

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Raíssa Bouman de Oliveira

**Fonoaudiologia: Uma Experiência de Formação no Campo da
Saúde Mental pelo Programa de Educação pelo Trabalho – PET
Saúde**

GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

São Paulo

2014

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC - SP**

Raíssa Bouman de Oliveira

**Fonoaudiologia: Uma Experiência de Formação no Campo da
Saúde Mental pelo Programa de Educação pelo Trabalho – PET
Saúde**

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para a obtenção do título de
GRADUADO em Fonoaudiologia, sob

**São Paulo
2014**

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS GRADUADOS EM FONOAUDIOLOGIA

Banca Examinadora

Dedicatória

Dedico este trabalho especialmente aos meus pais que acreditaram no meu potencial me apoiaram e me ajudaram durante a minha trajetória de vida e acadêmica. Ao meu irmão que foi crucial para a escolha do meu curso e as minhas avós que com amor deixaram a trajetória mais doce.

*Enquanto vivo,
sonho...*

E o mundo se esconde

Brinca de onde

Mora a felicidade

Enquanto sonho, busco...

Busco um horizonte

Nem perto, nem longe

Onde, enfim, eu me encontre.

(Laporta, 2001)

Agradecimento

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Maria Cecilia Bonini Trenche, que com os seus ensinamentos e paciência me fizeram conhecer a Fonoaudiologia em vários ângulos.

Agradeço a professora Maria Cristina Vicentin por aceitar ser parecerista deste trabalho e pela sua orientação que tornaram possível a conclusão desse projeto.

A Professora doutora Edna Kahale que também foi a minha tutora no PET- Saúde pelos valiosos ensinamentos.

A Elisa Zaneratto Rosa por ter me mostrado com muito amor e dedicação a história da loucura.

As minhas amigas Jaqueline Madeira, Ligia Reimberg e Julia Rezende que compartilharam das mesmas angústias e deram os abraços necessários.

A Professora Doutora Cecilia Moura, por não ter deixado desistir no meio do percurso e pelas palavras de carinho.

As preceptoras do PET-Saúde Mental Sandra Rizzi e Flávia de Martella Martins Fontes, pelo acolhimento e paciência necessária para que o projeto fosse realizado.

A Kelly Karina Oliveira Almeida que é bolsista PET-Saúde Mental e álcool e outras drogas, que durante um tempo fomos juntas para o território e tivemos a oportunidade de aprender juntas o funcionamento de um serviço.

Resumo

A necessidade de formação de profissionais da área da Saúde para atuar no campo da saúde mental na perspectiva do modelo de Reabilitação psicossocial tem sido objeto de políticas do Ministério da Saúde. Este trabalho busca contribuir para a reflexão sobre a formação do fonoaudiólogo no campo da saúde/ saúde mental, tendo como base a narrativa de uma estudante do curso de Fonoaudiologia sobre a contribuição do Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde Saúde Mental para a sua formação profissional. Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou a narrativa sobre do percurso vivenciado, recorrendo a utilização combinada das seguintes fontes e recursos: a) anotações, relatórios produzidos durante a participação no PET; b) observação participante no Projeto PET; c) material bibliográfico secundário (capítulos de livros, artigos científicos, teses e dissertações ou em forma digital) sobre: Política Nacional de Saúde Mental e Formação profissional do Fonoaudiólogo. Resultados: A formação se deu a partir do planejamento e realização de pesquisa-ação sobre os Itinerários terapêuticos. A vivência propiciou investigação e intervenção com base na lógica da clínica ampliada. Os itinerários de formação forneceram apoio para que tal formação permitisse lidar com subjetividades e necessidades de saúde de usuários com demandas para a saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Fonoaudiologia; PET-Saúde.

Sumário

INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
OBJETIVO.....	10
MÉTODO.....	11
A EXPERIÊNCIA PET E A FORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	Erro! Indicador não definido.
PET – SAÚDE MENTAL DA PUC - SP.....	Erro! Indicador não definido.
OS ITINERÁRIOS DE FORMAÇÃO: APRENDENDO O SUS COM E PELO SUS.....	Erro! Indicador não definido.
MUDANÇAS NA FORMAÇÃO CLÍNICA	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Indicador não definido.

A promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2002¹ levou os cursos de Fonoaudiologia do país a desenvolverem uma formação profissional pautada em um perfil profissional mais consoante às necessidades do SUS. A inserção de fonoaudiólogos na saúde pública já vinha ocorrendo desde a década de 70, sob a égide do discurso preventista. A Fonoaudiologia com forte filiação na formação médica com base no conceito de história natural passou a estudar as patologias do campo fonoaudiológico, identificando formas de pela lógica linear de evolução determinada por fatores biológicos (sinais, sintomas, adoecimento tratamento/reabilitação) planejar ações de prevenção dessas patologias. Ainda que se atribuísse a alguns diagnósticos fonoaudiológicos causas emocionais e sociais estas também eram vistos nessa lógica e vistas como passíveis de prevenção¹.

A inserção dos fonoaudiólogos na área preventiva comunitária produziu mudanças na formação, que era predominantemente clínico-reabilitadora e passou a incorporar práticas preventivas em serviços de educação e saúde, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde².

As Diretrizes Curriculares Nacionais fortaleceram e ampliaram a formação que vinha sendo proposta por algumas disciplinas que trabalhavam nesta perspectiva preventiva.

Este é o caso das disciplinas “Fonoaudiologia comunitária”; “Fonoaudiologia em instituições educacionais”, realizadas principalmente em creches e escola, que

¹ As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia, em substituição ao antigo Currículo Mínimo, que concebia o currículo como um conjunto de disciplinas, são orientações e recomendações para as instituições de ensino para a elaboração e implantação de Projetos Pedagógicos de Cursos.

foram precursoras de uma visão um pouco mais ampliada das questões fonoaudiológicas e da proposta de integração de docentes com as instituições públicas voltadas à saúde.

Muitos cursos incorporaram disciplinas de Saúde Pública/Coletiva aos projetos pedagógicos dos cursos de Fonoaudiologia, buscando possibilitar que os estudantes conhecessem e vivenciassem experiências no SUS, mas a formação para a Atenção Integral é ainda um desafio para muitos cursos da área da saúde.

Concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, que engloba promoção, proteção e recuperação da saúde, nos níveis de complexidade do sistema, segundo a necessidade de cada caso, a integralidade diz respeito à dimensão do cuidado e vai, portanto, além da prevenção e cura.

Para a dinamização do processo de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais e, por conseguinte, adoção da integralidade como eixo central da formação nas graduações na área da saúde o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação deu apoio às associações de ensino dos diversos cursos da área da saúde reunidas no Fórum Nacional das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS).

Em 2006, a Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) integrou o FNEPAS e promoveu em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS oficinas (nacional e regionais) pautadas nos princípios da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade constituindo um marco na história da Fonoaudiologia.

