaço de formação é decorrente das necessidades da comunidade. A Universidade não existe autonomamente, mas na relação com a comunidade e com a sociedade, e a Clínica-Escola é um ponto dessa interseção. Entretanto, percebemos que ainda é frágil o diálogo entre o Serviço de Fonoaudiologia e a comunidade.

Sousa Santos (2011) chama a atenção sobre o conhecimento universitário que dominou todo o século XX, um conhecimento produzido de modo segmentado, hierárquico, instrumental, útil na formação de mão de obra qualificada exigida pelo desenvolvimento capitalista e relativamente desconectado dos problemas cotidianos das sociedades. Assim, infelizmente, a Universidade se distanciou dos problemas sociais e criou um *ethos* distante das demandas da comunidade, constituindo um desafio a ser superado.

Ainda para o Programa, é essencial que a produção de conhecimento contemple, além das necessidades do SUS, a educação permanente para manter a capacitação da força de trabalho no setor, superando a tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização e estimulando a articulação com as necessidades assistenciais.

Marcos (2011) destaca que o ambulatório universitário traz semelhanças com outros serviços ambulatoriais – a demanda espontânea e induzida, seu escoamento, os encaminhamentos, a existência, ou não, da lista de espera, a triagem, a necessidade de equipes interdisciplinares, o gerenciamento do serviço, entre outros –, mas deles se diferencia na medida em que, além de formação, é também espaço de pesquisa. Para ela é preciso,

[...] considerar as dificuldades e os problemas com os quais nos deparamos e nos deixarmos transformar por eles. A comunidade não está a serviço do ensino; ao contrário, é a Universidade que se deixa transformar por essa relação com a comunidade. (MARCOS, 2011, p. 206).

Corroborando com essa perspectiva Morin (2012), quando coloca que a Universidade deve adaptar-se à sociedade assim como, a sociedade deve adaptar-se à Universidade. Segundo o autor, há complementaridade e antagonismo entre as duas missões: uma remete à outra em um círculo que deve ser produtivo. Ancorada em Morin (2012, p. 82), assumimos, nessa pesquisa que,

É dupla função da Universidade: adaptar-se à modernidade científica e integrá-la; responder às necessidades fundamentais de formação, mas também, e sobretudo, fornecer um ensino metaprofissional, metatécnico, isto é, uma cultura.

São muitos os desafios para o alcance de uma dupla missão: a pressão *superadaptativa*, que leva a adequar o ensino e a pesquisa às demandas econômicas, técnicas e administrativas do momento; a disjunção radical dos saberes entre disciplinas e a enorme dificuldade em se estabelecer um ponto institucional entre elas¹⁷; e a disjunção entre cultura humanista e cultura científica que provoca graves consequências para elas (MORIN, 2012).

Um número expressivo de IES oferta cursos de especialização segundo lógica interna – pressão de grupos de poder, influências das corporações –, e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais, o mesmo ocorrendo com relação às pesquisas. Nesse contexto de pressão, observa-se a evolução de uma IES, antes dotada de relativa autonomia frente aos processos do mercado, agora subjugada aos interesses e demandas imediatas deste, repercutindo em

¹⁷ Os desenvolvimentos disciplinares trouxeram as vantagens da divisão do trabalho e a inconveniência da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. A hiperespecialização impede de ver o global e o essencial (MORIN, 2012).

uma “certa incapacidade epistemológica da Universidade e na criação de desorientação quanto às suas funções sociais” (SOUSA SANTOS, 2011, p.48).

A cultura humanista é uma cultura geral que põe os problemas fundamentais da condição humana, estimula a reflexão sobre o saber já a cultura científica promove descobertas, teorias, mas não a reflexão sobre o destino humano e o futuro da própria ciência. Para Morin (2012), e nesse estudo, a perspectiva é de uma educação para uma *cabeça bem-feita*¹⁸, que permita a ligação entre as duas culturas - “daria capacidade para se responder aos formidáveis desafios da globalidade e da complexidade na vida quotidiana, social, política, nacional e mundial” (idem, idem, p. 33). Nesta perspectiva, o estudo da condição humana não depende apenas da reflexão filosófica, depende, também, das ciências naturais renovadas e reunidas – a Cosmologia, as ciências da Terra e a Ecologia¹⁹ –, que apresentam um tipo de conhecimento que organizam um saber anteriormente disperso e compartimentado (MORIN, 2012). Enfim, um pensamento unificador, “conhecer o humano não é separá-lo do Universo, mas situá-lo nele” (idem, idem, p. 37).

Portanto, para a formação de futuros profissionais, é necessário refletir sobre a maneira como estão sendo construídos os processos de aprendizagem uma vez que,

O conhecimento do paradigma emergente tende assim a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa (SOUSA SANTOS, 2010, p.64).

Para Sousa Santos (2010), a superação da dicotomia não é suficiente para caracterizar o modelo de conhecimento no paradigma emergente. A fragmentação não é disciplinar mas temática. O conhecimento emergente tem como horizonte a totalidade universal, porém, também é local, a medida que se

¹⁸ Para Morin (2012), é a primeira finalidade do ensino: uma cabeça bem-feita que significa que o desenvolvimento de aptidões gerais da mente aumenta a capacidade para colocar e resolver problemas; em vez de acumular o saber, é mais importante organizá-los de maneira que permitam a ligar os saberes e lhes dar sentido.

¹⁹ Essas novas ciências são poli ou transdisciplinares, têm como objeto não um fragmento ou uma parcela, mas um sistema complexo, que forma um todo organizado (MORIN, 2012).

constitui em redor de temas “que em dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projeto de vida locais (Sousa Santos, 2010, p. 76).

b) Pró-Saúde: cenários da prática

O Pró-Saúde incentiva a introdução dos alunos no SUS, a fim de mostrar-lhes as reais demandas da população, permitindo que eles aprendam a valorizar o coletivo com um olhar mais reflexivo sobre os usuários, a vivenciar o trabalho de equipe e elaborar ações de promoção de saúde ao invés de apenas tratar ou curar a doença. Orienta que as práticas de atenção à saúde ocorram ao longo de todo o curso, em todos os níveis de atenção, e que os serviços próprios da IES estejam igualmente integrados na Rede, incluindo todos os equipamentos sociais.

Ainda sugere que as IES podem hierarquizar cada um desses vetores em estágios que partem de uma situação mais tradicional até alcançar a desejada, ou seja, os seus Serviços próprios, hoje, isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa, devem evoluir para Serviços completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas e com desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS. Porém, como já relatado, o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB enfatiza uma abordagem de caráter curativo orientada ao indivíduo e sem articulação com a rede do SUS.

No curso de Fonoaudiologia da UNEB, até o momento, todas as atividades práticas são desenvolvidas na Clínica-Escola de Fonoaudiologia. Entretanto, na tentativa de reorientar o modelo adotado pela instituição para a formação de recursos humanos em saúde, os cursos que integram o Departamento de Ciências da Vida – DCV²⁰, – construíram, coletivamente, novos projetos com componentes curriculares comuns aos cursos, ofertados de modo alinhado, como estratégia de integração entre os cursos, a partir do primeiro semestre de 2012. Dentre os projetos encontra-se o Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade – Piasc (PEREIRA, 2013).

²⁰ Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Nutrição.

O Piasc é desenvolvido durante os três primeiros semestres – Piasc I, Piasc II e Piasc III –, envolvendo atividades teóricas e práticas, realizadas em unidades de saúde da família (USF) da Rede de Atenção Primária do município de Salvador Bahia-Brasil. No Piasc I, as atividades práticas têm a finalidade de familiarizar o estudante com conceitos e práticas sobre território, organização e o funcionamento da USF; o Piasc II envolve a discussão sobre técnicas e estratégias utilizadas na realização do diagnóstico situacional da USF; e o Piasc III discute o planejamento em saúde com vistas à realização de uma intervenção (PEREIRA, 2013). Assim,

O Piasc é um Programa de integração com a comunidade [...]. Ele congrega todos os cursos de saúde da UNEB, por exemplo, eu fui professora do Piasc. Então, eu, fonoaudióloga, tinha alunos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fono (sic) [...] No Piasc I, você vai conhecer essa unidade de saúde, vai fazer todo levantamento dessa unidade de saúde e conhecer o território junto com os agentes comunitários [...] no Piasc II, ele já conheceu a comunidade, vai fazer um levantamento das demandas dessa comunidade. Piasc III, ele vai preparar ações para aquela comunidade, eles conversaram com os agentes comunitários, o que a universidade poderia ofertar. São diversos cursos, então não vai se falar só de Fono (sic), não vai só falar de Medicina. É muito interessante porque o de Medicina vai entender o que o de Fono (sic) faz, o que poderia estar fazendo numa unidade de saúde e com um trabalho inteirado interdisciplinar atenderia aquele sujeito na sua integridade. Então é uma proposta muito interessante. (Marte, relato oral, 2014)

Assim, o Piasc é importante para a perspectiva de superação do modelo assistencial hegemônico, pois desenvolve ações de promoção da saúde em uma UBS, numa perspectiva multidisciplinar. No entanto, essa ação não tem proporcionado o necessário diálogo entre a Universidade e os sujeitos coletivos. A integração do Programa com o Serviço de Fonoaudiologia seria uma boa oportunidade para possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos profissionais envolvidos, ou seja, possibilita inserir no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB a cultura da referência e contra-referência.

c) Pró-Saúde: orientação pedagógica

O Programa propõe referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde a fim de superar o processo de formação profissional, considerado tradicional e inadequado, tendo como parâmetro as necessidades do SUS. Esse eixo prevê uma nova organização do conteúdo com integração de disciplinas e atividades do ciclo básico com o profissional ao longo de todo o curso. Assim,

Um conceito-chave do modelo pedagógico consequente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da clássica sequência teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo que acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Pretende-se a integração entre os ciclos básico e clínico. (BRASIL, 2007b).

Nesse eixo também é sugerido a incorporação de novos referenciais pedagógicos pautados pelas metodologias ativas de ensino possibilitando que o estudante ocupe seu lugar de sujeito na construção do conhecimento e coloque o professor como facilitador desse processo. Entretanto, o envolvimento do estudante com a discussão crítica e reflexiva sobre seu processo de formação, ainda é frágil na cultura da UNEB, conforme o relato da professora:

[...] não acho que os alunos tenham voz. [...] Eu acho que nesse estágio [referindo-se ao estágio do qual é supervisora] os pacientes têm a possibilidade de construir o planejamento terapêutico deles em conjunto com o planejamento terapêutico ser ofertado e discutido. [...] Acho que um espaço possível para essas mudanças acontecerem é nas reuniões de colegiado e de área, principalmente, mas, mesmo nas reuniões de área a gente começou a discutir o que tá sendo ofertado nas disciplinas teóricas. (Vênus, relato oral, 2014)

Do ponto de vista do Pró-Saúde, um dos objetivos fundamentais da aprendizagem no curso de graduação é o de *aprender a aprender* em função da velocidade em que os conhecimentos e tecnologias são produzidos. Isso requer a aplicação de juízo crítico com relação aos saberes formais, mas, principalmente, os saberes informais, incluindo aqueles advindos de sua própria experiência clínica.

Enfim, o caminho para a reforma do ensino e dos saberes deve transpassar a reforma do pensamento e das instituições, e não ser deslocado da educação em geral. Estamos vivendo mudanças em todos os níveis – econômico, político, social, cultural – que impactam nas necessidades e

demandas de saúde e, portanto, de formação profissional e que se faz sentir diretamente no espaço das práticas.

Em linha geral, o Pró-Saúde objetiva a formação de profissionais comprometidos técnico e politicamente com os problemas de saúde da população brasileira, e deseja que as IES orientem o aprendizado prático do estudante para uma abordagem interdisciplinar com ampla articulação entre as ações preventivas e curativas, atuando de forma balanceada na comunidade, no ambulatório, em clínicas-escolas e no âmbito hospitalar, agregando ao processo equipamentos educacionais e comunitários; e que seus serviços estejam completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas e que desenvolvam mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.

Desafios e Possibilidades para o Serviço de Fonoaudiologia na UNEB

Podemos inferir que a Clínica-Escola é um espaço para a produção de conhecimento, para o ensino e para assistência da população, e tem como beneficiários os pacientes e os estudantes. Enfim, esse espaço deve procurar articular dois contextos – universidade e serviços -, visando à qualidade de atenção à saúde e à qualidade da formação profissional, considerando que existe uma inter-relação indissociável entre assistência, gestão e a formação, e que essa formação não pode se ausentar do debate crítico sobre o cuidado na saúde que implica na ampliação do próprio conceito de saúde. É, também, um importante espaço de debate e de decisões democraticamente construídas no seu processo de efetivação para discutir as questões de responsabilidade social nas práticas das instituições públicas, pensando estratégias renovadas de intervenção para a diminuição das desigualdades sociais.

