



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
Departamento de Saúde Coletiva
Programa de Residência Multiprofissional em
Saúde Mental e Coletiva



VERÔNICA BACCI PADOVAN

Desafios de Construção da Clínica Fonoaudiológica na Saúde Mental: Um Relato de Experiência

Campinas, 2018



Verônica Bacci Padovan

Desafios de Construção da Clínica Fonoaudiológica na Saúde Mental: Um Relato de Experiência

Trabalho de conclusão de Curso
do Programa de Residência em
Saúde Mental e Coletiva-
Departamento de Saúde Coletiva/
FCM-Unicamp
Coordenação: Profa. Dra. Rosana T.
Onocko Campos
Orientadoras:
Ellen Cristina Ricci
Danielle Patrícia Algave

Campinas, 2018

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde, coragem, força e serenidade para superar as dificuldades.

A meus pais, por sempre me amarem, lutarem, incentivarem e acreditarem no meu potencial. Sem vocês, certamente não teria realizado tantas conquistas.

Aos amigos, pelo companheirismo, suporte, risadas, confiança e pela amizade.

A todos os profissionais e estagiários/residentes que conheci nesta jornada, pela parceria, aprendizado, paciência, amizade e conquistas. O encanto de uma profissão é muito mais do que pensamos e conhecemos, obrigado pelos bons encontros.

Aos pacientes por mostrarem que a dor é real, assim como a esperança. E que diferentes realidades existem, e que não podemos julgar sem vivê-las.

A Universidade Estadual de Campinas, pela oportunidade de fazer a Residência em Saúde Mental e Coletiva.

E a todos que participaram de forma direta e indireta em minha vida, ajudando no meu crescimento pessoal e profissional.

*“O mundo despedaça todas as pessoas e, posteriormente,
muitos se tornam fortes nos lugares partidos”*
- Hemingway em “Farewell to Arms”

Resumo

Este trabalho tem por objetivo discutir os desafios da inserção e da construção da Fonoaudiologia no campo da saúde mental através de um relato de experiência. O texto se delinea a partir de uma discussão teórica sobre a atuação do fonoaudiólogo e da importância do trabalho multidisciplinar na conduta terapêutica. Além disso, apresenta a relação da atuação deste profissional com as diferentes formas de comunicação que abrangem o conceito de linguagem. Tais argumentações são ilustradas por oito relatos de experiência. Vivências que aconteceram em dois serviços de saúde mental da rede de saúde mental da cidade de Campinas- SP pelo período de dois anos.

Palavras-chave: fonoaudiologia; saúde mental; Capsij; enfermaria psiquiátrica.

Abstract

The objective of this work is to discuss the challenges of insertion and construction of speech therapy in the field of mental health through an experience report. The text is based on a theoretical discussion about the role of the Speech Therapist and the importance of the multidisciplinary work in therapeutic management. Also, it presents the relation of the performance of this professional with the different forms of communication that cover the concept of language. Such arguments are illustrated by eight reports of experience. Experiences that occurred in two mental health services of the mental health network of the city of Campinas-SP for a period of two years.

Keywords: Speech Therapy; mental health; Capsij; psychiatric ward.

Sumário

1. Introdução	7
2. Objetivos	13
3. Relatos	13
3.1 Capsij Carretel	13
3.1.1 Relato 1	14
3.1.2 Relato 2	14
3.1.3 Relato 3	15
3.1.4 Relato 4	15
3.2 Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral	16
3.2.2 Relato 5	17
3.2.3 Relato 6	17
3.2.3 Relato 7	18
3.2.4 Relato 8	18
4. Discussão	19
5. Conclusão	22
6. Referências Bibliográficas	24

1. Introdução:

A população que sofre de algum transtorno mental foi segregada e vitimada, por muitos séculos. Segundo Foucault (1995), a loucura era separada do saber médico e a exclusão dos loucos estava ligada muito mais à ordem do que à doença. Sendo assim, havia uma preocupação em isolar todos aqueles que pudessem causar desordem social. No século XVIII, a loucura começa a ser estudada pela psiquiatria, que passa a isolar os doentes mentais e os considera como um corpo doente que precisava ser tratado, medicalizado e institucionalizado. Desta forma, aprisionava-se não só o corpo, mas também a subjetividade e a capacidade criativa desses indivíduos. Era uma restrição do campo existencial, uma forma de repressão através da disciplina (Cedraz & Dimenstein, 2005).

No início do século XX, deu-se o começo da reforma psiquiátrica na Europa, que buscava por novas possibilidades de tratamento, que não fossem manicômios e hospitais psiquiátricos. A reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, teve seu início no final da década de 70, com a nova Constituição de 1988. No ano seguinte, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional, um projeto de lei que sugeria um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica. Este modelo intensificou os questionamentos e necessidade da mudança em torno da política da saúde mental.

Somente em 2001 foi promulgada a Lei Federal nº 10.216, que oficializou a mudança da saúde mental no Brasil para um tratamento mais humanizado, capaz de garantir proteção aos portadores de doenças mentais e visando a reinserção dessas pessoas à comunidade, ao dar preferência por serviços comunitários ao invés da internação e pela implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos.

Previu-se a implantação de ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura (BRASIL, 2001). Além destes serviços, foram criados os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com objetivo de tratar o sujeito de forma humanizada, e o ressignificando através do trabalho em conjunto com sua família, amigos, e demais círculos sociais dos quais participa sem esquecer sua singularidade e integralidade, e pensando em sua reinserção social, ou seja, visando a reabilitação psicossocial.

