

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Beatriz Paiva Bueno de Almeida

**Fonoaudiologia e saúde mental: atuação do
fonoaudiólogo nos Centros de Atenção
Psicossocial do Estado de São Paulo**

DOUTORADO EM FONOAUDIOLOGIA

São Paulo

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Beatriz Paiva Bueno de Almeida

**Fonoaudiologia e saúde mental: atuação do
fonoaudiólogo nos Centros de Atenção
Psicossocial do Estado de São Paulo**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Fonoaudiologia sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Claudia Cunha.

São Paulo

2014

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução parcial ou total desta tese, através de fotocópias ou meios eletrônicos.

Beatriz Paiva Bueno de Almeida
São Paulo, julho de 2014

DEDICATÓRIA

**Aos meus filhos, Letícia e Enzo, meus eternos amores,
razões do meu viver.**

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão”.

Nise da Silveira

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho marca uma importante etapa da minha vida, não só acadêmica, como pessoal. Foram anos de muitas conquistas, mas também de escolhas, renúncias e grandes e inquietantes questões. Muitos encontros valiosos marcaram meu percurso e tenho a certeza de que neste trabalho encontra-se um pouquinho da marca de cada um deles. Fica a certeza de que tenho muito a agradecer.

Agradeço à minha orientadora Maria Claudia Cunha pelo incentivo e confiança. Muitas foram as dificuldades ao longo do percurso da construção deste trabalho e contar com suas colocações e disponibilidade foi essencial para a finalização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, o Tuto, meu mestre. Para sempre vou levar comigo seus preciosos ensinamentos.

À Professora Doutora Brasília Maria Chiari, pelas contribuições dadas em minha qualificação.

À Professora Doutora Sabrina Ferigato, pela generosidade e atenção com que fez suas colocações e sugestões em minha banca de qualificação.

À Professora Doutora Cecília Bonini Trenche, pelo carinho e valiosas pontuações feitas em minha banca de qualificação.

À Professora Doutora Léslie Picolotto Ferreira, pela oportunidade de fazer parte da equipe da DIC, muitos foram os ensinamentos ao longo destes anos e é com muita felicidade que vejo hoje os frutos do nosso trabalho.

Aos meus pais Nilza e Evio (*in memoriam*). Sem eles este momento não existiria. Meu pai, que sempre nos ensinou com seus exemplos o valor do trabalho e do estudo. Minha mãe, por sempre acreditar e me incentivar nos momentos de desânimo.

Ao meu marido Carlos, meu companheiro, por toda a paciência, compreensão, carinho e atenção. Sem suas correções, pontuações e ajuda, tenho certeza de que o caminho seria muito mais difícil.

À minha irmã Solange, minha amiga, pelos momentos de acolhida, apoio e aposta.

Às amigas, Luciana, Fernanda, Aninha e Adriana, pelos momentos compartilhados.

À Karina e à Débora, amizade que o tempo não desfaz, pela aposta, torcida e reconhecimento.

A todas as colegas fonoaudiólogas que se dispuseram a dividir comigo suas experiências e suas angústias, pelo carinho e disponibilidade com que me receberam e auxiliaram na construção deste trabalho.

À Virgínia Rita Pini, secretária do PEPG em Fonoaudiologia, agradeço pela disponibilidade e simpatia com que sempre me ajudou a resolver as questões que surgiram ao longo do percurso.

A CAPES, o auxílio financeiro concedido.

RESUMO

Almeida BPB. Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação dos fonoaudiólogos nos Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo. [tese] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

A pesquisa se configura por dois estudos que têm, respectivamente, os seguintes **objetivos**: mapear a presença e caracterizar o perfil dos fonoaudiólogos das equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossociais do Estado de São Paulo – CAPS (estudo 1) e analisar e descrever a atuação dos fonoaudiólogos nos CAPS do estado de São Paulo (estudo 2). O **método** do estudo 1 de natureza quantitativa descritiva teve como casuística 20 CAPS do estado de São Paulo e 24 fonoaudiólogos que atuam nos CAPS de São Paulo, tendo como procedimento o mapeamento de todos os CAPS do estado de São Paulo e a identificação dos CAPS onde o fonoaudiólogo fazia parte da equipe interdisciplinar. Na sequência, após a autorização dos gestores ou órgãos responsáveis foi aplicado questionário com questões sobre a caracterização do perfil dos fonoaudiólogos. Os resultados foram analisados por meio de tratamento estatístico. O método do estudo 2 de natureza qualitativa e descritiva teve como casuística 24 fonoaudiólogos que atuam nos CAPS do estado de São Paulo e como procedimento a autorização dos gestores ou órgãos responsáveis e, a seguir, a realização de entrevistas semiestruturadas com os fonoaudiólogos. A análise dos resultados ocorreu por meio de categorias de conteúdo definidas *à posteriori*. **Resultados**: A maior parte dos fonoaudiólogos atua nos CAPS tipo infantil. A média de idade dos entrevistados é de 41,6 anos, o tempo médio de graduação de 19, 3 anos. A maioria dos entrevistados cursou pós-graduações de diferentes modalidades. Em relação ao início das atividades profissionais destes profissionais nos CAPS, a maioria relatou não ter conhecimentos prévios sobre saúde mental e ter aprendido sobre o serviço no próprio cotidiano de trabalho. Quanto ao tipo de atendimento realizado, a maioria faz trabalho tanto individualizado, quanto em grupo. A tese aponta para o fato de que, embora a reforma psiquiátrica preconize o atendimento interdisciplinar, o que inclui a atuação fonoaudiológica nestes serviços de saúde, a presença do fonoaudiólogo é ainda muito restrita quantitativamente. Observa-se que a inserção do fonoaudiólogo atualmente é realizada em grande parte nos CAPS infantojuvenis, porém já se observa sua inserção em CAPS com atendimento adulto, marcando a abertura da área para estes profissionais. Dentre as demandas dos sujeitos com transtornos mentais, os problemas de linguagem convocam, prioritariamente, o fonoaudiólogo a contribuir com sua especificidade nas equipes dos CAPS. **Conclusão**: Diante dos resultados obtidos, pode-se observar que a inserção/atuação dos fonoaudiólogos nos CAPS do estado de São Paulo não é efetiva, sendo, ainda, muito restrita quantitativamente e realizada em grande parte nos CAPS infantojuvenis. Sugere-se que os currículos de graduação em Fonoaudiologia invistam na formação acadêmica destes profissionais, propiciando a aquisição de conhecimentos e experiências práticas no campo da saúde pública de maneira geral, bem como na saúde mental em particular, com vista a contribuir para a promoção, inserção e atuação mais efetiva do fonoaudiólogo nestes serviços.

Palavras Chave: Fonoaudiologia, Saúde Mental, Transtornos Mentais, Linguagem.

ABSTRACT

Speech Language and Hearing Sciences and Mental Health: Speech-Language Pathology practice at the Psychosocial Attention Centers of the state of São Paulo

This research is composed by two studies with the following **purposes**: to map the presence and characterize the profile of Speech-Language Pathologists and Audiologists in the interdisciplinary teams of the Psychosocial Care Units of the State of São Paulo (CAPS) (study 1) and to analyze and describe the work of Speech-Language Pathologists at the CAPS in the state of São Paulo (study 2). The **method** of study 1 was quantitative and descriptive and included 20 CAPS from the state of São Paulo and 24 Speech-Language Pathologists who work at these CAPS. The procedure was the mapping of all CAPS in the state of São Paulo and the identification of the CAPS units where the Speech-Language Pathologist was part of the interdisciplinary team. Then, after approval from the coordinator or responsible institutions, a questionnaire was completed, containing questions about the Speech-Language Pathologists' profile characterization. The results were analyzed with statistical treatment. Study 2's method was qualitative and descriptive and included 24 Speech-Language Pathologists working at the CAPS in the state of São Paulo. The procedure included semi-structured interviews with the Speech-Language Pathologists, conducted after approval from coordinators or responsible institutions. The data were analyzed using categories defined after the interview procedure. **Results**: Most Speech-Language Pathologists work in childhood CAPS. The mean age of the subjects is 414.6 years and mean time of graduation is 19.3 years. The majority of interviewed Speech-Language Pathologists went to different kinds of Graduate school. Regarding the beginning of their professional activities at the CAPS, most reported not having previous knowledge about mental health and having learned about the job in their daily lives at work. Regarding the type of assistance, most perform both individual and group assistance. The thesis points to the fact that even though psychiatric reformation ensures interdisciplinary treatment, including Speech-Language Pathology in these healthcare services, the presence of Speech-Language Pathologists is still very small in numbers. This professional's insertion currently takes place in greater scale in childhood and adolescent care CAPS, but their insertion in adult care CAPS has also been observed, showing that the field is also open for these professionals. Among the demands of subjects with mental disorders, Language problems give the Speech-Language Pathologists priorities in contributing with their field specificities in the teams at the CAPS. **Conclusion**: The findings show that the insertion/work of the Speech-Language Pathologists at the CAPS of the state of São Paulo is not effective and is very small in numbers, occurring mostly in childhood and adolescent care CAPS. A suggestion is that the curriculums of Speech-Language Pathology programs invest in these professionals' academic education, providing the acquisition of knowledge and practical experiences in the field of public health in general, as well as mental health in particular, aiming to contribute to the promotion, insertion and more effective work of Speech-Language Pathologists in these services.

Key Words: Speech, Language and Hearing Sciences, Mental Health, Mental Disorders, Language.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	III
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
SUMÁRIO	IX
LISTA DE TABELAS	X
LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS	XI
INTRODUÇÃO	1
ESTUDO 1: Inserção do fonoaudiólogo em Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo: mapeamento e caracterização	10
Introdução.....	10
Objetivo	19
Método	19
Resultados e Discussão.....	26
Conclusão.....	43
ESTUDO 2 Atuação de fonoaudiólogos em Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo	45
Introdução.....	45
Objetivo.....	50
Método	50
Resultados e Discussão.....	54
Conclusão.....	84
CONCLUSÃO DO ESTUDO 1	86
CONCLUSÃO DO ESTUDO 2	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	96

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 1

Tabela 1-	Distribuições de CAPS do estado de São Paulo, quanto ao tipo e localização geográfica.	26
Tabela 2 -	Distribuições da presença de fonoaudiólogo, de acordo com o tipo de CAPS do estado de São Paulo.	29
Tabela 3 -	Número e percentual de fonoaudiólogos, segundo tipo de CAPS e região.	31
Tabela 4 -	Distribuição em número absoluto das temáticas desenvolvidas pelos entrevistados em cursos de pós-graduação.	34
Tabela 5 -	Número e percentual de fonoaudiólogos, segundo características do processo de ingresso no CAPS.	36

ESTUDO 2

Tabela 1 -	Número e percentual de fonoaudiólogos nos CAPS, segundo tipo e região.	54
Tabela 2 -	Número e percentual de fonoaudiólogos e tipos de CAPS, segundo características do atendimento.	56
Tabela 3 -	Número e percentual de fonoaudiólogos e tipos de CAPS, segundo os objetivos dos atendimentos.	65
Tabela 4 -	Número e percentual de Atividades desenvolvidas pelos fonoaudiólogos nos CAPS.	77

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

ESTUDO 1

Gráfico 1-	Percentual de fonoaudiólogos, segundo a modalidade de cursos de pós-graduação	33
Figura 1 -	Diagrama de Venn, referente à distribuição das especialidades atendidas.	42

ESTUDO 2

Fluxograma 1 -	Distribuição da natureza dos atendimentos fonoaudiológicos na modalidade grupal nos CAPS.	68
Gráfico 1 -	Percentual de fonoaudiólogos, segundo tipo e funções de linguagem assumidas.	73

INTRODUÇÃO

Os desafios que marcaram meu percurso no atendimento a sujeitos com transtornos mentais constituíram o ponto de partida para a proposição deste estudo.

O primeiro marco se deu em 1999 por meio de um grupo terapêutico interdisciplinar - o grupo coral Sabiá na Laranjeira - realizado em um antigo hospital psiquiátrico, atualmente Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), no interior do estado de São Paulo. O principal objetivo desta atividade foi promover a circulação social e a reinserção social dos usuários atendidos, e se tornou um dos mais relevantes grupos terapêuticos na instituição. Também se configurou como porta de entrada para a Fonoaudiologia para, em seguida, atestar a relevância de outras intervenções na área.

Muitas reflexões emergiram do trabalho fonoaudiológico com estes sujeitos, as quais norteiam as discussões sobre a pertinência e a natureza da inserção do fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental, aspectos que delineiam o tema desta pesquisa.

Adentrar ao complexo universo da Saúde Mental implica considerar que se trata de uma clínica marcada pela história das lutas e movimentos sociais e políticos com vistas à preservação dos direitos dos doentes mentais. E para melhor compreender tal processo, é importante retomá-lo historicamente.

Por mais de 200 anos, do século XVII até meados do século XX, a relação que a sociedade ocidental manteve com as pessoas em sofrimento psíquico constituiu em intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, instituições marcadas pelo uso de violência e pelo abandono dos sujeitos atendidos. (Amarante, 2008b).

Tal contexto articula-se com desdobramentos da Revolução Francesa. O modelo manicomial defendido nesta época e adotado no Brasil era o manicomial, baseado no alienismo que definia o espaço do manicômio como um lugar que permitiria ao alienado o exercício de sua liberdade, tornando-se novamente sujeito de direito (Amarante, 1995; Barroso, Silva, 2011).

Tais princípios foram adotados amplamente no ocidente, levando à internação em manicômios todos os considerados loucos, despossuídos da razão ou delirantes (Barroso, Silva, 2011).

Segundo Desviat (1999), a precondição do tratamento alienista consistia em isolar os pacientes da sociedade, da comunidade, por serem geradores de uma série de distúrbios. Para curá-los, portanto, era necessário interná-los em lugares apropriados, os asilos. Assim, de acordo com Costa (2007), a partir de 1830, um grupo de médicos passou a reivindicar, entre outras medidas de higiene pública, a construção de um asilo para os “alienados”, fato que desencadeou um importante movimento de opinião pública.

Especificamente no Brasil, em 1852, foi inaugurado o Asilo de Pedro II no Rio de Janeiro. A partir desta época ocorreu um aumento progressivo de hospitais psiquiátricos, caracterizados pela segregação e exclusão dos sujeitos com transtornos mentais, que já não podiam ser internados em hospitais gerais. Tal situação se intensificou durante o regime militar, iniciado em 1964 e durou mais de 20 anos, quando a assistência psiquiátrica foi incorporada pela previdência social, gerando, assim, a criação de hospitais psiquiátricos privados (Fraga, Souza, Braga, 2006).

Segundo Almeida (2010), os asilos nascem com sua função terapêutica baseada na hospitalização, com a concepção de ser o paciente o portador de

um distúrbio que o torna incapaz, sem razão, perigoso para a sociedade, por não saber discernir entre o certo e o errado; e, portanto, necessita de controle, vigilância e disciplina.

Nestas instituições, os sujeitos não são considerados integralmente em suas necessidades pessoais, familiares e sociais, sendo submetidos à condição de excluído. “Os que não produzem, segundo nossos padrões, os que não comunicam, segundo nossos códigos, não têm lugar – a esses nós chamamos de loucos” (Pelbart, 2009, p. 153).

A maioria das atividades realizadas nestas instituições é submetida à vigilância e ao controle constantes; dizem respeito aos cuidados com a higiene, alimentação e medicação. As formas de comunicação demonstram o “lugar” em que o sujeito portador de transtornos mentais está submetido: sem direitos, incapaz, perigoso e sem voz (Almeida, 2010).

No ano de 1960, inicia-se o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência psiquiátrica e começam a ser incorporadas propostas desenvolvidas na Europa, como a psiquiatria preventiva e comunitária e as comunidades terapêuticas, que buscavam a humanização dos hospitais psiquiátricos (Borges, Baptista, 2008).

A não resolutividade dos hospitais psiquiátricos, maus tratos aos pacientes, entre outros problemas começam a gerar várias denúncias que constataram a existência de uma verdadeira indústria da loucura. Tal fator gerou uma crise da assistência psiquiátrica que tomou força no ano de 1979, quando o governo perdeu força nas eleições e iniciou-se o processo de abertura política. Tais fatos possibilitaram a organização de vários atores sociais, entre eles o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental,

familiares, usuários, gestores e setores organizados da sociedade, configurando-se no movimento intitulado “Luta Antimanicomial” para a defesa dos direitos dos sujeitos com transtornos mentais (Amarante, 1994; Fraga, Souza, Braga, 2006; Amarante, 2008a; Amarante, 2009;).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se inscreve em um contexto internacional de mudanças que perseguem a qualificação e a humanização do atendimento ao sujeito com transtornos mentais, bem como a superação da violência asilar e a proposta de estratégias para esta transformação. Faz, assim, emergir um novo paradigma para a psiquiatria, fortemente influenciado pelo referencial da psiquiatria democrática italiana que vinha sendo difundido no país desde o final da década de 70, e que tem como principal conceito a desinstitucionalização (Amarante, 1994; Zambenedetti, Perrone, 2008; Amarante, 2009).

A partir da segunda metade dos anos 80, tem início a desinstitucionalização, um dos pilares do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, que buscava não só a superação das condições dos muitos internos cronificados em hospitais públicos e conveniados, mas também as transformações dos modelos assistenciais (Furtado, Onocko-Campos, 2005).

Em 1988, em um contexto de rediscussão do papel do Estado na saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, a Constituição Federal pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) trazendo seus princípios, universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

Em meados de 1990, houve a expansão da rede substitutiva no Sistema Único de Saúde (SUS), que se soma aos esforços da desinstitucionalização e

proporciona aos setores de saúde dos municípios a busca pelos direitos constitucionais de seus usuários. Inicia-se, então, em muitos destes municípios o desenvolvimento de ações substitutivas em Saúde Mental, proporcionando a ampliação de recursos humanos e equipamentos sociais e de saúde que possam acolher os egressos de longas internações bem como os novos pacientes da comunidade (Furtado, Onocko-Campos, 2005; Luzio, L'abbate, 2009).

Esta necessidade de garantir um sistema de saúde mental inserido no SUS é um dos pontos de contato entre as Reformas Sanitarista e Psiquiátrica.

Merece destaque como estratégia fundamental para a reorganização das ações tanto da Reforma Sanitária quanto da Reforma Psiquiátrica, segundo Mondoni e Rosa (2010), a territorialização dos serviços, que procura aproximar, integrar e vincular afetivamente os equipamentos e trabalhadores da saúde às pessoas e as comunidades. O objetivo é o rompimento com a centralização hospitalar e ambulatorial e com a inércia das práticas curativas, priorizando práticas de promoção, prevenção e educação em saúde.

O marco histórico que possibilitou significativas mudanças no Ministério da Saúde foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990 onde foi promulgado o histórico documento final intitulado “Declaração de Caracas”.

O Brasil adere a esta declaração e, após um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental, é promulgada a Lei nº 9.867 de 10 de novembro de 1999, que permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes com transtornos mentais em acompanhamento nos serviços comunitários (Berlinck, Magtaz, Teixeira, 2008).

É o início de uma inflexão no trabalho com os sujeitos institucionalizados por transtornos mentais, por meio da qual se delinea um novo cenário na Saúde Mental de nosso país. Tal processo concerne a abertura e a reorientação destas instituições, e o estabelecimento de uma ética do não-isolamento, portanto, de convivência social com o louco e com a loucura; ética consignada em diferentes maneiras de trabalhar e de lidar com estes sujeitos. Segundo Yassui (2009), pretende-se não apenas fazer com que as pessoas sejam tolerantes com o louco, mas com que a sociedade possa mudar sua relação com a diferença, que representa alteridade.