Os desafios do curso de Fonoaudiologia para a reorganização do seu Serviço para uma da Clínica-Escola, certamente, são grandes. Combinar sua capacidade de produzir respostas à complexidade da contemporaneidade com inúmeras limitações quando, os profissionais tiveram outra formação que não está em consonância com o modelo de saúde proposto pelas políticas sociais; favorecer melhor infraestrutura, articulando o Serviço ao SUS; possibilitar

condições institucionais para que os gestores ampliem sua autonomia e busquem estruturação de ações necessárias para um atendimento qualificado à comunidade.

Além da formação profissional, com enfoque, ainda, no aspecto curativo, e desarticulado com o SUS, outro ponto que merece ser considerado é a organicidade interna do Serviço de Fonoaudiologia e sua inter-relação com a comunidade. Sua estrutura física interna²¹, em tamanho e a distribuição espacial, pouco atende aos princípios da acessibilidade, pois, observamos muitos percalços relativos à arquitetura que dificultam o acesso das pessoas com deficiência ao Serviço como: falta de faixa de pedestre, de rampas de acesso, de calçada; além do que, dentro da própria Universidade, o acesso ao serviço se dá através de escadas e o estacionamento privativo para deficiente tem apenas duas vagas.

Os elementos que compõem o espaço físico não devem ser vistos de modo isolado nessa discussão que transcende a abordagem da presença ou ausência de obstáculos para o uso do serviço. Assumimos, então, o conceito de *Ambiência* utilizado pelo Ministério da Saúde para Política Nacional de Humanização (PNH)²²,

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ao adotar o conceito de *Ambiência* para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

Assim, a concepção de *ambiência* implica em pensar um espaço de múltiplas dimensões – físicas, sociais, políticos, econômicos e culturais –, para

²¹ Uma recepção, uma sala de espera, oito salas para terapias, uma de audiometria adulto e outra infantil, uma de imitanciométrica, uma de otoneurologia, duas para observação com espelho-espião, duas de reunião, um almoxarifado, além de dois banheiros - um masculino e outro feminino.

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

ênfatizar a necessidade de ambientes saudáveis, construído coletivamente, que permita o protagonismo e a participação. Diante desta forma participativa, é possível observar o sujeito com direitos e deveres, inserido nos processos decisórios os quais ele deve ser atendido. Nas palavras de Demo (2012, p. 23) “uma sociedade se faz de sujeitos capazes, não de objetos de cuidado”.

A participação dos usuários – estudantes e pacientes – do Serviço de Fonoaudiologia da UNEB ainda é pouco representativo, se dando basicamente através da avaliação do Estágio Supervisionado, conforme relatos das professoras:

[...] Todo final do semestre eles [os pacientes] dão a devolutiva e pedem uma devolutiva também, é mais oral. [...] Com eles [os alunos] a gente sempre faz isso também. Tem o momento de devolutiva de avaliação que eu dou esse retorno pra eles, apesar de que isso, semanalmente, vai acontecendo [...]. Essa parte de fazer devolutiva é feita sempre, e eles vão dando essa devolutiva também. Esse retorno também a gente faz de um jeito mais formal no final do semestre, mas existe esse espaço para ir discutindo isso; a gente já fez algumas modificações, algumas manobras durante o semestre, justamente, porque o grupo percebeu que alguma coisa precisava mudar [...]. Tudo vai acontecendo conforme a dinâmica vai exigindo também. (Saturno, relato oral, 2014)

[...] A promoção de saúde com os idosos já tem três anos, eles [os idosos] valorizam muito. Eu faço avaliação regular [...]. Hoje mesmo nós fizemos uma avaliação escrita do projeto [...]. Eles são muito fiéis, eles gostam muito do Programa, então, esse Programa está mantido [...]. Aqui a gente faz a avaliação do aluno, o aluno faz a sua autoavaliação, e a gente não avalia aquele que foi atendido aqui. E isso tá faltando mesmo, eu acho que é uma coisa que a gente pode discutir. (Mercúrio, relato oral, 2014)

Esses relatos são reflexos de uma prática curricular inscrita numa lógica positivista que não transcende o caráter técnico. O curso privilegia a elaboração de propostas pelos professores, porém essas propostas iniciais não são discutidas pelas pessoas que serão afetadas pela nova diretriz.

Portanto, a partir dessa pesquisa, identificamos a demanda de uma reformulação curricular que traga para a prática clínica o envolvimento dos trabalhadores e usuários – estudantes e pacientes – no processo de

reorganização, buscando sua construção dialógica; considerando que mudanças estruturais e organizacionais serão mais eficientes quando acompanhadas do envolvimento dos sujeitos; cabendo ao professor/supervisor o papel de articulador do processo.

Universidade, Educação e Saúde: articulações necessárias

É de conhecimento público que o Brasil é um país de muitas desigualdades, incluindo, entre elas, distribuição de renda, despesas com bens de consumo, serviços, acesso à saúde e à educação. A síntese apresentada pelo IBGE (2012) confirma tal cenário, mostrando através dos indicadores que as desigualdades contemplam, não só aspectos referentes a grupos populacionais específicos, fruto ainda da histórica exclusão social, mas, também, se apresenta de forma diferenciada nas regiões brasileiras, sendo que o Norte e o Nordeste são as regiões que apresentam os piores indicadores. Assim, o documento do IBGE aponta para a multidimensionalidade da pobreza e da desigualdade e reconhece a premência de implantação de ações e políticas sociais que ampliem o acesso a diferentes serviços, bens e oportunidades (IBGE, 2012).

Portanto, a desigualdade enquanto fenômeno complexo e multifacetado impacta especialmente nas condições de pobreza, entendida como processo de exclusão de direitos básicos e de bem-estar, ou seja, compreende não só a carência material, mas a pobreza política que abrange “a dificuldade histórica de o pobre superar a condição de objeto manipulado, para atingir a de sujeito consciente e organizado em torno de seus interesses” (DEMO, 2012, p. 20).

Daí é preciso reconhecer que aumentam as responsabilidades e os compromissos com a formação de sujeitos na Universidade, principalmente, pública, pois esta Instituição tem importante papel nos conflitos relacionados às desigualdades. A Declaração Mundial sobre a Educação Superior, ainda no seu preâmbulo, reconhece que a Educação é um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, da democracia, do desenvolvimento sustentável e da paz, reafirmando, no artigo 1º, a missão da Educação Superior em contribuir para o desenvolvimento sustentável e o melhoramento da sociedade como um todo.

Assim, no contexto desse estudo, a investigação das práticas de saúde desenvolvidas pelos sujeitos da Universidade junto à comunidade, mais especificamente, do espaço de atendimento à pessoa com deficiência e das práticas desses (futuros) profissionais, estudantes do curso de Fonoaudiologia da UNEB, busca apontar para outros olhares as necessidades de saúde, além da reflexão crítica sobre o papel da Universidade na busca pela construção de uma sociedade inclusiva e cidadã.

Porém, a Universidade atravessa uma crise. Sousa Santos (2013) nos diz que a Universidade encontra-se em uma situação complexa, uma vez que o aumento da demanda da sociedade acontece ao mesmo tempo em que aumentam, cada vez mais, as restrições das políticas de financiamento de suas atividades por parte do Estado. Não lhe parece que a Universidade esteja preparada para enfrentar tal desafio, na sua concepção, estrutural, devido à sua rigidez funcional e organizacional. Fortalecendo essa posição, Morin (2012) afirma que a Universidade tem a missão e a função de conservar, regenerar e gerar cultura e que, o caráter conservador da Universidade é estéril quando é dogmática, cristalizada, rígida, no entanto ela pode ser vital quando salvaguarda e preserva já que, para o autor, “só se se pode preparar um futuro salvando um passado, e estamos em um século onde múltiplas e poderosas forças de desintegração cultural estão em atividade” (MORIN, 2012, p. 81).

Numa análise dos últimos dez anos sobre a crise das Universidades, centrando-se nas instituições públicas, Souza Santos (2011) argumenta que os conflitos previstos para o final do século XX persistem no século XXI, e a Universidade encontra-se em três crises: a da *hegemonia*, pela sua descaracterização intelectual; a da *legitimidade*, pelo fato de ter deixado de ser uma instituição consensual; e a da *autonomia*, pela pressão crescente de que se submeta a critérios de eficácia e de produtividade de natureza empresarial ou de responsabilidade social - aspectos inter-relacionados que devem ser enfrentados conjuntamente através de programas gerados dentro e fora dessas Instituições de Ensino. Para ele,

[...] Há uma crise da *hegemonia* sempre que uma dada condição social deixa de ser considerada necessária, única e exclusiva. A Universidade sofre uma crise de hegemonia na medida em que sua incapacidade para desempenhar

cabalmente funções contraditórias leva os grupos sociais mais atingidos pelo seu déficit funcional ou o Estado em nome deles a procurar meios alternativos de atingir os seus objetivos. A segunda contradição, entre hierarquização e democratização, manifesta-se como *crise de legitimidade*. Há uma crise de legitimidade sempre que uma dada condição social deixa de ser consensualmente aceita. A Universidade sofre uma crise de legitimidade na medida em que se torna socialmente visível a falência dos objetivos coletivamente assumidos. Finalmente, a terceira contradição, entre autonomia institucional e produtividade social, manifesta-se como *crise institucional*. Há uma crise institucional sempre que uma dada condição social estável e autossustentada deixa de poder garantir os pressupostos que asseguram a sua reprodução. A Universidade sofre uma crise institucional na medida em que a sua especificidade organizativa é posta em causa e se lhe pretende impor modelos organizativos vigentes noutras instituições tidas mais eficientes (SOUZA SANTOS, 2013, p. 375-676).

Essa crise institucional, provocada pela perda de prioridade da Universidade pública e dos seus serviços nas políticas públicas do Estado, é reflexo da perda geral das prioridades das políticas sociais, inclusive, nas áreas de educação e saúde, induzidas pelo modelo de desenvolvimento económico neoliberal e globalizado que se impôs internacionalmente a partir da década de 80 do século passado (SOUZA SANTOS, 2011), elaborado e induzido por organismos internacionais²³, que vêm orientando um conjunto de reformas educacionais realizadas nos países periféricos.

Lima (2007) argumenta que a atuação destes organismos está fundamentada em três nucleações temáticas: binómio pobreza-segurança; inclusão na educação; e educação submetida às exigências da lucratividade do capital internacional. Porém, afirma que o sentido político dado à globalização por estes organismos internacionais, de promover um processo de integração mundial, “omite que a globalização articula um processo de unificação-hierarquização, atravessado pela contradição gerada pelo aprofundamento das desigualdades económicas que constituem as relações sociais na atualidade” (2007, p. 43) e está articulada com a necessidade de desenvolver políticas de

²³ São chamados organismos internacionais, instituições formadas por um conjunto de países-membros com personalidade jurídica no campo do Direito Internacional Público e atuam no âmbito das relações económicas, políticas e sociais, ambientais por meio de regras, medidas e normas comuns e finalidades específicas: Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial (BM), Fundo Monetário internacional (FMI), entre outras (LIMA, 2007).

alívio de tensões sociais, governabilidade e de ampliação de áreas de lucratividade para investidores internacionais.

Para ampliar a discussão, trago Bernheim e Chauí (2008), pois colocam papel central do conhecimento nos processos de produção levando ao uso competitivo do conhecimento e das inovações tecnológicas, ao mesmo tempo em que encoraja a tendência a tratá-lo meramente como mercadoria sujeita às leis do mercado e aberta à apropriação privada. Para os autores, essa situação não favorece a autonomia da Universidade uma vez que, ao curvar-se às necessidades e à lógica do capital financeiro, não propicia a ação política da sociedade civil e à promoção efetiva da informação e do conhecimento necessários para a vida social e cultural.

Outro aspecto levantado diz respeito à redução do tempo transcorrido entre o surgimento de um conhecimento e do novo e sua aplicação pela tecnologia, levando ao aumento do volume de conhecimento disciplinar ao mesmo tempo em que surgem novas disciplinas, algumas transdisciplinares. Os autores alegam que os acadêmicos, cientistas, artistas e intelectuais dos países periféricos não participam da academia mundial em condição de igualdade com os países centrais hegemônicos em pelo menos três aspectos,

- 1) há desigualdade com respeito aos recursos financeiros, instrumentais e técnicos para a pesquisa;
- 2) há desigualdade de oportunidades para divulgar e aplicar os resultados da pesquisa;
- 3) para terem entrada na academia mundial, os membros dos países periféricos dependentes concordam em restringir a sua pesquisa a problemas, assuntos, temas, métodos e técnicas definidos nos países centrais hegemônicos (BERNHEIM e CHAÚÍ, 2008, p.14).