Sob esta perspectiva, a saúde mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais (Paulo Amarante, 2007). Saúde mental, portanto, vai além da psiquiatria, na medida em que se

faz importante a participação de outros saberes (tais como psicologia, psicanálise e filosofia) para que, no processo da reforma psiquiátrica, se tornasse possível mudar o pensamento centrado na doença e se passasse a compreender o sujeito de forma integral. Desta forma, o campo da saúde mental e atenção psicossocial passou por um conjunto de transformações e inovações que contribuíram para a construção de uma nova imagem social dada à loucura e aos sujeitos com algum sofrimento mental.

Atualmente, a reforma brasileira se consolida como política pública federal e caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede humanizada de atenção à saúde mental - substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar - e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (Brasil, 2005), em que a desinstitucionalização é um ponto principal.

Um dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, foi o CAPS, segundo Onocko-Campos e Furtado (2006). Este é configurado como um serviço comunitário, ambulatorial e regionalizado, que pretende trabalhar como um articulador de rede. Isto é, permite a intersetorialidade, aproximando a saúde mental da coletiva, se constituindo como um campo interdisciplinar de saberes e práticas, em que se constrói uma rede de cuidados e de atenção na saúde mental, permitindo a inclusão social dos pacientes.

O atendimento dos usuários está baseado no projeto terapêutico singular, o chamado PTS, que se constitui como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas singulares a cada paciente, vinde às suas necessidades, tais como grupos, atendimentos individuais, e na periodicidade semanal dos atendimentos - diários ou duas vezes por semana (Brasil, 2004). Sendo assim, o CAPS é considerado um local de referência e de tratamento a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes. Sua equipe é multiprofissional e composta por no mínimo um médico psiquiatra, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional) e quatro profissionais de nível médio, podendo ser eles: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002).

A reabilitação psicossocial implica, por consequência, numa mudança em toda política dos serviços de saúde mental, envolvendo os profissionais, usuários e seus familiares e também a comunidade em geral (Saraceno, 2001). Este novo processo de reabilitação tem seu início com o acolhimento que, para Carvalho & Campos, busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar as queixas, identificar os riscos e situações problemáticas e responsabilizar-se por dar uma resposta ao problema podendo levar posteriormente, à construção do vínculo, que se torna um instrumento essencial no

trabalho do cuidado, que em conjunto com o acolhimento amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço (Campos, 1997).

O acolhimento é uma prática clínica que pode ser realizada por qualquer trabalhador em saúde, que dessa forma exemplifica a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através de seus princípios de universalidade, equidade, integralidade e acesso, onde a atenção à saúde passou a ser direito de todo o cidadão brasileiro (Matumoto, 1998). O profissional acolhedor deve ter uma visão geral e ampla além da queixa ou doença relatada, e considerar todas as áreas da saúde, seja ela médica, odontológica, fonoaudiológica, psicológica, além das condições biopsicossociais. Desta forma, sem acolher e vincular, dificulta uma sequência de ações que compõem o processo de trabalho na saúde, que possam produzir impacto nos processos sociais de produção da saúde e da doença.

A partir dessas considerações pode-se afirmar que o acolhimento se constitui em um instrumento potente e primordial para a reorganização na saúde mental, se potencializando com equipes multiprofissionais, onde há articulação dos diferentes saberes, buscando a construção de novas respostas. Desta maneira, pode-se dizer que a garantia do acolhimento às pessoas em sofrimento mental na comunidade é o objetivo da rede de serviços substitutivos criados com a reforma psiquiátrica, permitindo a inclusão destes cidadãos na rede pública de serviços (Borysow e Furtado, 2013).

Outro serviço da rede de atenção à saúde mental é o Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSij), voltado ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam desde transtornos globais do desenvolvimento, tais como o autismo, como também transtornos de conduta, hiperatividade, depressão, ansiedade, e de uso de substâncias psicoativas (SPAs), priorizando não só o sujeito do tratamento, mas também a participação de seus responsáveis - familiares ou cuidadores, - professores e outros serviços que os acompanham na rede. Para tanto, os CAPSij são compostos por equipes multiprofissionais - no mínimo um psiquiatra, e/ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e cinco profissionais de nível médio (Brasil, 2012).

A invenção de dispositivos que possam atuar como os CAPS (ij), vem mostrar que a atenção à saúde mental deve atuar de maneira a garantir não só o fortalecimento dos laços de confiança, mas trabalhar para que todos os envolvidos na responsabilização pelo sujeito o vejam com possibilidade de desenvolvimento, respeitando à subjetividade e aos

laços histórico-sociais dessas infâncias e juventudes. Nesse âmbito, tanto o acolhimento quanto o vínculo que se constrói em conjunto com seus responsáveis se tornam fundamentais no processo terapêutico desta população.

A internação psiquiátrica é atualmente indicada para os casos de maior gravidade quando forem esgotados os recursos extra-hospitalares, sendo a internação em instituições com características asilares proibida, logo realizadas em leito de hospitais gerais e com períodos curtos de hospitalização. São considerados casos graves, situações em que haja qualquer risco de suicídio e/ou de agressão, trazendo risco de vida ao paciente e/ou outros (Brasil, 2002). O intuito das internações é a estabilização do quadro, minimizando seus riscos, além do ajuste do tratamento farmacológico e também a reinserção social do paciente, consolidando um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção (Bandeira, 2005).