No mesmo ano o Conselho Federal de Fonoaudiologia promulgou a resolução nº 320³ que define as seguintes atribuições do fonoaudiólogo no campo da saúde coletiva:

- ✓ Efetuar diagnóstico de grupos populacionais com base em estudos epidemiológicos, que contribuam na construção de indicadores de saúde e de

identificação das necessidades da população, de ações no campo fonoaudiológico, bem como situacionais buscando identificar os elementos sanitários, assistenciais, ambientais, geopolíticos e sócio-culturais de territórios locais que compõem os processos de saúde/doença;

- ✓ Planejar, coordenar e gerenciar programas, campanhas e ações articuladas interdisciplinar e intersetorialmente;
- ✓ Definir e utilizar metodologias de avaliação e acompanhamento dos padrões de qualidade e o impacto das ações fonoaudiológicas e interdisciplinares desenvolvidas no contexto coletivo;
- ✓ Planejar, coordenar, gerenciar e assessorar políticas públicas ligadas à saúde e à educação, bem como às ações de Vigilância à Saúde.

Essa resolução reconhece o trabalho desenvolvido por fonoaudiólogos no campo da Saúde Coletiva e legitima as atividades exercidas por profissionais que, ao se alinharem às políticas que vinham sendo implementadas pelo SUS, materializavam a constituição do novo perfil profissional.

Os cursos de Fonoaudiologia participaram também de um conjunto de Seminários e oficinas que integraram o projeto coletivo desse Fórum com o apoio do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DEGES) do MS que enfatizaram o debate sobre diretrizes curriculares e processos de mudanças; Metodologias ativas de ensino aprendizagem; Trabalho em equipe multiprofissional; Integração ensino-serviço; Integração inter e intracursos.

Para dar maior sustentabilidade às iniciativas de aproximação da formação com a rede de serviços e fortalecer as intervenções pautadas na mudança do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar, o MS e MEC lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - e o Programa de Educação pelo Trabalho - PET-Saúde.

Neste trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trago a experiência de minha participação como estudante do curso de Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde, com foco em Saúde Mental, procurando refletir e avaliar o impacto e a relevância dessa participação para a formação profissional do fonoaudiólogo.

A oportunidade de fazer formação em saúde mental na graduação ainda é pouco comum nos cursos de Fonoaudiologia. O contato com a Política de Atenção Psicossocial se faz geralmente de modo breve e pouco aprofundado dentro de programas de disciplinas do campo da saúde público-coletiva.

O questionamento sobre a formação de fonoaudiólogos para atuação no campo da saúde mental vem sendo feito por alguns profissionais⁴. Pesquisa recente que mapeou e entrevistou fonoaudiólogos que atuam em CAPS mostrou que a maioria desses profissionais não tinha conhecimentos prévios sobre saúde mental e se apropriaram desses conhecimentos no próprio cotidiano de trabalho dos serviços em que atuavam⁵.

Um breve percorrido sobre a produção científica na área da saúde coletiva/pública⁶ mostra que nas duas últimas décadas houve um aumento substantivo de trabalhos e ampliação do campo de atuação, mas em relação especificamente ao campo da saúde mental, objeto deste trabalho, esses estudos são bem mais raros e em sua maioria estão relacionados ao atendimento clínico tradicional de transtornos de desenvolvimento dado o envolvimento da Fonoaudiologia com a clínica da infância.

Empiricamente pode se observar que existem vários fonoaudiólogos trabalhando na área de Saúde Mental na rede pública. No entanto, tais experiências ainda não estão sistematizadas e publicadas e há necessidade de novos estudos que recuperem o conhecimento dessa história.

A Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde - SUS está alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, que, por sua vez, é contemporânea

ao movimento de Reforma Sanitária Brasileira e tem defendido mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde.

Com características próprias o processo de Reforma Psiquiátrica ao longo das últimas décadas promoveu e vem promovendo importante debate sobre práticas, saberes, valores culturais e sociais que envolvem concepções de loucura, de sofrimento mental, de métodos terapêuticos e, sobretudo, de políticas públicas envolvendo diversos segmentos da sociedade.

A Política Nacional de Saúde Mental, formalizada na lei 10.216/01, contrapôs-se à institucionalização de pessoas com transtornos mentais e aos métodos utilizados pela psiquiatria clássica pautados na exclusão social e na excessiva medicalização dos problemas de saúde. Essa política vem consolidando um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe⁷.

O Modelo de Atenção Psicossocial tem como eixos principais: a desinstitucionalização por meio de, entre outras medidas, a redução pactuada e programada dos leitos psiquiátricos; a organização, qualificação, expansão e fortalecimento da rede de serviços de saúde mental substitutivo formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) incluindo atenção básica; o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental, inclusive de infratores e a garantia de tratamento digno e com qualidade⁸.

A implementação desse modelo assistencial vem exigindo transformações profundas nos modos de conceber o cuidado e organizar os serviços, implicando a definição de novos perfis profissionais⁹.

Diversos autores têm apontado o descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e a implementação de modelos assistenciais

consoante aos princípios e diretrizes do SUS. No campo da saúde mental essa disparidade é apontada inclusive como responsável pelas dificuldades e até mesmo pelo fracasso das políticas promotoras da Reforma Psiquiátrica¹⁰.

Os recursos e programas existentes têm se mostrado insuficientes para as necessidades de formação dos trabalhadores da rede de saúde mental. Muitos trabalhadores que atuam nesse campo não participaram do movimento político no qual se pautou a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica¹¹ e, muitas vezes, são egressos de escolas que ainda fazem formação com base no modelo de atenção biomédico, cuja prática clínica é pautada em saberes tecnológicos específicos.

A formação nesse modelo geralmente se reduz à aprendizagem de procedimentos e tecnologias diagnóstico-terapêuticas prévias, que pouco consideram as diversas e complexas dimensões do adoecer e se configuram como procedimentos pautados na lógica da relação queixa-conduta¹².

Esses profissionais quando se formam têm demonstrado dificuldades para exercer novas práticas e novos saberes necessários para consolidar as propostas da reforma psiquiátrica desacelerando o processo de construção do cotidiano desses serviços no modelo da atenção psicossocial^{13,14}.

Nesse modelo o modo de abordar e intervir, na maior parte das vezes, está a cargo das equipes multidisciplinares e não de um profissional isoladamente, nem tampouco se fecha ao saber de uma especialidade, pois dada a complexidade da saúde mental, as práticas nesse campo envolvem além de questões biológicas, questões sociais e econômicas, de relacionamento familiar, ultrapassando as próprias fronteiras da saúde para se constituírem como práticas intersetoriais (educação, trabalho, assistência social, transporte etc.).

Estudo recente mostra que a inserção do fonoaudiólogo no campo da saúde mental em equipes multiprofissionais contribui para o desenvolvimento de práticas

de acolhimento, atendimentos grupais, oficinas terapêuticas, ações intersetoriais e atividades de educação permanente⁴.

Um estudo sobre a atuação do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS, do Estado de São Paulo, mostra que, nos últimos anos, vem crescendo gradativamente a inserção do fonoaudiólogo nessas instituições que ocupam saúde mental⁵. O CAPS é um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que substitui a internação de longa permanência e oferece tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade. A pesquisadora mapeou 289 CAPS no Estado de São Paulo e constatou presença de fonoaudiólogos em 31 deles, sendo que 46,7% destes atuavam em CAPS Infantil.

Estudo semelhante realizado na cidade de Porto Alegre¹⁵ aponta que na região não houve ainda inserção de fonoaudiólogos nos Centros de Atenção Psicossocial.

A inserção do fonoaudiólogo nas redes municipais e estaduais de saúde e a ampliação do trabalho de profissionais que já atuam em alguns serviços da rede de saúde mental implica a compreensão da clínica da fonoaudiologia como prática que vai além do trabalho estático com patologias específicas. Sem perder sua identidade profissional, terá seu trabalho (quer ele envolva cuidados com a audição, linguagem, motricidade orofacial, voz) voltado para a vida do usuário no seu cotidiano, de modo a atender as suas necessidades e expectativas familiares e poder assim intervir sob o desafio da inclusão social².