Essa compressão espaço-temporal também se faz sentir na redução do tempo da graduação e da pós-graduação, e no ensino,

a velocidade é tal que a necessidade de transmitir aos estudantes a história de cada disciplina, o conhecimento dos seus clássicos, as questões que as fizeram surgir e suas transformações se tornam gradualmente coisa do passado. Em outras palavras, a absorção do espaço-tempo do capital financeiro e do mercado da moda leva ao abandono do núcleo fundamental do trabalho universitário, ou seja, da formação (BERNHEIM e CHAÚÍ, 2008, p.11).

No entanto, como nos diz Morin (2012), cada vez mais, a proliferação de conhecimentos escapa ao controle humano. A exposição de incontáveis informações a que somos submetidos diariamente, constrói uma gigantesca torre de Babel²⁴, com linguagens discordantes entre os diversos saberes. Ora, o conhecimento não se reduz a informações. “O conhecimento só é conhecimento enquanto organização, relacionado com as informações e inserido no contexto destas. As informações constituem parcelas dispersas de saber” (MORIN, 2012, p. 16). Para ele,

Todo conhecimento constitui, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução, a partir de sinais, signos, símbolos, sob a forma de representações, ideias, teorias, discursos. A organização dos conhecimentos é realizada em função de princípios e regras que não cabe analisar aqui; comporta operações de ligação (conjunção, inclusão, implicação) e de separação (diferenciação, oposição, seleção, exclusão). O processo é circular, passando da separação à ligação, da ligação à separação, e, além disso, da análise à síntese, da síntese à análise. Ou seja; o conhecimento comporta, ao mesmo tempo, separação e ligação, análise e síntese (idem, idem, p 24).

Reconhecendo a crise institucional da Universidade, e entendendo que o objeto de estudo desta pesquisa abarca duas áreas descapitalizadas pela diminuição de investimento do Estado – educação e saúde -, procuramos investigar possibilidades de reorganização dos modelos de formação dos profissionais de saúde na Universidade para responder às necessidades da sociedade contemporânea, articulando os contextos de educação e serviço de saúde.

Sousa Santos (2011) afirma que as causas da crise da Universidade são múltiplas, algumas delas vêm de longa data, mas hoje estão reconfiguradas pela globalização neoliberal sendo o único modo eficaz e emancipatório de enfrentá-la é uma globalização alternativa, uma globalização contra-hegemônica enquanto bem público²⁵. Alerta que apesar do contexto global ser fortemente dominado pela globalização neoliberal, não se reduz a ela havendo sempre

²⁴ Para Morin, a torre nos domina porque não podemos dominar nossos conhecimentos (MORIN, 2012).

²⁵ Globalização contra-hegemônica da universidade enquanto bem público significa que as reformas nacionais da universidade pública devem refletir um projeto de país centrado em escolhas políticas que qualifiquem a inserção do país em contextos de produção e de distribuição de conhecimentos cada vez mais transnacionalizados e cada vez mais polarizados entre processos contraditórios de transnacionalização, a globalização neoliberal e a globalização contra-hegemônica (Sousa Santos, 2011, p 56).

espaço para articulação nacionais e globais baseadas na reciprocidade e no benefício mútuo mesmo quando contêm componentes mercantis.

Considerando a necessidade de uma reforma da Universidade pública, Sousa Santos (2011) levanta alguns princípios norteadores que são oportunos para essa pesquisa. O autor afirma que o ataque à Universidade por parte dos Estados rendidos ao neoliberalismo trouxe mudanças irreversíveis, portanto, devemos procurar novas formas de enfrentamento. Para o autor,

A resistência tem que envolver a promoção de alternativas de pesquisa, de formação, de extensão e de organização que apontem para a democratização do bem público universitário, na definição e solução coletivas dos problemas sociais, nacionais e globais (idem, idem, p. 62).

O autor também considera que a Universidade não tirou proveito destas transformações hostilizando ou adaptando-se mal a ela, portanto, deve sair da sua posição defensiva e procurar um contrato social e, para que isso aconteça é necessário conhecer em que condições e para que sair da posição defensiva.

A ideia de contrato educacional é aqui crucial porque não há contrato quando há imposições ou resistências inegociáveis. Para isso, é necessário revisitar os conceitos de crise de hegemonia e de legitimidade e entender que a erosão na sua hegemonia decorrente das transformações na produção do conhecimento, que alteraram as relações entre conhecimento e informação, por um lado, e formação e cidadania, por outro. As mudanças devem partir da constatação de perda de hegemonia e concentrar-se na questão da legitimidade (idem, idem, p. 63).

Outro grande problema é a falta de definição das funções da Universidade. Para o autor a lógica do mercado levou a considerar Universidade aquelas que não o são. Para o autor só podem ser consideradas Universidade quando há formação graduada e pós-graduada, pesquisa e extensão. Sem qualquer um destes, há ensino superior, mas não há Universidade. Entretanto defende que, no caso das Universidades públicas que não o são plenamente, o problema pode ser resolvido com a criação de uma *rede universitária pública*.

Para reconquistar a legitimidade, o autor propõe cinco ações neste domínio: democratização do *acesso* ao ensino superior; priorização da área de *extensão* para a construção da coesão social, no aprofundamento da democracia, na luta contra a exclusão social e a degradação ambiental, na

defesa da diversidade cultural; utilização da *pesquisa-ação* como forma de articular os interesses sociais aos interesses científicos; utilização da *ecologia de saberes* na procura de uma reorientação solidária da relação universidade-sociedade; vinculação da *Universidade à educação básica e fundamental*; *produção de conhecimento* necessário para o desenvolvimento tecnológico; e, responsabilização social aceitando ser permeável às demandas sociais que não têm para impô-las.

Finalmente, o autor propõe ações para fortalecer a legitimidade nesse contexto de globalização neoliberal da educação. São quatro as área de ação neste domínio: produção em *rede* visando a multiplicação do número de Universidades de excelência, dando a cada uma delas a possibilidade de desenvolver o seu potencial de nicho com ajuda das demais; aprofundamento da *democracia externa* da Universidade, fundamental para tornar transparentes, mensuráveis, reguláveis e compatíveis as pressões sociais sobre as funções da Universidade; aprofundamento da *democracia interna* da Universidade que sustentam a liberdade acadêmica; e, inclusão de um novo *sistema de avaliação* que abranja cada uma das Universidades e a rede universitária no seu conjunto congruentes com os objetivos da reforma indicados anteriormente.

Sousa Santos (2011) ainda coloca como princípio norteador para a reforma universitária, a regulação do setor universitário privado, que não será abordado por fugir do âmbito da pesquisa, no entanto, o que foi colocado de maneira resumida aponta para algumas possibilidades de enfrentamento da crise da Universidade e precisa entrar na pauta de discussão das pessoas envolvidas na reestruturação do Serviço.

O projeto de globalização contra-hegemônica da Universidade tem que ser sustentado por forças sociais disponíveis e interessados em protagonizá-lo. São eles: a própria Universidade pública, ou seja, quem nela está interessado numa globalização alternativa; o Estado nacional sempre e quando ele optar politicamente pela globalização solidária da Universidade; os cidadãos individualmente ou coletivamente organizados, grupos sociais, sindicatos, movimentos sociais, organizações não governamentais e suas redes, governos locais progressistas, interessados em fomentar articulações cooperativas entre

a Universidade e os interessados sociais que representam; e o capital nacional (SOUSA SANTOS, 2011).

Nessa perspectiva, podemos compreender melhor o fato de o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB vir perpetuando modelos conservadores, alheio ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde considerando os cenários e os complexos processos em que está inserida. Outro desafio, certamente, é introduzir e organizar a ação política dos diferentes protagonistas em escala local, regional, nacional e mundial, levando em conta a necessária articulação do espaço assistencial com SUS, por exemplo. Questões que devem ser consideradas para a elaboração de um projeto institucional para este Serviço.

Diante o exposto, concluímos que a formação dos profissionais de saúde deve ser um projeto educativo, e deve extrapolar o domínio técnico-científico da profissão no qual, cada vez mais, se demanda uma vinculação mais estreita entre IES e o mundo do trabalho. Para tanto, é necessário o debate ampliado na UNEB acerca do papel exercido pelo Serviço de Fonoaudiologia e sua capacidade de atender às demandas voltadas para a formação do estudante; de apoiar a construção da sustentabilidade social e econômica do Serviço e de contribuir para a elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento do processo saúde-doença quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e de estruturação do cuidado à saúde.

A proposição de que o Serviço de Fonoaudiologia constitua-se numa Clínica-Escola adota a perspectiva de que esta precisa ser um espaço social de convivência, voltado para as múltiplas experiências dos sujeitos que lá transitam. Assim, o processo de formação dos profissionais para saúde não deve estar dissociada da experiência do sujeito, mas lhe proporcionar reflexão sobre sua condição na sociedade e ser elemento norteador da sua prática.

ACHADOS DA PESQUISA

Essa pesquisa teve origem no sentimento de inconformidade que acompanhou minha prática profissional em relação à orientação que as IES dispõem às práticas desenvolvidas nas suas Clínica-Escolas. Assim, as impressões adquiridas nesse percurso, agregado à observação do Serviço de Fonoaudiologia (campo da pesquisa), às entrevistas com as professoras deste serviço (sujeitos da pesquisa), bem como o corpo teórico, tendo o referencial teórico ancorado no princípio dialógico do pensamento complexo, permitiram problematizar e lançar considerações sobre a formação do profissional para saúde e pensar as práticas de ensino sob o olhar de outras perspectivas que não a da racionalidade.

O propósito desse capítulo, então, é convergir análises construídas nos capítulos precedentes, retomando ao objetivo da pesquisa, qual seja *investigar as práticas de assistência desenvolvidas na Clínica-Escola, observando quanto a consonância com o que preconizam as políticas públicas de saúde.*

Como argumentado no capítulo *Saúde e Desenvolvimento Sustentável*, a justificativa e o interesse implícitos para esse objetivo vincularam-se a crença de que a saúde é um componente social necessário e determinante para o desenvolvimento sustentável; que em todas as sociedades existem grupos populacionais que necessitam de assistência à saúde por direito de cidadania, no caso dessa pesquisa, as pessoas com deficiência; e que o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB deve ser um espaço aberto às discussões que viabilizem a elaboração, implantação e avaliação de políticas sociais na área da saúde.

Também, como informado anteriormente, a pesquisa se deu na Clínica-Escola de Fonoaudiologia Jurandy Gomes do Aragão da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, vinculada ao curso de Fonoaudiologia do Departamento de Ciências da Vida - CAMPUS I - Salvador/BA e, entendendo que dentro do contexto da UNEB, o professor é o principal protagonista, o público-alvo foi formado por 12 professoras-supervisoras do serviço, entre elas a coordenadora do Colegiado do curso de Fonoaudiologia e a coordenadora da Clínica-Escola.

As entrevistas semi-estruturadas foram feitas em blocos temáticos, buscando, além de traçar o perfil do corpo docente que supervisiona o Estágio Curricular, captar as distintas percepções de cada professora sobre: conceito de Sustentabilidade, compreensão sobre a influência de questões Estruturais – física, organizacional e cultura institucional – no desenvolvimento das atividades do serviço; Modelo de Atenção adotado para os procedimentos de admissão e alta; estratégias para o Planejamento das Atividades do Serviço; integração intrainstitucional e articulação entre Ensino – Pesquisa – Extensão.

Trouxemos relatos das professoras entrevistadas, no corpo do texto, para contextualizar o campo da pesquisa, articulando-o ao referencial teórico adotado. No entanto, a fim de circundar melhor o objeto da pesquisa, retomaremos, aqui, alguns relatos em blocos distintos, trazendo os achados para esta pesquisa.

Perfil dos Supervisores

Com exceção de uma professora que se graduou na Universidade Federal da Bahia, as demais fizeram a graduação em outros estados - nove em São Paulo, uma em Minas Gerais e a outra no Rio de Janeiro. Tal fato condiz com a história da formação acadêmica de Fonoaudiologia no Brasil, que teve início nos anos 1950, e no Estado da Bahia, no final da década de 90, quando a Universidade do Estado da Bahia e a Universidade Federal da Bahia implantaram os primeiros cursos de graduação em Fonoaudiologia em 1999, com profissionais da área vindos de outros estados do Brasil. Nunes (2007) nos diz que os fonoaudiólogos começaram a chegar a Salvador no final da década de 70 do século passado para trabalhar nas clínicas conveniadas com a Fundação Legião Brasileira de Assistência Social – LBA. Essa realidade histórica justifica, também, o tempo médio de graduação das supervisoras - 20 anos -, sendo que a maior faixa de conclusão do curso de graduação está na década de 90 do século passado. Entre as doze supervisoras, o ano de graduação mais remoto é de 1977 e o mais recente 2008.