Neste contexto, também ganha impulso o trabalho das equipes interdisciplinares e, com elas, o desafio de, em conjunto, reconstruir a história da saúde mental no Brasil. É aqui que a Fonoaudiologia tem a chance de inserir-se, mais efetivamente, neste universo.

A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo projeto de lei do deputado Paulo Delgado, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Tem início efetivo a reforma psiquiátrica no Brasil, tendo como metas: a redução do número de leitos, a transformação do espaço físico dos hospitais psiquiátricos com instalações mais dignas, criação de redes diversificadas de atenção aos usuários com quadros agudos (Hospital Dia, Ambulatório de Saúde Mental, Unidade de Emergência Psiquiátrica, Unidades Básicas de Saúde, Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial – NAPS/ CAPS, Lares Abrigados e Pensões Protegidas) (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

A Fonoaudiologia tem a possibilidade de entrar mais efetivamente no universo das instituições psiquiátricas a partir de 1992, com a implantação da Portaria 224/92 (Anexo I), que traz como uma de suas diretrizes a multiprofissionalidade¹ na prestação de serviços aos portadores de transtornos mentais.

Segundo Pitta (2011) e Amarante (2008b), na última década foram realizadas várias conquistas, fruto da luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, as quais aumentaram a possibilidade de desinstitucionalização responsável dos sujeitos submetidos a longos períodos de internação. Dentre elas: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Os Serviços Residências Terapêuticos (SRT), e o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta para casa”, a importante atuação do Ministério Público, a participação e o controle social nas políticas de saúde pública e atenção psicossocial, os centros de convivência, cooperativas e empresas sociais, os projetos de inclusão pelo trabalho, as iniciativas culturais e a Estratégia Saúde da Família.

Entendemos não ser suficiente pensar-se apenas em ampliação de serviços substitutivos. É necessário que os profissionais responsáveis por estes serviços, estejam implicados com esta clínica e dispostos a perceber a importância de cada membro da equipe no cuidado com os sujeitos com transtornos mentais.

Os profissionais neste contexto precisam compreender o campo da saúde mental e atenção psicossocial como um processo social complexo o qual se transforma permanentemente e que se ocupa do sujeito e não mais da

¹ Multiprofissionalidade é um termo técnico também utilizado pelos profissionais da área da saúde mental, e é o adjetivo dado a uma equipe composta por diferentes categorias de profissionais especializados; como, por exemplo: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, neurologista e pessoal auxiliar.

doença, o que não significa a negação da doença, mas sim como diz Amarante (2008b), encontrarmos os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata, e nos depararmos com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios.

É com este referencial teórico que esta pesquisa aborda os objetivos propostos, o trabalho na saúde mental e a atenção psicossocial.

No entanto, também se faz importante pontuar que vários aspectos cercam a vida do sujeito com transtornos mentais. Dentre eles, as marcas que o isolamento e a exclusão deixaram em sua história, a objetificação a que foram submetidos, com as conseqüentes alterações amplificadas e aparentes na comunicação e linguagem, além dos preconceitos, estigmas e desvalorização sociais que ainda mantêm tais sujeitos alienados da vida em comunidade.

O profissional que se dispõe a trabalhar com esta perspectiva de clínica, precisa contribuir com outros modos de tratar, cuidar e acolher os sujeitos em sofrimento mental, buscar espaços terapêuticos em que é possível cuidar, acolher e escutar as angústias e as experiências de vida dos sujeitos, bem como se preocupar com o sujeito em sofrimento mental não mais com sua doença.

Nesta perspectiva, para trabalhar com pessoas que apresentam transtornos mentais, a clínica fonoaudiológica precisa aceitar o desafio de construir maneiras de atuar com estes sujeitos, criar e adaptar técnicas, dispondo-se ao trabalho inter e transdisciplinar. Embora já se tenha avançado muito em termos de definições e de perspectivas da reforma psiquiátrica, ainda

há um longo caminho a se percorrer, e é preciso se engajar nos movimentos que tentam trilhá-lo.

Segundo Amarante (2008b):

“O conjunto das estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil é responsável por um novo cenário político em que há um efetivo processo de participação e construção social sem similar em nenhum país do Mundo”. (Amarante, 2008b, p.103).

Assim como menciona Delgado (2011), “a instituição nova criada com a lei da Reforma Psiquiátrica não tem retorno e tem o nome do acolhimento, o tratamento em liberdade”.

A tese foi dividida em dois estudos com os seguintes objetivos: mapear e caracterizar os CAPS do estado de São Paulo, investigar a inserção do fonoaudiólogo em suas equipes interdisciplinares, descrever o perfil dos fonoaudiólogos que atuam nestes equipamentos de saúde mental (estudo 1) e descrever e analisar a atuação destes profissionais nos CAPS do estado de São Paulo (estudo 2).

A escolha destes estudos se justifica porque, além de discutirmos quantitativamente a inserção destes profissionais, serão analisadas suas contribuições e questões relativas à prática clínica e ao trabalho interdisciplinar com sujeitos com transtornos mentais.

ESTUDO 1

Inserção do fonoaudiólogo em Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo: mapeamento e caracterização

INTRODUÇÃO

Observam-se, nos últimos 10 anos, avanços na Reforma Psiquiátrica brasileira, que atualmente se consolida como política pública federal, e tem como uma de suas principais características a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo manicomial centrado na internação hospitalar.

Atualmente, o princípio fundamental da proposta da Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil é o da superação do modelo manicomial, por meio de estratégias e dispositivos para a construção de um novo lugar social para os sujeitos com transtornos mentais em nossa sociedade, dentre eles os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

O primeiro CAPS brasileiro - o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira - criado em São Paulo em 1987 e os Núcleos de Atenção Psicossociais em Santos (1989) marcaram o início de um novo modelo de atenção no campo da saúde mental. (Costa et al., 2011)

Em 2001, o Governo Federal promulgou a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo de assistência em saúde mental, tendo como base o projeto original do deputado Paulo Delgado. Em 2003, foi assinada a Lei nº

10.708, conhecida como “Lei do Programa de Volta para Casa”. Tal lei concede auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental, fato que impulsionou a desinstitucionalização de sujeitos com longo tempo de permanência em hospitais psiquiátricos (Berlinck, Magtaz, Teixeira, 2008).

Os CAPS, assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar atendimento diuturno às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em um dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. O objetivo é substituir o modelo hospitalocêntrico, evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou um documento oficial que esclarece ser a principal característica dos CAPS a busca pela integração do sujeito com transtornos mentais a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território: o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Tal estratégia se constitui na principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b).

Assim, gradativamente, os CAPS adquirem um papel relevante entre as novas práticas em saúde mental no Brasil, configurando-se como um estratégico dispositivo para a reversão do modelo centrado na hospitalização. Esses serviços têm a função de articular o trabalho em rede, realizado em várias instâncias, como as de cuidados básicos/Programa Saúde da Família (PSF), ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial/Serviços Residenciais Terapêuticos e Trabalho Protegido (Onoko-Campos, Furtado, 2006).

O modelo assistencial oferecido pelo CAPS foi consolidado na III Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como tema “Cuidar sim. Excluir não” (Onoko-Campos, Furtado, 2006), como equipamento de saúde estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território. Para tal, os objetivos são oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, de maneira a consolidar a reforma psiquiátrica brasileira (Onoko-Campos et al., 2009, p.17).

Em síntese: os CAPS representam serviços de saúde municipais, abertos, comunitários e voltados para sujeitos com transtornos mentais - em especial, os severos e persistentes - no seu território de abrangência. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004). Destaca-se que tais serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, convocando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

O Ministério da Saúde categoriza os CAPS em cinco tipos, a partir da clientela (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) em função do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h). São eles: tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPSad) e Infantojuvenil (CAPSi), todos compostos por equipes multiprofissionais, contudo, com presença obrigatória de profissionais específicos para cada um deles. A estrutura física deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso particular.

O quadro abaixo sintetiza as respectivas características dos CAPS:

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS i
Definição	São serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).	São serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adulta.	São serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.	São serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.	São serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia.
População Alvo	Adultos com transtornos severos e persistentes.	Adultos com transtornos severos e persistentes.	Adultos com transtornos severos e persistentes.	Adolescentes e adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas.	Crianças e adolescentes com transtornos mentais.
Cobertura populacional	20 a 70 mil habitantes	70 a 200 mil habitantes	Mais de 200 mil habitantes	Mais de 100 mil habitantes	Mais de 200 mil habitantes
Equipe Mínima	- 01 médico com formação em saúde mental; - 01 enfermeiro; - 03 profissionais de nível universitário (entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); - 04 profissionais de nível médio (entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)	- 01 médico psiquiatra; - 01 enfermeiro com formação em saúde mental; - 04 profissionais de nível superior (entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); - 06 profissionais de nível médio (entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)	- 02 médicos psiquiatras; - 01 enfermeiro com formação em saúde mental; - 05 profissionais de nível universitário (entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); - 08 profissionais de nível médio (entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)	- 01 médico psiquiatra; - 01 enfermeiro com formação em saúde mental; - 01 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; - 04 profissionais de nível universitário (entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); - 06 profissionais de nível médio (entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)	- 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; - 01 enfermeiro; - 04 profissionais de nível superior (Profissionais de nível universitário para o CAPS i entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); 05 (cinco) profissionais de nível médio (entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)
Serviços Prestados à População	- Atendimento individual e grupal; - oficina terapêutica; - visita domiciliar; - atividade comunitária; - inserção social e refeições.	- Atendimento individual e grupal; - oficina terapêutica; - visita domiciliar; - atividade comunitária; - inserção social e refeições.	- Atendimento individual e grupal; - oficina terapêutica; - visita domiciliar; - atividade comunitária; - inserção social e refeições; - leito para internação por no máximo 7 dias consecutivos ou 10 dias intercalados no período de 30 dias.	- Atendimento individual e grupal; - oficina terapêutica; - visita domiciliar; - atividade comunitária; - inserção social e refeições; - atendimento de desintoxicação.	- Atendimento individual e grupal; - oficina terapêutica; - visita domiciliar; - atividade comunitária; - inserção social e refeições; - ações intersetoriais com educação, assistência e justiça.

Fonte: Brasil Ministério da Saúde – Portaria 336 de 2002, Brasil Ministério da Saúde 2004b.

Com o objetivo de aprimorar os serviços, em 23 de dezembro de 2011 a portaria 3.088 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede é composta, além dos CAPS, pelos Serviços de Residência Terapêutica (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UA), Unidade Básica de Saúde, os leitos de atenção Integral (em hospitais gerais e CAPS III), Consultório de rua, Escola de redutores de danos (ERD) entre outros. (Brasil, Ministério da Saúde, Portaria 3088 2011) (Conselho Federal e Regional de Psicologia, 2013). Também faz parte desta política o Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Contudo, não se pode deixar de apontar que muitos fatores podem interferir na implantação desta rede de saúde mental. A saber: “a diversidade sociopolítica, econômica e as particularidades de cada município influenciam diretamente na gestão, implantação dos serviços e na constituição das equipes de saúde mental no âmbito local” (Conselho Federal e Regional de Psicologia, 2013, p.110).

É possível observar nesta direção que o papel de agregar e organizar a rede de saúde mental de seu território é ainda um objetivo não plenamente alcançado pelos CAPS. De acordo com Almeida (2010), o desafio não é apenas construir novos serviços, nem introduzir novas ou modernas e menos violentas técnicas de atendimento ao portador de transtornos mentais; mas sim, incluir socialmente estes sujeitos, interferir nas relações da sociedade com a loucura, promover a cidadania e a humanização do tratamento.

Por sua vez, diante da diversidade e da complexidade dos serviços substitutivos, impõe-se a perspectiva interdisciplinar nas intervenções (Guimarães, Jorge, Assis, 2011).

A justificativa para a composição de equipes interdisciplinares no trabalho com os sujeitos com transtornos mentais deriva, principalmente, da multiplicidade e diversidade das demandas dos usuários e da consequente necessidade de trocas e integração de saberes (Brasil, Ministério da Saúde, 1992). Portanto, de acordo com Amarante e Lancetti (2006), o trabalho com saúde mental é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde; o que nos impulsiona a argumentar em favor da inserção do fonoaudiólogo nestas equipes, a partir das considerações a seguir.

Inicialmente, recorre-se aos conceitos de núcleo e campo (Campos, 2000): o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e prática profissional, enquanto o campo representa um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina/profissão busca articulações com outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Nesta perspectiva de cuidado, os profissionais da equipe - habituados ao atendimento clínico ou ambulatorial dos sujeitos com transtornos mentais - passam por uma transformação em seus modos de atuação, já orientada para esta “nova clínica” (Silveira e Vieira, 2005; Barros, Oliveira e Silva, 2007).

Porém, tal abordagem gera dificuldades e desafios a serem vencidos, à medida que exige mudanças de paradigmas e adaptações de técnicas por parte dos profissionais, tarefas nem sempre efetivamente cumpridas. Vale, também, apontar, que o desenho da equipe mínima preconizado para cada tipo

de CAPS, na maioria das vezes, é insuficiente para a realização das intervenções no território.

Destaca-se que a inserção da Fonoaudiologia na Saúde Pública tem suas raízes calcadas no cuidado voltado à saúde e proteção na infância e adolescência. Lypai e Almeida (2007) apontam que, inicialmente, as intervenções fonoaudiológicas nos Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, creches, pré-escolas e escolas de Ensino Fundamental focavam a reabilitação dos distúrbios da comunicação, e não a promoção da saúde.

Nesta direção, Moreira e Mota (2009) apontam que, entre as décadas de 70 e 80, os fonoaudiólogos iniciaram o trabalho na saúde pública via secretarias de educação e saúde com tais ações voltadas para a reabilitação. Contudo, na segunda metade dos anos 80, com a criação do SUS, surgiram os concursos públicos para as Secretarias de Saúde, com a contratação de fonoaudiólogos, principalmente no estado de São Paulo.

No entanto, é na Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 - que regulamentou o modelo de atenção à saúde mental infanto-juvenil (CAPSi) e o incluiu no Sistema Único de Saúde (SUS) - que o fonoaudiólogo é referido como integrante das equipes de CAPS infantojuvenis.

Nos últimos anos, observa-se gradativa inserção dos fonoaudiólogos na rede pública, via programas do Ministério da Saúde, tais como: Programa Saúde da Família (PSF), Saúde Infantil, Saúde Escolar e do Adolescente, Saúde Auditiva, Saúde do Idoso, Núcleos de Apoio à Saúde (NASF) e Saúde Mental, entre outros, sendo suas ações, em grande maioria, voltadas às questões trazidas na infância e adolescência (Moreira, Mota, 2009). Especificamente na Saúde Mental, observa-se que a atuação do fonoaudiólogo

é influenciada pela história da inserção/atuação fonoaudiológica na Saúde Pública.

Nesta direção, pode-se observar tal influência na sugestão de composição das equipes mínimas dadas pelo Ministério da Saúde para os CAPS infantis, onde constatamos a referência ao fonoaudiólogo como um dos profissionais pertinentes à equipe, o que não ocorre em outros tipos de CAPS nos quais este profissional pode ser incluído, a partir da sugestão de outros profissionais.

Tal fato pode ser explicado pela histórica ligação da Fonoaudiologia com as questões ligadas à aquisição e alterações de linguagem da infância e adolescência, que serviram como porta de entrada para este profissional na Saúde Pública.

Embora a Fonoaudiologia na Saúde Mental ainda carregue as marcas históricas da reabilitação, observa-se a transição para novos paradigmas em consonância com os fundamentos da Reforma Psiquiátrica. Nesta perspectiva, é importante sublinhar que as intervenções fonoaudiológicas, tradicionalmente voltadas para a infância, ampliam-se para a população adulta, constituindo-se em um desafio contemporâneo. Explicitando: embora a aquisição e as alterações de linguagem na infância estejam historicamente associadas à atuação fonoaudiológica (especialmente na dimensão normatizadora); a linguagem, a motricidade orofacial, a voz e a audição interferem de maneiras diversas no processo de reinserção social do sujeito adulto com transtornos mentais.

Ainda que a comunicação seja objeto de intervenção dos profissionais da equipe interdisciplinar de forma geral (e nas diferentes faixas etárias), cabe

especificamente ao fonoaudiólogo avaliar/tratar os sujeitos; além de propor estratégias facilitadoras de comunicação à equipe e familiares.

Em outras palavras: cabe ao fonoaudiólogo, membro destas equipes, trazer à tona questões referentes à comunicação humana, a saber: o funcionamento e as disfunções da linguagem, de maneira a compreender e intervir nos processos que dificultam/impedem a comunicação dos sujeitos atendidos, com ênfase nas relações entre linguagem e subjetividade.

Corroborando Moreira e Mota (2009), que afirmam que os aspectos da linguagem devem ser considerados atributos da saúde, já que suas manifestações patológicas abalam a competência e o desempenho comunicativo dos sujeitos, o tema deste estudo é a inserção do fonoaudiólogo nas equipes interdisciplinares de atenção à saúde mental.

Feitas tais considerações, enuncia-se o seu **objetivo**: Mapear a presença e caracterizar o perfil dos fonoaudiólogos das equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossociais do Estado de São Paulo.

MÉTODO

Natureza da pesquisa

Estudo de natureza quantitativa descritiva

1. Casuística

20 Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo/CAPS, mapeados no período de janeiro de 2011.

24 fonoaudiólogos que atuam nos CAPS acima referidos.

Critérios de seleção: Concordância em participar da pesquisa, seguida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

2. Procedimentos

Fase 1: Mapeamento de todos os CAPS existentes no estado de São Paulo a partir de pesquisa no Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental (Saúde Mental em Dados) disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental em janeiro de 2011.

A seguir, foi realizada a busca dos endereços e telefones dos CAPS mapeados em fontes oficiais de dados, a saber:

- CNESNet da Secretaria de Atenção a Saúde DATASUS (Indicadores – tipo de estabelecimento Centro de Atenção Psicossocial) disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=35&VMun=00&VSubUni=

- Relação dos equipamentos de saúde mental na cidade de São Paulo disponível em http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/adeq/CAPS_AD_enderecos.pdf.

Ainda para efeitos de checagem dos dados, foi utilizada pesquisa nas seguintes fontes:

- Lista de todos os CAPS brasileiros com seus respectivos endereços e telefones disponíveis em <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/caps> pesquisado em janeiro de 2011.

- Lista de CAPS do estado de São Paulo com seus respectivos endereços e telefones disponíveis em

<http://www.marianaterapeutaocupacional.com/duvidas-frequentes>² pesquisado em janeiro de 2011, que trata-se de um blog cujos dados são alimentados por usuários e profissionais dos CAPS.

Quando os dados obtidos nas fontes oficiais do Estado e da União para levantar o número de CAPS do estado de São Paulo (em janeiro de 2011) foram comparados com as outras fontes de pesquisa, chegamos a números conflitantes.