Em relação à linguagem significa não reduzi-la a sua função comunicativa, mas, sobretudo, constituir em trabalho que dá forma ao conteúdo das experiências vividas. Nesse sentido o fonoaudiólogo pode contribuir para um trabalho efetivo da equipe multiprofissional junto ao usuário e seus familiares na constituição de linguagens, de discursos vistos não apenas na sua face externa (de inteligibilidade fonética ou correção gramatical), mas, sobretudo, de sentido vivencial, de produção de sentidos e significações.

Recentemente, o GT de Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia SBF em parceria com Conselho Regional e Federal de Fonoaudiologia realizou um conjunto de oficinas em diversas regiões do país como objetivo de sensibilizar e discutir a participação do fonoaudiólogo na Política Nacional de Saúde Mental.

Essas iniciativas reiteram também a necessidade de formar fonoaudiólogos para atuação no campo da saúde mental frente ao perfil profissional exigido para o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), outro espaço importante e recente de inserção do fonoaudiólogo não somente campo da saúde mental, mas na implementação de outras políticas de saúde.

Criado pelo Ministério da Saúde (2008) para apoiar, ampliar a abrangência da Atenção Básica, o NASF constitui-se por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas.

Por sua atuação integrada permite discussões de casos clínicos, atendimentos compartilhados com profissionais na Unidade de Saúde ou em visitas domiciliares, a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território.

Atuam também em ações intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Como membro de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dão retaguarda à implementação de algumas estratégias e, dentre outras, colaboram com a Política Nacional de Saúde Mental e com a constituição de Redes de Atenção Psicossocial (RAPIS) e intersetoriais.

Como sinalizamos anteriormente, o PET Saúde Mental ao incluir estudantes de Fonoaudiologia numa ação interdisciplinar com alunos de Psicologia, Serviço Social e Fisioterapia, assim como em atividades nos serviços da rede pública de saúde, abre possibilidades de fortalecer a formação profissional para o SUS, trazendo questionamentos para os modos instituídos da formação.

Retomar a experiência PET, reescrevê-la retomando conceitos, revendo sua metodologia de formação, lembrando o aprendizado realizado a partir dos vários cenários que compuseram esta experiência, tornou-se um desafio.

Nesse sentido, ele foi tomado como oportunidade de não só registrar um depoimento sobre as contribuições que possa ter trazido a minha formação, mas, sobretudo como forma de mostrar como esse processo reconstituiu a subjetividade do estudante que dele participa, levando-o a uma maior capacidade de desenvolver um olhar crítico-reflexivo sobre sua formação e a inserção no campo profissional.

OBJETIVO

Contribuir para a reflexão sobre a formação do fonoaudiólogo no campo da saúde/saúde mental, tendo como base a narrativa de uma estudante do curso de Fonoaudiologia sobre a contribuição do Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde/Saúde Mental para a sua formação profissional.

O trabalho parte da narrativa de uma experiência elaborada pela utilização combinada das seguintes fontes e recursos em pesquisa:

- a) anotações, relatórios produzidos durante a participação no PET;
- b) observação participante, dada minha inserção no Projeto PET;
- c) material bibliográfico secundário (capítulos de livros, artigos científicos, teses e dissertações ou em forma digital) sobre: Política Nacional de Saúde Mental e Formação profissional do Fonoaudiólogo.

A proposição dessa pesquisa se fundamentou em trabalho que ressalta as qualidades da narrativa como método de pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva e, por conseguinte da Saúde Mental¹³.

As abordagens narrativas são bastante comuns em estudos antropológicos e etnográficos utilizadas nas pesquisas no campo da saúde coletiva, que nasceu da aproximação da área da saúde pública com as ciências sociais e seus métodos de pesquisar¹⁴.

Várias correntes teóricas veem a narrativa como mediação. A crítica literária, por exemplo, vê a narrativa como mediação entre discurso e ação; a historiografia a vê como medição entre acontecimentos e estrutura; já correntes da comunicação a concebem como mediação entre o indivíduo e a sociedade; a psicanálise a vê como memória e ação política.

No campo da saúde coletiva a narrativa se insere na pesquisa qualitativa, geralmente de cunho participativo envolvendo o(s) narrador (es) em várias retomadas da própria narrativa. Também propicia o contato entre narradores que têm interesse comum e que trocam experiência sobre o processo da pesquisa-intervenção, cujos caminhos não estão desenhados a priori.

A narrativa se constitui como um dispositivo gerador de protagonismo, neste caso, de uma estudante que toma como objeto de reflexão de seu Trabalho de Conclusão de Curso o processo da própria formação, tendo como base a experiência de participação no Projeto Pet Saúde – linha Saúde Mental no quarto ano de graduação do curso de Fonoaudiologia. E tem como eixo de discussão a formação profissional para atuação no campo da saúde mental.

A pesquisa embora tenha um caráter flexível se estruturou basicamente em três fases. A primeira organizou-se em torno da tarefa de relatar a experiência de formação no PET Saúde.

Com base neste relato, numa segunda fase, o pesquisador, no processo interativo com o resultado dessa narrativa, buscou aprofundar a análise de questões referentes ao processo de formação do fonoaudiólogo no campo da saúde mental e complementar a narrativa.

As questões analisadas foram consideradas como ponto de partida para a construção de indicadores e variáveis da avaliação desse processo. Na terceira fase revistou-se a literatura para que a narrativa pudesse expressar o discurso mais coletivo da discussão sobre formação em saúde e nesse sentido, a partir de questionamentos, trazer alguma contribuição para o processo de mudança na formação profissional do fonoaudiólogo.

A EXPERIÊNCIA PET E A FORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

“O sistema educativo fragmenta a realidade, simplifica o complexo, separa o que é inseparável, ignora a multiplicidade e a diversidade... A educação deveria romper com isso mostrando as correlações entre os saberes, a complexidade da vida e dos problemas que hoje existem. Caso contrário, será sempre ineficiente e insuficiente para os cidadãos do futuro” (Morin).

Para relatar a experiência no PET, buscando um modo mais didático de fazê-lo, organizei minha narrativa de modo que pudesse destacar alguns aspectos do processo vivenciado nessa experiência.

Inicialmente, antes de relatar propriamente a experiência, procurei trazer algumas informações sobre o projeto de modo a iniciar uma contextualização explicitando sua natureza e objetivos, para em seguida apresentar alguns itinerários da formação desenvolvida neste projeto e, então, trazer algumas reflexões quanto às mudanças operadas em minha formação clínica.

PET-SAÚDE MENTAL DA PUC-SP

O Programa de Educação pelo Trabalho é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010 e tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade¹⁶.