Estas novas concepções e práticas da saúde mental demandam também a reorganização dos processos de trabalho, a fim de reafirmar a clínica psicossocial (Yasui, 2008), o que representa um importante desafio para os trabalhadores dos novos serviços. Dentre eles, podemos citar o fonoaudiólogo, - que historicamente privilegiou abordagens clínicas centradas no indivíduo e em sua patologia, exercendo seu trabalho em serviços de cunho ambulatorial (Arce, 2014).

O objetivo da Fonoaudiologia é atuar nos cinco níveis de atenção à saúde: prevenção, promoção à saúde, proteção específica, diagnóstico e tratamento precoce, limitação do dano e reabilitação, abrangendo as áreas da audição, linguagem oral e escrita, voz e sistema sensorio-motor oral. A Fonoaudiologia brasileira é inserida na saúde mental apenas em 1992, a partir da criação da Portaria 224/92, também elaborada pelo Ministério da Saúde, na qual uma das diretrizes é a multiprofissionalidade na prestação de serviços ao portador de transtorno mental (Borges, 2009). Desta maneira, conhecer a história e importância deste profissional é fundamental para caracterizar a sua participação no trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde mental.

A inserção da fonoaudiologia teve início na Saúde Coletiva com o cuidado voltado à saúde e proteção na infância e adolescência. Lypai e Almeida (2007) apontam que, inicialmente, as intervenções fonoaudiológicas aconteciam nos Centros de Saúde, creches, pré-escolas e escolas de Ensino Fundamental, onde o foco na reabilitação dos distúrbios da comunicação era predominante, e não havia espaço para a promoção ou até mesmo da prevenção da saúde. A atuação fonoaudiológica passa a englobar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à

comunicação humana, inserindo-se em Centros de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais, Unidades Educacionais, domicílios e outros recursos da comunidade (Marin et al, 2003).

A atuação, tanto prática como conceitual, da fonoaudiologia dentro da Saúde Coletiva, portanto, é recente e pouco desenvolvida, havendo ainda a necessidade de formar profissionais com a visão de promoção de saúde, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (Delgado 2004). Diante disso, é importante ressaltar a diferença entre prevenção e promoção de saúde: o objetivo da prevenção é evitar a ocorrência de doença, é gerar novas perspectivas, ou seja, é o seu controle e evitação. Já a promoção da saúde baseia-se na identificação das necessidades e condições de vida das pessoas e atenta-se às diferenças, singularidades e subjetividades. A saúde e a qualidade de vida estão no foco da promoção da saúde fonoaudiológica (Penteado, 2004).

Assim como os outros profissionais dentro da Saúde Coletiva, o fonoaudiólogo também tem competência para realizar a prática do acolhimento em saúde e participar da construção dos casos que procuram pelos serviços de Saúde Mental. Como um profissional sensível aos aspectos da linguagem e da comunicação humana, pode estabelecer com facilidade um vínculo entre profissional-paciente a fim de contribuir para a resolução de queixas, envolvendo todos os aspectos necessários para proporcionar saúde e qualidade de vida.

No começo dos anos 2000, a Portaria no336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, regulamentou o modelo de atenção à saúde mental infanto-juvenil, tornando o fonoaudiólogo como integrante das equipes mínimas dos CAPSij, fato que não ocorre nos outros CAPS, em que este profissional pode ser incluído, somente a partir da sugestão de outros profissionais (Brasil, 2012). Tal realidade pode ser explicada pela histórica ligação da Fonoaudiologia com as questões de aquisição e alterações de linguagem da infância e adolescência, que serviram como porta de entrada para este profissional dentro da Saúde Pública (Moreira e Mota, 2009).

Embora a Fonoaudiologia na Saúde Mental ainda seja voltada à reabilitação, observa-se uma nova abordagem inspirada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesta perspectiva, as intervenções fonoaudiológicas valorizam a comunicação e visam a reabilitação biopsicossocial e a formação de vínculos interpessoais, podendo, então, ampliar-se para a população adulta, tornando-se em um novo desafio da área.

A partir de tais práticas, pode-se dizer que o trabalho da Fonoaudiologia dentro da abordagem multidisciplinar, ganhou visibilidade a partir do momento que se percebeu a importância dos processos de comunicação e expressão no processo de reinserção social. Ou seja, além de identificar e tratar alterações fonoaudiológicas existentes, tais como de linguagem, motricidade orofacial, voz e audição, o profissional precisa criar novas possibilidades de comunicação entre o sujeito e suas relações interpessoais estimulando, então, o uso da linguagem, seja ela verbal ou não-verbal, criando vínculo entre os indivíduos presentes. O fonoaudiólogo, não só dá a voz, como também cria a oportunidade destas pessoas de serem ouvidas e legitimadas como sujeitos.

Vale dizer que a atuação do fonoaudiólogo na saúde mental, não se dá somente através do uso da linguagem e na comunicação, estando presente também nas práticas interdisciplinares e multiprofissionais, tais como matriciamento, construção do projeto terapêutico singular (PTS), troca de saberes entre as diferentes clínicas, tais como a médica, psicológica, da assistência social, terapia ocupacional, e também por práticas de cuidado em enfermagem. Fazendo-se um modo de trabalho diferente do que vivenciam os fonoaudiólogos em outras áreas de cuidado, sendo elas do SUS ou não.