A partir dessa constatação foram realizados novos procedimentos para checagem dos dados, a saber:

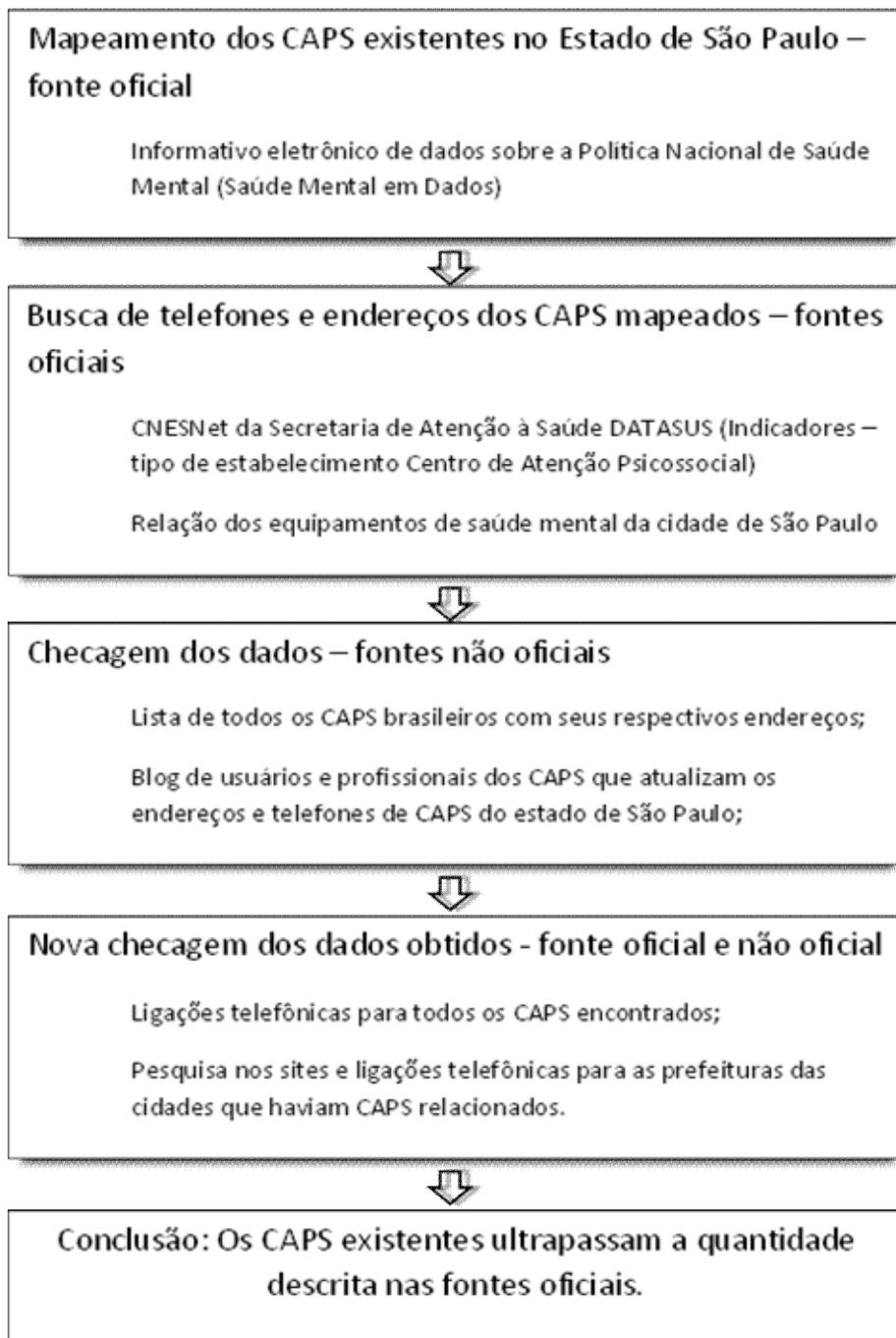
- Ligações telefônicas para todos os CAPS que constavam nas listas. A cada contato telefônico, também indagávamos a cerca da existência de outros CAPS nas cidades contatadas;
- Pesquisas nos sites das prefeituras das cidades que constavam nas listas e, quando necessário, contatos telefônicos com tais prefeituras (para checar/atualizar telefones dos CAPS pesquisados).

Ao final do levantamento, chegamos a um número de CAPS que ultrapassou o número inicial coletado na fonte oficial.

Esse último número foi o utilizado na pesquisa para estabelecer a casuística.

Segue abaixo resumo esquemático da fase 1:

² A profissional responsável por este blog é terapeuta Ocupacional e tem como objetivo auxiliar os usuários na busca por equipamentos de saúde nas diversas regiões do Brasil. Sua lista é atualizada por funcionários ou pelos próprios usuários dos serviços que entram em contato com a profissional incluindo novos serviços. Tais informações foram relatadas pela própria profissional em contato via E mail.



Fase 2: Identificação dos CAPS do estado de São Paulo nos quais o fonoaudiólogo fazia parte da equipe interdisciplinar, seguida de contatos telefônicos com todas as unidades para conferir esses dados.

A maioria dos CAPS pesquisados forneceu os dados via contato telefônico, mas, em alguns casos foi necessário contato via E mail, nos quais as informações foram solicitadas formalmente aos gestores dos serviços.

Nos CAPS em que o fonoaudiólogo atuava os dados foram categorizados a partir das seguintes variáveis:

- Tipo de CAPS (I, II, III, CAPS i ou CAPS ad);
- Região do estado onde estão inseridos;
- Número de habitantes das respectivas cidades em

fevereiro de 2011, a partir da fonte Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

Fase 3: Solicitação de autorização dos gestores ou órgãos responsáveis (departamentos de saúde ou de saúde mental, departamentos de educação) para realização de entrevistas com os fonoaudiólogos identificados na fase 2.

As normas para obter essas autorizações variaram entre os CAPS selecionados, a saber: autorização direta do gerente do serviço, solicitação formal de autorização por meio de formulários e envio de cartas do orientador e pesquisador aos departamentos de saúde mental/secretários de saúde e departamento de educação, análise do projeto por Comitês de Ética em Pesquisa dos departamentos responsáveis pelos CAPS e entrevistas e/ou apresentação do projeto de pesquisa aos gestores dos serviços.

Foi estabelecido um prazo máximo de 10 meses de espera das autorizações, de maneira a viabilizar o cronograma da pesquisa. Expirado esse prazo, foram iniciadas as entrevistas (24) até então autorizadas.

Portanto, a multiplicidade desses procedimentos gerou lentidão do processo em função da complexidade burocrática envolvida, o que

impossibilitou que as entrevistas fossem realizadas com todos (31) CAPS selecionados nessa fase.

Além disso, durante o processo de liberação das autorizações das entrevistas, 04 CAPS já não possuíam mais o fonoaudiólogo.

Fase 4: Entrevistas com os fonoaudiólogos selecionados na Fase 3.

As entrevistas foram realizadas nos respectivos CAPS de origem dos profissionais, após agendamento prévio por meio de contatos telefônicos.

A dinâmica das entrevistas foi dividida em dois momentos:

1. Caracterização do perfil dos entrevistados com relação aos seguintes aspectos: formação profissional, experiência no campo da Saúde Mental; modalidade(s) do(s) atendimento(s) realizado(s) (individual e/ou em grupo.). Esses dados serão analisados nesse estudo.
2. Entrevistas abertas para a caracterização das atividades desenvolvidas pelos entrevistados. Esses dados serão analisados no Estudo 2.

As fases 1 e 2 e 3 foram realizadas no 1º semestre de 2011.

A fase 4 foi realizada do segundo semestre de 2012 ao primeiro semestre de 2013.

3. Critérios de análise dos resultados

Tratamento estatístico dos dados coletados por meio da técnica de análise descritiva de dados (Bussab e Morettin, 2004).

Foram construídas tabelas com as distribuições de frequências e porcentagens conjuntas e marginais das variáveis observadas

As porcentagens de ocorrência de cada tipo de CAPS, tipo de atendimento e tipo de especialidade atendida foram representadas graficamente.

Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Os dados foram tabulados em Excel e analisados pelo programa SPSS versão 17.0 para Windows.

4. Ética

O projeto foi encaminhado para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e recebeu aprovação sob o número 420/2011 (Anexo 3).

As entrevistas foram agendadas de acordo com o melhor horário e dia para os profissionais, sempre com o objetivo de se evitar, o máximo possível, desconfortos que pudessem ocorrer com a presença do pesquisador nos locais de trabalho.

Foi garantido aos entrevistados o anonimato e o acesso aos dados da pesquisa em qualquer momento que desejassem por meio de todos os contatos do pesquisador.

Ao final da pesquisa, o pesquisador assumiu o compromisso de informar aos participantes os resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos a partir de dois vetores: mapeamento da inserção do fonoaudiólogo nos CAPS do estado de São Paulo e caracterização da atuação dos fonoaudiólogos nos referidos CAPS.

Os dados quantitativos referentes ao número de habitantes dos municípios nos quais se localizam os CAPS, tipo de gestão, presença do fonoaudiólogo em cada região do estado (interior e capital) podem ser observados em anexo (Anexo 4).

Constatou-se a existência de 289 CAPS em funcionamento no Estado de São Paulo, assim caracterizados em frequências e porcentagens:

Tabela 1- Distribuições de CAPS do estado de São Paulo, quanto ao tipo e localização geográfica

CAPS	Região do Estado		Total
	Capital	Interior	
Ad	19	46	65
	32,8%	19,9%	22,5%
I	11	34	45
	19,0%	14,7%	15,6%
I	4	68	72
	6,9%	29,4%	24,9%
II	20	62	82
	34,5%	26,8%	28,4%
III	4	21	25
	6,9%	9,1%	8,7%
Total	58	231	289
	100,0%	100,0%	100,0%

Enquanto na capital há predomínio do CAPS tipo II, seguido do ad, no interior predomina o tipo I, seguido do II.

Observamos que os CAPS tipo III e infantil têm o menor índice de prevalência, tanto na capital quanto no interior.

Observa-se que a implantação dos CAPS ocorre de maneira distinta no interior e na capital do estado de São Paulo.

Um dado relevante encontrado nesta pesquisa é a baixa implantação dos CAPS tipo III (8,7% do total), fato também encontrado em pesquisa entre as relações entre a Reforma Psiquiátrica brasileira e a adoção de CAPS, realizada por Costa et al. (2011).

Estes equipamentos fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial e contam com leitos de atenção integral que atendem o paciente no acolhimento noturno e permanência nos finais de semana.

Os CAPS III têm grande importância para a rede substitutiva, pois representam mais um recurso terapêutico. Segundo o Ministério da Saúde (2004b), evitam internações psiquiátricas e atendem os usuários em situações de grave comprometimento psíquico, como um recurso necessário para evitar que crises se iniciem ou se aprofundem.

Os CAPS ad têm prevalência de (32,8%) na capital e (19,9%) no interior, correspondendo a (22,5%) do total. O último levantamento nacional sobre o uso de substâncias psicoativas, segundo Carlini (2006), mostrou que cerca de 10% dos brasileiros se enquadravam em critérios de dependência de álcool. Segundo o Ministério da Saúde (2004a), entre 6 a 8% da população necessitam de atendimento regular para os transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Em relação ao CAPS i, foram encontrados na pesquisa (19,0%) na capital e (14,7%) no interior. Analisando-se o índice de crescimento dos CAPS i no Brasil até 2011, segundo o Ministério da Saúde (2012), observa-se um

tímido crescimento destes serviços que passaram de 75 em 2006 para 149 em 2011.

Os CAPSi foram propostos a partir de 2002 e possuem a função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado. A implantação de CAPSi e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos constituem, atualmente, os pilares da saúde mental para crianças e adolescentes.

A ampliação e a construção de uma rede ampliada e inclusiva destes equipamentos constituem hoje mais um desafio para a consolidação da implantação dos serviços substitutivos. Couto, Duarte e Delgado (2008) apontam a existência de três principais desafios a serem enfrentados: a necessidade do aumento do número de CAPS i e da rede de cuidados, a gestão territorial das demandas e a orientação de estender aos CAPS I,II,III,ad a aos ambulatórios de saúde mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes, na ausência de recursos específicos.

Para que a desinstitucionalização ocorra de fato, é necessário que haja suporte para o acolhimento das demandas trazidas pelos sujeitos com transtornos mentais e/ou abuso de álcool e a devida ampliação dos serviços, bem como formação das redes de apoio a estes serviços.

Para tanto, segundo o Ministério da Saúde (2013), a diretriz nacional dos anos de 2013 a 2015 para a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial representa o fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase ao enfrentamento da dependência de *crack*, álcool e outras drogas. O objetivo nacional é ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de

forma articulada aos demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais. A meta a ser alcançada é o aumento da cobertura dos CAPS.

Na tabela 2, são apresentados dados relativos à inserção dos fonoaudiólogos nas equipes interdisciplinares, de acordo com o tipo de CAPS, em frequências e porcentagens:

Tabela 2- Distribuições da presença de fonoaudiólogo, de acordo com o tipo de CAPS do estado de São Paulo

CAPS	Presença de fonoaudiólogo		Total
	Não	Sim	
Ad	63	2	65
	96,9%	3,1%	100,0%
I	24	21	45
	53,3%	46,7%	100,0%
I	68	4	72
	94,4%	5,6%	100,0%
II	78	4	82
	95,1%	4,9%	100,0%
III	25	0	25
	100,0%	0,0%	100,0%
Total	258	31	289
	89,3%	10,7%	100,0%

Em 31 (10,7%) dos CAPS há presença de fonoaudiólogos, Nota-se que, exceto no tipo i, a maioria dos CAPS (89,3%) não tem fonoaudiólogo. Tal presença concentra-se nos CAPS i: dos 45 CAPS do tipo i, 21 (46,7%) contam com fonoaudiólogo em sua equipe multiprofissional. Observou-se que, exceto no tipo i, a maioria dos CAPS não tem fonoaudiólogo, fator que reflete ter sido o atendimento fonoaudiológico da população infantil significativamente priorizado.

Podemos inferir que as questões históricas da inserção da fonoaudiologia na Saúde Pública influenciaram sua inserção na Saúde Mental.

Historicamente ligada ao trabalho com as questões de aquisição e alterações da linguagem infantil, o trabalho do fonoaudiólogo entra no Universo

da saúde mental marcado por esta atuação. Pode-se observar a marca desta entrada na sugestão do Ministério da Saúde para as equipes mínimas que irão compor os diferentes tipos de CAPS, onde constatamos a indicação clara do profissional fonoaudiólogo pertencendo à equipe dos CAPS infantis. Nos outros tipos de CAPS, existe apenas a sugestão de outro profissional necessário ao projeto.

Atualmente novos caminhos para a Fonoaudiologia na Saúde Mental vêm sendo traçados, como podemos observar no artigo de Moreira e Mota (2009), e muitos conceitos e práticas têm sido reavaliados. O fonoaudiólogo atualmente no trabalho com as saúdes pública e mental vem ampliando sua inserção nos atendimentos não só da infância e adolescência, como também do adulto e idoso, potencializando sua atuação em diferentes áreas abordadas por esta ciência.

Embora em um número pequeno, foram encontrados na pesquisa fonoaudiólogos atuando em CAPS com população adulta, sendo (3,1%) em CAPS ad, (5,6%) em CAPS I e (4,9%) em CAPS II. Analisando este dado, pode-se inferir que mesmo com a sugestão clara de atuação atrelada aos CAPS i, os equipamentos de atendimento a adultos com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas começam a incluir o fonoaudiólogo em suas equipes, iniciando-se assim a abertura desta área para a inclusão deste profissional.

Dos 31 CAPS que possuem fonoaudiólogos 24 (77,4%) autorizaram a entrevista com estes profissionais, contudo, quando as entrevistas foram iniciadas, 04 CAPS (16,7%) já não contavam com o profissional na equipe.

Assim, as entrevistas foram realizadas em 20 CAPS, e o total de entrevistados foi 24 (em dois CAPS havia 02 fonoaudiólogos, em um havia 03).

Portanto, foram analisados os depoimentos de 24 fonoaudiólogos que trabalham em CAPS localizados no estado de São Paulo, de maneira a caracterizar seus respectivos perfis.

Tabela 3 – Número e percentual de fonoaudiólogos, segundo tipo de CAPS e região.

Variável	Categoria	N	(%)
CAPS	Infantil	18	(75,0)
	I	1	(4,2)
	II	2	(8,3)
	AD	3	(12,5)
Região	Município SP	9	(37,5)
	Interior/Metropolitana	15	(62,5)
Total		24	(100,0)

A **média de idade** dos entrevistados foi de 41,6 anos (dp=8,8), mediana de 44,5, variando entre 26 e 56 anos.

Quanto à **formação profissional**, o tempo médio de graduação dos entrevistados foi de 19,3 anos (dp = 8,7), mediana de 19,0 anos, com valores mínimo e máximo de, respectivamente, 4 e 31 anos.

Em relação ao **tempo de trabalho no CAPS ou em serviço similar de Saúde Mental**, a média foi de 8,1 anos (dp = 6,8), mediana 7,0 anos, mínimo de 3 meses a 29 anos.

Já são passados 12 anos desde a regulamentação dos CAPS pela portaria 336/GM/2002. Sendo a média de tempo de trabalho em CAPS relatado pelos entrevistados de 8,1 anos, pode-se inferir como já observado

anteriormente, que um dos fatores que podem ter possivelmente contribuído para esta entrada da fonoaudiologia nestes equipamentos de saúde foi a regulamentação do modelo de atenção à saúde mental infantojuvenil (CAPSi) pela portaria 336/GM de 2002. Tal portaria coloca o fonoaudiólogo como integrante das equipes multidisciplinares que compõem tais CAPS, dando, assim, abertura aos gestores para a contratação deste profissional.

Mesmo com esta abertura para a fonoaudiologia nestes equipamentos infantojuvenis ainda não encontramos a inserção total destes profissionais nos serviços. Dos 45 CAPS infantojuvenis do estado de São Paulo, 21 (46,7%) segundo a tabela 1 possuem o fonoaudiólogo na equipe, enquanto 24 (53,3%) não possuem.

Durante o percurso inicial desta pesquisa realizado por esta pesquisadora, na coleta inicial ao realizar telefonemas para os gestores dos serviços, solicitando a informação da presença ou não do fonoaudiólogo, muitos foram os momentos em que os gestores expuseram seu desejo em contar com tal profissional em sua equipe. As questões que surgiram como justificativa para não tê-los, em sua maioria, circularam em falta de vagas para a contratação de outros profissionais e/ou a necessidade de escolha entre profissionais, o que faria com que priorizassem alguns em detrimento a outros.

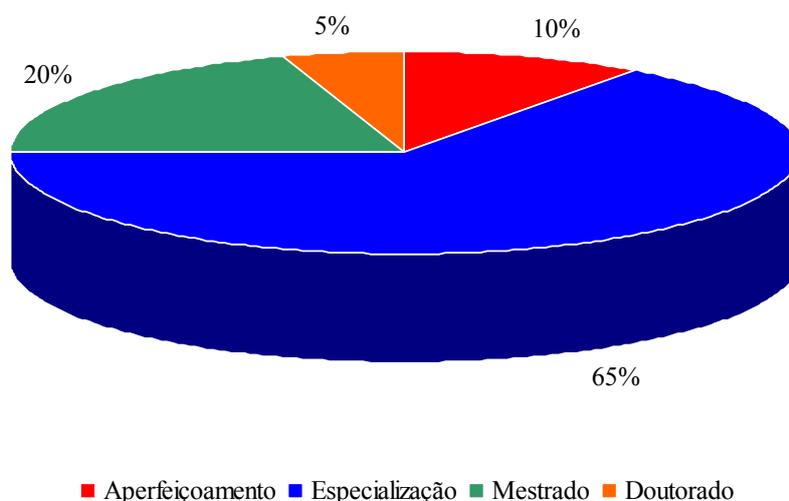
Tal dado empírico nos coloca questões sobre o quanto ainda é necessário que a fonoaudiologia exponha suas contribuições para este campo de atuação, e o quanto tais equipamentos acabam por ter um número muito reduzido de profissionais, por razões políticas e de gestão, entre outras para atender as complexas questões trazidas pelos usuários dos serviços. Tal fator,

mais uma vez nos remete à necessidade da ampliação dos serviços substitutivos e do número de profissionais atuantes nestes serviços.