O projeto do qual participei- ProPet-Saúde III da PUC-SP - foi proposto por professores da Faculdade Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP em pareceria com a Supervisão Técnica de Saúde da FÓ-Brasilândia da Coordenadoria Norte da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, tendo por título - “Aprimoramento do cuidado em Saúde Mental: a presença da Atenção Básica” e foi aprovado pelo Ministério da Saúde para o período 2012-2014 e teve os seguintes objetivos:

1) Identificar a incidência de casos e analisar o acesso às ações de cuidado na rede de saúde em relação aos transtornos mentais no território; 2) Identificar os itinerários terapêuticos e de auto-cuidado dos usuários já inseridos em ações de saúde mental; 3) Caracterizar as situações de vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais; 4) Identificar, apoiar e qualificar as ações já existentes realizadas pelos profissionais de saúde e o desenvolvimento de projetos de prevenção relativos aos cuidados em saúde mental; 5) Apoiar a integração da rede de saúde mental, reabilitação e da atenção básica e a superação de intervenções setorializadas e fragmentadas no território; 6) Construir metodologias de escuta que qualifiquem a atuação do programa saúde da família no diagnóstico de demandas em saúde mental e no desenvolvimento de estratégias de cuidado; 7) Construir instrumento de monitoramento e avaliação das ações dos serviços na atenção e promoção de saúde mental; 8) Construir uma rede temática de troca de saberes na universidade relativa aos transtornos mentais e fomentar a construção de um grupo de pesquisa; 9) Qualificar a formação dos estudantes na área da saúde mental, de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, por meio de estudos, pesquisas e inserção no campo, com ênfase na atenção básica¹⁷.

Pautado na perspectiva da integralidade das ações em saúde e das práticas interdisciplinares, o projeto foi desenvolvido por um grupo composto por 24 estudantes dos cursos de Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social, 12 preceptores trabalhadores dos serviços, onde faríamos nossa formação, 2 tutores² e uma coordenadora geral³, todos com bolsas financiadas pela Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

A SGTES desde sua criação vem desenvolvendo políticas de formação e desenvolvimento profissional na saúde (AprenderSUS, VerSUS, Pólos de Educação

²A tutoria foi desenvolvida pelas professoras da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde FaCHS Elisa Zaneratto Rosa e Edna Kahhale.

³ A Coordenação desse projeto esteve a cargo da Professora Maria Cristina Vicentin.

Permanente, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-PRÓ-Saúde, PROPET - Saúde, PETRedes, Una-SUS, TeleSaúde, Residências Multiprofissionais).

Todos esses programas integram a política indutora do MS de qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de estudantes, tendo como foco as necessidades do SUS, dos serviços, da população atendida por esses serviços.

O ProPetSaúde, além da educação de profissionais e estudantes, deve tomar essas necessidades como fonte de produção de conhecimento e pesquisa, e por isso todas nossas atividades tiveram como tripé a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

OS ITINERÁRIOS DE FORMAÇÃO: APRENDENDO O SUS COM E PELO SUS

O Pet propôs uma pesquisa-ação sobre *Itinerários de cuidado/auto cuidado dos usuários já inseridos em ações/rede de saúde mental*, dividido em dois grupos tutoriais - transtornos mentais e álcool e outras drogas.

Trabalhou-se com a elaboração de mapas de itinerários do cuidado que podem ser vistos como um dispositivo de visibilização e, ao mesmo tempo, de produção do cuidado no território, que contribui para ativar a participação e o protagonismo de usuários, trabalhadores/preceptores e alunos no processo. Consideramos que o itinerário é uma ferramenta da clínica ampliada no território, articulado à singularidade de vida do usuário, além de um sinalizador da ação em rede, funcionando, portanto, como crivo de análise e de intervenção a um só tempo¹⁸.

Um dos aspectos dessa formação que mais chamou atenção foi a coerência entre o arcabouço teórico da formação e a metodologia de trabalho. A formação se deu utilizando uma estratégia similar à da pesquisa junto aos usuários, os itinerários de formação, entendendo que a formação põe em jogo uma transformação do

sujeito que se engaja neste trabalho, pois “não se aprende apenas por transmissão cognitiva” ou ‘num formato centrado em conteúdo’¹⁸.

Acompanhando autores que também relatam essa experiência a formação no campo da saúde mental:

Põe em jogo uma transformação do sujeito que se engaja neste trabalho, pois a loucura nos convoca a estabelecer uma relação não tradicional, não formal e muito menos não hierarquizada com nossas competências pessoais, sociais, cognitivas e operativas. Ela nos faz trabalhar competências como aquilo que marca nossas vidas, nossas trajetórias, nossos gostos, nossas paixões. Enfim, como aquilo que nos faz estar aí, que nos implica, que nos pede presença, que nos pede que sejamos sensíveis àquilo que se passa no nível dos encontros (Vicentin¹⁸).

Para tanto cada atividade ou ação partia de uma auto-reflexão coletiva empreendida pelos participantes do grupo ou dos grupos porque atuávamos ora em subgrupos ora em uma roda maior estruturada pelos participantes dos dois subprojetos.

Para efeitos didáticos pode-se dizer que nosso tempo de PET estava estruturado por três atividades principais:

- 1) o trabalho de planejamento, reflexão e avaliação das ações no grupo;
- 2) o trabalho em campo (caracterizada pela atuação interprofissional em visitas aos equipamentos das redes no território, visitas ao domicílio de usuários, acolhimento e entrevistas, oficinas etc.);
- 3) o trabalho de estudo, preparação de seminários, produção de registros e de relatórios.

O trabalho de campo era sempre estruturado por um grupo, formado por uma dupla de estudantes, o preceptor e outros profissionais da rede de serviços do território envolvido com o usuário cujo cuidado era objeto da pesquisa.

Estar em campo durante toda a formação propicia um sentido diferente para o estudo. O contato com o cotidiano dos serviços motiva a busca por entendimento

das políticas públicas, dos seus programas e estratégias e isto produz a ampliação de horizontes nos faz ver que existem outras práticas para além do atendimento realizado uniprofissionalmente, na clínica ou nos consultórios e nos faz ver que as possibilidades para uma ação na clínica ampliada, na saúde coletiva pode ter resolutividade e transformar a vida das pessoas.

Mas o trabalho de campo era também uma das estratégias utilizadas pelo PET para apoiar a integração da rede de saúde mental, de reabilitação e da atenção básica. Assim procurávamos em nossos encontros com outros trabalhadores superar intervenções setorializadas e fragmentadas no território. Nosso objetivo era realizar uma pesquisa-ação para a qual conhecimentos sobre o território, a rede de serviços de saúde, os processos de trabalho no cuidado em saúde mental eram fundamentais, para nos aproximar dos casos e demandas de saúde mental na rede básica e nos serviços da rede psicossocial. Nossa pesquisa pretendia fazer um mapeamento e posteriormente construir e analisar os itinerários de cuidados e autocuidado dos casos selecionados pelos serviços.

Foram indicadas pelo Comitê Gestor Local, que faz a cogestão do projeto, duas unidades básicas de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa: a UBS Silmarya Rejane Marcolino Souza e a UBS Augusto Ayrosa Galvão.

A primeira situa-se na Região da Brasilândia, distrito de Saúde Brasilândia – Freguesia do Ó, no extremo norte do Município de São Paulo. É uma Unidade Básica mista, com modelo de atendimento tradicional e o modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A segunda é uma Unidade de Saúde Básica que atua na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e tem como o apoiador o NASF (Núcleo de Saúde da Família).

Para ampliar nosso conhecimento sobre o território percorremos todos os serviços que estavam dentro desse projeto: CAPS Álcool e drogas, Infantil e Adulto (Centro de Atenção Psico social), CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa), NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) Silmarya e NASF Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão.

Fomos orientados a percorrer o território de maneira a conhecer não só serviços envolvidos, mas as microrregiões, procurando caracterizar a realidade local e os recursos de que dispunha a comunidade.