Outro aspecto historicamente constituído, diz respeito à formação das supervisoras: quatro são doutoras e oito mestres; entretanto, o número de

doutoras deve aumentar, uma vez que quatro delas estão com o doutorado em andamento. O processo da formação do docente se deu no âmbito de uma área específica de conhecimento, melhor dizendo, de acordo com as áreas do exercício profissional. Das supervisoras entrevistadas, há um predomínio das especialidades em Audição e Linguagem - cinco em cada especialidade; duas desenvolveram seus estudos em Fonoaudiologia - um aborda tendências e perspectivas das práticas fonoaudiológicas em Saúde Pública; o outro, resgata a história da fonoaudiologia em Salvador através das narrativas das fonoaudiólogas precursoras.

Esse dado, em parte justifica-se também dentro do contexto histórico. A inclusão inicial da profissão se deu devido à exigência da LBA para que suas conveniadas mantivessem equipes multidisciplinares, e tem se desenvolvido, até a atualidade, na lógica da demanda mercadológica, o que vai de encontro às orientações das DCN de 2002 (NUNES, 2007; NARDI, 2010). Nardi (2010, p. 89-90) nos diz que,

As instituições particulares, os grupos empresariais e as associações de classe oferecem mais frequentemente cursos de especialização, estimulando o egresso [de Fonoaudiologia] à buscar o aprimoramento em sua especialidade preferida ou que atende a demanda mercadológica, no geral privatista e elitista, contradizendo as DCN e os princípios do SUS de se formar e atualizar um profissional generalista.

Em relação a esta questão, as professoras entrevistadas relatam que,

Me formei em 94 e, depois, eu fiz mestrado em Educação Especial que tinha essa ênfase na área de deficiência. [...] na época eu já trabalhava numa APAE e ai busquei mestrado na educação especial na Federal em São Carlos [...] O doutorado fiz também em Bauru, também no centrinho lá na USP, em Ciência da Reabilitação, mas, tanto no mestrado quanto no doutorado trabalhei com síndrome genética sempre na área de deficiência. (Saturno, relato oral, 2014)

Eu fiz o mestrado de 2005 a 2007 e agora eu estou fazendo doutorado e pretendo fazer coleta aqui na Clínica-Escola. Vou fazer com triagem auditiva; acompanhamento de bebês com indicadores de risco pra triagem auditiva. Eu dou matéria teórica na área de audição, que é onde eu trabalho [...]. (Urano, relato oral, 2014)

Eu fiz o mestrado pela PUC de São Paulo na área de fonoaudiologia. Já aqui, teve um interesse institucional entre o curso de fono (sic) da UNIME, eu também era professora lá, e a PUC. Me titulei como mestre, sempre fui da área de audiologia, que apesar de fonoaudióloga eu sou especialista nesta área de audiologia. Fiz especialização nesta área. Tenho consultório também - eu estou com diagnóstico fonoaudiólogo de criança e adulto, juntamente, tenho sociedade com otorrino. E faço essas duas atividades. (Éris, relato oral, 2014)

Portanto, mesmo diante de um corpo qualificado de professores no Serviço de Fonoaudiologia, essa pesquisa identificou a continuidade de uma formação tecnicista, com ênfase no processo curativo que, embora traga conhecimentos importantes para a formação dos estudantes, carece de uma base teórica das ciências da educação. Cunha (2010) relativiza essa situação, argumentando que o professor empreende esforço individual na sua capacitação para docência, mas faltam lugares legitimados para essa formação, e há omissão das políticas públicas e institucionais nesse processo.

Com relação ao tempo de vinculação com a Instituição, oito entraram em 2005, duas em 2002 e duas em 2014 – uma como substituta. Delas, apenas quatro docentes têm regime de dedicação exclusiva (DE), sete têm o regime de trabalho de 40 horas e uma com 20 horas. Com efeito, o tempo de experiência na Instituição parece não interferir tanto no trabalho; e, com o regime de dedicação exclusiva dos docentes, muitas mudanças foram introduzidas na rotina das atividades de ensino, pesquisa e extensão, aumentando o trabalho docente em extensão e intensidade.

Percepção das professoras sobre o conceito de sustentabilidade

Durante a ida a campo foi possível constatar a diversidade de percepção dos docentes sobre *sustentabilidade*, assim como foi observado que as entrevistadas não têm esse conceito desenvolvido. De modo geral, prepondera a visão ancorada na relação entre consumo, produção e crescimento sem, estranhamente, situar a dimensão social, considerando a missão social do saber universitário.

A dimensão ecológica foi a mais lembrada como, por exemplo, a racionalização do uso de objetos descartáveis, de aparelhos com melhor nível de eficiência energética, e com discussão sobre tema com alunos e pacientes.

A questão econômica também foi bastante enfatizada, no sentido de que, segundo os relatos, é preciso manter o Serviço a partir de recursos dele mesmo; entretanto, essa compreensão não abarca toda essa dimensão. As professoras consideram como desenvolvimento econômico, por exemplo, a possibilidade de convênio com o SUS como uma forma de manter o funcionamento da clínica.

Sustentabilidade é quando a gente pode de alguma forma utilizar mecanismos que sejam auto suficientes. [...] Que eu possa ter menos coisas descartáveis, que possa ter um reaproveitamento, e que esse reaproveitamento que não agrida tanto a natureza. (Netuno, relato oral, 2014)

A clínica ela não é auto sustentável. A gente deveria, e a gente tá tentando, batalhar um convênio com o SUS. (Éris, relato oral, 2014)

Se eu falar o que é sustentabilidade aqui na Clínica-Escola, estaria pensando mais no caráter administrativo de sustentabilidade de ela se auto sustentar financeiramente. Eu vejo também por um outro parâmetro, da questão ambiental também, que estaria dentro. Não deixaria de estar presente na clínica, mas é uma coisa que eu acho mais de cuidados que a gente pode ter não só aqui dentro, mas na nossa vida, que podem melhorar o meio ambiente. (Haumea, relato oral, 2014)

Em menor número, outras concepções apareceram, entretanto, ficou evidente que o assunto, ao menos na perspectiva dessa pesquisa, não tem sido tema de discussão no Serviço. Dentre as questões que as professoras salientam a concepção de desenvolvimento sustentável e suas particularidades no campo da saúde e da educação, baseia-se em uma racionalidade econômica, de autossustentação financeira e de preservação ambiental. Sendo assim, esta pesquisa ampliou esse arcabouço teórico dominante, entendendo que é necessário explorar as mensagens implícitas nos relatos das professoras tentando compreender os processos de trabalho a luz de um novo referencial teórico.

Sustentabilidade no Contexto da UNEB.

Como essa pesquisa abordou a sustentabilidade sob duas perspectivas – sustentabilidade corporativa e ecologia profunda –, faremos, aqui, uma leitura das práticas desenvolvidas no Serviço de Fonoaudiologia, utilizando estes pontos de vistas, tratados aqui como complementares, objetivando aprofundar o conhecimento sobre o assunto, apresentando argumentos para estimular a discussão na instituição.

Para essa análise, consideramos também o contexto institucional da UNEB como espaço de formação de profissionais para a saúde e de assistência à saúde de pessoas com deficiência, ou seja, a forma como a instituição se organiza e articula os diversos recursos humanos, físicos e tecnológicos para viabilizar essas funções.

O conceito de sustentabilidade, de início vinculado a relação do homem com a natureza, gradativamente incorporou novos elementos e atingiu uma complexidade que integra, articula e abrange muitas outras dimensões além da econômico-financeira e ambiental. Portanto, o conceito de sustentabilidade ainda está em construção e é terreno cheio de controvérsias, comprovado nessa pesquisa diante da diversidade de percepções das professoras, mas que no geral, é construída no âmbito do discurso dominante da globalização econômica. No contexto dessa pesquisa procuramos superar essa lógica vigente, discutindo para além das dimensões postuladas pelos adeptos da sustentabilidade corporativa – *econômica, ambiental e social* –, incorporando as dimensões – *cultural, territorial e política* –, que foram agregadas pelos partidários da ecologia profunda.

Do ponto de vista da dimensão econômica, nos relatos das professoras ficaram circunscritas a eficiência financeira, que visa a acumulação líquida de capital e/ou ao progresso técnico. Entretanto, como já colocado anteriormente, o crescimento econômico é importante, mas não deve estar dissociado da problemática social. Segundo Sachs (2009), o desenvolvimento econômico deve permear um caminho alternativo construído principalmente com os recursos localmente disponíveis, a autossuficiência e a orientação para as necessidades, e não com incentivo ao consumo e a implantação de mudanças institucionais.

Como já discutido anteriormente, a percepção que as professoras têm em relação à dimensão ecológica e ambiental da sustentabilidade está focado na

relação de preservação ambiental no sentido de implantar estratégias de práticas menos predatórias. Entretanto, apesar da discussão sobre sustentabilidade e a crise ambiental não estarem desvinculadas, é necessário alterar essa relação para uma perspectiva mais integradora, onde a ênfase deve estar centrada em uma nova forma de pensar a vida em sociedade, no contexto do Serviço de Fonoaudiologia, analisar as condições ambientais desfavoráveis à saúde humana, identificar estratégias de promoção da saúde e de prevenção e controle de riscos.

A sustentabilidade, quando situada no âmbito social, diz respeito à melhoria da qualidade de vida da maior parte da população com o alcance de um patamar razoável de igualdade de condições, de acesso a bens, da boa qualidade dos serviços necessários para uma vida digna. Nessa perspectiva, a professora relata:

Neste momento, as minhas extensões [projetos], que são três dentro de um programa de extensão, são três projetos, um de promoção de saúde que é o grupo de idosos, que frequenta o campus, aberto a todas as pessoas, não é só a UATI (Universidade Aberta à Terceira Idade), nada disso, as pessoas que quiserem trazer de fora trazem também. Para adultos e idosos, não é só para idosos, isso é promoção de saúde. Depois eu tenho atendimento à população com afasia e os seus familiares; aí funciona um grupo que atende os familiares das pessoas, que estão em um estágio que eu estou dando de 8º semestre com essa população com afasia. [...] Não, acho que isso nunca ocorreu [avaliação do usuário do serviço]. Eu faço no meu projeto porque isso faz parte do projeto. Eu tenho que dar um retorno de como é que a coisa tá (sic) andando, institui isso. Agora, para o paciente que é atendido nos estágios regulares, a gente realmente nunca pensou em fazer isso. (Mercúrio, relato oral, 2014)

O papel desempenhado pelo Serviço de Fonoaudiologia deve extrapolar o da assistência à saúde da pessoa com deficiência e o de formação do profissional para a saúde; deve promover a valorização da vida de seus usuários em todos os seus aspectos, redirecionando as atividades utilitaristas para a ideia de pertencimento a uma organização viva única, considerando o sujeito e sua condição de pensar e pensar-se no mundo.

Apesar do assunto não ser novo, a importância de discutir a dimensão espacial para o desenvolvimento sustentável é cada vez maior, uma vez que o processo de globalização levou a muitas mudanças no espaço como um todo, encurtando distâncias, alargando contextos, assim, cada lugar passa a ser reflexo do mundo. Entretanto, essa globalização é paradoxal e fragmentadora, no sentido de que as possibilidades trazidas, como a de tomar conhecimento de tudo em curto tempo, não é para todos, as contradições referentes à distribuição do capital estão acentuadas e as perversidades impostas podem ser vistas em todos os lugares, como comprova o relato da professora:

[...] a gente tá vendo uma forma, e é interessante isso, são propostas que vem das discussões que surgem da sala de aula, são demandas. Ele (referência ao estudante) é do interior, de uma realidade que não tem, de uma cidade que tem poucas escolas e não tem uma associação, não tem um tipo atendimento voltadas a crianças com deficiência, então [...] a gente tá vendo como montar numa escola. Existe uma associação, na verdade, não tem nenhuma instituição do governo. Existe uma associação de pais que contratava profissionais para dar um atendimento para essas crianças que tem uma deficiência, mas, assim, é um esforço deles, e acabam naquela luta diária, correndo atrás das coisas. (Saturno, relato oral, 2014)

Portanto, a condição local também é singular já que, apesar da interferência da globalização, a combinação das variáveis é sempre específica, pois depende de situações preexistentes que se agregam à novas (SEABRA; CARVALHO; LEITE, 2004).