Como afirmam Amarante e Lancetti (2006), trabalhar em saúde mental atualmente é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos.

Observamos no Gráfico 1, o percentual de fonoaudiólogos, que realizaram cursos de **pós-graduação**.

Gráfico 1 – Percentual de fonoaudiólogos, segundo a modalidade de cursos de pós-graduação.



A Tabela 4 apresenta as temáticas desenvolvidas pelos entrevistados em cursos de pós-graduação. Verifica-se que, especificamente na Saúde Mental, foram realizadas 03 especializações e 01 mestrado.

Tabela 4 – Distribuição em número absoluto das temáticas desenvolvidas pelos entrevistados em cursos de pós-graduação.

Temática	Tipo de pós-graduação	n absoluto
Linguagem	Aperfeiçoamento	1
	Especialização	3
	Mestrado	1
Motricidade Oral	Aperfeiçoamento	1
	Especialização	1
Audiologia	Especialização	2
Linguística	Mestrado	1
Saúde Pública	Especialização	1
Fonoaudiologia Clínica	Especialização	1
	Mestrado	1
Autismo	Doutorado	1
Distúrbios da Comunicação Humana	Especialização	2
	Mestrado	1
Saúde Mental	Especialização	2
	Mestrado	1
Total		20

Dos 24 entrevistados, 17 (70,8%) cursaram pós-graduação e 7 (29,2%) não cursaram.

A busca por maiores conhecimentos pode estar atrelada às questões da complexidade desta clínica e ao papel da equipe multidisciplinar neste contexto.

O complexo trabalho na atenção psicossocial exige que a equipe, segundo Santos et al. (2011), corresponda às demandas complexas geradas pelo campo da Saúde Mental, que convoca a todos os atores envolvidos a serem protagonistas do cuidado no interior e exterior dos serviços da rede.

Neste contexto, pode-se inferir que a atuação dos profissionais nos CAPS está além do atendimento clínico. Os profissionais envolvidos com este novo olhar precisam adaptar suas técnicas e buscarem maneiras de atuar com estes sujeitos. Como afirma Nicácio (1989), não só a subjetividade dos sujeitos com transtornos mentais é reconstituída neste processo, como também as dos trabalhadores.

A partir dos dados referentes a cursos realizados após a graduação (Tabela 4), pode-se supor que existe uma busca por maiores conhecimentos na área de linguagem.

Pode-se afirmar, portanto, que as demandas fonoaudiológicas que mais mobilizam a busca por maiores conhecimentos são as que circulam pela linguagem dos usuários atendidos nestes serviços.

É possível refletir com este dado, que dentre tantas questões complexas trazidas pelos sujeitos com transtornos mentais, a questão da linguagem é o ponto que convoca o fonoaudiólogo a contribuir com sua especificidade nas equipes dos CAPS.

A questão da linguagem, como já dito, marca historicamente o trabalho deste profissional, e seu saber neste sentido devido às singularidades do sujeito com transtornos mentais deverá ser convocado não só pelos sujeitos atendidos, como também pela equipe que os atende.

Os sujeitos com transtornos mentais apresentam questões que de maneira direta alteram sua comunicação, as questões da exclusão, do preconceito, da não compreensão de suas formas de se comunicar, representam questões que inviabilizam a comunicação, as trocas afetivas, o encontro com o outro e a circulação social.

Segundo Mielke et al. (2011), para que o sujeito possa ser reinserido na comunidade, e ser protagonista de sua história como pressupõe o cuidado psicossocial, faz-se necessária a retomada de sua autonomia e sua cidadania, para que ele possa conquistar sua liberdade e exercitar a sua subjetividade.

Para tanto, é necessário colocá-lo em redes de conversação, de pertencimento. É necessário o encontro com o outro por meio da linguagem, qualquer tipo de linguagem, e neste sentido a contribuição do fonoaudiólogo é extremamente relevante.

A Tabela 5 apresenta o número e o percentual de fonoaudiólogos, segundo as características do processo de ingresso no CAPS.

Tabela 5 – Número e percentual de fonoaudiólogos, segundo características do processo de ingresso no CAPS.

Variável	Categoria	n	(%)
	Concurso ou processo seletivo para trabalhar no CAPS	9	(37,5)
Início CAPS	Concurso ou processo seletivo para um serviço relacionado com saúde mental que se transformou em CAPS	5	(20,8)
	Transferência de outro serviço não relacionado à saúde mental	10	(41,7)
Conhecimento Prévio	Não	21	(87,5)
	Sim	3	(12,5)
	Com a equipe multidisciplinar do CAPS (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental)	6	(25,0)
Como aprenderam sobre saúde mental	Com a equipe multidisciplinar do CAPS (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental) e foram autodidatas no estudo sobre saúde mental	4	(16,7)
	Com a equipe multidisciplinar do CAPS (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental), foi autodidata no estudo sobre saúde mental e fez supervisão	1	(4,2)
	Com a equipe multidisciplinar do CAPS (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental) e	1	(4,2)

relata ter tido um módulo sobre saúde mental na faculdade		
Com a equipe multidisciplinar do CAPS e relata ter realizado aprimoramento em saúde mental antes de ingressar no CAPS	1	(4,2)
Com a equipe multidisciplinar do CAPS (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental) e fizeram supervisão	4	(16,7)
Realizou aprimoramento em saúde mental antes de ingressar no CAPS	1	(4,2)
Somente supervisão	2	(8,3)
Foram autodidatas no estudo sobre saúde mental (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental), tiveram supervisão e fizeram curso sobre saúde mental	1	(4,2)
Foram autodidatas no estudo sobre saúde mental (não tiveram formação formal anterior relacionada à saúde mental)	2	(8,3)
Realizou cursos sobre saúde mental (não teve formação formal anterior relacionada à saúde mental)	1	(4,2)
Total	24	(100,0)

Verifica-se na Tabela 5, o início destes profissionais no trabalho nos CAPS. A maioria relatou não apresentar conhecimentos prévios sobre saúde mental e ter aprendido sobre o serviço no próprio local de trabalho de diferentes maneiras.

Quanto ao tipo de atendimento realizado, a maioria faz um trabalho individualizado e em grupo; somente 4 profissionais não realizam atendimento individual.

A maioria dos entrevistados afirma não ter conhecimento prévio sobre o trabalho que iria realizar no CAPS.

Tal dado infere que esta clínica, a da atenção psicossocial, convoca os profissionais para uma ressignificação de seus saberes e práticas. As questões trazidas pelo cuidado nesta perspectiva de saúde mental colocam os profissionais frente a uma nova concepção do fazer a clínica. Tal fato os impele a construir junto aos profissionais da equipe e ao sujeito atendido um novo olhar, uma nova clínica.

Neste contexto do saber, pelo que se observou nas respostas dadas a como aprenderam sobre saúde mental, observou-se que a maioria (70,8%) relata ter aprendido no próprio local de trabalho, com a equipe interdisciplinar somada a diferentes abordagens. A saber: de forma autodidata, com a busca de conhecimentos realizada pelos próprios profissionais, por meio de supervisão institucional ou por meio de módulo de saúde mental na faculdade e aprimoramento anterior a entrada no CAPS.

Os outros entrevistados, 29,2%, citaram como forma de aprendizado aprimoramento em saúde mental, de forma autodidata ou por meio de curso em saúde mental.

De acordo com as respostas dadas pelos profissionais entrevistados, pudemos perceber que o conhecimento sobre a clínica nos CAPS vai sendo construído no cotidiano. Como afirmam Zerbetto et al. (2011), o modelo de atenção psicossocial possibilita a construção de novos saberes e práticas.

Outra estratégia relevante para o aprendizado do trabalho no CAPS foi a supervisão. Segundo Cardoso (2012), atualmente os profissionais da saúde têm formação em diferentes técnicas; mas, muitas vezes não possuem a

capacidade para lidar com a subjetividade e a diversidade cultural dos sujeitos atendidos.

Foi adotada pelo Governo Federal como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor de saúde a política de educação permanente, que parte do pressuposto da aprendizagem significativa. São processos de capacitação que devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando às práticas profissionais. A organização do trabalho no Campo da Saúde Mental e a estratégia da educação permanente tem como desafio consolidar a Reforma Psiquiátrica (Tavares, 2006).

Encontramos 3 (12,5%) dos entrevistados com formação acadêmica em temas da Saúde Mental, sendo 2 (8,3%) com aprimoramento em Saúde Mental anterior ao ingresso no CAPS e 1 (4,2%) que buscou cursos sobre Saúde Mental.

É de grande relevância que se possa refletir sobre a formação acadêmica destes profissionais e sobre o quanto os conhecimentos sobre saúde mental podem contribuir para a entrada, pertinência e permanência do fonoaudiólogo nestes serviços.

Para tanto, assim como encontrado em Zerbetto et al. (2011), acreditamos que uma promissora estratégia para o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, envolva a revisão dos currículos das escolas formadoras das diversas categorias profissionais, bem como sua vinculação por meio de estágios nesses serviços, propiciando não só a formação mais específica dos alunos como também a possibilidade dos gestores conhecerem o trabalho desenvolvido pelas áreas, neste caso a da fonoaudiologia.

Visto que não são encontradas publicações da atuação da fonoaudiologia em CAPS, também é de grande importância que os fonoaudiólogos que atuam nestes equipamentos de saúde mental exponham os trabalhos que realizam, com o intuito de que outros profissionais possam também entrar em contato com o universo da saúde mental e/ou identificar suas práticas. E, também, para que os gestores destes serviços possam conhecer e/ou aprofundar seus conhecimentos a cerca da contribuição da área da fonoaudiologia no atendimento interdisciplinar aos sujeitos com transtornos mentais.

Não se pode deixar de pontuar que atualmente os CAPS são serviços estratégicos de saúde mental que têm se consolidado nestes últimos anos e recebido investimentos para ampliação do acesso e acolhimento da população a estes equipamentos de saúde. Algumas ações também estão sendo feitas no intuito de aprimorar os conhecimentos dos profissionais que atuam na rede de atenção à Saúde.

Algumas estratégias estão sendo apresentadas para reorientar a área da Atenção Básica para a implantação dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, e produzir mudanças no modelo médico-assistencial- restritivo, na atenção em saúde. Dentre elas se destaca o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecido como pós-graduação *latu senso*.

Segundo Rosa e Lopes (2010), a Residência Multiprofissional em Saúde deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial e favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS.

Outra estratégia apresentada é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que, segundo Haddadl (2009), é uma ação intersetorial direcionada ao fortalecimento da atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS. Tem como pressuposto a educação pelo trabalho e fornece bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação na área da saúde.

O PET–Saúde tem como objetivo geral fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e constitui um instrumento de qualificação em serviço dos profissionais e iniciação ao trabalho para os estudantes de graduação na área da saúde.

Outro dado relevante diz respeito ao tipo de atendimento fonoaudiológico realizado por estes profissionais. Observa-se que nestes equipamentos de saúde, o atendimento grupal é realizado como uma modalidade de atendimento fonoaudiológico.

A maioria dos entrevistados, 83,3%, afirma realizar atendimentos individuais e em grupo. O trabalho na Saúde Mental convoca os profissionais a diferentes maneiras de atuar. Não é comum, na formação do fonoaudiólogo, a prática do atendimento grupal, mas as necessidades e características da população atendida nestes serviços solicitam, entre outras estratégias de atendimento, o grupal.

Segundo Rasesa e Rocha (2010), o grupo representa a marca do coletivo que permite o reconhecimento do sofrimento compartilhado. Nos CAPS, como afirmam Jucá et al. (2008), há um destaque especial aos trabalhos em grupo, em razão do objetivo destes dispositivos de trabalharem no sentido da inclusão.

Assim, nos atendimentos em grupo, o sujeito é colocado em uma rede que proporciona trocas e reconhecimentos entre seus membros.

Importante ressaltar que o atendimento grupal, embora se revele espaço relevante de trocas e formação de laços afetivos entre seus membros, em determinados casos pode se tornar inadequado, sendo necessária a avaliação pelo profissional da necessidade de atendimentos individuais, quando o sujeito apresentar demandas próprias para a especificidade de cada área.

Observamos, a seguir na figura 1, a distribuição das especialidades atendidas pelos fonoaudiólogos.

Figura 1 – Diagrama de Venn, referente à distribuição das especialidades atendidas.



Nota-se que dentro do tipo de atendimento, as especialidades foram variadas (Figura 1). Destaca-se que 20 entrevistados citaram a especialidade linguagem, sendo 14 como única e 6 compartilhadas com voz (n=2), motricidade orofacial (n=3) e audição/deficiência auditiva (n=1).

Observa-se pela figura 1 que a especialidade fonoaudiológica mais atendida é a da linguagem, citada por 20 dos 24 entrevistados. As demais especialidades citadas foram: voz, audição e motricidade orofacial.

Novamente, detecta-se que as demandas de linguagem são as que mais se destacam no atendimento a estes sujeitos, sendo relatada por 14 entrevistados como única especialidade atendida, apontando novamente para a direção de que a maior demanda para o atendimento fonoaudiológico nestes equipamentos de saúde é a da linguagem.

Também se pode inferir que as questões de linguagem trazidas pelos sujeitos atendidos convocam mais o fonoaudiólogo que as demais alterações em outras áreas de seu conhecimento. Inúmeras podem ser as razões para que isto ocorra; dentre elas as demandas trazidas pelos sujeitos, pela equipe, pela família, que podem circular pelas questões da comunicação.

CONCLUSÃO

Embora a reforma psiquiátrica, preconize o atendimento interdisciplinar, o que inclui a atuação fonoaudiológica nestes serviços de saúde, a presença do fonoaudiólogo é, ainda, muito restrita quantitativamente.

As questões históricas da inserção da fonoaudiologia na Saúde Pública, ligadas a sua atuação na infância e adolescência influenciaram sua inserção na Saúde Mental, que atualmente é realizada em grande parte nos CAPS infantojuvenis. Porém, já se observa a entrada de fonoaudiólogos em CAPS com atendimento adulto, marcando a abertura da área para estes profissionais.

Dentre as demandas dos sujeitos com transtornos mentais, os problemas de linguagem convocam, prioritariamente, o fonoaudiólogo a contribuir com sua especificidade nas equipes dos CAPS.

Neste cenário, sugere-se que os currículos de graduação em Fonoaudiologia invistam na formação acadêmica destes profissionais, propiciando a aquisição de conhecimentos e experiência práticas no campo da saúde pública, de maneira geral, e na saúde mental em particular. Tal abordagem, certamente, contribuirá para promover a inserção e a atuação efetiva do fonoaudiólogo nestes serviços.

ESTUDO 2

Atuação de fonoaudiólogos em Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo

INTRODUÇÃO

Fonoaudiologia e saúde mental

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, segundo Hirdes (2009), iniciou-se entre as décadas de 1980 e 1990 e promoveu mudanças significativas no atendimento aos portadores de transtornos mentais, desafiando os profissionais de saúde envolvidos nesta área a buscar novas possibilidades de intervenção clínica, de maneira a acolher a alteridade radical que tais transtornos expõem.

Segundo Ayres (2004a), para que as transformações orientadas pela ideia de cuidado possam se concretizar como tecnologias ampliadas de saúde, faz-se necessário que as condições de trabalho privilegiem a intersectorialidade e a interdisciplinaridade, e que a organização dos serviços de saúde responda às demandas singulares da população atendida. Tal abordagem, segundo Rottelli et al. (2001), favorece que esses sujeitos ajustem seus modos de vida de forma tal que o sofrimento seja minimizado.

Assim, é desejável que todos os profissionais que atuam neste cenário contemporâneo estejam dispostos a trabalhar juntos, reinventar o lugar social da loucura e atuar para além dos muros das instituições de saúde mental. Nas palavras de Amarante (2009):

“A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas” (Amarante, 2009, p.105).

Para se lidar com as complexas questões que o atendimento aos sujeitos com transtornos mentais traz, como aponta Onocko (2001), esta “nova clínica”, uma clínica ampliada, considera que a doença faz parte da constituição do sujeito: biológico, social, subjetivo e histórico, que receberá um atendimento plural, realizado por diferentes profissionais.

Portanto, como afirmam Leal e Delgado (2007), para que o CAPS se torne ferramenta de desinstitucionalização, é necessário que exiba marcas muito específicas: a rede, a clínica e o cotidiano institucional, abarcadas por uma clínica na qual o cuidado nasce da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico dos sujeitos atendidos.

Para tanto, várias ferramentas terapêuticas são utilizadas pelos profissionais da equipe interdisciplinar. A primeira delas é o acolhimento que, segundo Scheibel e Ferreira (2011), é uma ferramenta de intervenção na qualificação da escuta ao usuário, que chega aos serviços do CAPS. O acolhimento busca a humanização do atendimento, pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, bem como a escuta de suas demandas com a responsabilização pela solução do problema do usuário, constituindo-se em porta de entrada para os serviços (Carvalho et al., 2008).

Segundo Pinto et al. (2011), a clínica psicossocial tem como característica a valorização do saber e das opiniões dos sujeitos atendidos e de seus familiares na construção do projeto terapêutico que incorpora a noção interdisciplinar dos vários membros da equipe com seus diferentes saberes.

Para tanto, são utilizadas estratégias terapêuticas. Dentre elas, o projeto terapêutico singular (PTS), um conjunto de atendimentos que respeita a singularidade de cada usuário, personaliza seus atendimentos dentro e fora dos CAPS e propõe atividades durante a sua permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.

Tais atividades são acompanhadas pelo técnico ou equipe de referência que será responsável pelo contato com a família e a constante avaliação e discussão com o usuário e a equipe de referência sobre as metas traçadas no PTS.

Esta estratégia apoia-se, portanto, na interdisciplinaridade e no vínculo entre o profissional da equipe interdisciplinar e o usuário, com o objetivo de oferecer atendimento integral e singular ao usuário (Miranda, Onocko-Campos, 2008).

Outra estratégia que visa à assistência integral é o matriciamento, que segundo Campos e Domitti (2007), significa dar suporte técnico-pedagógico e assistencial com o objetivo de construção compartilhada e de interlocução entre os profissionais dos equipamentos de saúde mental e da rede de atenção básica.

Conforme Prestes et al. (2011), o compartilhamento de dificuldades e a corresponsabilização, realizados com o matriciamento, são essenciais para a oferta de serviços de saúde de qualidade.

Nesta direção, segundo Mendes (2007), a clínica fonoaudiológica é, também, convocada a investir na potência dos sujeitos com transtorno mental em desejar o novo, em lutar para produzir respostas e alternativas para os problemas que atravessam.