Deste modo, a importância do trabalho multidisciplinar na saúde mental se dá através do trabalho coletivo, a partir da relação entre diversas áreas profissionais, com diferentes conhecimentos e técnicas. Surge nesse viés, o conceito de campo e núcleo (Campos, 2000), em que o núcleo corresponde ao saber específico de cada profissão, e o campo se constitui como o espaço onde os saberes são compartilhados e se misturam, em uma ação inter ou multidisciplinar.

Como já dito anteriormente, a reforma, propôs novas práticas de cuidado que foram pensadas, e repensadas, tendo-se em mente, um novo olhar clínico, mais humanizado e cuidadoso, visando a reabilitação psicossocial do sujeito. Visto isso, uma delas, foi a iniciativa do trabalho multiprofissional nos serviços. Podemos afirmar que a troca de saberes entre os profissionais é de extrema importância, principalmente quando acontece dentro de uma equipe multiprofissional que convive diariamente e prioriza a interlocução das diferentes áreas.

O próprio Ministério da Saúde, em 1992, já diz da importância de uma equipe multiprofissional, em que se aposta na multiplicidade e na diversidade dos usuários e nas trocas e integração de saberes entre os profissionais, possibilitando abordagens mais consistentes, que possam vir a modificar a assistência na área da saúde mental.

2. Objetivo:

O objetivo deste trabalho de conclusão de residência é relatar e discutir a inserção e os desafios de construção da clínica Fonoaudiológica na Saúde Mental, através de um relato de minha experiência. Busco narrar os desafios e conquistas dentro da própria área, e também do campo multiprofissional, ao longo de dois anos em um CAPSij e em uma Enfermaria Psiquiátrica de um hospital geral na cidade de Campinas enquanto fonoaudióloga residente multiprofissional em saúde mental e coletiva, vinculado ao programa oferecido pela UNICAMP.

3. Relatos:

Durante minha permanência nos dois campos a seguir, pude vivenciar diversas experiências que retratam a importância e a diversidade da clínica fonoaudiológica dentro da saúde mental. As experiências retratadas seguem o conceito de núcleo e de campo, variando de acordo com a intervenção.

Durante o ano de 2016 - primeiro ano do programa de residência em saúde mental -, o campo escolhido foi o CAPSij Carretel. Neste espaço, foi possível obter uma experiência voltada tanto para a atuação de núcleo, envolvendo atendimentos individuais e em grupos, como de campo. As experiências de campo tais como a ambiência, acolhimento, atendimentos à crise e reuniões intersetoriais envolvendo abrigos e dispositivos da alta complexidade. Mesmo no segundo ano do programa, foi possível retornar ao serviço para um grupo multiprofissional com crianças em idade escolar todas as quintas-feiras à tarde, e manter, por um período, um atendimento individual.

No segundo ano - 2017 -, o campo de permanência foi a Enfermaria Psiquiátrica, no Hospital das Clínicas, da UNICAMP. A inserção foi voltada para atividades em grupo ou individuais, praticamente voltada para uma atuação de campo. Eram realizadas atividades individuais ou grupais de desenhos, colagens, miçangas que variaram de acordo com a rotatividade dos pacientes internados, e um grupo semanal de cinema

Seguem os relatos:

3.1 CAPSij Carretel

Contando com uma equipe multidisciplinar, o CAPSij Carretel, situado na cidade de Campinas, interior de São Paulo, atende mensalmente cerca de 170 crianças e adolescentes entre 02 e 18 anos de idade, da região leste e norte da cidade, atuando

regionalmente. Antes de se tornar um CAPSi, em 2010, era um Centro de Vivência Infantil, o CEVI, espaço onde atendia crianças com transtornos mentais, mas de forma ambulatorial.

3.1.1 Relato 1:

P., sexo masculino, 16 anos, paciente há 9 anos, depois de sua família buscar atendimento devido as vozes de comando que P. ouvia desde muito cedo,. Quanto à sua estadia no CAPSi, participa de grupos de culinária e de passeio e de atendimento fonoaudiológico individual devido à questões de leitura e escrita, dificuldade de aprendizagem e alterações orofaciais que o incomodam para falar, comer e respirar. Tem bom relacionamento com todos os profissionais e pacientes e circula confortavelmente pelo espaço em suas passagens pela convivência (ambiência). Era uma sexta-feira, primeira semana que estava no campo, quando P. me procura e diz que as vozes não paravam, havia brigado com a mãe por causa de um novo namorado e porque queria sair à noite vestido de drag queen. Então me pergunta se eu estava fazendo alguma coisa ou poderia acompanhá-lo, pois queria dançar. Pegamos o rádio e conectamos seu pen-drive, dançamos um pouco, até que coloca uma peruca preta e muito comprida. Fica chateado pois ela está embaraçada, e propõe que eu o ajude a penteá-la. Pegamos a chave de uma sala, e nela começamos a pentear, mas os nós persistem, então ele me diz que só vai desembaraçar se lavar e depois fazer escova. Fico receosa, se a peruca iria suportar tais procedimentos, principalmente o calor do secador, mas aceito, pois este era o desejo de P. Tentamos, ao som de um funk, e fui notando o rosto triste de P. se transformando em pequenos sorrisos que viravam risadas por embaraçar ainda mais sua peruca. No final, a peruca estava um pouco menos embaraçada, e com mais brilho, a franja estava ainda arrebitada, mas ele estava bem, animado e diz: “nem lembro mais das vozes, e acho que vou ficar em casa mesmo, saio outro dia”.