Participamos das rotinas de diversos serviços e fomos sistematizando essa experiência em relatórios. Processamos as informações coletadas no estudo de campo em reuniões junto com preceptores, bolsistas e tutores.

Nesse primeiro momento já foi possível ver que havia muito a conhecer ainda sobre o território e os serviços e que teríamos que ter sempre essa preocupação de compreender o contexto para propor qualquer tipo de intervenção.

Como os bolsistas que constituíam o PET estavam em momentos diferentes de estágios da formação, o que fazia com que lacunas da formação dificultassem, muitas vezes, o entendimento da proposta para alguns, criando certo descompasso entre as experiências, foi necessário constituir uma base conceitual que nos ajudassem a conhecer a lógica do modelo assistencial que o Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental e inclusive conhecer a Reforma Psiquiátrica e entender seu contexto e sua luta.

Nesse sentido pude entender a importância do formato metodológico desse projeto, que possibilitava a todo tempo analisar o processo e enfrentar as dificuldades e ao mesmo tempo atender necessidades de formação dos alunos e preceptores. Os tutores nos mostravam que estavam atentos à qualidade de nossa participação, dando a cada um o sentimento de que era visto na sua condição real de aprendizagem.

Por outro lado, todo o trabalho realizado em diferentes coletivos nos impulsionavam a não ficar satisfeitos com o que tínhamos construído individualmente como participante, por isso considero que esse início foi de extrema importância para delinear a formação e experiência de cada bolsista individualmente e sistematizar as experiências.

O diálogo no grupo (preceptores e estudantes), nos sub grupos (preceptores, estudantes e outros profissionais de diferentes serviços) dava sentido ao trabalho coletivo e se contrapõe ao que muitas vezes acontece na formação uniprofissional, onde na maior parte das vezes o processo aprendizagem se dá individualmente, quando muito em grupo e sobre o enfoque prevalente de uma disciplina.

Durante o projeto fomos percebendo a importância do trabalho coletivo em equipe, sobretudo, quando se tem como foco uma realidade tão complexa como é a do cuidado no campo da saúde mental.

Uma atenção psicossocial que se diz integral não pode ser realizada de modo fragmentado por especialidades (psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, fonoaudiologia etc.) porque nenhuma delas dá conta sozinha das necessidades do usuário com transtorno mental ou usuário de álcool e outras drogas.

Isto ficou ainda mais claro quando depois de conhecermos os serviços de rede de atenção psicossocial começamos a acompanhar um caso selecionado pelas equipes da estratégia de saúde da UBS Galvão, cujo relato apresentarei na seção seguinte para ancorar minha reflexão sobre as mudanças na formação clínica.

Uma outra ação importante que compôs o itinerário de formação foi participar da organização da semana da luta antimanicomial na Faculdade. Para tanto participei do coletivo no CRP (Conselho Regional de Psicologia), que anualmente organiza a mobilização de profissionais, usuários e familiares, de um ato público de repúdio às formas de institucionalização da pessoa com transtornos mentais (entre a Avenida Paulista e Rua Augusta) com cartazes e gritos de guerra para sensibilizar as pessoas na rua.

Participaram desse ato usuários de serviços como CAPS, pessoas que moram nas Residências terapêuticas e profissionais. Na PUC ocorreram discussões de filmes no Centro Acadêmico de Psicologia e como encerramento dessa semana houve uma mesa redonda composta por dois usuários do CAPS e militantes políticos que contaram suas experiências em manicômios e uma Terapeuta Ocupacional que trabalha em um CAPS Adulto na cidade de São Paulo.

Meu envolvimento com toda essa mobilização contribuiu para um melhor posicionamento frente às questões que precisam ser mais bem entendidas, não só pelos profissionais, mas pela sociedade.

Com ela percebi a necessidade de aliar à competência técnica à competência política e não nos furtar ao embate com forças que insistem na sociedade em negar o valor da diferença e diversidade humana e não respeitar os direitos humanos de quem tem um transtorno mental ou está em sofrimento psíquico.

MUDANÇAS NA FORMAÇÃO CLÍNICA

A arte de cuidar no modelo de atenção psicossocial se contrapõe a ideia que impulsiona muitos alunos a considerar que para ser um bom profissional basta conhecer o conjunto de procedimentos e intervenções técnicas de seu campo.

Ao vivenciar e apreender as diretrizes da atenção psicossocial, trabalhamos com um princípio ético que reconhece que ninguém pode ser competente no lugar do outro. Desse modo o cuidado não significa somente conhecer métodos que podem levar a cura, mas desenvolver a atitude de ocupar-se, preocupar-se, responsabilizar-se, envolver-se com um sujeito em risco de ou já em processo de adoecimento, apoiando-o na recuperação ou busca de uma maior autonomia para produção de saúde¹⁹.

Na clínica ampliada desenvolve-se uma percepção crítica sobre a condição social das pessoas com transtorno mental ou que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, aprende-se a respeitar e ter apreço à diversidade humana, e a valorizar o desenvolvimento de recursos próprios do usuário, de seus familiares e ou comunidade para buscar ativamente a participação em diferentes espaços sociais, desenvolvimento pessoal e social possível e desejado para aquele momento e construção de um projeto de vida.

Desse modo a atenção não se centra em procedimentos, o que muitas vezes gera uma relação esvaziada de interesse pelo outro, pois a dimensão cuidadora é centrada no usuário como sujeito e agente de ações que possam abranger suas necessidades de saúde.

A pesquisa-ação desenvolvida pelo Pet buscou trabalhar na lógica da clínica ampliada¹⁹ apoiando o processo permanente de formação em saúde para lidar com subjetividades e necessidades de saúde de usuários com demandas para a saúde mental.

No campo da saúde mental a terapêutica utilizada com o paciente psiquiátrico tradicionalmente não o considerava como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia sua família no tratamento e não valorizava sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, nem se ocupava da qualidade de vida.

O principal foco de atenção da clínica por especialidades (não só da medicina mas de modo geral de todas as profissões sob influência do modelo biomédico), é a doença, tratada na sua ontologia, isto é as condutas clínicas se organizam a partir da serialidade, ou melhor do que há de comum nos casos por ela tratados. Não trata o sujeito como um ser integral que tem necessidades de ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos ou agravos, de tratamento e reabilitação psicossocial, muitas vezes num só tempo. Por sua ênfase recair no curar poucas vezes trabalha com riscos, prevenção, ou até reabilitação, porque sua abordagem reduz o sujeito à doença (quando não ao órgão doente/deficiente). Segundo Onocko-Campos²⁰ raramente avalia a eficácia de suas práticas.

Na clínica ampliada o compromisso dos profissionais é com o sujeito, as práticas de saúde pressupõem a construção de vínculos entre os profissionais da equipe de saúde e o usuário, família e comunidade. Em outras palavras o sujeito é sempre visto nas dimensões biológica, social, subjetiva e também histórica, isto é suas demandas são provisórias, mutáveis no tempo e no espaço, pois “a valores, desejos, que são construídos socialmente e criam novas necessidades expressas com demandas” (p.100).

O acolhimento a essas demandas e a reflexão sobre suas necessidades de saúde são condições essenciais dos processos de cuidado e exige dos profissionais ampliarem seu olhar para além do seu núcleo de saber para construir um campo comum capaz de construir novas estratégias para responder aos problemas singulares (individuais ou coletivos).