A propósito das intervenções fonoaudiológicas, é importante considerar que as barreiras existentes na vida dos sujeitos com transtorno mental não são somente físicas. São simbólicas e existem para os pacientes e seus familiares, para os profissionais que os atendem e, principalmente, para a sociedade, que os segregou durante muito tempo, contribuindo para silenciar suas expressões.

Muitos destes sujeitos, privados de circulação social e de legitimidade discursiva, protegeram-se no silêncio, no devaneio e no delírio, distanciando-se de sua posição de sujeito.

Neste contexto, não basta, portanto, conceder a palavra ao sujeito com transtorno mental. É necessário colocá-lo na posição de sujeito. Segundo Almeida (2010), o fonoaudiólogo, participando da construção coletiva de projetos terapêuticos, chama a atenção à importância de dar voz, de criar e aprimorar formas de expressão, bem como de escutar estes sujeitos.

De acordo com a autora, além de contribuir com os projetos da equipe interdisciplinar de saúde mental, o fonoaudiólogo com sua especificidade pode identificar e tratar alterações fonoaudiológicas (de linguagem, de motricidade orofacial, de voz e de audição). E, também, valorizar e fomentar alternativas de comunicação e de trocas simbólicas entre os pacientes, e destes com os familiares, bem como das equipes com os pacientes, intensificando e estimulando o uso de variadas modalidades de linguagem (verbais e não-verbais). Desta forma, sublinha a importância da comunicação para, entre outros aspectos, promover a reabilitação biopsicossocial, a formação de vínculos interpessoais, a valorização e circulação social dos sujeitos.

Assim, como afirma Paula Souza (2005), na clínica fonoaudiológica, estão em jogo dois planos indissociáveis, o da linguagem e o dos afetos.

Portanto, de acordo com Paula Souza e Mendes (2009), é fundamental compreender o trabalho em saúde como possibilidades de trocas afetivas na criação de redes sociais, de formas de vida, de novas subjetividades e sociabilidades.

Nesta perspectiva, ao fonoaudiólogo destas equipes caberia contribuir significativamente com a elaboração de projetos que privilegiassem trocas discursivas entre os pacientes, da equipe com os pacientes e destes com os familiares. (Paula Souza, 1999).

Por sua vez, o fonoaudiólogo pode atuar no CAPS, tanto na reabilitação das alterações de linguagem, motricidade orofacial, voz e audição, quanto na prevenção de transtornos de comunicação, sobretudo no caso de pacientes que ainda não se encontram em processo de cronificação. E sempre buscando considerar a história de vida dos sujeitos atendidos (Parisi, 2003).

Tais intervenções podem ser realizadas por meio de atendimento individual e/ou em grupo, cujo potencial é comprovado em vários níveis da assistência à saúde mental.

Especificamente quanto ao trabalho grupal, Souza et al. (2011) apontam que ele surgiu no Brasil na década de 1980 nos serviços públicos de saúde, movidos inicialmente pela grande demanda de usuários, portanto, pela necessidade de agilizar o atendimento.

Cabe lembrar que muitos sujeitos que buscam atendimento em Saúde Mental, encontram como porta de entrada os CAPS e a Rede de Atenção Básica. É possível encontrar nestes serviços, sujeitos que ainda não foram excluídos de suas famílias e da comunidade, o que permite intervenções da equipe interdisciplinar que potencializem sua permanência no convívio social. A

atuação do fonoaudiólogo em tais circunstâncias visa manter o sujeito se comunicando o mais intensa e efetivamente possível. Assim, cria e aprimora projetos que propiciam circulação social e assumem a comunicação como fator decisivo na constituição subjetiva. (Machado, 2007).

A pertinência da inserção dos fonoaudiólogos no campo da Saúde Mental justifica o **objetivo** deste estudo, a saber: descrever e analisar a atuação dos fonoaudiólogos nos CAPS do estado de São Paulo

MÉTODO

Natureza da pesquisa

Estudo de natureza qualitativa e descritiva.

1. Casuística

24 fonoaudiólogos que atuam em CAPS do estado de São Paulo.

Critérios de seleção: concordância em participar da pesquisa, seguida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

2. Procedimentos

Fase 1: Solicitação de autorização dos gestores ou órgãos responsáveis (departamentos de saúde ou de saúde mental, departamentos de educação) para realização de entrevistas com os fonoaudiólogos que atuam em 20 CAPS do estado de São Paulo, identificados na fase 2.

As normas para obter as autorizações variaram entre os CAPS selecionados, a saber: autorização direta do gerente do serviço, solicitação

formal de autorização por meio de formulários e envio de cartas do orientador e pesquisador aos departamentos de saúde mental/secretários de saúde e departamento de educação, análise do projeto por Comitês de Ética em Pesquisa dos departamentos responsáveis pelos CAPS e entrevistas e/ou apresentação do projeto de pesquisa aos gestores dos serviços.

Foi estabelecido um prazo máximo de 10 meses de espera das autorizações, de maneira a viabilizar o cronograma da pesquisa. Expirado este prazo, foram iniciadas as entrevistas (24), até então autorizadas.

Portanto, a multiplicidade destes procedimentos gerou lentidão no processo em função da complexidade burocrática envolvida. Tal fato impossibilitou a realização das entrevistas com todos (31) CAPS selecionados nesta fase.

Além disto, durante o processo liberação das autorizações das entrevistas, 04 CAPS já não possuíam mais o fonoaudiólogo.

Fase 2: Entrevistas com os fonoaudiólogos selecionados na Fase 1.

Tais entrevistas foram realizadas nos respectivos CAPS de origem dos profissionais, após agendamento prévio por meio de contatos telefônicos.

A dinâmica das entrevistas foi dividida em dois momentos:

1 – Caracterização do perfil dos entrevistados (cujos dados foram analisados no estudo 1), por meio de questões respondidas por escrito relativas à:

- formação profissional;
- experiência no campo da Saúde Mental;
- modalidade(s) dos atendimentos realizados (individual e/ou em grupo).

2 – Depoimentos livres sobre os seguintes temas:

- Características dos atendimentos fonoaudiológicos (objetivos, procedimentos, resultados)
- Pressupostos teórico-metodológicos sobre as funções da linguagem;
- Quadros clínicos atendidos;
- Atividades desenvolvidas pelos fonoaudiólogos nos CAPS.

Obs.: os entrevistados tiveram liberdade para abordar outros temas que considerassem relevantes.

O entrevistador iniciou todas as entrevistas seguindo um diálogo com as seguintes características: primeiro relatando a pesquisa e fornecendo informações a respeito dela. Após tal explanação, era solicitado que o profissional abordasse livremente sobre aspectos do trabalho desenvolvido, com aprofundamento nos temas de trabalho em equipe, especialidades fonoaudiológicas atendidas, atividades realizadas, dificuldades encontradas, bem como a importância do trabalho fonoaudiológico realizado nos CAPS.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas em sua íntegra para a análise dos dados.

A análise dos dados das entrevistas por meio da categorização a *posteriori*, estabelecida a partir do material obtido nas entrevistas semidirigidas, estabeleceu ao final 4 categorias, a saber:

- Modalidades de atendimento (individual e grupal);
- Objetivos dos atendimentos;
- Pressupostos teóricos – metodológicos sobre as funções da linguagem;
- Atividades desenvolvidas;

Para explicitar o que foi referido pelos participantes, alguns recortes das respostas serão apresentados, identificados ao final com o número do sujeito (S1 a S24).

A coleta dos dados via entrevistas foi realizada do segundo semestre de 2012 ao primeiro semestre de 2013.

3. Critérios de análise dos resultados

Análise dos dados coletados por meio de categorias de conteúdo estabelecidas à *posteriori*, a partir do material obtido nas entrevistas, na perspectiva proposta por Minayo et al. (2002, p.70), a saber: “Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

4. Ética

O projeto foi encaminhado para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e recebeu aprovação sob o número 420/2011 (Anexo 3).

As entrevistas foram agendadas de acordo com o melhor horário e dia para os profissionais, sempre com o objetivo de se evitar, o máximo possível, desconfortos que pudessem ocorrer com a presença do pesquisador nos locais de trabalho.

Foi garantido aos entrevistados o anonimato, bem como o acesso aos dados da pesquisa em qualquer momento que desejassem por meio de todos os contatos do pesquisador.

Ao final da pesquisa, o pesquisador assumiu o compromisso de informar aos participantes os resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 31 CAPS que possuem fonoaudiólogos no estado de São Paulo, 24 (77,4%) autorizaram as entrevistas com os profissionais. Contudo, quando estas foram iniciadas, 04 CAPS (16,7%) já não contavam mais com fonoaudiólogos na equipe. Assim, as entrevistas foram realizadas em 20 CAPS, e o total de entrevistados foi 24 (em dois CAPS havia 02 fonoaudiólogos e em um havia 03).

Foram analisados os depoimentos de 24 fonoaudiólogos que trabalham em CAPS localizados no estado de São Paulo e região metropolitana, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Número e percentual de fonoaudiólogos nos CAPS, segundo tipo e região.

Variável	Categoria	N	(%)
CAPS	Infantil	18	(75,0)
	I	1	(4,2)
	II	2	(8,3)
	AD	3	(12,5)
Região	Município SP	9	(37,5)
	Interior/Metropolitana	15	(62,5)
	Total	24	(100,0)

É possível observar que a maior parte dos fonoaudiólogos (75%) se concentra nos CAPS infantis. Tal dado pode estar ligado à normatização dos

CAPS, que em sua composição de equipes mínimas cita textualmente o fonoaudiólogo como um dos profissionais que compõe a equipe dos CAPS infantis; enquanto na composição dos demais tipos de CAPS não aparece tal citação. Salienta-se que, com exceção do infantil, a opção de se contratar ou não este profissional para compor a equipe fica a critério dos gestores dos serviços.

A propósito, é a partir da Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamentou o modelo de atenção à saúde mental infantojuvenil (CAPSI) e o incluiu no Sistema Único de Saúde (SUS) que o profissional fonoaudiólogo é citado como integrante das equipes de CAPS infantojuvenis.

Tradicionalmente, portanto, a Fonoaudiologia inseriu-se no universo da saúde mental, em especial nos CAPS, vinculada à infância, na perspectiva da reabilitação, isto é: por meio de intervenções nos processos de aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, com foco em alterações presentes nestes processos (Moreira e Mota, 2009).

No entanto, é importante a reflexão de que o fonoaudiólogo também lidará com patologias mentais que afetam a cognição e as relações com o outro. Estas patologias desafiam o fonoaudiólogo, bem como os outros profissionais da equipe a buscarem alternativas de trabalho que consigam minimizar estes aspectos, pertinentes aos universos infantil e adulto (Almeida, 2010).

Na sequência, o material obtido nos depoimentos será apresentado e discutido, a partir dos seguintes domínios de conteúdo: modalidade de atendimento (individual e grupal), objetivos dos atendimentos, pressupostos

teóricos e metodológicos sobre as funções de linguagem, atividades desenvolvidas e opinião sobre o trabalho no CAPS.

1. Modalidade de atendimento (individual e grupal)

Na Tabela 2, observam-se as modalidades dos atendimentos fonoaudiológicos realizados.

Tabela 2 – Número e percentual de fonoaudiólogos e tipos de CAPS, segundo características do atendimento.

Variável	Categoria	Tipo					
		Infantil		Adulto		AD	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Modalidade de Atendimento	Grupo e Individual	12	(66,7)	3	(100,0)	2	(66,7)
	Exclusivo em grupo	4	(22,2)	0	(0,0)	0	(0,0)
	Individual	2	(11,1)	0	(0,0)	1	(33,3)

Pode-se observar que o atendimento fonoaudiológico realizado em ambas as modalidades (grupo e individual) prevalece em todos os CAPS.

Embora os entrevistados afirmem em seus relatos que realizam atendimentos individuais e em grupo na mesma proporção, ao se aprofundarem nesta questão, enfatizam o atendimento grupal. Em seus relatos, observa-se que nestes equipamentos de saúde mental, a realização do atendimento em grupos terapêuticos é um desafio para o fonoaudiólogo. Tal fator ocorre tanto em relação ao trabalho com a equipe interdisciplinar, quanto em relação ao preparo e domínio de técnicas de trabalho grupal.

Os grupos terapêuticos constituem, atualmente, um grande desafio para a fonoaudiologia que ainda está vinculada à concepção de patologia da

comunicação humana, vinculada a uma visão médica, sendo assim priorizado o atendimento individual, voltado para a cura (Panhoca, 2007).

A literatura refere que a modalidade de atendimento grupal é um importante instrumento nestes equipamentos de saúde e, de acordo com Santos (1993), os atendimentos fonoaudiológicos grupais não se apoiavam em referenciais teóricos específicos e eram estruturados a partir da quantidade de sujeitos e dos tipos de patologias apresentadas pelos sujeitos atendidos.

Segundo Souza et al (2011) em seu estudo, podem ser constatadas a eficácia e a efetividade do trabalho grupal em fonoaudiologia resolvendo ou amenizando o impacto social dos distúrbios da comunicação, desde que a linguagem seja assumida como perspectiva de inserção/reinserção e de sustentação do sujeito no meio social.

A visão de atendimento grupal abordada neste estudo pretende colocar este atendimento como uma possibilidade de estimular as relações entre seus membros, de escuta das demandas trazidas pelos sujeitos em sofrimento mental, em que se possam respeitar as diferenças e efetivar trocas reais entre as experiências de todos os participantes, espaço de (re)significações com possibilidades de trocas afetivas e sociais por meio da expressão e da comunicação.

Neste sentido, os grupos podem ser considerados, segundo Santos e Néchio (2010), como espaços de convivência, de trocas de experiências, de produção de linguagem verbal e não verbal, que iniciam ou ampliam processos de invenção e produção de subjetividade e dão força às singularidades dos sujeitos atendidos.

Os grupos terapêuticos têm, na saúde mental, um amplo espaço de atuação, por favorecerem o encontro entre as pessoas, bem como o uso de estratégias conversacionais que levam em conta a singularidade dos sujeitos atendidos conforme será observado, a seguir, em postulações de vários autores.

Em sua pesquisa, Vilela e Ferreira (2006) concluem que o atendimento em grupo cria um espaço de diversidade que possibilita uma dinâmica interativa entre as características sócio-históricas dos sujeitos, e promove transformações no grupo, ao mesmo tempo em que o grupo transforma os sujeitos.

Segundo Almeida (2010), as atividades terapêuticas grupais são recursos valiosos na preservação da saúde mental de sujeitos que vivenciam eventos de difícil superação, pois promovem simetria relacional entre os participantes e ajudam no enfrentamento do embotamento emocional e das dificuldades de contato e de comunicação com o outro.

Os grupos, segundo Gonçalves, Alvarez e Arruda (2007), geralmente integrados por pessoas com os mesmos interesses ou que partilham semelhantes problemas de vida, representam indispensável recurso a ser estimulado nos serviços de saúde.

Assim como afirma Lancetti (1996, p. 166): “o homem que na vida normal inventou todo tipo de barreira (cercas, grades, muros) entre ele e os outros, fundido em unidade, nesses momentos esporádicos entrega-se corporalmente”.

O profissional que atua com grupos, segundo Vilela e Ferreira (2006), elabora novos sentidos para as suas dificuldades e expectativas e para sua

maneira de estar na vida, reconstrói-se da mesma forma que o sujeito atendido em sua relação no e com o grupo.

Segundo Bezerra Júnior (1996), os profissionais engajados no cuidado em saúde mental não têm como desconhecer a presença das práticas grupais, pois esta constitui uma questão permanente.

De acordo com Panhoca e Leite (2003), o grupo terapêutico se constitui nas relações intersubjetivas e nos vínculos estabelecidos durante o processo de sua formação e atuação, colocando no foco da prática fonoaudiológica o indivíduo em sua inserção social, histórica e cultural, e não apenas na alteração de linguagem que apresente.

Penteado (2002) aponta como fatores importantes na constituição e evolução do grupo: as regras de funcionamento, a seleção dos temas abordados, as técnicas e vivências do grupo, os recursos de linguagem utilizados, entre outros aspectos. Enfatiza que a qualidade do trabalho tem relação com o preparo do terapeuta para identificar e administrar os diversos aspectos que interferem no processo de constituição e manutenção dos grupos.

Corroboramos Santos e Néchio (2010), quando afirmam ser o atendimento grupal o campo das transversalizações e da produção de modos de existência e produção de subjetividade dos sujeitos.

Os resultados apontam que o atendimento em grupo é realizado, em sua maioria, pelo fonoaudiólogo juntamente com outros profissionais da equipe, ou seja, em atendimento interdisciplinar. Em todos os CAPS, observou-se que o atendimento que se destaca é em grupo interdisciplinar. Destaca-se ainda, que em todos os serviços a decisão sobre a modalidade de atendimento adequada

a cada sujeito é consolidada pelo Projeto Terapêutico Individual, elaborado pela equipe interdisciplinar.

Segundo Amarante (2006), a saúde mental é um campo de atuação e conhecimentos muito complexos. Trabalhar na saúde mental exige saberes que se cruzam e formam uma rede de especialidades, que vão construindo por meio da transversalidade de saberes esta clínica que paulatinamente transforma o atendimento das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

A transversalidade, o encontro de papéis e saberes profissionais na saúde mental proporcionam uma transformação no tratamento da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo de assistência atual.

Em relação ao atendimento em grupo realizado de maneira interdisciplinar, observaram-se questões significativas ligadas a esta prática nos relatos dos entrevistados.

A identidade profissional é tema recorrente, já que os entrevistados expressam conflitos a respeito da especificidade da profissão, como aponta o fragmento a seguir:

“Comecei a conhecer, comecei a formar na minha cabeça qual era a minha função aqui dentro. Porque aqui dentro do CAPS, a gente perde um pouco a individualidade da profissão, ela começa a se misturar com o outro, com as outras”. (S1)

Pode-se inferir que um dos motivos para tal sentimento de possível perda de identidade está associado à formação destes profissionais, a qual não proporciona conhecimento suficiente a respeito das intervenções adequadas a estes equipamentos de saúde mental, como aponta o fragmento a seguir:

“No CAPS, você se sente meio que abandonado, deixando a profissão de fonoaudiólogo e indo para outra interface. Acabamos indo a Congressos de outras profissões como a Psicanálise, deixando de ir aos de Fonoaudiologia. Com isso, parece que perdemos um pouco a identidade”. (S6)

O vínculo entre os profissionais da equipe interdisciplinar também é referido, especialmente no que se refere a conflitos/diversidade de abordagens entre os membros de equipe quanto às intervenções grupais:

“A relação da equipe muda como o tempo... Você acha que está ótimo numa semana, na outra muda tudo... É difícil, a construção da equipe, é muito difícil mesmo”. (S5)

Contudo, observa-se que o trabalho da equipe interdisciplinar é, para a grande maioria, considerado como positivo, à medida que são valorizados aspectos como o aprendizado que a troca entre saberes proporciona e sua importância para o atendimento das diferentes demandas trazidas pelos sujeitos com transtornos mentais:

“Eu aprendo muito a trabalhar com a TO, com psicólogos com os psiquiatras... ajudaram-me e me ensinaram muito, foram colegas no sentido mais profundo da palavra. Acho que nós tínhamos um respeito muito grande pelo trabalho, pela pessoa e pelas possibilidades de cada um a cada momento”. (S3)

“O paciente do CAPS é um paciente que vem com brechas, ele vem carente, ele vem sofrido, ele vem precisando de um cuidado global. Eu acho que o fato de ter vários profissionais para dar informações, experiências, dá oportunidade de preenchimento para esse paciente que é tão marginalizado pela própria família”. (S4)

“Você, na verdade, é um pouquinho de cada profissional... eu acredito que isso facilita bastante para a gente agilizar o atendimento, facilita bastante para o usuário também...”. (S13)

“Essa questão de interdisciplinaridade enriquece muito o trabalho, nunca consegui trabalhar muito em consultório fechadinho... já tive vontade no começo de minha carreira, mas vi que não era minha praia (risos) e aí busquei as equipes”. (S2)

Os atendimentos grupais somados ao trabalho realizado conjuntamente com outros profissionais são questões importantes que não fazem parte habitualmente da formação e/ou atuação do fonoaudiólogo, que em sua atuação clínica habitual está acostumado a trocar informações, sugestões, orientações com outras áreas afins.