3.1.2 Relato 2:

L. de 15 anos, sexo masculino, paciente desde 2015, chegou ao serviço com a queixa de heteroagressividade e impulsividade, e com diagnóstico posteriormente de esquizofrenia. Participa dos grupos de esporte e culinária e passa boa parte do seu PTS na convivência, mantendo, na maior parte do tempo, uma boa relação com todos os usuários e profissionais. Em meados do segundo semestre no serviço, em um grupo de culinária, preparamos um bolo de aniversário para uma das psicólogas que o atendia. L. começou a ficar inquieto pela demora, pois ela estava atendendo outro paciente. Então

derruba cadeiras, chuta a mesa e sai da cozinha impaciente. Observo que todos os profissionais mais próximos de L. estavam ocupados, então percebo a necessidade e me sinto confortável para ir atrás dele, vendo que estava bastante chateado com a situação. Encontro L. no telhado, pergunto se está tudo bem e ele responde que não. Então pergunto se ele quer que lhe faça companhia no telhado e ele diz que sim, mas que não quer conversar. Subo e ficamos em silêncio por alguns minutos. Quando se sente mais calmo, ele agradece, e diz estar melhor. Volta até a cozinha, arruma as cadeiras que ele mesmo derrubou e espera a psicóloga chegar, recebendo o primeiro pedaço do bolo.

3.1.3 Relato 3:

T. 15 anos, sexo feminino, paciente desde 2015, chegou ao serviço após a família buscar atendimento pelo fato de T não conseguir se comunicar com ninguém, mesmo com a família, não tendo diagnóstico definido até o presente. Não fazia muito tempo que eu estava no CAPSij, portanto, não tinha conhecimento sobre o caso de T. e, ao vê-la pela primeira vez, iniciei uma conversa com ela. A garota não me respondia, só sorria, até que se sentiu confortável e começou a corresponder a minha fala e engatou num diálogo comigo, bem baixinho. Quando vim a conhecer o caso, descobri que eram poucas as pessoas com quem T. conseguia se comunicar e fiz um investimento na aproximação deste caso até o final de minha estadia no campo. Aos poucos, foi possível uma maior aproximação entre nós, em que T. interagiu com maior confiança dado o aumento do seu tom de voz e aos diálogos cada vez mais extensos e espontâneos. T. também passou a conversar mais dentro do CAPSij, não só em minha presença como também com outros profissionais e pacientes. Sua interação não acontecia somente pela fala, mas deve também na sua participação de atividades e grupos diversos.

3.1.4 Relato 4:

A partir do grupo Brincando e Aprendendo, composto por duas fonoaudiólogas, uma terapeuta ocupacional, um educador social e também composto outrora por uma psicóloga. O grupo, através de brincadeiras, estimula o desenvolvimento da linguagem, a interação e a autonomia para a realização de atividades diárias e/ou práticas, que auxiliam no desenvolvimento global, amenizam as dificuldades de aprendizagem e colaboram para a melhora gradual e significativa do rendimento escolar. Os seis participantes do grupo, eram meninos com idade entre 6 e 8 anos, com hipóteses diagnósticas como TEA (Transtorno do Espectro Autista) e TDAH (Transtorno de Déficit de

Atenção e Hiperatividade) e que apresentavam alterações no desenvolvimento da linguagem ou na fala (propriamente dita), e conseqüentes dificuldades de aprendizagem.

M. de 6 anos, sexo masculino, já há cerca de um ano no serviço devido à queixa de hiperatividade, é um dos participantes deste grupo terapêutico. No início de sua chegada no grupo era bastante inquieto e agitado no corpo, não conseguia se manter em uma brincadeira por muito tempo devido as dificuldades de atenção e concentração, e a interação com os outros meninos era precária e não se sustentava. Também se mostrava relutante com a alimentação, pois seu paladar era restrito por não gostar de comer muitos alimentos. Ao longo de seu tratamento - com a participação no grupo e a intervenção com a família -, foi se tornando uma criança mais calma, comunicativa e participativa e, como consequência, começou a aparecer no grupo outras dificuldades relacionadas à aprendizagem dos conteúdos escolares. Percebendo a necessidade e considerando o vínculo estabelecido comigo no grupo, iniciamos atendimento fonoaudiológico individual semanal logo após o grupo. Nos atendimentos, devido ao interesse de M. com o sistema solar, iniciamos um projeto para conhecer os planetas, em que foi possível trabalhar com diferentes aspectos da leitura e escrita, além de conceitos semânticos como o de grandeza, como por exemplo, comparação entre o tamanho de planetas - qual é maior a Terra ou Marte? M. sempre se mostrou muito disposto e animado com as descobertas, descobrindo o prazer nas práticas de leitura e escrita. Com relação à sua dificuldade na alimentação, foram feitas conversas e acordos, para adequar sua alimentação, na qual, M. conseguiu se permitir experimentar novos alimentos, até o ponto de ele mesmo propor um atividade de culinária para encerrar o semestre.