Entre essas variáveis que contribuem para a construção do espaço encontra-se a diversidade e a identidade cultural em todas as suas formas de expressão e representação, compondo outra dimensão para o desenvolvimento sustentável. Cada grupo desenvolve uma cultura através do compartilhamento de suas práticas, atitudes, conhecimentos e crenças. Entretanto, no relato da professora Mercúrio, quando questionada sobre quanto e quando suas experiências são replicadas, ela respondeu,

A gente não sabe da extensão um do outro. Eu acho que isso é uma coisa que a gente tem que retomar. Não adianta a gente falar que "ah não pode dizer isso, porque isso deveria", não está acontecendo, e se a gente não cortar na "carne" a gente não vai melhorar nunca. Então, eu proponho assim, que nas reuniões de

colegiado a gente fale dos projetos [...] isso tá faltando mesmo! Eu acho que é uma coisa que a gente pode discutir. Eu não estou aqui este semestre pra discutir, eu estou um pouco invisível esse semestre por aqui, entendeu, mas precisa ser levado. (Mercúrio, relato oral, 2014)

Segundo Claval (2011), existem diversas concepções de cultura²⁶, porém, segundo o autor, a cultura sempre aparece como uma realidade múltipla e em constante evolução. Se até 1970, o enfoque era sobre as dimensões materiais e técnicas da cultura e hoje, o enfoque é mais sobre as suas dimensões simbólicas, foi uma evolução que não excluía certa continuidade, a exemplo da dimensão material da cultura, mesmo se não mais centrada sobre as atividades produtivas, mas sobre o corpo como base da experiência humana.

Na nova abordagem cultural, não se pode isolar os aspectos materiais das técnicas (as ferramentas, as máquinas) dos seus aspectos mentais (os modelos usados pelos fabricantes das ferramentas, os gestos ligados com os seus usos e os termos para descrevê-las e utilizá-las) (CLAVAL, 2002, p. 22)

Assim, propor uma mudança no Serviço de Fonoaudiologia não é possível sem considerar as realidades culturais, pois não somente o desenvolvimento econômico garante o desenvolvimento humano. Questões como a cultura das pessoas – usuários e profissionais –, suas vivências, conhecimentos, carências, lugares que frequentam, dentre outros, devem ser considerados e contribuem para informar a qualidade de vida pelo exercício da cidadania cultural.

Por fim, a última dimensão postulada por Sachs (2009), a dimensão política, expressa nos aspectos normativos, administrativos, institucionais da estrutura de gestão e no grau de participação social que acabam influenciando direta ou indiretamente as ações e decisões locais, melhor dizendo, no desenvolvimento sustentável, apresenta-se também uma perspectiva de novas relações sociopolíticas, construída através de agentes sociais atuantes em seu ambiente sócio-econômico-cultural, dentro de uma abordagem política de participação democrática.

²⁶ Na primeira concepção, a cultura é um conjunto de práticas, de conhecimentos e de valores que cada um recebe e adapta a situações, assim, como ela é resultante da experiência de cada pessoa e dos processos de comunicação, a cultura possui muitas variações, não é uma realidade homogênea. Na segunda concepção, a cultura é um conjunto de princípios, regras, normas e valores que deveriam determinar e orientar as escolhas dos indivíduos para a ação. Por fim, na terceira concepção, a cultura é entendida como um conjunto de atitudes e de costumes que dão unidade ao grupo social (CLAVAL, 2002).

Essa dimensão é especialmente importante a qualquer projeto de desenvolvimento que se pretenda na Instituição, considerando que, como pontuado anteriormente, o desenvolvimento sustentável possui múltiplas e complexas dimensões, todas socialmente determinadas e, portanto, mutáveis dentro de um período cada vez mais curto de tempo, necessitam, minimamente, de algum planejamento e coordenação em torno de projetos articulados entre os diversos atores sociais. Entretanto, esse é um aspecto crítico no Serviço de Fonoaudiologia, pois, além da pouca participação dos usuários – estudantes e pacientes –, os reais interessados, nos processos decisórios, não há formação nem disponibilidade de tempo para a gestão, conforme pode ser comprovado no relato da professora,

[...] nós somos professoras, não somos administradoras também. Eu acho que colocam pra gente coisas que está fora do escopo de professor. [...] Você é tomado por uma rotina no dia a dia que você se acostuma, e você não tem ninguém nem pra lhe cobrar, nem pra lhe organizar [...] Se fizer boa gestão ou pouca gestão, vai fazer pouca diferença [...]. É uma iniciativa minha mexer nisso ou naquilo, porque as coisas continuam funcionando. [...] Não existe um cargo pra isso, existem algumas horas que a gente coloca no plano de trabalho - uma hora semanal para isso. [...] É o que é permitido na hora da gente organizar o plano de trabalho. E passam-se dois anos, depois vai ser substituído por outro [...] A clínica já tem um certo funcionamento, já tem uma dinâmica [...], e a gente trabalha nessa rotina que já existe, fazendo intervenções quando precisa. [...] Essas coisas que eu estou falando, que faço de gestão, é iniciativa minha [...], porque eu não tenho curso, eu não tenho uma rotina, eu não tenho uma ordem, um critério pra fazer isso, que um gestor deve ter. Eu imagino que deve ter. [...] A gente tem necessidade de ter um profissional, que pode ser fonoaudiólogo, porque entende as características do funcionamento da clínica, mas que tenha uma formação como gestor, como organizar um espaço clínico. Eu sei que existe o prefeito do campus, mas eu não sei como é que funciona. (Mercúrio, relato oral, 2014)

Podemos inferir que não se trata de priorizar a dimensão política frente a outras dimensões, igualmente relevantes no desenvolvimento sustentável, mas de compreender que os ganhos só podem ser obtidos, na perspectiva desta pesquisa, se o novo projeto da Clínica-Escola que se busca construir for concebido e relacionado à satisfação também de novas condições de um

sistema de gestão que, ao mesmo tempo, incorpore a formação de profissionais de saúde para o SUS e envolva mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

A Sustentabilidade e suas dimensões como fundamento para a prática na Clínica-Escola de Fonoaudiologia da UNEB.

O desenvolvimento sustentável contempla várias dimensões que se inter-relacionam. Assim, na busca de um consenso de como implantá-las na construção do novo projeto da Clínica-Escola, trouxemos as duas grandes matrizes interpretativas que se polarizam no debate atual, mas que, nessa pesquisa, serão tratadas como complementares – sustentabilidade corporativa e ecologia profunda.

Nessa discussão, partimos dos valores identificados por Elkington (2012) funcionando como eixo ao longo do qual relativizaremos com as políticas públicas para saúde e para a formação de profissionais de saúde à luz dos valores político-filosóficos da ecologia profunda.

Segundo o autor para o alcance e manutenção dos pilares da sustentabilidade é necessário considerar sete dimensões – mercado, valores, tecnologia do ciclo de vida, tempo, parceria, governança e transparência.

1. Mercado

Sobre esta dimensão, no capítulo *Saúde e Desenvolvimento Sustentável*, o tema foi discutido, entretanto vale reforçar que as duas vertentes utilizadas nessa pesquisa apontam para a acentuada influência do neoliberalismo no modelo dominante na sociedade contemporânea. Portanto, podemos afirmar que, a crise estrutural do capitalismo instigou a burguesia internacional a articular algumas dimensões como forma de enfrentamento, no qual a educação tem papel central, configurando-se como política internacional de segurança do capital, como promissora área de investimentos para o capital em crise, em sua busca por novos mercados e novos campos de exploração lucrativa, bem como estratégia de difusão constante do projeto burguês de sociabilidade (LIMA, 2007).

Nesse contexto, o governo deslocou o tradicional modelo brasileiro de desenvolvimento comandado pelo Estado para um novo, baseado nas relações de força do mercado e na regulação governamental, através, entre outras medidas, da privatização de empresas, bens e investimentos públicos, e da consolidação da figura do Estado gerencial, com capacidade de regulação e fiscalização do mercado e dos serviços públicos privatizados (FERREIRA; OLIVEIRA, 2013).

Quando o Estado reduziu seu compromisso político com Universidades públicas, com conseqüente drenagem financeira e descapitalização dessas, induziu uma crise institucional. Entretanto, Souza Santos (2011) considera que as transformações que envolveram, além da mercantilização da educação superior transformações nos processos e na contextualização do conhecimento, foram muito profundas e são irreversíveis. Em face disso, a Universidade deve sair de sua posição defensiva propondo uma reforma que reflita o projeto do país e responda positivamente às demandas sociais.

Entre as conseqüências da crise da mercantilização da educação superior, Lima (2007) relaciona a tendência das IES de direcionar suas atividades para as demandas do mercado, o sucateamento dos seus laboratórios e redução dos investimentos em ensino, extensão e pesquisa, a redução da contratação de professores através de concursos públicos, o achatamento dos salários, a fragmentação do plano de cargos e salários dos professores e a precarização da contratação. Essas conseqüências podem ser observadas na UNEB, nos relatos das professoras a seguir,

Para quem trabalha 20h, a gente tem que estar de 9h a 10h em sala de aula. O restante seria pra atividades de participação em reuniões de colegiado, de área, organização do material, ou seja, eu não consigo, nas minhas 20h, colocar as coisas que eu faço na universidade; por exemplo, as atividades de pesquisa não cabem dentro das 20h, eu preciso de mais horas pra poder fazer isso. [...] Então, por exemplo, com 20h eu não tenho obrigação de ter pesquisa, ter iniciação científica. [...] Todas as outras coisas que eu estaria fazendo é além da minha carga horária de trabalho. (Netuno, relato oral, 2014)

Pensei no início do ano em algumas coisas como extensão, eu acho que a universidade precisa disso, mas, ao mesmo tempo, não tem como oferecer, por exemplo, espaço. A gente vive

algumas questões aqui que são complicadas com relação a desenvolver mesmo coisas pra o curso. [...]; por exemplo, se eu fosse criar um projeto de extensão fora da UNEB, fica inviável porque os alunos precisam estar aqui em algum momento; e se for fora, tem o deslocamento, então, fica mais difícil. Eu já vivenciei isso na aula teórica, de tentar fazer visita institucional, e aí pra combinar tudo, pra acertar tudo, porque tem que ter o horário de vinda deles, pra eles chegarem para a aula; isso acaba, às vezes, dificultando. (Haumea, relato oral, 2014)

Assim, apesar da educação superior ser considerada um setor estratégico para o desenvolvimento, nos últimos anos, ela vem atravessando uma crise à medida que as demandas da sociedade aumentam cada vez mais ao tempo em que diminuem o seu financiamento pelo Estado, e as medidas que têm sido tomadas para superar têm sido pouco eficientes. Essa situação complexa tem refletido diretamente na qualidade das atividades desenvolvidas pela Universidade. Para Souza Santos (2011), o despreparo da Universidade em lidar com a situação mais que conjuntural, parece ser estrutural, devido à rigidez funcional e organizacional, à relativa impermeabilidade às pressões externas e à aversão à mudança.

Na sua relação com o setor capitalista, a Universidade é pressionada para transformar o conhecimento e os seus recursos em produtos a serem comercializados, entretanto, é essencial que a comunidade científica não perca o controle da agenda e equilibre os interesses múltiplos e mesmo contraditórios da sociedade (SOUZA SANTOS, 2011).

2. Valores:

Elkington (2012) coloca que está havendo um deslocamento dos valores humanos e sociais que estão acontecendo dentro de um período cada vez mais curto de tempo, como um crescimento natural da consciência e interesse das pessoas. Para o autor, os valores são essenciais para a criação da riqueza, além de centrais para a transição da sustentabilidade. São chaves para o empreendimento sustentável considerando essa dimensão: valores compartilhados em culturas em todo mundo para a apreensão e reconhecimento da diversidade vinculada aos valores; integração dos três pilares nas estratégias

da empresa; e, apoio das empresas como condição necessária para o sucesso de objetivos éticos, sociais e políticos endereçados à sociedade como um todo.

Porém, Capra (2006), apesar de concordar com a velocidade com que as mudanças ocorrem, coloca a necessidade de promover mudança do sistema de valores que atualmente determina a economia global e chegar-se a um conjunto de crenças e valores diferente, que não vise só o acúmulo de dinheiro, indo além do bem-estar das organizações humanas para a sobrevivência e sustentabilidade da humanidade como um todo.

Nesse sentido, os princípios do SUS deveriam ser os valores que norteariam as práticas desenvolvidas no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB. Entretanto, isso exige a superação de várias barreiras como as apontadas nos capítulos anteriores, e mais outras, não tão aparentes, mas deduzíveis frente a condição da maioria da população brasileira, principalmente, àquelas com deficiência. Assim, mesmo considerando que os usuários do Serviço não precisem pagar pela assistência, não se pode esquecer que grande parte da população assistida aí é pobre, não dispendo, muitas vezes, de condições mínimas de acesso aos serviços, até porque não tem como pagar o transporte necessário para chegar. A precariedade da condição educacional e cultural também pode ser uma barreira à medida que dificulta o entendimento do usuário acerca do seu processo de adoecimento e de reabilitação, tornando-se quase sempre coadjuvante no seu próprio processo de tratamento.