Nestes equipamentos, o fonoaudiólogo vai efetivamente dividir saberes, completar com os profissionais de áreas afins a composição dos grupos terapêuticos, mantendo objetivos em comum.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), um dos maiores desafios que a equipe interdisciplinar dos serviços de saúde mental tem que superar é a divisão que os profissionais das diversas áreas trazem

para o cotidiano destes serviços a partir de seus campos de saber. Os profissionais destas equipes têm, como primeiro desafio, portanto, aprender a aprender a trabalhar em equipe, e a se dispor ao diálogo e ao compartilhamento de saberes.

Mas, os resultados também expressam descontentamento com o atendimento em grupo, considerado uma imposição nos CAPS e no trabalho em saúde pública de forma geral:

“... A equipe aqui só monta grupo... acho que na saúde pública isso é assim, porque se você atender um grupo você vai atender mais... fazer atendimento individual parece coisa de consultório, mas eu acho que não é bem essa questão... ”. (S23)

Outro aspecto significativo é o fato de, em alguns momentos, o profissional ter a sensação de que está “invadindo” a área de conhecimento de outro:

“... principalmente a psicologia tromba muito, tem espaço para todo mundo... você não está invadindo o espaço de ninguém”. (S8)

Em relação aos atendimentos individuais, é possível observar que as demandas consideradas para a indicação desta modalidade são as alterações de linguagem nas crianças e adolescentes, os sujeitos que não apresentam condições de permanecer em grupo devido ao tipo de transtorno mental apresentado e os casos considerados como psicopatologias:

“Especificamente quando eu vejo que tem um caso com dificuldade de fala, essa criança geralmente vai para o atendimento individual”. (S6)

“Os casos com queixas mais específicas de linguagem, como trocas de fonemas, na escrita, gagueira... tudo isso vai para avaliação fonoaudiológica que é individual, tanto criança quanto adolescente”. (S11)

“O individual é para casos muito graves que não conseguem ficar no grupo”. (S15)

Em um dos relatos observou-se que os atendimentos individuais, em alguns momentos, são realizados como preparação para a inserção dos sujeitos nos atendimentos grupais, assim que for possível:

“Eu tenho várias crianças novinhas que chega assim, 2 anos e meio, três anos, fica um tempo no individual. Quando eu observo que ela já tem condições de aceitar o outro nessa relação, então vou inserindo ela numa dupla terapêutica, num grupo pequenininho...então a gente fica um tempo no individual até conhecer, importante ter uma referencia afetiva aí ele vai para o grupo aberto”. (S7)

2. Objetivos dos atendimentos

Tabela 3 – Número e percentual e percentual de fonoaudiólogos e tipos de CAPS, segundo os objetivos dos atendimentos

Variável	Categoria	Tipo					
		Infantil		Adulto		AD	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Objetivo do Atendimento	Linguagem	8	(44,4)	2	(66,7)	3	(100,0)
	Linguagem e Socialização	5	(27,8)	1	(33,3)	0	(0,0)
	Linguagem e reinserção na sociedade	2	(11,1)	0	(0,0)	0	(0,0)
	Linguagem e comportamento	1	(5,6)	0	(0,0)	0	(0,0)
	Comunicação e relação com a família	1	(5,6)	0	(0,0)	0	(0,0)
	Comunicação e integração	1	(5,6)	0	(0,0)	0	(0,0)
	Total	18	(100,0)	3	(100,0)	3	(100,0)

A maioria dos relatos circulou em torno de questões referentes à linguagem e à comunicação dos sujeitos atendidos, conforme observado a seguir, nos atendimentos grupais:

“No grupo fica mais a questão da linguagem mesmo” (S6)

“... a maioria dos grupos é voltada para a linguagem, tanto oral como escrita, mas tem alguns em que eu faço de específico de motricidade oral”. (S15)

“Nos grupos de culinária a gente escreve receita com eles, então tem a questão da leitura, da escrita, tem a questão da comunicação no próprio grupo porque têm alguns com dificuldade de socializar...”

Foram observadas as demandas relativas a outras especialidades da fonoaudiologia que não a linguagem, não têm a mesma relevância que as relativas à linguagem. Possivelmente, em função dos sinais clínicos que prevalecem como sintomas dos transtornos mentais:

“Pelas questões sociais da patologia que a gente trabalha aqui, a motricidade oral não tem valor nenhum perto do que eles precisam. Então aqui o meu objetivo é que ele fala, que tenha comunicação” (S1)

“Tudo que você programa, tudo quadradinho, para paciente psiquiátrico não encaixa... A fonoaudióloga sai da clínica e se depara com o paciente psiquiátrico que é totalmente inesperado, totalmente diferente”. (S22)

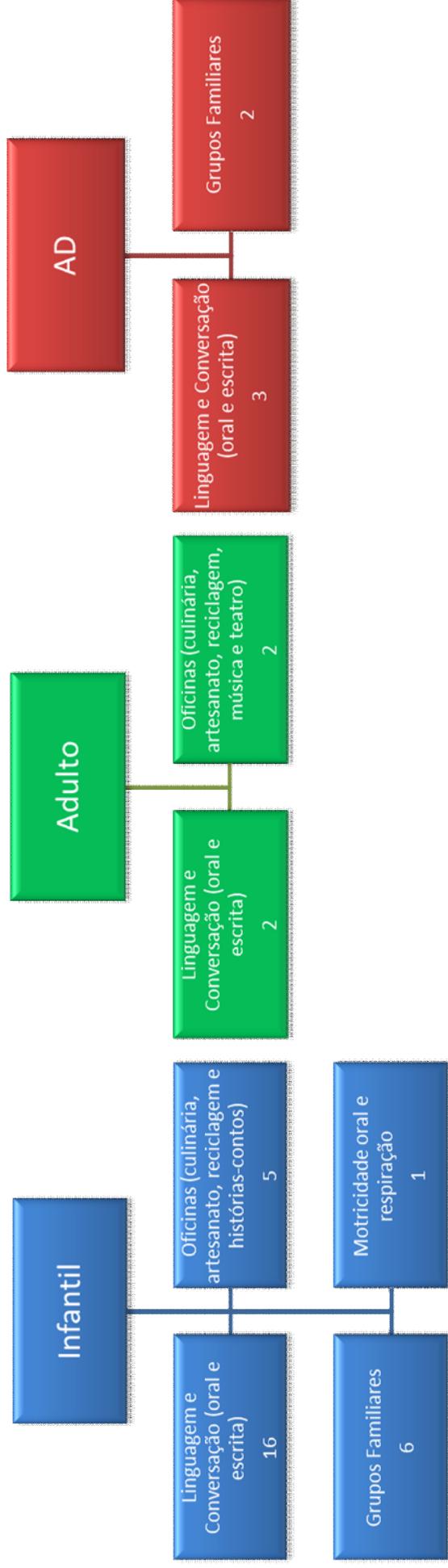
Observou-se nos relatos sobre os objetivos dos atendimentos individuais ou grupais que a maior demanda para a atuação do fonoaudiólogo consiste na linguagem e comunicação dos sujeitos atendidos e, também, com questões ligadas a esta temática como a socialização, reinserção social, relação com a família e integração.

O fonoaudiólogo vai construindo sua história nestes equipamentos de saúde mental a partir de sua atuação com estas questões diretamente ligadas aos objetivos das propostas da clínica psicossocial.

É possível afirmar que este modelo assistencial está em constante transformação. Esta clínica, a da saúde mental, é uma clínica em movimento, a partir do momento em que novas situações vão surgindo, novas propostas vão sendo feitas e novos atores aparecem neste complexo universo de saberes, que se entrelaçam, formando uma rede que sustenta esta clínica da qual a fonoaudiologia aos poucos vai fazendo parte.

A caracterização dos atendimentos, especificamente daqueles realizados em grupo, está representada no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Distribuição da natureza dos atendimentos fonoaudiológicos na modalidade grupal nos CAPS.



Verificou-se que grupos de linguagem e conversação são relatados em todos os tipos de CAPS. Apenas em um deles foi detectada outra especialidade fonoaudiológica (motricidade orofacial):

“A maioria dos grupos são voltados para a linguagem tanto oral como escrita e tem alguns grupos que eu faço de específico de motricidade oral que aí tem que trabalhar um pouquinho a respiração”.

(S15)

Salienta-se, mais uma vez, que os depoimentos apontam para a prevalência de objetivos voltados para a linguagem e a comunicação dos sujeitos atendidos:

“Eles não têm socialização afetiva, eles têm uma comunicação muito ruim eles têm uma existência ruim. Então é assim: eles não conversam, não falam, não participam dos grupos da escola, do bairro eles, não existem enquanto cidadãos. Então meu trabalho foca isso: quem é você? Eles trazem muito a queixa da longevidade do sofrimento. Eu sempre faço o jogo inverso: o que você tem de qualidade, o que você tem de produtivo? Aí colocando dentro dos grupos, vai reinserindo esse adolescente e ele vai acreditando nele, o problema vai ficando cada vez menorzinho...” (S4)

“A forma de comunicação que ele puder me dar... se naquele dia ele estava agressivo, chorando, está apático sem estabelecer vínculo com ninguém do grupo, a minha visão para esse paciente vai se diferente daquele que está agitado, sem limite... Eu tento na medida do possível

estabelecer uma forma de comunicação com o paciente, a minha linguagem muda a cada paciente, não tem uma fórmula". (S21)

Observou-se que alguns entrevistados fazem distinção entre atendimento em grupos e oficinas. Tal diferenciação, todavia, não altera os objetivos propostos.

Foi possível verificar que em relatos sobre as estratégias utilizadas pelos fonoaudiólogos nos grupos realizados, que de uma maneira geral este profissional busca por meio da linguagem trabalhar com as questões da subjetividade dos sujeitos atendidos.

Nestes grupos, o fonoaudiólogo pretende acolher as demandas trazidas pelos sujeitos, potencializar maneiras de expressão e comunicação destes sujeitos com suas famílias, com os profissionais e com os demais participantes dos grupos, além de auxiliá-lo na busca por estratégias para lidar com seu sofrimento.

Em relação à atuação do fonoaudiólogo no grupo, fica claro que este profissional tem domínio de técnicas que favorecem o trabalho com a linguagem. No entanto, as atividades ali implicadas são, necessariamente, multidisciplinares, por se tratar de sujeitos com patologias diversas, que necessitam de apoio variado e observação constante, bem como por concernir uma conjuntura institucional intrincada, delicada e bastante complexa.

Segundo Galletti (2004), nas últimas décadas, observa-se nas instituições de saúde mental uma diminuição das intervenções terapêuticas tradicionais, além de uma busca por atividades que valorizem a subjetividade dos sujeitos atendidos.

Dentre estas atividades, encontramos as oficinas que, ainda segundo Galletti, (2004) se definem por naturezas diversas, por uma multiplicidade de formas, processos e linguagens.

Se nos grupos terapêuticos deparamo-nos com a questão da não familiaridade do fonoaudiólogo com estas atividades, mais distante ela se encontra ainda da atuação em oficinas.

Detectou-se nos relatos dos entrevistados que os objetivos mencionados pelos fonoaudiólogos para o trabalho com as oficinas não diferem dos relatados para o atendimento em grupos terapêuticos, sendo, portanto, a linguagem, a comunicação e a expressão dos sujeitos atendidos.

Observa-se que esta estratégia promove trocas entre os sujeitos de maneira dinâmica, e o objetivo dos atendimentos é que os participantes possam se expressar de qualquer forma possível.

Os grupos familiares também são estratégia utilizada nestes equipamentos:

“A gente trabalha muito com pais, eles contam preconceito, eles contam muito as situações de ônibus, ida para um shopping, para uma festa com a família, parentes distantes, acho que a gente tenta trabalhar isso com eles aqui”. (S5)

“Trabalho com orientação familiar para os pais de crianças autistas... A família fala que tem muita dificuldade...”. (S18)

Ao inserir os pais nestas atividades, pretende-se por meio da linguagem lidar com assuntos que favoreçam a inclusão de seus filhos na sociedade e o aumento ou criação de maneiras de comunicação entre a família e o sujeito atendido. Também são abordadas nestes momentos questões que geram

sofrimento nas famílias. Dentre eles destacam-se o preconceito, os problemas trazidos pelo limite e/ou falta da comunicação, a compreensão da patologia e as estratégias para lidar com isto.

Segundo Lappann-Botti e Labate (2004), as oficinas ganham o status de espaço terapêutico a partir do momento em que propiciem aos sujeitos atendidos, espaços de fala, expressão e acolhimento. As oficinas constituem espaços indicados aos sujeitos e aos seus familiares porque promovem a aproximação entre eles.

De acordo com Galletti (2004), nas oficinas estão envolvidos diversos profissionais com diferentes saberes que não seguem uma linha específica, mas mantêm o objetivo de propiciar ao sujeito várias experimentações sociais e a partir daí, criarem diversas possibilidades de este sujeito ser e estar no mundo.

Observa-se nestes relatos que o fonoaudiólogo prioriza suas intervenções quanto à linguagem verbal e não verbal no trabalho com os sujeitos com transtornos mentais.

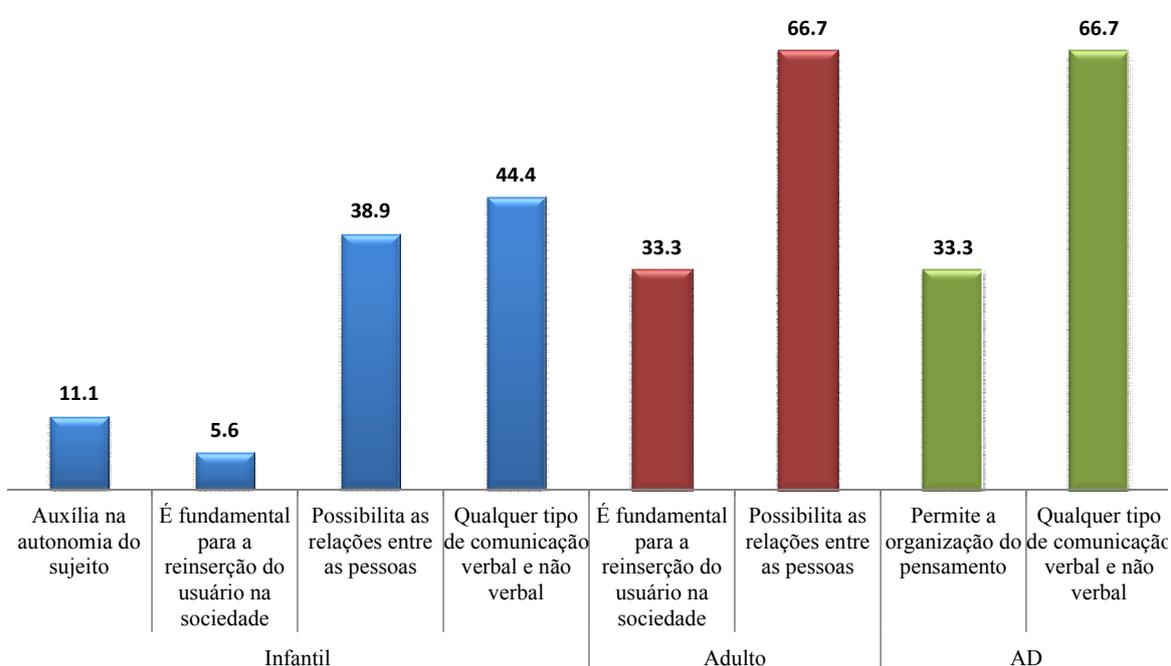
Embora os entrevistados afirmem realizar atendimentos individuais, não se observam em seus relatos exemplos destes atendimentos. Os entrevistados citam os atendimentos individuais, mas enfatizam e referenciam objetivos e questões a respeito dos atendimentos grupais.

É possível inferir, a partir deste dado, que os depoimentos sugerem ser prioritário o atendimento grupal nestes equipamentos de saúde mental e, ao mesmo tempo, geram questões e controvérsias quanto a tal prática, o que não ocorre com os individuais, os quais gozam de maior tradição na área.

3. Pressupostos teóricos e metodológicos sobre as funções da linguagem

No Gráfico 1, verifica-se o percentual de CAPS, conforme pressupostos teóricos e metodológicos sobre as funções da linguagem assumidas pelos fonoaudiólogos.

Gráfico 1 – Percentual de fonoaudiólogos, segundo tipo e funções de linguagem assumidas.



Tanto nos CAPS infantis, como nos CAPS ad, a resposta mais frequente é que a linguagem representa qualquer forma de comunicação verbal e não verbal:

“Meu objetivo não é só a fala... porque o desenvolvimento de todo mundo é assim, primeiro a comunicação não verbal para depois partir para comunicação verbal... É o desejo de interagir com o outro”. (S1)

Nos CAPS adultos, a resposta mais frequente foi a de que a linguagem possibilita as relações entre as pessoas:

“A gente tem que investir na pessoa que vai olhar o paciente ou que vai conviver com ele na sociedade, na família, no caixa do mercado, na pessoa da vendinha. Se as pessoas entenderem que este paciente tem um comprometimento grande de fala e de linguagem, você pode dar tanto para o usuário quanto para a sociedade, um jeito novo de estar com a pessoa.” (S7)

A reinserção do indivíduo na sociedade:

“A comunicação é um meio para uma reintegração social, é o que eu vejo o trabalho da fono. Muitas vezes, isso não acontece através da fala o que é mais uma grande agonia para a família. Então, a gente precisa estar junto com a família, mostrando as outras formas de comunicação. (S9)

E o que é importante para a organização do pensamento:

“No adulto o trabalho é completamente diferente porque você vai trabalhar linguagem, reinserção... o sofrimento mental é muito grande. Você tenta reverter isso através da linguagem...”. (S8)

Foram observadas, também, as referências dos entrevistados ao papel atribuído ao fonoaudiólogo pela equipe interdisciplinar no trabalho com a linguagem. A saber: em determinadas equipes tal papel gera estranhamentos,

em razão da expectativa dos profissionais de outras áreas a respeito de técnicas específicas e/ou exercícios diferenciados. Nestes momentos, constata-se que os profissionais buscam a superação desta expectativa:

“Às vezes, as pessoas brincam comigo falando que eu sou uma fono que não é fono, que eu não trabalho com a fala... As pessoas têm uma visão de que fono é aquela pessoa que fica fazendo exercícios... demorou um tempo até as pessoas entenderem e eu fui contando que linguagem é isso, você estar com a pessoa na relação”. (S7)

“Você só se comunica se você troca um olhar, uma ação ou a fala... Esse olhar é do fonoaudiólogo, que eu não consigo ver num psicólogo, num TO”. (S4)

Outro dado importante referido nas entrevistas diz respeito aos sujeitos que, em razão de suas patologias, não conseguirão se expressar por meio da fala. Nestes casos, o fonoaudiólogo busca alternativas de comunicação junto à equipe interdisciplinar:

“Tem casos que definitivamente não vão falar, então a gente tem que pensar em outras estratégias, a gente vai trabalhando alternativas”. (S5)

“Assim que eu entrei, em 2009, já tinha muito desejo de trabalhar com comunicação alternativa porque eu vi muitos pacientes que tinham autismo, paralisia cerebral, comprometimentos neurológicos. Vendo

essas dificuldades, e também muitos casos crônicos, a gente percebe que a linguagem oral vai ficando cada vez mais difícil de conseguir alcançar na terapia. Então, pensei porque não usar uma estratégia outra? Aí, montei este projeto de comunicação alternativa junto com uma terapeuta ocupacional para trabalhar com crianças e adolescentes daqui do CAPS". (S5)

Foi possível observar que as concepções sobre as funções da linguagem trazidas pelos entrevistados demonstram a importante contribuição do fonoaudiólogo nestas equipes de saúde mental, em busca de uma clínica que se propõe a pensar no sujeito que sofre e não somente na doença.