Relato 3.2 Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral

O ambiente de internação em uma Enfermaria Psiquiátrica dentro de um Hospital Geral é de cuidado para o momento mais agudo e de crise dos indivíduos, tendo previsão de tratamento breve. A Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, em Campinas, que funciona há mais de 30 anos, conta com catorze leitos mistos para internação, sem haver vagas fixas para cada sexo. Pacientes idosos ou menores de idade tem o direito a um acompanhante durante período integral, e os demais podem receber visitas durante todo o dia. A unidade tem em média cerca de 100 internações anuais, com indivíduos de toda parte do Brasil, e com os mais variados diagnósticos. A equipe é formada por médicos psiquiatras, residentes de psiquiatria, residentes multiprofissionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e estagiários aprimorandos de psicologia.

3.2.1 *Relato 5:*

R., 33 anos, sexo masculino, diagnóstico de esquizofrenia, chega a enfermaria com um quadro próximo a catatonia, hostil e inquieto com todos, além de estar com as mãos cerradas há 7 meses, devido ao seu quadro de sintomas. Na sua estadia na internação, houve melhora em seu quadro clínico, mas suas mãos continuavam cerradas. Após a ortopedia se recusar a realizar uma avaliação por não se sentirem confortáveis no enfermaria, trago em supervisão meu incômodo com a situação e, em conjunto com uma das supervisoras do Programa de Residência em Saúde Mental, que é terapeuta ocupacional, iniciamos uma série de exercícios e massagens para relaxar os movimentos das articulações, em uma tentativa de abrir suas mãos. R. se mostrou disposto e animado para tentar abrir suas mãos novamente. Com o tempo, foi contando sobre sua história, compartilhando idéias e sentimentos, e conseguimos criar um bom vínculo. Foi possível total recuperação dos movimentos da mão, assim como de seu quadro psiquiátrico. Próximo de sua alta, estava bastante comunicativo com todos da enfermaria, se mostrando animado para voltar a trabalhar e retomar sua vida.

3.2.2 *Relato 6:*

T.G, 14 anos, sexo feminino, chegou ao serviço por uso abusivo de drogas e por estar em situação de rua. Conhecia T.G da minha passagem no ano anterior pelo CAPSij, onde fez acompanhamento por quadros de alteração de humor que oscilavam entre ansiedade e tristeza- e, como já fazia certo tempo, não esperava que ela me reconhecesse. Ela também já estava muito diferente. Na internação, ficava bastante agitada e agressiva, querendo ir embora, apresentando, na maioria das vezes, um manejo complicado, pois ficava agressiva com bastante frequência, com a equipe e com outros pacientes. T.G mostrava bastante confiança em mim, provavelmente por já termos tido contato no CAPSij e ela me relacionar aos cuidados do serviço, e me procurava para conversar e fazer atividades, tais como, cartas à sua mãe, desenhos e colagens. Gostava de ajudar na limpeza e na organização de armários e de pintar as unhas. T.G dizia que fazer essas atividades a ajudavam em sua recuperação, pois via diferentes possibilidades para quando saísse de alta e esquecia por um tempo de seus problemas. Em parceria com uma psicóloga, realizamos atendimentos com a mãe de T.G para conseguir compreender e conhecer melhor a dinâmica familiar. Ao longo desse processo, a relação mãe-filha foi se desenvolvendo com maior segurança e afetividade e retomaram a confiança uma na outra. Tal aproximação contribuiu, sobretudo, na diminuição de sua

agitação e agressividade, mostrando-se esperançosa com a alta, e disposta a tentar novas oportunidades.

3.2.3 *Relato 7:*

L.E., 45 anos, sexo masculino, chegou ao serviço por catatonia¹ secundária a esquizofrenia e, após sofrer de uma pneumonia aspirativa evoluiu para intubação e ventilação mecânica. Durante seu tempo de permanência na internação, apresentou dificuldade na deglutição, enquadrando-se no diagnóstico de disfagia moderada, por apresentar sintomas tais como: risco de aspiração, controle e transporte do bolo alimentar atrasado e lento, incoordenação de língua, atraso ou ausência do reflexo de deglutição. Necessitando de uma dieta semi-sólida ou pastosa, assistida e com utilização de estratégias especiais/manobras durante a alimentação (Souza et al, 2003). Diante de tal demanda fonoaudiológica, passei a acompanhá-lo por quase dois meses, realizando exercícios de fortalecimento dos órgãos fonoarticulatórios que visavam tanto a melhora da alimentação quanto a proteção de vias aéreas superiores, tão importante para prevenir novos e repetitivos episódios de pneumonia aspirativa. L. teve boa evolução não só do quadro psiquiátrico como também do ponto de vista fonoaudiológico, melhorando sua alimentação e comunicação com outros pacientes, funcionários e família. Na enfermaria, conseguiu realizar todos os exercícios propostos e, assim, obteve êxito na deglutição e ainda houve melhora na comunicação e interação com familiares, profissionais e pacientes.

3.2.4 *Relato 8:*

M.C., 67 anos, sexo feminino, família procurou a enfermaria pelo agravamento dos sintomas de depressão e de desorganização aumentado pela doença de Huntington² diagnosticada há 3 anos. Devido ao risco de disfagia ser comum na doença em questão, foi realizada uma avaliação fonoaudiológica da deglutição. Entretanto, nenhuma alteração foi identificada. Foi possível observar, porém, uma dificuldade na articulação de sua fala,

¹ Catatonia é um estado de ausência total de reação a estímulos exteriores, imobilidade absoluta, recusa em falar ou em alimentar-se.