Outro aspecto que vale ressaltar é a insuficiência de diálogo entre os usuários e os trabalhadores de saúde, entre os professores e estagiários, entre as professoras entre elas, entre as professoras e os gestores da Universidade, ou seja, entre todos os sujeitos da ação.

Atualmente, o ambiente organizacional muda com uma rapidez que ultrapassa a capacidade de compreensão das pessoas e sobrecarrega tanto indivíduos, quanto as próprias organizações, e com tamanho grau de complexidade, impossível de imaginar há cinquenta anos atrás. Entretanto, as organizações parecem incapazes de lidar com a mudança, pois apesar delas serem instituições sociais, com objetivos específicos são, também, comunidade de pessoas que interagem entre si para construir relacionamentos, se ajudar e dar significado as suas atividades cotidianas no plano pessoal. Portanto, para

efetivar alguma mudança significativa é necessário, antes de tudo, compreender os processos naturais de mudança que caracterizam todos os sistemas vivos, ou seja, como organismo capaz de regenerar-se, de mudar e evoluir naturalmente (CAPRA, 2005).

3. *Tecnologia do ciclo de vida:*

Na concepção da sustentabilidade corporativa, para que as empresas continuem competitivas no mercado globalizado elas têm que buscar o equilíbrio de suas atividades de maneira a compatibilizar as necessidades de fornecedores, produtores ao tempo que satisfazem a legislação ambiental e o aumento da consciência ecológica dos consumidores, sendo a tecnologia do ciclo de vida uma das maneiras. O gerenciamento do ciclo de vida de um produto, processo ou serviço deve acontecer desde a retirada de matéria-prima na natureza, criação, durante o seu desenvolvimento, uso até o descarte, quando os resíduos retornam à terra, com objetivo de garantir os ganhos financeiros com a diminuição dos impactos ambiental e social de sua produção (ELKINGTON, 2012).

Além das empresas, outros setores, entre eles, o da Saúde, sofrem pressão por parte dos profissionais e usuários pelo desenvolvimento, a incorporação e a utilização de novas tecnologias, bem com a sua sustentabilidade o que, conseqüentemente, leva a contínua produção e consumo de bens e produtos.

Outra característica considerada é a especificidade da utilização da tecnologia. Enquanto em outros setores econômicos, na maioria das vezes, uma tecnologia é substituída por outra, ou seja, a nova tecnologia substitui a outra considerada obsoleta, o setor de saúde tende a ampliar as alternativas tecnológicas (BRASIL, 2010b). Esse é um problema relatado por uma das professoras,

[...] Na parte de audiologia a gente depende muito de equipamentos, e os equipamentos, normalmente, são muito caros; então, a gente tem dificuldade por conta de não ter verba. A gente também era de um curso que tinha poucos doutores; então, até a participação em projetos para poder

conseguir verba pra melhorar, tinha dificuldade. Só recentemente a gente adquiriu esses equipamentos [...] pra determinados projetos; então, a gente acaba tendo uma dificuldade em estender o atendimento pra outros projetos, ou até mesmo envolvendo graduação, extensão porque fica com aquele medo de quebrar o equipamento e não ter condições de arrumar. Então, sempre tem uma dificuldade nesse sentido [...]. Por exemplo, a gente precisa de um rodízio muito grande de utilização de sondas, de fazer a limpeza dessas sondas, esterilização; às vezes também não tem muita sonda, precisa de mais sondas, se tiver muitos pacientes a gente não consegue fazer isso - uma questão de dinâmica também que as vezes dificulta (Netuno, relato oral, 2014).

A incorporação de tecnologia, cada vez mais cara, impacta no orçamento além de restringir o acesso dos serviços uma vez que não é possível garantir todas as intervenções a todos as pessoas. Dessa forma, é necessário desenvolver mecanismos de práticas de incorporação e utilização de tecnologias para o gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias nos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

4. Tempo:

Para Elkington (2012), essa é uma das dimensões mais críticas para o alcance da sustentabilidade uma vez que a maioria dos políticos e empresários acha difícil expandir os horizontes de tempo que a agenda emergente requer. Segundo o autor,

A medida que a competição com base no tempo, por meio de técnicas como “*just-in-time*”, continua a acelerar o passo da competição, a necessidade de desenvolver o pensamento e o planejamento em uma base de tempo “mais longo” sofrerá uma maior pressão (ELKINGTON, 2012, p. 44).

Lima (2007) ressalta que a noção de tempo é dada pelo tempo hegemônico, isto é, as estruturas socioeconômicas, culturais e políticas dos países capitalistas hegemônicos submetem as estruturas dos países de capitalismo dependente a seus próprios ritmos e subordinando-as aos interesses que lhe são próprios. Segundo a autora, a aceleração do tempo está relacionada,

[...] de um lado, com os saltos históricos para aquisição de conhecimentos, técnicas e concepções de mundo advindas dos países centrais e, de outro, com a imposição de uma determinada velocidade, tanto para a redução do tempo socialmente

necessário para a produção de determinada mercadoria (colocando a possibilidade de redução de custo e aumento de lucros) quanto para que objetos e conhecimento rapidamente se tornem obsoletos e incentivem a necessidade constante de consumo e a própria reprodução geral do capital (LIMA. 2007, p. 43)

No entanto, Elkington (2012) coloca que o tempo e seu gerenciamento se diferenciam em cada cultura institucional. As instituições *racionais* veem o tempo como sequencial, sempre terminando, em outras palavras, o tempo deve ser completamente utilizado, o funcionário é visto como um custo ou um ganho, e os produtos perdem o valor à medida que o tempo passa. Em contrapartida, a cultura *sincronizada* vê o tempo como amigo que proporciona oportunidades em todas as ocasiões, os funcionários são vistos como um recurso potencial para o futuro, que podem ser treinados e investidos, e os produtos tendem a ser renováveis ao longo do tempo.

Chai (2003) coloca sobre os efeitos que o tempo produz nas Universidades. Para a autora, a diminuição do tempo para a realização da graduação e pós-graduação faz com que não seja transmitido aos estudantes o conhecimento de seus clássicos, as questões que lhes deram origem e as transformações dessas questões.

A influência dessa dimensão na dinâmica do Serviço de Fonoaudiologia é possível ser capturado no relato da professora, a seguir

E eu acho que um dos problemas também que acaba dificultando esse processo [desenvolvimento sustentável do Serviço de Fonoaudiologia], é que a maior parte dos professores do curso de fono (sic), especificamente, não são de dedicação exclusiva. Então, acaba que cada um vai lá naquele seu momento pra dar aula e tudo, mas não tem aquele envolvimento. [...] você acaba não tendo tempo, porque trabalha em muitos outros locais, então, é muito difícil estar se envolvendo, porque, principalmente, essas coisas [gestão para sustentabilidade], elas demandam muito tempo e muito esforço. Eu acho que se não tiver um grupo que realmente que esteja à frente e que esteja com vontade que essas coisas aconteçam é difícil, principalmente, se for uma pessoa específica - e normalmente é um ou outra que quer fazer alguma coisa nesse sentido, então eu acho que isso dificulta (Netuno, relato oral, 2014).

Dentro dessa conjuntura, constatamos que esses trabalhadores têm convivido com a realidade de jornadas extenuantes, que inviabilizam o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão e, ainda, à realização de um trabalho acadêmico eficiente, acaba por alterar o significado do papel social do professor.

5. *Parcerias:*

Para atingir os pilares da sustentabilidade é essencial o estabelecimento de novos tipos de parcerias econômicas, sociais e ambientais tanto para o desenvolvimento da agenda da sustentabilidade global, como para as estratégias da linha dos três pilares das organizações. A parceria resultante, quando construída de forma boa e com confiança, auxilia cada parceiro a desempenhar tarefas tradicionais de maneira mais eficiente, podendo alcançar objetivos que nenhum dos parceiros poderia alcançar sozinho (ELKINGTON, 2012).

Corroborando com esse ponto de vista, Mendes (2011) coloca que a situação de saúde brasileira não pode ser respondida, eficientemente, com um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Portanto, estabelecer coerência entre a situação de saúde e as políticas públicas de saúde, envolverá uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. As mudanças devem ser baseadas na cooperação, mais que na competição, se expressando operacionalmente na visão compartilhada da rede, na eliminação de redundâncias, na implantação de diretrizes clínicas, na integração horizontal e vertical dos serviços e no foco na qualidade.

No que diz respeito a essa dimensão, as professoras relatam,

Formalmente não tem [comunicação do Serviço de Fonoaudiologia com outros serviços da UNEB]. A gente está começando fazer, a tentar a fazer algumas coisas, porque tudo também não dá. [...] teria que ser todas as clínicas em um só

prédio, no prédio das clínicas. [...] Tem uma clínica de fisio (sic) que fica no subsolo e de fono (sic) que fica no terceiro andar. Você começa por aí! (Éris, relato oral, 2014)

Eu tenho uma lista de lugares onde tem o serviço [tratamento em equipe]. Preciso encaminhar para neuro (sic)? Quando eu faço o encaminhamento da criança que está em atendimento fonoaudiológico, sugiro a avaliação neurológica para definição de conduta, eu já entrego para a mãe uma lista desses serviços, onde ela possa encontrar. Quando tem um convênio a coisa é mais fácil, mas, quando não tem, que é a maior parte dos casos, então, já dou a listinha onde tem os lugares onde pode encontrar o profissional. (Saturno, relato oral, 2014)

Ele [paciente] chega com aquele papelzinho do SUS, mas a gente não tem para onde encaminhar porque a gente não é ligado a essa parte da política pública, a rede. Então, fica uma questão, assim, meio que isolada. [...] Então, a gente começou aqui em 2001 quando ainda não tinha muito a rede, ainda não tinha ainda o CEPRED, não tinha a UNIME. Começou fazendo um grande número de audiometria, só que hoje, tá (sic) vendo que todos já estão mais ou menos com o seu serviço ligado, então tá (sic) tendo um número pequeno atendimento aqui. A nossa lista de espera é uma lista pequena. Hoje, a gente tem que ligar para alguns lugares para está oferecendo audiometria, e aí, por exemplo, se liga para o posto de saúde da prefeitura, eles nem sabiam que aqui tinha audiometria. [...] Eu acho que, se a gente fosse ligado a essa rede de saúde pública, seria mais eficaz nesse sentido, e, como não é ligado, a gente fica muito numa questão meio que de voluntariado, uma ONG. (Urano, relato oral, 2014)

Eu tenho três projetos de pesquisa vinculados com a UNEB. Tem um, que a gente está desenvolvendo em parceria aqui com a UFBA e o laboratório de física. A gente quer desenvolver um *software* que possa, através do rastreamento ocular, fazer uma avaliação auditiva e adaptação de aparelho auditivo em pessoas com múltiplas deficiências. A gente está elaborando primeiro no Instituto de Física, pra depois estar levando lá pra UNEB. É multidisciplinar porque envolve a física, tem um professor de física envolvido, e a gente também tem a parceria com o "CEPRED", então lá tem fonoaudiólogo, tem assistente social, terapeuta ocupacional a gente não tem, tem uma psicóloga. O grande problema dessa questão pra levar pra UNEB, que a gente está tendo, é por conta da questão da acessibilidade da clínica. (Netuno, relato oral, 2014)

Como ponto positivo, podemos perceber que existe um movimento de estabelecer uma rede de colaboração no âmbito da pesquisa, parte do tripé que constitui eixo fundamental da Universidade, entretanto, com relação à extensão, papel fundamental da Clínica-Escola, ainda tem um longo percurso a caminhar. Mendes (2011) alerta que o sistema de atenção à saúde organizado por componentes isolados e incommunicantes uns dos outros, é incapaz de prestar uma atenção contínua à população. Para o autor, a construção de uma rede de assistência deve observar os conceitos de integração horizontal e vertical – conceitos originários da teoria econômica e que estão associados a concepções referentes às cadeias produtivas – começando pela integração horizontal destas unidades de saúde, ou seja, para a integração eficiente do Serviço de Fonoaudiologia à rede pública de saúde, é essencial sua aliança com os outros serviços de saúde da instituição de forma que estes se complementem.

6. Governança:

Cada vez mais, independentemente de quem sejam os dirigentes, o controle das organizações envolve os relacionamentos entre seus sócios, conselho de administração, diretoria, auditoria independente e conselho fiscal, assim está acontecendo um crescente deslocamento da governança da empresa de “exclusivo” para “inclusivo” (ELKINGTON, 2012).