Diferentemente do modelo comumente praticado nas diferentes profissões da saúde que é pautado no modelo privatista liberal e em geral consiste em uma prática

fragmentada, centrada em produção de atos/procedimentos, o modelo de atenção integral à saúde mental é assentado no compromisso ético com a vida, envolve ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação psicossocial segundo a dinâmica do processo saúde-doença²².

Nossa experiência mostrou que essas ações, muitas vezes, até ocorrem, mas nem sempre estão articuladas e integradas como deveriam em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. Geralmente o usuário de saúde mental transita pelo sistema, mas as intervenções por não serem compartilhadas não se estruturam na complexidade das demandas e necessidades de saúde.

Vejamos o caso que acompanhei e com o qual tive contato inicial pelo estudo do prontuário. No modelo de atenção psicossocial o ponto de partida para o cuidado é a participação do usuário/família no planejamento de seu itinerário terapêutico, levando em conta os seus desejos e suas necessidades.

Nossa equipe formada por duas estudantes Pet e uma preceptora terapeuta ocupacional que trabalha no Cecco (Centro de Convivência e Cooperativa) acompanhou um caso, doravante chamado ficticiamente de Luís, 24 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, apresentando sintomas de isolamento e de ouvir vozes.

A única fonte de renda da família provinha da mãe que era catadora de papelão. Residia na mesma casa também um irmão mais velho que se encontrava desempregado. A primeira estratégia realizada foi fazer uma visita domiciliar para entender a dinâmica da família.

Constatou-se nessa visita que suas maiores dificuldades estavam relacionadas à falta do convívio social. A partir dessa visita domiciliar outros retornos foram agendados para Luís no CECCO, foi percebido que o usuário mesmo tendo a isenção da tarifa do ônibus não fazia uso do transporte coletivo, isso foi um referencial para a linha de cuidado.

Na entrevista com a mãe realizada para conhecer melhor o histórico do adoecimento de Luís, soube-se que este aos 14 anos teve a primeira crise, ficando, segundo a mãe, agressivo, causando transtorno a todos a família e a si mesmo.

Constatou-se nessa entrevista a luta da mãe pela sobrevivência. Outra preocupação foi saber do próprio usuário quais eram os seus desejos e angustias sobre sua essência.

Através dos encontros com a mãe, foi possível encaminhá-la para um cuidado ginecológico e uma atenção médica. Durante o processo de atendimento ao usuário no CECCO foi possível integrá-lo nas atividades de um estagiário do curso de Acompanhante Terapêutico, que contribuiu para os cuidados do usuário acompanhando-o em determinadas situações do cotidiano.

O acompanhante terapêutico tem como função “limitar a desorganização do imaginário e servir como pontos de ancoragem na ‘realidade’” (18 p. 85) e também agenciar novos espaços de convivência e de produção de vida²².

Nossa equipe também conseguiu marcar uma reunião no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) para a orientação sobre alguns benefícios que poderiam ser usufruídos por essa família como “Bolsa família” e a “Renda cidadã”.

Foi identificado, no decorrer do processo, que Luís estava com tuberculose, demandando tratamento intensivo com uma medicação assistida, ou seja, todo dia durante seis meses ele precisava comparecer na UBS para fazer o uso da medicação.

A tuberculose é definida como prioridade entre as políticas governamentais da saúde²³, por isso há diretrizes para as ações na APS e fixação de metas para alcance de seus objetivos.

Uma das ações feitas nessa linha de cuidado é a medicação assistida prevista em lei²⁴, e o monitoramento do caso para se garantir que o usuário vá ao serviço de referência para tomar sua medicação.

Uma das grandes dificuldades encontradas no percurso do projeto foi a recusa do irmão em cooperar para a detecção da tuberculose, visto que é uma doença contagiosa. Depois de grande insistência foi realizado o teste e deu negativo. Essa é uma das características da clínica ampliada ela sempre incorpora em seus saberes e incumbências a avaliação de risco não somente biológico /epidemiológicos (como nesse caso era a questão da tuberculose), mas também social e subjetivo do sujeito (o isolamento de Luís) ou de seu grupo familiar ou de convívio (o cuidado de seus familiares)²⁵.

Voltando a pesquisa, foram utilizadas com Luís algumas ferramentas da clínica ampliada como Genograma e Ecomapa que contribuem para o acompanhamento familiar. O genograma é uma ilustração que identifica as relações internas da família e o ecomapa identifica as relações e as ligações da família com o meio onde habita, ou seja, relações externas. Conhecer a dinâmica familiar, os padrões de vulnerabilidade, modo de vida é de extrema importância para o planejamento do cuidado da família.²⁶

Os itinerários também são ferramentas da clínica ampliada. Conhecer os itinerários terapêuticos do paciente é de extrema importância para poder compreender sobre o comportamento do usuário frente aos serviços que estão a sua volta e entender como ele usa essas ferramentas²⁷. Para conhecer os itinerários de Luís, orientamos o usar papéis, lápis, canetinhas e desenhar os serviços que costumava utilizar. Foi sugerido que desenhasse os lugares por onde andava no território, porém ele não compreendeu a dinâmica dos desenhos que era para ilustrar o seu itinerário, então como segunda opção foi proposto o uso da tecnologia do Google Maps, pela qual ele se interessou, possibilitando a identificação de caminhos percorridos entre sua casa e a UBS e os lugares de lazer. Nesse diálogo procurou-se também coletar impressões e sentimentos sobre os lugares apontados.

Numa avaliação breve das intervenções junto ao Luís e sua família, envolvendo equipes de várias unidades (ESF, NASF, CECCO, CRAS) pode-se se observar uma maior autonomia desse usuário como andar de ônibus, ir ao centro da

cidade de São Paulo sozinho, matricular-se em um curso de informática, ajudar a sua mãe na coleta de papelão e, inclusive, fazer planos para o dinheiro que ganhava nessa atividade. Nesse caso como em outros que acompanhei as atividades com o usuário eram inicialmente acompanhadas por algum profissional, mas depois realizadas com autonomia possibilitando que o usuário desempenhe papeis sociais fundamentais para o ciclo de vida em que se encontra (escola, trabalho, redes sociais). Isto lhes possibilita viver a vida com melhor qualidade a despeito da doença e todos os estigmas e preconceitos que ela carrega.

Para um estudante o acompanhamento do caso, no território, construindo redes, desconstrói a idéia de usuário-objeto. O usuário não fica reduzido ao seu corpo biológico ou aos riscos de adoecimento definidos por suas condições de vida, aos seus sintomas. A potência dos encontros que foram sendo estruturados pelo desejo da equipe de construir a rede foi ficando clara, sobretudo no contato com equipe de atenção básica, que gradativamente conseguia trabalhar na coordenação do cuidado dessa família. A vivência no território, no domicílio ampliava o olhar sobre Luís e seus problemas, ao focalizar outros ângulos de sua vida (histórico, social, cultural, da singularidade da situação de vida) e ir além da queixa, a compreender os processos de produção de sua vida. Nessa vivência também vamos reconhecendo as tensões existentes nesses encontros entre profissionais e usuários, percebemos expectativas, disponibilidades, prioridades e às vezes até disputas pelo projeto terapêutico.

A participação nesse estudo desse caso me fez ver a importância de alguns itinerários, não só na construção de vínculos afetivos entre usuário/família e profissionais, mas também do uso de algumas ferramentas que colaboraram para a construção do projeto terapêutico.