CRESPO, María Luis; PEREZ, Verónica. Catatonia: A Neuropsychiatric Syndrome. rev.colomb.psiquiatr. Bogotá, v. 34, n. 2, p. 251-266, June 2005

² A doença de Huntington é uma doença hereditária que provoca a degeneração progressiva de células nervosas do cérebro, em que apresentam movimentos involuntários por conta de contrações musculares irregulares, sendo comum a dificuldade para articular palavras (disartria) e engolir alimentos (disfagia). SILVA et al. Comportamento, Competência Social E Qualidade De Vida Na Doença De Huntington. Rev. CEFAC. 2015 Nov-Dez; 17(6):1792-1801

com lentidão e limitação dos movimentos, voz monótona com monoaltura e monointensidade e articulação imprecisa das consoantes. Desta forma, após avaliação dos órgãos fonoarticulatórios, teve-se como hipótese diagnóstica a disartria. Tendo em vista tais resultados, a terapêutica adotada foi a realização de exercícios miofuncionais e vocais que visavam o aumento da intensidade vocal e melhor coordenação articulatória. M. não apresentou objeção para a realização dos exercícios, tendo sua família incentivando sua realização. Após sua alta hospitalar, foram passadas à sua família, orientações relacionadas a sua comunicação e alimentação.

4. Discussão:

Diante da discussão teórica apresentada e dos relatos de experiências da residência multiprofissional em saúde mental e coletiva, podemos observar que o trabalho da fonoaudiologia como parte da equipe multidisciplinar na saúde mental é diversificado e contribui tanto no trabalho desenvolvido no campo da saúde mental - na convivência, acolhimento, matriciamento, atenção à crises, reuniões intersetoriais etc. - como quanto núcleo especializado.

É possível ter um maior esclarecimento e entendimento das prováveis intervenções fonoaudiológicas como campo de saber único em um CAPSij, quando nos atentamos para situações como as apresentadas no *Relato 4*, em que a fonoaudiologia atuou auxiliando na alfabetização de uma criança em idade escolar com queixas de dificuldades de aprendizagem. Neste contexto, o fonoaudiólogo está apto para investigar as diferentes habilidades de linguagem oral e escrita envolvidas no processo de aprendizagem e alfabetização, bem como compreender os processos que envolvem tais dificuldades, o que inclui não somente questões fisiológicas e do desenvolvimento propriamente dito, como também questões sociais, familiares e afetivas. A troca de conhecimento com outros núcleos profissionais neste contexto - com TO, educador social e psicóloga - foi de extrema importante para conseguir observar outras demandas de M, tais como a dificuldade escolar e alimentar.

Outro exemplo da intervenção do núcleo da fonoaudiologia também ocorreu diversas vezes na enfermaria como nos *Relatos 7 e 8*, com os casos de disfagia e disartria, em que a avaliação e reabilitação nestes casos foram fundamentais para a melhora e posteriormente a alta. Tanto a disfagia como a disartria são sintomas presentes em todas as faixas etárias, mas especialmente na adulta e idosa, e que prejudicam o bem estar e a qualidade de vida, afetando a comunicação destas pessoas, em particular a disartria que influencia diretamente a fala. Tais fatos trazem o ponto de que a

fonoaudiologia neste ambiente se faz necessária devido ao alto risco desta população, não somente pela idade, mas também pelas condições medicamentosas e de saúde que elas podem viver durante uma internação. Desta forma podemos pensar que a disfagia e a disartria também podem ocorrer fora de uma internação psiquiátrica, destacando a importância e a diversidade deste núcleo dentro da saúde mental adulta.

Mas não é somente das práticas tradicionais que a fonoaudiologia acontece em um CAPSij. A partir do *Relato 1*, e do *Relato 3*, pode-se ver que a fonoaudiologia pode também participar de outros contextos terapêuticos, atuando como um profissional que favorece toda forma de expressão e interação ao se perceber que existe um outro interessado naquilo que o sujeito tem a dizer. Como fonoaudióloga, foi possível criar um espaço propício para que a comunicação acontecesse e os sentimentos pudessem se exteriorizar, aliviando uma angústia que se diluiria mais facilmente quando elaborada e, na medida do possível, fosse transformada em palavras.

Por sua vez, a fonoaudiologia é uma ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana (CFFa, 2004). Comunicação que pode ser estabelecida de várias formas, não só pela fala: ela acontece por meio da interação e da linguagem, em suas mais variadas formas como a fala, gestos, expressão facial, escrita, símbolos e linguagem de sinais. Desta forma, por meio das atividades, acontece a interação, e por meio dela, as diferentes formas de comunicação. Além de criação e estabelecimento do vínculo entre terapeuta e paciente, como pode ser visto no *Relato 3*, em que T. não conseguia falar, mas que através das atividades, interagiu e conseguia se comunicar à sua maneira, que pôde ser facilitado pelo vínculo e confiança criados.

Muitas vezes, conseguir se expressar por meio da fala, ou até mesmo de atividades é uma tarefa difícil, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes ou de pessoas com questões de saúde mental, por não terem o domínio de elaborações mais refinadas. Nesses casos, as formas alternativas de comunicação são criadas. O *Relato 2* nos mostra a diversidade da comunicação, feita pelo silêncio. O silêncio geralmente é visto como algo negativo. No entanto, não existe apenas uma forma de silêncio, ele varia de situação, pessoa, sentimento. Além disso, o silêncio também pode ser positivo e necessário, uma vez que o próprio silêncio significa algo e diz sobre aquele sujeito. L. tinha dificuldade de se expressar, de falar como se sentia e, através do relato, vemos o silêncio como forma de comunicação, se mostrando efetivo e continente.