Pinho (2010) coloca a impossibilidade dos movimentos sociais, do governo ou qualquer outro ator social enfrentar os problemas contemporâneos sozinho. Para o autor a viabilidade das políticas sociais depende das convergências políticas construída nos processos coletivos, dialogados e participativos, perspectiva que vai ao encontro aos princípios definidos na Constituição Federal na medida em que propõe democratização da gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da PNH não deve ser exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também no cuidado e da formação de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2009b).

Porém, no contexto do Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, as práticas de gestão ainda demandam serem melhor qualificadas, acontecem de maneira centralizada com o processo de comunicação, ocorrendo de forma vertical e a

tomada de decisão, no topo da pirâmide organizacional, conforme podemos observar nos relatos das professoras:

[...] Eu acho que é uma questão de gestão [desenvolvimento sustentável do Serviço de Fonoaudiologia], porque, nós somos docentes. Nós não temos, a fonoaudiologia não tem essa formação, de gestão, então, a gente tem dificuldades até para se organizar pra buscar isso. (Éris, relato oral, 2014)

[...] A gente tem duas coordenações: uma coordenação de terapia e uma de áudio. Essas coordenações falam (sic) com a coordenação da clínica e com a coordenação do curso. Então, tem a coordenação do curso, e depois têm, vinculada à coordenação da clínica, coordenação da fono (sic) e áudio (sic) e a coordenação de terapia. A gente tem essa gestão bianual para, justamente, durante dois anos, poder trabalhar nisso [planejamento do trabalho no Serviço de Fonoaudiologia], para que seja implementado e que tenha recursos melhores pra a gente poder trabalhar. Então, a cada gestão, a cada dois anos, a gente tá tentando melhorar, tentando adequar. (Urano, relato oral, 2014)

O meu espaço dentro do colegiado, até esse semestre, não me colocava de uma forma tão incisiva. Esse semestre é que eu venho me apropriando me autorizando mais a estar nesse lugar. Então, isso é legal de administrar, porque, onde que eu vejo essas mudanças sendo possíveis de acontecer é nas reuniões colegiadas, os professores precisam estar acompanhando. Não acho que os alunos tenham voz, no meu ambulatório [...], no meu estágio, as meninas relatam isso: "O seu estágio é muito diferente dos outros. Aqui a gente pensa a saúde de uma forma muito diferente", então, eu tenho esse *feedback*. Eu acho que nesse estágio, os pacientes têm a possibilidade de construir o planejamento terapêutico deles em conjunto. A gente oferta escuta pra eles [pacientes], eu oferto escuta para os alunos, mas, eu não acho que isso é prático. Acho que um espaço possível para essas mudanças acontecerem é nas reuniões de colegiados e de área, principalmente. (Vênus, relato oral, 2014)

Considerando as limitações que estruturaram as ações do Serviço de Fonoaudiologia, entendemos que é necessário repensar os modos de gestão no cotidiano institucional, ampliando o grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde.

7. *Transparência:*

À medida que as empresas caminham na direção de mercados globalizados, acelerados e hiper-competitivos, junto com os novos sistemas de valor e de tecnologia da informação, as empresas encontrarão suas ideias, prioridades e atividades submetidos a uma crescente e intensa análise, afinal, para trabalhar de maneira eficiente, os mercados precisam de informação (ELKINGTON, 2012).

Os sistemas de informação em saúde são importantes para o diagnóstico de situações de saúde para a produção de intervenções sobre as necessidades da população. As informações de qualidade, ofertadas por bons sistemas de informação em saúde, reduzem as incertezas e diminuem os riscos associados ao processo decisório, além do potencial para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa (MENDES, 2011).

Entretanto, como já explicitado no decorrer dessa pesquisa, o Serviço de Fonoaudiologia ainda não faz movimento no sentido de difundir e democratizar o conhecimento de maneira que permita aos seus usuários um maior controle e participação da condução de suas atividades.

Finalmente, entendemos que o Serviço de Fonoaudiologia precisa passar por uma mudança, tanto para se adaptar ao projeto neoliberal, quanto para enfrentar as consequências desse projeto nos planos social e político, marcadas pelo aumento das desigualdades e da pobreza, e o enfraquecimento dos mecanismos democráticos, desenvolvendo uma proposta de aproximação da comunidade acadêmica aos cenários do SUS. À primeira vista, esse duplo desafio parece paradoxal, entretanto, “não devemos nos deixar bloquear pelas contradições lógicas” (MORIN, 2011, p. 116), normalmente, a visão simplificada linear é mutiladora, não ajuda a conhecer as propriedades do conjunto, portanto, nessa pesquisa, partimos da premissa do Serviço de Fonoaudiologia é um ser vivo capaz de regenerar-se, de mudar e evoluir naturalmente, assim é essencial o desenvolvimento e fortalecimento de sua comunidade de prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa investigou a Clínica-Escola de Fonoaudiologia da UNEB no que tange a sua sustentabilidade, enquanto conceito pluridimensional, cujos inúmeros princípios precisam estar inter-relacionados para serem compreendidos. A expectativa foi de que, a partir dos resultados obtidos e apresentados, mudanças sejam fomentadas, não só nesse Serviço, mas nos demais Serviços da Instituição.

Além da observação direta, as entrevistas realizadas com professoras-supervisoras do Serviço de Fonoaudiologia e a Coordenadora do Colegiado, sujeitos dessa pesquisa, possibilitaram compreender a realidade do Serviço e a concepção dos sujeitos sobre as categorias da pesquisa – Sustentabilidade, Políticas Públicas de Saúde, Formação Profissional –, além da motivação e do desejo destes de contribuir para a discussão e implantação das futuras intervenções.

Apesar dos problemas encontrados no decorrer do processo da pesquisa, como dificuldade em encontrar horário para as entrevistas devido a compromissos institucionais e pessoais ou, até mesmo, o modelo de assistência optado pelo Serviço de Fonoaudiologia, nos encontros com as professoras, elas se mostraram receptivas e a vontade para conversar sobre o seu trabalho na instituição e muitas questões que foram relatadas nas entrevistas.

Como visto no corpo do texto, a discussão acerca da sustentabilidade é complexa uma vez que, à medida que o debate se intensifica, distintos enfoques para as dimensões da sustentabilidade foram se estabelecendo, ampliando seu conceito cada vez mais, e ampliando sua compreensão epistemológica. No entanto, para esse estudo, tomamos duas concepções: a perspectiva de *Sustentabilidade Corporativa* (ELKINGTON, 2012) e a de *Ecologia Profunda* (CAPRA, 2005; SACHS, 2009), que foram utilizadas como complementares e auxiliaram no entendimento dessa proposta.

A Sustentabilidade Corporativa defende que o sucesso da instituição depende da sua capacidade de atingir, simultaneamente, não somente o pilar tradicional da lucratividade, mas, também, dois outros pilares: a

Responsabilidade Social Corporativa, e a Ecoeficiência (ELKINGTON, 2012). Essa posição, ainda dominante na discussão sobre sustentabilidade, entende que o dinamismo do sistema capitalista não só é capaz de se adaptar às novas demandas ambientais, como, também, de transformá-las em novos estímulos à competitividade produtiva. Entretanto, essa busca pela competitividade e a crescente disputa por mercados, quando não comprometido com a justiça social, pode gerar maior desemprego, diminuição da renda e aumento das desigualdades.

Portanto, para ampliar o arcabouço teórico assumido, esta pesquisa trouxe a concepção da *Ecologia Profunda* (SACHS, 2009) com um novo olhar mais crítico, dialógico e comunicativo nas relações entre o homem, o ambiente e a organização, que delinea oito dimensões necessárias para o desenvolvimento sustentável, quais sejam: *Ecológica, Econômica, Social, Cultural, Ambiental, Territorial, Política Nacional e Internacional*.

Assim, da *Ecologia Profunda*, esta pesquisa entende que o crescimento econômico é uma condição necessária, mas não deve ser confundido com desenvolvimento, quando, ao invés de erradicar a pobreza no mundo, gera mais desigualdade social.

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

Corroborando com essa perspectiva, as políticas públicas de saúde vêm, desde 1990, fortalecendo algumas dimensões dos cuidados em saúde no sentido de viabilizar o SUS - entre elas a formação profissional e a organização dos serviços assistenciais. Sobre a formação dos profissionais de saúde espera-

se alteração do perfil profissional, deslocando o eixo da medicalização para atenção integral à saúde e, sobre os serviços de assistência, articulação horizontal e vertical com a rede assistencial. Entretanto, o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB vem sendo, prioritariamente, campo de treinamento técnico, sem vínculo com o Sistema de Saúde, e segue o modelo hegemônico de formação profissional e cuidado em saúde, pautado na assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos.

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

O grupo de professoras entrevistadas revela frágil compreensão sobre o conceito de sustentabilidade; de modo geral, prepondera a visão ancorada na relação entre consumo, produção e crescimento sem situar a dimensão social ou considerar a missão social do saber universitário. Outras concepções aparecem e, ao menos na perspectiva dessa pesquisa, não têm sido tema de discussão no Serviço. Por isso foi necessário grande exercício de escuta dos relatos para buscar compreender os processos de trabalho a partir dos valores identificados por Elkington (2012), à luz do referencial teórico da ecologia profunda. A seguir, itemizamos algumas dimensões capturadas nessa escuta, ancoradas no referencial proposto pelo autor, em um exercício propositivo para essa pesquisa.

8. *Mercado* - A Universidade é pressionada para transformar o conhecimento e os seus recursos em produtos a serem comercializados. Portanto, é essencial que a comunidade científica não perca o controle da agenda e equilibre os interesses múltiplos da sociedade. Em face disso, a Universidade, notadamente a pública, deve superar sua posição defensiva, assumindo uma reforma que reflita o seu projeto institucional e responda positivamente às demandas sociais.
9. *Valores* - É necessário promover a mudança do sistema de valores que atualmente determina a economia global, hegemônica, e chegar-se a um conjunto de crenças e valores diferente que vá além do bem-estar das

organizações humanas, para a sobrevivência e sustentabilidade da humanidade como um todo. Nesse sentido, no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, os princípios do SUS devem ser os valores que orientem suas práticas, sustentada por redes de comunicação entre todos os sujeitos da ação, que envolvem a linguagem simbólica, a cultura, as relações de poder entre outros.

10. *Tecnologia do ciclo de vida* - O setor da Saúde, como muitos outros, sofre pressão por parte dos profissionais e usuários para desenvolver, incorporar e utilizar de novas tecnologias o que, conseqüentemente, leva a contínua produção e consumo de bens e produtos, cada vez mais caro. Mesmo essa condição impactando no orçamento, e restringindo o acesso dos serviços, pois não é possível garantir todas as intervenções a todos às pessoas, é necessário o gerenciamento do ciclo de vida de um produto, processo ou serviço. Para isso, o Serviço de Fonoaudiologia da UNEB deve buscar o monitoramento de suas tecnologias, seus serviços e processos - desde a geração das ideias até sua conclusão -, no sentido de desenvolver, cada vez mais, novos conhecimentos e possíveis soluções, considerando o impacto entre os vários processos correlacionados.
11. *Tempo* - A influência dessa dimensão, e sua gestão na dinâmica do Serviço de Fonoaudiologia, foram possíveis de serem constatadas nos relatos das depoentes ao declararem que têm jornadas extenuantes, inviabilizando o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão e, ainda, a realização de um trabalho acadêmico eficiente. É fundamental que a Instituição assuma a perspectiva de re/valorização a docência com combate ao produtivismo e oferecendo condições de trabalho adequadas para realização de suas atividades no atendimento à comunidade.
12. *Parcerias* - Percebemos que no Serviço de Fonoaudiologia da UNEB existe um movimento de estabelecer uma rede de colaboração no âmbito da pesquisa, parte do tripé que constitui eixo fundamental da Universidade. Entretanto, com relação à extensão, papel fundamental de uma Clínica-Escola, ainda tem um longo percurso a caminhar. Inicialmente, é essencial tanto a articulação de uma rede de assistência - uma aliança do Serviço de Fonoaudiologia com os outros serviços de saúde da instituição - de forma que estes se complementem, quanto sua integração à rede pública de saúde.
13. *Governança* - A viabilidade das políticas sociais depende, diretamente, das convergências políticas construídas nos processos coletivos, dialogados e participativos. Porém, no contexto do Serviço de Fonoaudiologia da UNEB, as práticas de gestão demandam melhor qualificação, pois ainda temos uma prática centralizada e com o processo de comunicação ocorrendo de forma vertical no que diz respeito à tomada de decisão, ou seja, no topo da pirâmide organizacional. Portanto, é necessário repensar os modos de gestão no cotidiano institucional, ampliando o grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde.
14. *Transparência* - Os sistemas de informação em Saúde são importantes para o diagnóstico de situações de saúde e para a produção de intervenções sobre

as necessidades da população. As informações de qualidade, ofertadas por bons sistemas de informação em saúde, reduzem as incertezas e diminuem os riscos associados ao processo decisório; além do potencial para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa. Entretanto, no Serviço de Fonoaudiologia, ainda é frágil o movimento no sentido de difundir e democratizar o conhecimento de maneira que permita aos seus usuários um maior controle e participação da condução de suas atividades.