A visita domiciliar, por exemplo, outra ferramenta, além das informações da mãe trouxe informações relevantes sobre elementos do território. O genograma e o ecomapa possibilitando a compreensão de como se dava o arranjo familiar.

Também ficou evidente a importância de um prontuário bem preenchido (embora não tenha sido o caso) por ser um instrumento ao qual se recorre frequentemente para a tomada de decisão e de coordenação do cuidado. Um prontuário deve conter um histórico relevante dos problemas de saúde; a situação e demandas do usuário de sua família; as ações clínicas e sanitárias realizadas; a avaliação de vulnerabilidades.

Durante a elaboração do Projeto Terapêutico Singular PTS, outra ferramenta da clínica ampliada, foi possível também valorizar a pactuação dos objetivos na condução do cuidado do caso (negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre equipe e usuário); das responsabilidades assumidas a partir do cronograma desenvolvido e a definição de periodicidade de reavaliações do caso conforme roteiro proposto por estudiosos do PTS²⁴.

Todas as aprendizagens dessa intervenção ficaram ainda mais clara nos estágios do 4º ano quando nós estudantes de Fonoaudiologia realizamos formação na atenção básica fazendo estágio supervisionado junto a um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) em uma Unidade Básica de saúde²³.

Esse estágio obrigatório ocorre em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na Fo/Brasilândia. O embasamento teórico para esse estágio é dado em parte no 2º ano do curso quando estudamos as disciplinas “Saúde Pública I e II” e aprofundamos conhecimento sobre, entre outros temas, a Reforma Sanitária, os princípios e diretrizes do SUS, os modelos assistenciais, as redes de atenção à saúde.

Aprender sobre as ações fonoaudiológicas no NASF é um desafio porque toda nossa formação clínica na organização curricular está estruturada no núcleo de saber do campo fonoaudiológico. O novo currículo já modificou essa estrutura e propõe formação interprofissional ao longo do curso, mas no currículo ainda havia pouca articulação entre formação clínica e saúde coletiva.

Ainda que em nossa formação clínica haja como já mencionei um forte componente interdisciplinar, com ênfase nas interfaces do tratamento fonoaudiológico com as áreas da antropologia, medicina, psicologia, psicanálise e educação, e a concepção de linguagem prevalente no curso da PUC-SP nos leve a sempre considerar o encontro entre terapeuta e paciente mediado por processos dialógicos (que caracterizam as práticas fonoaudiológicas) como produtor de subjetividade, vivenciar a atuação fonoaudiológica dentro do modelo NASF implica ressignificar toda a formação clínica ampliando seus horizontes.

A lógica do NASF implica um trabalho que se fundamenta no conhecimento de base territorial, das condições de vida da população, no planejamento de ações voltadas às necessidades levantadas e em parcerias com equipamentos de saúde e da comunidade.

Significa atuar como referência para as equipes de saúde da família, fornecendo apoio matricial para a ampliação de reflexões e questionamentos que possibilitem a qualificação das ações e condutas das equipes no cuidado do usuário da família e comunidade.

A formação para o trabalho de campo²⁵ se desenvolve pelo trabalho multiprofissional e interdisciplinar estimulada pela troca de saberes visando à complexidade dos problemas e questões que demanda atuação em equipe na direção da integralidade.

Não há um fluxo pré-definido ou fixo para os casos estudos e atendidos. Nem tampouco estes casos são encaminhados à reabilitação específica (fonoaudiológica, por exemplo), o modelo de reabilitação é o social que não se restringe à patologia, mas às necessidades e possibilidades de o sujeito poder obter qualidade de vida.

Realizam-se visitas domiciliares; apoio matricial; ações clínicas compartilhadas; elaboram-se projetos terapêuticos singulares e responsabiliza-se por ações desse projeto; realizam-se intervenções específicas com usuários e

famílias em casos extremamente necessários; ações compartilhadas nos territórios, que implicam trabalhar intersetorialmente (escolas, cultura, assistência social).

Ao realizar este estágio constatei a influência de minha participação no Pet como um facilitador da compreensão do papel da Atenção Básica no modelo assistencial do SUS.

Não criei expectativa de que as equipes demandassem atendimentos fonoaudiológicos específicos, embora estivesse sempre atenta às questões relacionadas à comunicação, linguagem, audição, funções estomatognáticas, aprendizagem da escrita, nas discussões de caso, isto não me impedia de pensar o projeto terapêutico de modo mais holístico ou a me inserir em ações pautadas na integralidade.

O Nasf trabalha na lógica de apoio às redes de atenção integral por isso atua em áreas estratégicas da Saúde da: Criança e do adolescente; Pessoa com deficiência, Idoso, Práticas integrativas e complementares, Atividades físicas e práticas corporais, Alimentação e nutrição e Saúde mental. No caso específico da Saúde Mental, objeto deste estudo, o NASF deve apoiar a estratégia de saúde da família na coordenação dos cuidados de casos dessa área, compartilhando com outros níveis de atenção o cuidado, responsabilizando-se pela referência, por ações que envolvam o direito de acesso a serviços e recursos sociais, rompendo com a lógica do encaminhamento. É esperado que faça acompanhamento por meio de visita domiciliar, reuniões, discussão de caso, planejamento e execução de atividades comunitárias terapêuticas e de promoção da saúde, além de atividade de geração de renda.

Nesse sentido o Pet me formou para atuar tanto na rede de serviços substitutivos de saúde mental, como também contribuiu para uma atuação mais resolutiva na atenção básica, porque me fez ver a importância de um trabalho de/em rede.

Quero ainda comentar que a estrutura do Pet faz uma inserção do aluno de modo diferenciado do estágio. A presença do preceptor facilitando a inserção do estudante nas atividades, o planejamento sistemático com a preceptoria colabora para uma atuação mais sintonizada com os princípios do SUS, porque as ações vão sendo planejadas em função dos pressupostos da pesquisa.

O estágio embora seja valioso na compreensão de algumas estratégias e ferramentas, muitas vezes, não leva o estudante a vivenciar princípios como o acesso, a longitudinalidade (construção de vínculos com usuários), a integralidade e a coordenação do cuidado.

Em busca de também analisar limites do programa, saliento ainda que as dificuldades encontradas por seus proponentes (tutores e coordenação) na conciliação de horários de estudantes de diferentes cursos que participavam do projeto.

Cabe dizer que minhas dificuldades em permanecer no projeto foram inúmeras devido ao horário das reuniões coincidirem com o horário de disciplinas obrigatórias do curso de Fonoaudiologia. Embora estejamos em uma mesma faculdade os cursos de Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia ainda estão estruturados em formatos muito fechados em si mesmos. Fora do Pet houve poucas experiências de aproximação nas atividades acadêmicas e nenhum horário de comum de formação, embora por iniciativa tenha cursado algumas disciplinas eletivas no curso de Psicologia por iniciativa própria. Por incompatibilidade de horário, com disse anteriormente deixei o projeto seis meses antes da sua finalização e não pude acompanhar o trabalho das entrevistas e análise dos itinerários.

Também preciso mencionar que há em relação à integração ensino-serviços algumas lacunas e atravessamentos que dificultaram o caminhar do projeto, nos serviços elas dizem respeito à gestão (aperfeiçoamento de fluxos por exemplo), aos processos de trabalho (os trabalhadores atendem demandas diversas), mas não se

constituíram em impedimentos para a realização do mesmo, ao contrário as crises ou dificuldades foram consideradas como momentos propícios para operação de mudanças.