O cuidar, neste contexto, diz respeito ao acolhimento deste sujeito, a criação de espaços terapêuticos que efetivamente possam “escutar” e acolher as angústias trazidas por suas vivências. O fonoaudiólogo, como parte desta complexa rede de profissionais, pode contribuir com sua especificidade para a construção de espaços coletivos, investindo em todas as formas de linguagem (verbal e não verbal).

4. Atividades desenvolvidas pelos fonoaudiólogos

Na Tabela 4, destaca-se que as atividades Acolhimento, Projeto terapêutico singular (PTS) e as Reuniões de estudo de casos são realizados por todos os fonoaudiólogos nos CAPS; enquanto o Matriciamento somente ocorre no CAPS infantil.

Tabela 4 – Número e percentual de Atividades desenvolvidas pelos fonoaudiólogos nos CAPS.

Atividades	Infantil		Adulto		AD	
	N	(%)*	N	(%)*	N	(%)*
Acolhimento	18	(100,0)	3	(100,0)	3	(100,0)
PTS (projeto terapêutico singular)	18	(100,0)	3	(100,0)	3	(100,0)
Reuniões de estudos de caso	18	(100,0)	3	(100,0)	3	(100,0)
Orientação às Escolas	9	(50,0)	0	(0,0)	1	(33,3)
Referência de Pacientes	8	(44,4)	2	(66,7)	2	(66,7)
Matriciamento	6	(33,3)	0	(0,0)	0	(0,0)
Grupos (pacientes e outros)	5	(27,8)	3	(100,0)	1	(33,3)
Visitas Domiciliares	5	(27,8)	2	(66,7)	1	(33,3)
Triagem	4	(22,2)	1	(33,3)	0	(0,0)

*o valor do percentual está calculado sobre o total de CAPS analisados por linha.

Nos relatos dos entrevistados, as reuniões de equipe e o PTS são considerados estratégias fundamentais a fim de que os objetivos traçados para o sujeito atendido possam efetivamente ser atingidos, ou, quando necessário, serem modificados:

“Reunião de equipe acho que é fundamental. Não dá para trabalhar no CAPS sem a reunião multiprofissional. A gente discute o caso com médico, medicação inclusive. Porque é assim: o médico vê o paciente e quem fica na linha de frente somos nós. Ele acolhe, mas vê um paciente 15, 20 minutos, às vezes uma vez por semana. Às vezes, o paciente está mal, ouvindo vozes inquieto, não está dormindo. Então o feedback da gente da equipe conta. Por isso, eu acho que o trabalho do médico é muito melhor do que era”. (S21)

O Projeto Terapêutico Singular é feito a partir da discussão da equipe e é muito importante porque vai definir todos os atendimentos que o paciente vai ter... Ajuda muito ter este norte, que pode ser modificado a qualquer momento, dependendo do que o paciente apresentar de demanda... “É muito importante”. (S24)

Uma potente ferramenta para a Saúde Mental, o matriciamento³, aparece em apenas 33,3% dos CAPS, restrito aos CAPS infantis. Tal dado sugere que ainda há um longo caminho a percorrer entre a Saúde Mental e a Atenção Básica.

O matriciamento, segundo Campos e Domiti (2007), proporciona modificações nas relações dos níveis hierárquicos, integrando o especialista às várias equipes que possam necessitar de seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, o matriciamento objetiva produzir espaços de intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões.

Aparecem, também, questões muito particulares à clínica realizada nos CAPS em relação aos atendimentos individuais e em grupos que demonstram uma liberdade dos profissionais da equipe interdisciplinar em proporcionar situações que contribuem com a (re)inserção do sujeito à sociedade:

³ O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (Campos, Domiti, 2007).

“Houve momentos em que a gente levou pra brincar no parque ecológico, levou um grupo ao cinema, crianças na sorveteria. Já saímos para dar um passeio para ver como é que atravessa rua. Isto a gente fez junto com a TO e com a assistente social, trabalhando a comunicação, a atividade de vida diária...” (S1)

Neste contexto, é possível observar que os CAPS oferecem atividades terapêuticas que vão além de consultas médicas e de medicamentos, o que caracteriza, segundo o Ministério da Saúde (2004), a chamada clínica ampliada que (re)constrói a ideia de clínica nas práticas de atenção psicossocial, além de provocar transformações nas formas tradicionais de atendimento aos sujeitos com transtornos mentais.

Esta construção é um desafio para o fonoaudiólogo e, também, para a equipe que trabalha nestes equipamentos. Vários entrevistados pontuaram a falta de participação da família nos atendimentos ao sujeito, o que na opinião dos entrevistados é fator de insucesso nos atendimentos:

“O que costuma dar mais dificuldade para nosso trabalho, é que não houve respaldo da família por questões sociais”. (S1)

“Nós temos muitas famílias que não colaboram, e isso é uma coisa que demanda uma energia da gente imensa. Não oferecem o remédio para o paciente em casa, eles têm que tomar à noite, e a família não dá. Para eles o paciente é usuário que frequenta o CAPS, então é nossa responsabilidade”. (S21)

“Tem a dificuldade das famílias entenderem os problemas, aceitar o problema”. (S5)

Outra dificuldade apontada é a das questões políticas e de gestão que interferem diretamente na composição das equipes, gerando frequentes mudanças de seus membros. E, também, no que se refere ao fornecimento de recursos materiais para a realização do trabalho:

“Eu acho a gestão atual é muito difícil, de todo esse tempo que estou aqui é a mais complicada. Acho que tem um cansaço da equipe, um desgaste”. (S2)

“Hoje a gente não tem material, eu trago de casa compro do meu bolso. Às vezes, faltam coisas a gente sai correndo pra comprar porque há muito tempo que não chega nada... Quando vem a tinta, vem só a amarela, azul e verde e eles acham que está bom demais”. (S2)

Observaram-se, também, relatos referentes a dificuldades encontradas na articulação da rede de apoio ao sujeito atendido, outra questão que interfere no atendimento, à medida que reduz suas chances de ser inserido na comunidade, limitando-lhe a circulação social aos espaços dos CAPS. Outra questão, correlacionada é o desconhecimento do trabalho realizado nestes equipamentos de saúde mental, que dificulta/atrapalha o envio da demanda específica para estes atendimentos:

“Eu acho que ainda nós não temos uma articulação da rede, melhorou, mas no momento o que mais prejudica a dinâmica de atendimento: a rede não esta bem articulada”. (S10)

“São muitas as dificuldade geradas pela falta de informação sobre o que é, realmente, um CAPS. A rede não absorve isso”. (S18)

Dificuldades muito específicas, quanto ao campo fonoaudiológico, também são ressaltadas: Uma delas diz respeito à reação dos pais quando descobrem que o filho vai ser atendido por este profissional - sugerindo um desconhecimento da profissão - já que a expectativa inicial é a de que os atendimentos sejam realizados pela psicóloga:

“Às vezes, os pais não sabem nem o que é você, tem que fazer todo um trabalho preparativo... Os pais falam: passar com ela não quero. Ai a gente tem que fazer um trabalho explicando a proposta, no que eles podem melhorar. E consegue”. (S15)

Outra dificuldade consiste no atendimento grupal. Segundo um dos entrevistados, a equipe em sua unidade exige que o atendimento seja grupal. Isto faz com que ele, em muitos momentos, discorde da equipe, por considerar que muitos destes atendimentos deveriam ser individuais:

“O que pesa mesmo é não poder dar esse atendimento individual, tem que ir pro grupo”. (S16)

Também foi encontrado um relato relevante a respeito da formação do fonoaudiólogo. Segundo o entrevistado, consiste em falha e, por este fator, limita ou dificulta a atuação deste profissional nestes equipamentos:

“Eu sinto que os fonoaudiólogos às vezes, talvez seja pela própria formação, têm experiências limitadas no campo da saúde mental e até se assustam... acho que tem pouco investimento na faculdade na formação em saúde mental”. (S7)

Em relação à formação em saúde mental ou conhecimento em relação ao trabalho desenvolvido nos CAPS, muitos foram os relatos sobre o desconhecimento destas práticas:

“Vim pro CAPS com um manual na mão para ler e saber o que eu ia fazer aqui. Eu não tinha a menor noção do que um fonoaudiólogo faria no CAPS. A única noção que tinha era sobre o autismo, sobre o espectro autista”. (S1)

“Eu entrei aqui em 2005, mediante um concurso público, não fazia ideia do que era CAPS. Eu estava formada há um ano e meio mais ou menos”. (S6)

Os depoimentos exibem duas questões distintas a respeito destas dificuldades encontradas: uma refere-se à articulação da equipe interdisciplinar, a outra aponta para o desconhecimento das práticas e/ou não concordância com as estratégias preconizadas nos CAPS. Além disto, outra questão de extrema complexidade diz respeito aos aspectos políticos e/ou de gestão pública.

Os depoimentos, de maneira geral, revelam que o trabalho nos CAPS pesquisados, é ainda fragmentado, à medida que as estratégias preconizadas pelo trabalho não são efetivamente realizadas em sua totalidade. A falta de profissionais na equipe dos CAPS e a de redes de sustentação/ interlocução entre a atenção básica e os demais serviços dos quais os pacientes com transtornos mentais podem usufruir merecem ser sublinhadas.

Contudo, os entrevistados destacaram aspectos positivos do modelo CAPS, a saber, a valorização:

- Do trabalho interdisciplinar (referida por 22 fonoaudiólogos, sendo 17 do CAPS infantil, 2 CAPS adultos e 3 do CAPS AD);

- Do trabalho de reintegração do usuário na sociedade;

- Do trabalho realizado em grupos terapêuticos;

- Do acolhimento diferenciado dos casos;

Especificamente quanto ao CAPS infantil.

- Da não medicalização;

- Da articulação com a rede de acolhimento ao usuário.

Pode-se observar a relevância que o trabalho interdisciplinar toma para os profissionais que atuam nestas equipes. Nesta direção, é possível afirmar que o fonoaudiólogo junto às equipes interdisciplinares muito tem a colaborar. Sempre com a noção de que o cuidado com o sujeito atendido pelos CAPS depende de saberes em rede, que se sustentem mutuamente e incluam várias habilidades e competências profissionais específicas, sempre adaptadas ao contexto da saúde mental.

Assim, a clínica fonoaudiológica com sujeitos com transtornos mentais exige deste profissional disponibilidade interna para o trabalho em equipe e tolerância às inevitáveis diferenças impostas por tal contexto. Em outras palavras, é necessário adaptar suas técnicas e avaliar de que forma os atendimentos específicos da área (motricidade orofacial, voz, audiologia e linguagem) podem ser realizados de maneira a auxiliar o sujeito a buscar/encontrar sua forma de comunicação e expressão.

CONCLUSÃO

A maioria dos fonoaudiólogos entrevistados se concentra nos CAPS infantis. Embora o número de CAPS infantis seja estatisticamente superior ao de CAPS adultos e CAPS ad, a presença do fonoaudiólogo nos primeiros é muito significativa em termos frequenciais.

Nos CAPS infantojuvenis, o fonoaudiólogo trabalha fundamentalmente com a aquisição e as alterações da linguagem oral. Nos CAPS adultos e ad este profissional vai se deparar com questões que afetam mais efetivamente as relações interpessoais, os vínculos afetivos e a (re)inserção na sociedade.

Para atender às diferentes demandas trazidas pelos sujeitos atendidos, o fonoaudiólogo dispõe de estratégias terapêuticas que potencializam o cuidado para com o sujeito. Dentre elas, destacam-se os atendimentos em grupos interdisciplinares.

Os depoimentos dos fonoaudiólogos revelam que a atuação nos CAPS gera importantes questões (e conflitos) acerca da identidade profissional, interação em equipe e opção de modalidades de atendimento. Em nosso ver, tais aspectos justificam a necessidade de maiores investimentos na formação

acadêmico-científica do fonoaudiólogo para o trabalho nestes serviços de saúde mental, tanto nos currículos de graduação quanto em nível de pós-graduação.

Os resultados obtidos sublinham que os fonoaudiólogos entrevistados consideram que sua inserção nas equipes interdisciplinares dos CAPS está, fundamentalmente, atrelada ao trabalho com a linguagem (verbal e não verbal). E, nesta direção, apostam na potencialidade da comunicação como recurso efetivo para a (re)inserção e circulação social dos sujeitos em sofrimento mental e/ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

CONCLUSÃO DO ESTUDO 1

Os CAPS adquiriram papel relevante dentre as novas práticas para superação do modelo manicomial no Brasil. Contudo, o trabalho realizado nestes equipamentos é complexo e exige que a equipe corresponda às demandas contemporâneas do campo da Saúde Mental.

Ao mapear a presença dos fonoaudiólogos nestes serviços, constatou-se que ela ainda é estatisticamente reduzida, e que a maioria destes profissionais concentra-se nos CAPS infantojuvenis. Embora em número reduzido, a presença de fonoaudiólogos nos CAPS adultos e CAPS ad evidência que a inserção de tais profissionais neste universo configura ampliação da atuação fonoaudiológica nestes equipamentos de saúde mental.

Constatou-se, em relatos dos sujeitos estudados que, ao ingressar nos CAPS, a maioria dos fonoaudiólogos não tinha conhecimento sobre a natureza do trabalho a ser desenvolvido; embora o foco na comunicação (verbal e não verbal) tenha se constituído em motivo de demandas dos usuários.

Nesta direção, os resultados colocam à mostra a necessidade de normatização da inserção do fonoaudiólogo como membro efetivo das equipes dos CAPS e investimentos na formação acadêmico-científica destes profissionais. A saber: a revisão de currículos de graduação em termos teórico/práticos, quanto às políticas nacionais de saúde de coletiva e, especificamente, no que se refere à saúde mental.

CONCLUSÃO DO ESTUDO 2

Os entrevistados referem realizar seus atendimentos nas modalidades individual e em grupo, porém os relatos privilegiam o atendimento grupal, destacando-os como dispositivo terapêutico com objetivos específicos no atendimento às demandas de comunicação e linguagem trazidas pelos sujeitos com transtornos mentais.

Embora refiram destaque ao atendimento grupal, foram observadas questões significativas relacionadas a esta modalidade de atendimento. Dentre elas estão as relações e o vínculo entre os profissionais nos atendimentos realizados de forma interdisciplinar, o questionamento da identidade profissional e a pouca familiaridade do fonoaudiólogo com esta modalidade de atendimento.

Outro dado que chama a atenção é a falta de referência aos atendimentos individuais. Embora os entrevistados refiram realizar tal modalidade, ao explanar sobre suas práticas, eles não as privilegiam.

Podemos inferir que este dado pode estar ligado a familiaridade do fonoaudiólogo com esta modalidade de atendimento, sugerindo que este tipo de atendimento não difere do realizado na prática clínica destes profissionais, não gerando, portanto, questões e conflitos.

O trabalho interdisciplinar preconizado nos CAPS é, também, um ponto relevante nesta discussão. Embora seja valorizado pela maioria, foi observado que tal modo de trabalho causa questões conflitantes para alguns.

É possível afirmar que dentre as questões trazidas pelos usuários, as alterações de comunicação e linguagem convocam, prioritariamente, o

fonoaudiólogo a contribuir com sua especificidade nas equipes dos CAPS nas diferentes modalidades e faixas etárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida BPB. Fonoaudiologia e saúde mental: experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia Clínica] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2010.

Amarante P, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em debate* 2001; 25(58):26-34.

Amarante P. Asilos, Alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 73-84.

Amarante P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saúde Pública* 1995; 11(3):491-94.

Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008a.

Amarante, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008b.

Amarante P, Lancetti A. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 615-34.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface* 2004a; 8(14):73-91.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc* 2004b;13(3):16-29.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6(1):63-72.

Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev SPAGESP* 2011; 12(1):1-8.

Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas Inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm* 2008; 41(Esp):815-19.

Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopat* 2008; 11(1): 21-7.

Bezerra Júnior B. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. *SaúdeLoucura* 1996; 4:129-44.

Bianco CRB. A identidade profissional em saúde mental: mesa redonda. In: Encontro do CAIS-SR - Atenção integral: discutindo tecnologias em saúde mental, 5, 2008, Santa Rita do Passa Quatro, SP. Anais... Santa Rita do Passa Quatro, SP, 2008. CD-ROM.

Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2):456-68.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1992.

Brasil. Saúde Mental em dados. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Portal da Saúde – www.saude.gov.br - acessado em 11/07/2010.

Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Saraiva; 2004.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.

Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface* 2005; 9(17):389-94.

Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(2): 219-30.

Cardoso IM. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde Soc* 2012; 21(1):1-9.

Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA et al. II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Brasília: CEBRID/UNIFESP/SENAD; 2006, p. 1-31.

Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Arq Ciênc Saúde 2008; 15(2):93-5.

Conselhos Federal e Regional de Psicologia. Referências Técnicas para atuação de Psicólogos(os) nos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Brasília; 2013.

Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um Corte Ideológico. 5.ed. ver. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF, Molinaro AA. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16(12):4603-14.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Rev Bras Psiquiatr 2008; 30(4):390-8.

Declaração de Caracas. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acessado em janeiro de 2014.

Delgado PGG. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16(12):4701-6.

Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Dolto F. Tudo é linguagem. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Furtado JP, Onocko-Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev Latinoam Psicopat Fund 2005; 8(1):109-22.

Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. Acta Paul Enferm 2006; 19(2): 207-11.

Galletti MC. Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? ed. da UCG; 2004.

Gonçalves LHT, Alvarez AM, Arruda M. C. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. Acta Paul Enferm 2007; 20(1):62-8.

Guimarães JMX; Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16(4):2145-54.

Haddadl AE et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET – SAÚDE. Cadernos ABEM 2009; 5:1-7.

Jucá V, Lima M, Nunes M. A re(invenção) de tecnologias no contexto de centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. Rev. Saude Mental Subj 2008; 6(11):125-44.

Lappann-Botti NC, Labate RC. Oficinas em Saúde Mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. Texto Contexto Enferm 2004; 13(4):519-26.

Lancetti A. Clínica grupal com psicóticos. SaúdeLoucura 1996; 4:155-71.

Leal E, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior AG, Mattos RA (org). Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2007. p. 137-154.

Lei n° 8.080/90. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em 10/02/2014.

Lei n° 8.142/90. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em 10/02/2014.