Diante tal cenário, e a partir das contribuições de Elkington (2012) para a análise das dimensões, é possível compreender que a implantação de práticas orientadas para o desenvolvimento sustentável, antes de tudo, implica no compromisso institucional na mudança de paradigmas que envolvem múltiplos fenômenos como, por exemplo, valores, intenções, objetivos, estratégias e relações de poder, que precisam estar integrados para se chegar a compreensão sistêmica da realidade do Serviço, como uma unidade.

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

Essas proposições constituem alguns caminhos para o Serviço de Fonoaudiologia. A proposta é que, de posse das contribuições dessa pesquisa, os gestores e as professoras possam problematizar sobre as práticas que oferecem aos seus usuários – estudantes e pacientes –, e assim, delinear suas estratégias de atuação para a construção de propostas de diretrizes para política institucional. Portanto, a principal contribuição deste estudo foi fomentar discussão sobre as possibilidades do desenvolvimento de uma cultura que transcenda a fragmentação e a individualização do trabalho provocar pelo processo de globalização econômica.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dez. 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de abril 2015.

BERNHEIM, Carlos Tünnermann; CHAUI, Marilena de Souza. **Desafios da universidade na sociedade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação superior**. Brasília: UNESCO, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/forum/documento_base.pdf. Acesso em 11 agosto 2014.

BOGDAN, Robert C.; BIKEN, Sari Knopp. **Investigação Qualitativa em Educação**. Tradução de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Portugal: Porto Editora, 1994.

BOSI, Antônio de Pádua. **A precarização do trabalho docente nas Instituições de Ensino Superior do Brasil nesses últimos 25 anos**. Educação e Sociedade, vol. 28, n. 101, pp. 1503-1523, set./dez. 2007. Centro de Estudos Educação e Sociedade, Campinas, Brasil Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 30 mar 2015.

BRASIL. **Lei N.º 7.853/89** de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1989.

_____. **Lei 8.080/90** 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. Brasília, 1990.

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

_____. Decreto **Nº 3.298/99** de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a

Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060 de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816/GM** de 31 de maio de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

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

_____. **Lei nº 11.788**, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Brasília, DF: 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM/MS**, de 30 de dezembro de 2010. Trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Decreto 7.612 de 17 de novembro de 2011. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - **Plano Viver sem Limite**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793/12**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012b.

CAPRA, Fritjof. **As conexões ocultas**: ciência para uma vida sustentável. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Cultrix, 2005.

_____, Fritjof. **A teia da vida**: uma compreensão científica dos sistemas vivos. Tradução Newton Roberval Eicheberg. 13.ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARDOSO JR, José Celso; SANTOS, José Carlos. **Estado e desenvolvimento: instituições e democracia**. In: DOWBOR, Ladislau; SACHS, Ignacy; Lopes, Carlos (org). Riscos e oportunidades: em tempos de mudanças. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire; Fortaleza, CE: Banco do Nordeste do Brasil, 2010.

CASTRO, Jorge Abrahão. **Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania**. In: COHN, Amélia (org.). Saúde, cidadania e desenvolvimento. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

CHAUI, Marilena. **A universidade pública sob nova perspectiva**. Revista Brasileira de Educação, nº 24. Set /Out /Nov /Dez, 2003.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CLAVAL, P. **A volta do cultural” na geografia**. Revista de Geografia da UFC, ano 01, número 01, 2002. Disponível em http://geografias.net.br/pdf/01_A_volta_do_cultural_na_Geografia.pdf. Acesso em: 6 fev 2015

CLAVAL, P. **Geografia cultural**: um balanço. Revista Geografia, v. 20, n. 3, p. 005-024, set./dez. 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/geografia/article/view/14160/11911> Acesso em: 6 fev 2015

CONSELHO EMPRESARIAL BRASILEIRO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. **Guia de Comunicação e Sustentabilidade**. Disponível em: <http://cebds.org/wp-content/uploads/2014/02/Guia-de-Comunica%C3%A7%C3%A3o-e-Sustentabilidade.pdf>. Acesso em: 23 fev 2015

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

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

COHN, Amélia. **Reformas da saúde e desenvolvimento**: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania. In: COHN, Amélia (org.). Saúde, cidadania e desenvolvimento. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

CUNHA, Maria Isabel da (org.). **Trajetórias e Lugares de Formação da Docência Universitária: da perspectiva individual ao espaço institucional**. Araraquara, SP: Junqueira & Marin; Brasília, DF: CAPES/CNPq, 2010.

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

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. Coleção Primeiros Passos. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DOWBOR, Ladislau; SACHS, Ignacy; LOPES, Carlos (org). **Riscos e oportunidades: em tempos de mudanças**. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire; Fortaleza, CE: Banco do Nordeste do Brasil, 2010.

ELKINGTON, John. **Sustentabilidade, canibais com garfo e faca**. Tradução Laura Prades Veiga. São Paulo: M. Books do Brasil, 2012.

FERREIRA, Elisa Bartolozzi; OLIVEIRA, Dalila Andrade (org). **Crise da escola e políticas educativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

FEUERWERKER, Laura C.M.; LIMA, Valeria V. de. **Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde: seminário internacional. Brasília, DF, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIROUX, Henry A.; SIMON, Roger. **Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular**. In: MOREIRA, Antonio Flavio; TADEU, Tomaz (orgs). Currículo, cultura e sociedade. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Luiza Maria Borges Oliveira / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

_____. **Relatório sobre pessoas com deficiência**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm. Acesso em 12 jan. 2013.

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

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

LIMA, Kátia. **Contra-reforma na Educação Superior: de FHC a Lula**. São Paulo: Xamã, 2007.

MARCOS, Cristina Moreira. **Reflexões sobre a clínica-escola, a psicanálise e sua transmissão**. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Nov. 2013.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Trad. Carlos A. Silveira. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MOREIRA, Antonio Flavio; TADEU, Tomaz (orgs). **Currículo, cultura e sociedade**. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2011a.

_____. **O método 6: ética**. Tradução Juremir Machado da Silva. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2011b.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011c.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MORIN, Edgar; VIVERET, Patrick. **Como viver em tempo de crise?** Tradução Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

NARDI, Vanessa de. **Cursos de graduação em Fonoaudiologia no Estado da Bahia: formação acadêmico-profissional**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, 2010.

NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth. **Dilemas para o futuro do sistema de saúde brasileiro**. In: COHN, Amélia (org.). Saúde, cidadania e desenvolvimento. 1.ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

NUNES, Rina Tereza D'Angelo. **Fonoaudiologia e Memória: narrativas sobre o início das práticas fonoaudiológicas na cidade de Salvador**. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. **Lei 12711/2012 e os desafios da Educação Superior pública no Brasil**. Cadernos do GEA. n.1 (jan./jun. 2012). Rio de Janeiro: FLACSO, GEA; UERJ, LPP, 2012

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Década da Educação das Nações Unidas para um Desenvolvimento Sustentável, 2005-2014**: documento final do esquema internacional de implementação. Brasília: UNESCO, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência** / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012.

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

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção à saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **O que é o SUS**. Coleção Temas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Morais. **Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) como um dispositivo para superação do modelo hegemônico**. In: 2º Congresso Brasileiro de Política, planejamento e Gestão em Saúde, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/232.pdf. Acesso em: 17 de abril 2015.

PINHO, José Antonio Gomes de. **Gestão Social: Conceituando e Discutindo os Limites e Possibilidades Reais na Sociedade Brasileira**. In: RIGO, Ariadne Sealfoni et. al. (org). Gestão social e políticas públicas de desenvolvimento: ações, articulações e agenda. Recife: UNIVASF, 2010.

ROCHA, Telma. **Gestão dos stakeholders para a construção de vantagem competitiva**. In: ROCHA, Telma; GOLDSCHMIDT, Andrea. Gestão dos stakeholders. São Paulo: Saraiva, 2010.

SACHS, Ignacy. Caminhos para o desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

_____. **Desenvolvimento: incluyente, sustentável, sustentado**. Janeiro: Garamond, 2008.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017**.

SEABRA, O.; CARVALHO, M.; LEITE, J.C. **Território e sociedade** – entrevista com Milton Santos. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SOLINÍS, Germán (Org.). **Democracia e governança mundial: que regulações para o século XXI**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS/Unesco, 2002.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **A Universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.** São Paulo: Cortez, 2013.

SPIILKI, Fernando Rosado; NAIME, Roberto. **O padrão da (des) ordem da natureza.** Novo Hamburgo: Feevale, 2012.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA. Departamento de Fonoaudiologia. **Regimento da Clínica-Escola de Fonoaudiologia “Jurandy Gomes do Aragão”.** 2013.

VEIGA, José Eli da. **Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI.** Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Como explicitado no capítulo da Metodologia, os sujeitos envolvidos na pesquisa são: Coordenadora de Colegiado do Curso de Fonoaudiologia da UNEB, Coordenadores de Estágio e Professores Supervisores, ou seja, professores dessa Universidade. Assim, o roteiro apresentado a seguir, buscará captar distintas percepções de cada um sobre: conceito de Sustentabilidade, compreensão sobre a influência de questões Estruturais – física, organizacional e cultura institucional – no desenvolvimento das atividades do serviço; Modelo de Atenção adotado para os procedimentos de admissão e alta; estratégias para o Planejamento das Atividades do Serviço; integração intrainstitucional e articulação entre Ensino – Pesquisa - Extensão

BLOCO 1 – DADOS DO ENTREVISTADO

Formação profissional, competência e atribuições.

BLOCO 2 – PERCEPÇÃO SOBRE O CONCEITO DE SUSTENTABILIDADE

Percepção do entrevistado sobre o conceito de desenvolvimento sustentável, e as particularidades do campo da saúde e da educação. Como articular educação e a sustentabilidade.

BLOCO 3 – ESTRUTURA FÍSICO-ORGANIZACIONAL

Aspectos da estrutura da UNEB - física, organizacional e cultura institucional - que influenciam as atividades do serviço e por quê.

BLOCO 4 – MODELO DE ATENÇÃO

Aspectos considerados para eleição do paciente e critérios para alta. Como é realizado o acompanhamento do processo terapêutico.

BLOCO 5 – PROCESSOS DO SERVIÇO

Meios e métodos de atuação no planejamento das atividades do Serviço.

BLOCO 6 – INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS SERVIÇOS

Relacionamento com os serviços técnico científico e administrativo; e com a comunidade.

BLOCO 7 – INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Articulação com a extensão e pesquisa.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO DIRETA

Em complementaridade às entrevistas semi-estruturadas, como explicitado na Metodologia dessa pesquisa, farei Observação Direta referente às atividades diárias e cotidianas do serviço de Fonoaudiologia da UNEB, acompanhando as rotinas estabelecidas pelos profissionais envolvidos nesse serviço, referenciada nos blocos temáticos apresentados a seguir.

BLOCO 1 – ESTRUTURA FÍSICA

Descrição das características do ambiente no qual são desenvolvidas as atividades do serviço (instalações, circulações internas e externas, conforto ambiental entre outros).

BLOCO 2 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Descrição dos elementos utilizados para a organização do trabalho entre membros do serviço - composição da equipe de trabalho, competências, atribuições, serviços prestados, sistemas informacionais entre outros.

BLOCO 3 – ASSISTÊNCIA

Caracterização dos usuários, dos critérios de elegibilidade para tratamento e alta, e da forma de acompanhamento do processo de tratamento.

BLOCO 4 – MODELO DE ATENÇÃO

Observação do modelo de atenção à saúde adotado pelo serviço (base da assistência – necessidade de saúde/patologia); da existência de intervenções intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde e da existência de estratégias que possibilite o empoderamento dos usuários para seu próprio cuidado.

BLOCO 5 – PROCESSOS DO SERVIÇO

Investigação dos elementos considerados no planejamento das atividades do serviço, da existência de sistema de monitoramento e avaliação do serviço, quem participa, com qual frequência e se inclui a avaliação realizada pelos usuários.

BLOCO 6 – INTEGRAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS

Investigação da relação entre a Clínica-Escola os demais serviços técnico, científico e administrativo da Universidade.

BLOCO 7 – INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Observação da articulação da programação teórica com a prática do serviço. Em quantas áreas disciplinares e quais são. Qual o caráter da disciplina e natureza da intervenção.

BLOCO 8 – ARTICULAÇÃO DO SERVIÇO COM O SUS

Investigação da existência e da natureza de integração com a rede do SUS. Existência de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.