Em relação ao curso de Fonoaudiologia da PUC-SP o acompanhamento deste caso no Pet ocorreu concomitante com minha formação clínica realizada na DERDIC e pude cotejar semelhanças e diferenças dessa formação ao me envolver com este TCC.

No 3º ano estava tão envolvida com a aprendizagem de alguns procedimentos clínicos como fazer a avaliação de linguagem e a reabilitação fonoaudiológica de casos clínicos que não consegui refletir sobre a diferença entre o atendimento clínico especializado pautado na atuação uniprofissional e a atuação em multiprofissional com foco interdisciplinar. Além disso, na clínica fonoaudiológica pautada na concepção interacionista aprendemos que uma entrevista possibilita a construção de uma história clínica mais completa, isto é sem muitas perguntas direcionadas ao problema fonoaudiológico e suas causas ou possíveis determinantes.

Ela tem função terapêutica em si porque situa os sintomas na vida do sujeito e possibilitam que ele fale sobre o problema, implicando algum grau de análise sobre a própria situação, o que vai ao encontro do proposto pelo modelo de reabilitação psicossocial.

Mas narrando e refletindo essa experiência vejo com mais clareza que na proposta de atuação em equipe multiprofissional com foco interdisciplinar e trabalho em rede é preciso ir além da reabilitação clínica, tecida nos recortes que nossa profissão faz e que destaca queixa/ sintomas/demandas específicas e opera com informações sobre o processo de adoecimento.

Na clínica ampliada, ainda que possa gerar insegurança profissional, não devemos reduzir as necessidades de saúde do usuário, a esse recorte, que o núcleo de saber produz necessariamente pelos limites da visão disciplinar²⁸.

A clínica ampliada induz ao pensamento complexo de Edgar Morin nos fala, no início dessa seção, porque não separa conhecimentos e experiências, mas os integra e os diferencia auxiliando a compreensão de fenômenos e aspectos, que na perspectiva da integralidade estão interligados em um emaranhado de relações que não podem ser tratados isoladamente, pois é isso que orienta o pensamento complexo¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A narrativa da experiência de participação no Pet saúde para a formação no campo da Saúde Mental mostrou que o programa é um potente instrumento de mudança na formação das profissões da área da saúde sob o eixo da integralidade.

No caso da formação em Fonoaudiologia favoreceu a compreensão do modelo assistencial com foco na saúde, inclusão social e cidadania, de base comunitária e territorial. Propiciou a aprendizagem da prática do trabalho em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar frente ao sofrimento psíquico de usuários do SUS. E também a compreensão da importância do trabalho de construção de redes estruturadas a partir do princípio da coordenação do cuidado como condição para a integralidade materializada pela valorização da história de

vida, do envolvimento familiar, das experiências sócio-culturais e das redes sociais na reabilitação psicossocial.

Os resultados dessa experiência vêm ao encontro de recomendações de pesquisadores fonoaudiólogos que atuam no campo da saúde mental da importância de os cursos de Fonoaudiologia reverem seus projetos pedagógicos no sentido de contemplarem uma formação mais comprometida com a integralidade e a preparação de quadros para atuação neste campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Brasil. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.5 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar; 2002. Seção 1, p.11.
- (2) Penteadó RZ, Servilha EAM. Fonoaudiologia em Saúde Pública/Coletiva: Compreendendo Prevenção e o Paradigma da Promoção da Saúde. Rev. Distúrbios da Comunicação; 2004; 16:107-116.
- (3) Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 320 de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. Disponível em URL: <http://www.fonoaudiologia.org.br/#>
- (4) Vladimir ARA. Fonoaudiologia e Saúde mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Rev. CEFAC; 2014; p. 16.

- (5) Almeida BPV. Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo. Tese [doutorado em Fonoaudiologia]- Pontifícia universidade Católica de São Paulo –São Paulo;2014
- (6) Moreira, MD; Mota HB. Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. Rev. CEFAC vol. 11 n. 3 São Paulo, jul/set; 2009.
- (7) Brasil. Lei n. 10.216 de 6 de Abril de 2001. Reforma Psiquiátrica e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais no Brasil. Disponível em URL:
[HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/2003/l10.708.htm). Acessado em 10/07/2014.
- (8) Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para o milênio. In Pitta, A (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo:Hucitec, 1996,p13-18.
- (9) Amarante PDC. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In Caderno Saúde Mental 3:Os desafios da formação (org) Labosque,M. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2010. Acessível em URL:
www.esp.mg.gov.br/wp.../caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf. Acessado em 15/10 /2014.
- (10) Ceccim RB, Capozzolo AA. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades (org) Marins, João José Neves *et al*. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.
- (11) Onocko – Campos R. Clínica: A Palavra Negada – Sobre as Práticas Clínicas nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. Rev. Saúde em Debate. 2001; 25:98-111.
- (12) Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde:alguns referenciias de partida do eixo Trabalho em saúde.In O Clínica Comum: Itinerário de uma formação em saúde (org)Capozzolo AA,Casetto SJ, Henz A. São Paulo:Hucitec.2013-p.35-58.
- (13) Bonamigo A, Pereira TS. Fonoaudiologia e Saúde Mental. Rev. @rquivos Internacionais de Otorrinolaringologia; 2012; p.16.
- (14) Campos RO e Furtado JP.O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial:entre a saúde coletiva e a saúde mental. InPesquisa Avaliativa em saúde mental:desenho participativo e efeitos da narrativa (org) Campos,RO [et al]. São Paulo: Aderaldo&Rothschild;2008-(Saúde em Debate:192.SaúdeLoucura;29).
- (15) Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento; tradução Eloá Jacobina. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2003.

- (16) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Acessível no site da PUC – SP/Pró-saúde, disponível em URL: www.pucsp.br/prosaude/. Acesso em: 01/10/ 2014.
- (17) Brasil. Portaria Interministerial no.421 de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 165, de 27 de agosto de 2008, s.1, p. 27.
- (18) Vicentin C. Relatório Anual Projeto-PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde) da PUC-SP enviado em agosto de 2014 [acesso restrito].
- (19) Chun RYS, Nakamura HY. Cuidado na produção de saúde-Questões para a Fonoaudiologia. In Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia (org.) Marchesan IQ,Silva HJ,Tomé MC. 1ª Ed. São Paulo:Guanabara Koogan,2014.
- (20) Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. In Sociedade e Cultura, v.3, n.1 e 2. Jan/Dez. 2000: p.51-74.
- (21) Matos MA. Análise Funcional. Estudos de Psicologia. 1999.
- (22) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)
- (23) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N. 130 de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Acessível em URL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acessado 5/6/2014.
- (24) Oliveira, GN. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Campinas, SP: [s.n.], 2007. Disponível em URL: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/projeto_terapeutico_singular.pdf. Acessado em 10 de out.de 2014.
- (25) Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. In Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006;22(5):1053-62.
- (26) Mello DF, Viera CS, Simpionato E, Biasoli-Alves ZMM, Nascimento LC. Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras Cresc Desenv Hum, 2005 15(I):79-89.

(27) Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários Terapêuticos: O Estado da Arte da Produção Científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011 16(11): 4433-4442.

(28) Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. In *Sociedade e Cultura*, v.3, n.1 e 2. Jan/Dez. 2000 p.51-74.