Lei n° 9867. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm. Acessado em 10/02/2014.

Lei n° 10.216. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acessado em 10/02/2014.

Lei n° 10.708. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acessado em 10/02/2014.

Lipay MS, Almeida EC. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. Rev Ciênc Méd 2007; 16(1):31-41.

Luzio CA, L'abbate S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Ciênc Saúde Coletiva 2009; 14(1):1-11.

Machado FP. Problemas de linguagem oral e de alimentação: co-ocorrências na clínica fonoaudiológica. 2007. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo; 2007.

Mendes VLF. Uma clínica no coletivo: experimentações no Programa de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2007.

Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trab Educ Saúde 2011; 9(2): 265-76.

Minayo MCS et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. Rev Saúde Pública 2008; 42(5): 907-13.
- Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. Rev CEFAC 2009; 11(3): 516-21.
- Mondoni D, Rosa AC. Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no interior do Estado de São Paulo. Psic: Teor e Pesq 2010; 26(1):39-47.
- Nicácio MF. Da instituição negada à instituição inventada. SaúdeLoucura 1989; 1: 90-108.
- Onocko-Campos RT et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública 2009; 43(1)16-22.
- Onocko-Campos RT. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate 2001; 25(58):98-111.
- 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. Cad Saúde Pública 2006; 22(5):1053-62.
- Panhoca I, Bagarollo MF. Sujeitos autistas em terapêutica fonoaudiológica grupal. In: Santana AP, Berberian AP, Massi G, Guarinello AC (org). Abordagens grupais em fonoaudiologia: contextos e aplicações. São Paulo: Plexus; 2007. p.121-37.
- Panhoca I, Leite APD. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. Disturb Comum 2003; 15(2):289-308.
- Parisi CO. O corpo na fonoaudiologia: agenciamento de conceitos. 2003. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2003.
- Paula Souza LA. Linguagem e corpo, In: Ferreira LP, Limongi SCO, Befi-Lopes DM. (org). Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2005, Cap.69, p.892-8.
- Paula Souza, LA. Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio. Disturb Comum 1999; 10(2): 225-34.
- Paula Souza LA, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface 2009; v.13 supl.1: 681-88.
- Pelbart PP. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. 2. ed. São Paulo: Iluminuras; 2009.

Penteado RZ. Práxis fonoaudiológica em foco: questões e reflexões a partir de um grupo de mães. *Disturb Comum* 2002; 14(1): 137-61.

Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos Vc et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 653-60.

Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(3): 493-502.

Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(12): 4579-89.

Portaria do Ministério da Saúde nº 224/92. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>. Acessado em 11/04/2013.

Portaria do Ministério da Saúde nº 336/GM. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acessado em 07/05/2014.

Portaria do Ministério da Saúde nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>. Acessado em 07/05/2014.

Porter R. Uma história social da loucura. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda; 1991.

Prestes LIN, Araújo AC, Costa CS, Nascimento MDW, Oliveira DA. Apoio matricial: um caminho de fortalecimento das redes de atenção à saúde em Palmas – TO. *R bras ci Saúde* 2011; 15(2):215-18.

Rasera EF, Rocha RMG. Sentidos sobre a prática grupal no contexto da saúde pública. *Psicologia em Estudo* 2010; 15(1):35-44.

Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em saúde e pós graduação LATU SENSU no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ Saúde* 2010; 7(3): 479-98.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via, In: Nicácio F (Org). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.17-60.

Santos MVD , Wetzel C, Olschowsky A, Pinho LB, Kantorski LP. Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários. *Sal. & Transf Soc* 2011; 1(2): 94-100.

Santos VR. Fonoaudiologia e grupo: construção de um processo terapêutico. Dissertação [Mestrado em Distúrbios da Comunicação] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 1993.

Santos AO, Nechio DEG. A paixão de fazer: saúde mental e dispositivo grupal. Fractal: Rev Psicol 2010; 22(1): 127-40.

Silveira DP, Vieira ALS. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. Est Pesq Psicol 2005; 5(1): 92-101.

Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. Rev Baiana de Saúde Pública 2011; 35(4):966-83.

Souza APR, Crestani AH, Vieira CR, Machado FCM, Pereira LL. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. Rev CEFAC 2011; 13(1):140-51.

Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto contexto – enferm 2006; 15(2):287-95.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10(3):585-97.

Vilela FCA, Ferreira LP. Voz na clínica fonoaudiológica: grupo terapêutico como possibilidade. Disturb Comum 2006; 18(2):235-43.

Yassui S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. Cad. Bras. Saúde Mental 2009; 1(1):1-9.

Zambenedetti G, Perrone CM. O processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. Physis: Rev Saúde Coletiva 2008; 18(2):1-8.

Zerbetto SR et al. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. Rev Eletr Enf 2011; 13(1): 99-109.

ANEXOS

Anexo 1 - Portaria MS nº 224/92 - Normas sobre atendimentos ambulatorial e hospitalar

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas,

segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

1) Hospital-dia

1.1 A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana

(de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2 O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 Para fins de financiamento pelo SIH-SUS:

a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.

b) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral

2.1 Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2 Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

2.4 Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares- SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral

3.1 O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais.

3.2 O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital-Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4. Hospital especializado em psiquiatria

4.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;

e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

– sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;

– área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6 Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

– Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;

– Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- 1 psicólogo;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente portaria será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título do projeto: “Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação do profissional fonoaudiólogo nos CAPS do estado de São Paulo”.

Pesquisador responsável: Beatriz Paiva Bueno de Almeida

CIC: [REDACTED]

RG: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED]

CEP: [REDACTED]

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Telefones para contato: [REDACTED]

Nome do voluntário: _____

Idade: _____

RG. _____

O Sr. (a) está convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação do profissional fonoaudiólogo nos CAPS do estado de São Paulo”, de responsabilidade do pesquisador Beatriz Paiva Bueno de Almeida.

O objetivo deste estudo é: Caracterizar a inserção do profissional fonoaudiólogo nas equipes multidisciplinares dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) do estado de São Paulo, a fim de identificar e analisar contribuições e questões no trabalho deste profissional no atendimento aos usuários destes dispositivos de saúde.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco.

Sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito da atuação do profissional fonoaudiólogo com pacientes portadores de transtornos mentais, que em futuros tratamentos fonoaudiológicos poderão beneficiar outros pacientes ou, então, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista realizada no próprio local de seu trabalho e agendada previamente por meio de ligações telefônicas. As questões da entrevista dizem respeito a sua formação, e as demandas fonoaudiológicas neste equipamento de saúde.

Tais entrevistas buscarão apreender sentidos atribuídos quanto à necessidade e efetividade do trabalho fonoaudiológico, às relações na equipe, às expectativas e percepções sobre os resultados, e aos papéis atribuídos ao fonoaudiólogo.

As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas, para posterior análise e discussão à luz do referencial teórico utilizado na pesquisa (Fonoaudiologia, Saúde Mental e Saúde Pública).

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a fonoaudióloga Beatriz Paiva Bueno de Almeida nos telefones (11)5549-2105; (11) 9686-1642.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação do profissional fonoaudiólogo nos CAPS do estado de São Paulo”.

Eu discuti com a fonoaudióloga Beatriz Paiva Bueno de Almeida sobre a minha participação nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, a garantia de esclarecimentos sempre que necessários.

Ficou claro que a minha identificação não será possível. Meu endereço e nome permanecerão em sigilo absoluto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Nome:

Endereço:

RG:

Fone:

Data: ____/____/____

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 420/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Maria Claudia Cunha
Autor(a): Beatriz Paiva Bueno de Almeida

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Tese de Doutorado, intitulado *Fonoaudiologia e saúde mental: atuação do fonoaudiológico no CAPS do estado de São Paulo*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

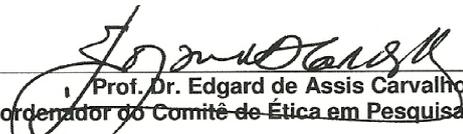
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **20/12/2011**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **420/2011**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 20 de dezembro de 2011.


Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Anexo 4 – Resultados do Estudo

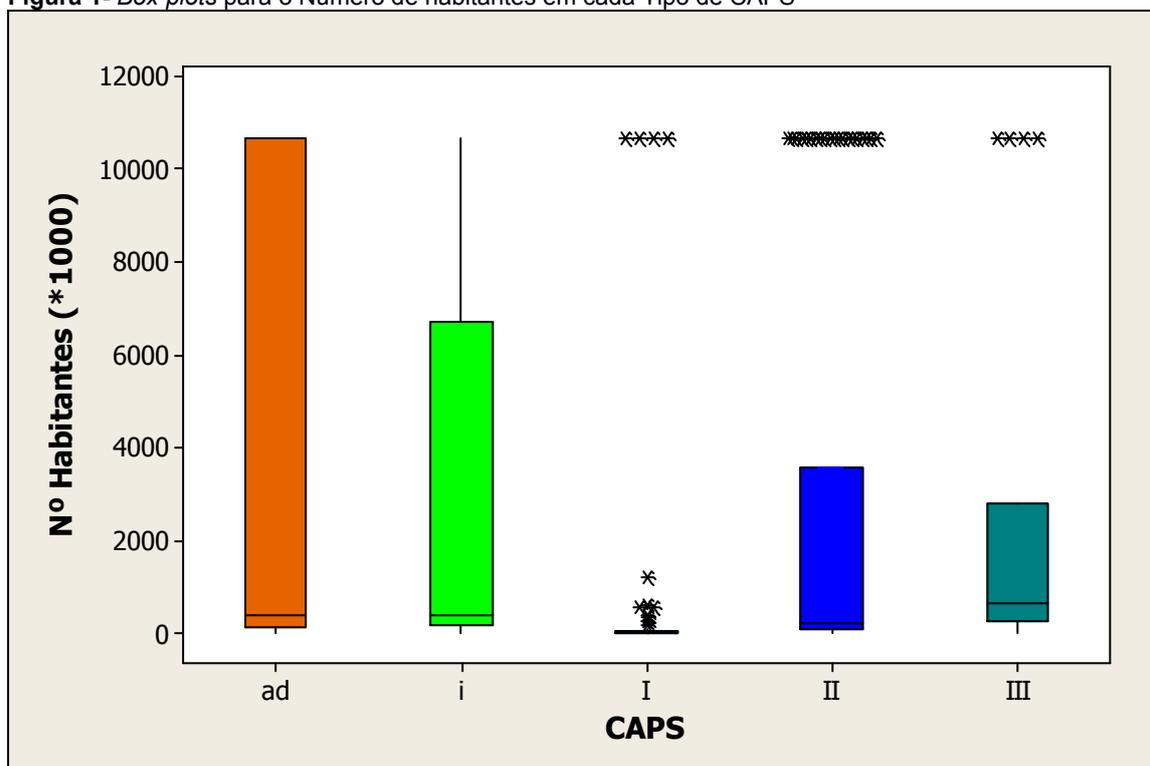
Valores de estatísticas descritivas para o Número de habitantes dos municípios nos quais se localizam os CAPS, por Tipo de CAPS, são encontrados na tabela 1.

As distribuições do Número de habitantes em cada categoria de CAPS são representadas, de forma aproximada, nos *Box-plots* na figura 1. Esses gráficos e os valores na tabela 1 indicam que os CAPS de tipo I tendem a ocorrer em cidades com menor número de habitantes: as médias e medianas observadas na categoria I são menores que nas outras categorias de CAPS.

Tabela 1- Estatísticas descritivas para o Número de habitantes em cada Tipo de CAPS

CAPS	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Ad	65	3.440.341	4.709.411	24.260	407.506	10.659.386
I	45	2.897.982	4.483.449	31.379	408.435	10.659.386
I	72	692.612	2.441.310	12.873	46.560	10.659.386
II	82	2.772.590	4.511.754	23.972	21.3996	10.659386
III	25	2.618.438	3.731.187	26.420	673.914	10.659.386
Total	289	2.419.002	4.177.383	12.873	223.495	10.659.386

Figura 1- *Box-plots* para o Número de habitantes em cada Tipo de CAPS



Na tabela 2 nota-se que a maioria dos CAPS 220 (76,1%) tem gestão municipal enquanto 69 (23,9%) gestão estadual.

Os CAPS de gestão municipal são distribuídos da seguinte maneira: 75,4% no tipo ad, 77,8% no infantil, 73,6% no tipo I, 80,5% no II e 68% no tipo III.

Tabela 2- Distribuições de frequências e porcentagens da Gestão em cada Tipo de CAPS

CAPS	Gestão		Total
	Estadual	Municipal	
Ad	16	49	65
	24,6%	75,4%	100,0%
I	10	35	45
	22,2%	77,8%	100,0%
I	19	53	72
	26,4%	73,6%	100,0%
II	16	66	82
	19,5%	80,5%	100,0%
III	8	17	25
	32,0%	68,0%	100,0%
Total	69	220	289
	23,9%	76,1%	100,0%

Os resultados na tabela 3 indicam que a porcentagem de CAPS com presença de fonoaudiólogo é maior na capital (17,2%) do que no interior (9,1%).

Tabela 3- Distribuições de frequências e porcentagens da Presença de fonoaudiólogo em cada Região do Estado

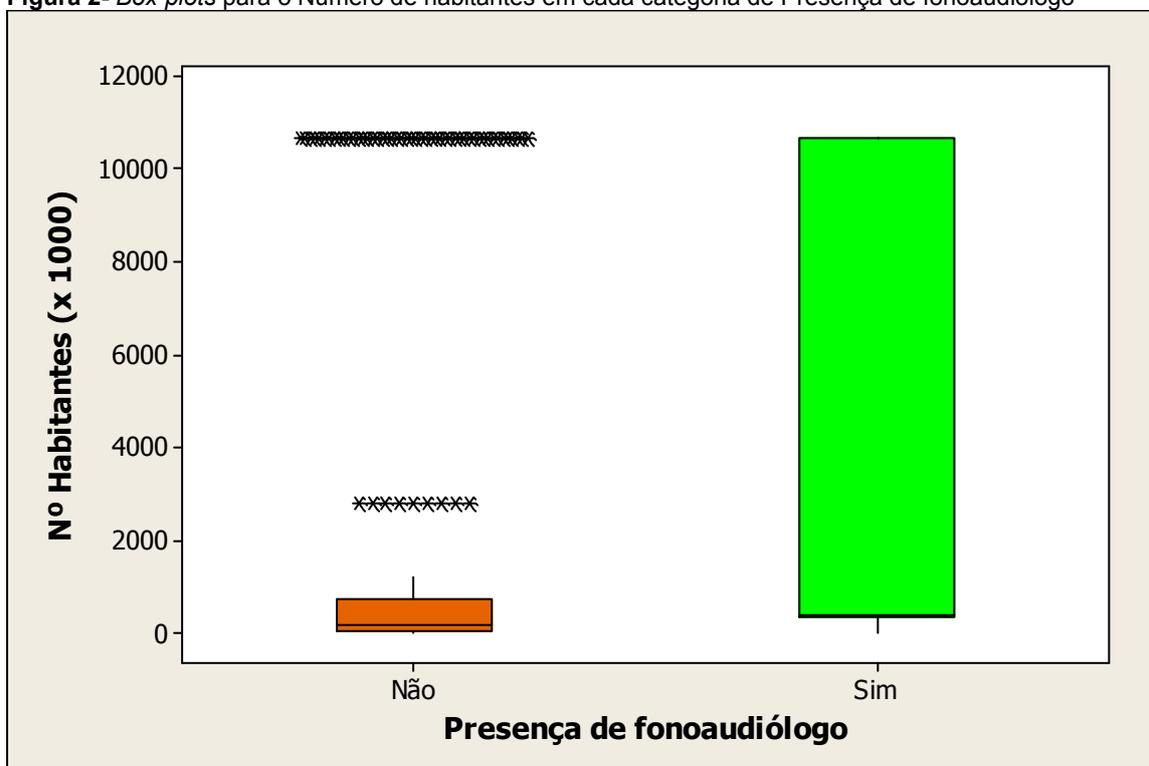
Região	Presença de fonoaudiólogo		Total
	Não	Sim	
Capital	48	10	58
	82,8%	17,2%	100,0%
Interior	210	21	231
	90,9%	9,1%	100,0%
Total	258	31	289
	89,3%	10,7%	100,0%

Valores de estatísticas descritivas para o Número de habitantes dos municípios nos quais se localizam os CAPS são apresentados na tabela 4. *Box-plots* para o Número de habitantes são encontrados na figura 2. Nota-se que as médias e medianas do Número de habitantes dos municípios nos quais os CAPS têm fonoaudiólogo são maiores do que nos municípios nos quais estão localizados os CAPS sem fonoaudiólogo.

Tabela 4- Estatísticas descritivas para o Número de habitantes em cada categoria de Presença de Fonoaudiólogo

Presença de Fonoaudiólogo	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Não	2.247.889	4.062.606	12.873	201.848	10.659.386	2.247.889
Sim	3.766.362	4.859.373	22.877	417.281	10.659.386	3.766.362
Total	2.410.771	4.172.472	12.873	221.936	10.659.386	2.410.771

Figura 2- *Box-plots* para o Número de habitantes em cada categoria de Presença de fonoaudiólogo



Na tabela 5 é possível observar que as porcentagens de unidades com presença de fonoaudiólogo são próximas nos dois tipos de gestão, 10,1% na gestão estadual e 10,9% na gestão municipal.

Tabela 5- Distribuições de frequências e porcentagens da Presença de fonoaudiólogo em cada categoria de Gestão

Gestão	Presença de fonoaudiólogo		Total
	Não	Sim	
Estadual	62	7	69
	89,9%	10,1%	100,0%
Municipal	196	24	220
	89,1%	10,9%	100,0%
Total	258	31	289
	89,3%	10,7%	100,0%

Tabela 6 – Número e percentual de CAPS, segundo tipo.

Variável	Categoria	Tipo					
		Infantil		Adulto		AD	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Composição da Equipe	Equipe Básica*	12	(66,7)	2	(66,7)	1	(33,3)
	Equipe Básica* e Arte Educadora	1	(5,6)	--	--	--	--
	Equipe Básica* e Dentista	1	(5,6)	--	--	--	--
	Equipe Básica* e Médico Pediatra	1	(5,6)	--	--	--	--
	Equipe Básica* e Preparador Físico	1	(5,6)	--	--	--	--
	Equipe Básica* e Farmacêutica	--	--	1	(33,)	--	--
	Equipe Básica* e Agente Comunitário	--	--	--	--	1	(33,3)
	Equipe Básica*, Educadora e Clínico Geral	--	--	--	--	1	(33,3)
	Equipe Básica*, Preparador Físico, Fisioterapeuta e Nutricionista	1	(5,6)	--	--	--	--
	Equipe Básica*, Professor de Educação Física, Preparador Físico e Farmacêutico	1	(5,6)	--	--	--	--
	Total	18	(100,0)	3	(100,0)	3	(100,0)

* Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Médico Psiquiatra e Coordenador; -- não existe o tipo de equipe

Quadro 1 – Patologias relatadas nos CAPS.

Patologias	Número de CAPS que relataram o agravo
Autismo	12
Esquizofrenia	6
Transtornos	
Conduta	13
Invasivo	4
Ansiedade	3
Obsessivo Compulsivo	2
Positivo Desafiado	1
Depressão	6
Bipolar	4
Síndrome de Asperger	2
Hiperatividade	6
Déficit de Atenção	2
Distúrbio de Aprendizagem	1
Dislexia	1