Os relatos também confirmam a importância do acolhimento dentro da saúde mental, em que o fonoaudiólogo por meio da escuta, pode explorar as diferentes formas de comunicação, e conseguir responder às demandas, dando uma atenção integral à

saúde do usuário. Considerando uma equipe multiprofissional de acolhimento, é possível criar trocas de saberes, reorganização de trabalhos, possibilitando maior interação na equipe. Schimith & Lima (2004) acreditam que a produção de vínculo está relacionada com o desenvolvimento de atividades terapêuticas e no acolhimento. Assim, nesse processo, o acolhimento-diálogo e a criação de vínculo se tornam componentes importantes no processo terapêutico.

Construir uma prática na saúde mental não é uma tarefa fácil para uma equipe de saúde, tampouco para o fonoaudiólogo. A fonoaudiologia hospitalar faz parte de equipe multidisciplinar, atuando em questões clínicas relacionadas aos cuidados terapêuticos e de reabilitação, no que se refere à comunicação, audição e deglutição. Mas e dentro de uma enfermaria psiquiátrica? Qual o papel do fonoaudiólogo? O desafio de construção dessa clínica se deu não só pelo desconhecimento como também pela desconstrução de paradigmas.

A partir do *Relato 6* vemos novamente a importância das atividades como forma de comunicação. A atividade aparece aqui como um meio pelo qual a comunicação pode se estabelecer e o sujeito passa a ser compreendido. Muitas vezes, tem-se a ideia de que o fonoaudiólogo trabalha apenas com a voz, com a fala, e se esquece das formas alternativas de comunicação, sendo as atividades, uma delas. A dificuldade não está somente nas trocas ou distorções de fala, na gagueira, mas também em não conseguir se comunicar. Desta maneira, retomamos o conceito de linguagem, que não é somente a fala, a leitura e a escrita. A linguagem não é só o que é verbal, pois também manifesta-se em símbolos não verbais, tais como os gestos, expressões faciais, desenhos, pinturas e danças, por exemplo. E, por ser um dispositivo social que permite a comunicação e permite ao sujeito falar sobre si e sobre o mundo, ele passa a se constituir como sujeito pela própria linguagem (Franchi, 1977). A linguagem, portanto, se torna importante nas relações sociais, onde o sujeito se constitui como locutor e, em contrapartida, faz dos outros seus interlocutores; aqueles que estão na posição de quem ouve o que ele tem a dizer. Logo, a linguagem apresenta-se como principal forma de relação.

Dessa forma, através da linguagem expressam-se ideias, pensamentos e intenções; estabelecendo então, as relações interpessoais. O *Relato 6* mostra a importância da linguagem não-verbal, onde apesar de T.G conseguir falar como se sentia, apresentava dificuldade em organizar suas idéias e trazê-la num discurso oral; o que conseguia por meio das atividades, que também lhe traziam novos propósitos e perspectivas. Visto isso, T.G através de tais experiências, nos mostra que a comunicação verbal e não-verbal se complementam tornando mais rica as diversas formas de

comunicação humana, em que a interação social e terapêutica não se fez apenas pelas palavras, mas também pelos gestos e ações.

O *Relato 6* também nos mostra a importância da troca de saberes entre profissões: o trabalho em conjunto da psicologia com a fonoaudiologia foi de extrema importância para a evolução do caso. Assim como no *Relato 5* que podemos ver novamente importância dessa troca de saberes- desta vez entre a terapia ocupacional e a fonoaudiologia-, através de orientações foi possível fazer uma reabilitação, que motivou e empoderou R. em seu processo terapêutico, além do vínculo estabelecido pela comunicação. O trabalho multiprofissional dentro de uma enfermaria psiquiátrica é possível, efetivo e essencial e o fonoaudiólogo pode contribuir com seu saber e se somar a outros saberes de forma a atuar de maneira significativa na melhora e no bem estar biopsicossocial do paciente.

5. Conclusão:

Todos os relatos mostram os desafios de construção da clínica fonoaudiológica dentro da saúde mental. Uma clínica nova, e ainda desconhecida pela própria área, que desconhece o seu poder de atuação. Com estas experiências o sofrimento psíquico pôde ser visto atravessado e permeado pela linguagem, e pela comunicação, fato que demandou a construção de um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental dessas pessoas por todos os envolvidos no processo. Mas não é só de desafios que se dá esta clínica, mas também das conquistas e possibilidades. Esta vivência mostrou a importância da troca de saberes, que possibilita novas intervenções e olhares, que valoriza as trocas e compartilhamento, que facilitam no processo de reabilitação psicossocial. Em destaque também os conceitos de campo e núcleo, que mostra o amplo leque de possibilidades que um profissional na saúde mental pode viver: o fato de se ter uma profissão não exclui, mas soma ao outro, ao usuário. Estar na saúde mental em qualquer núcleo profissional é fugir do óbvio, do tradicional, é enfrentar o novo, aprender e criar novas possibilidades de tratamento que visam a reabilitação psicossocial.

A fonoaudiologia dentro da saúde mental aposta na comunicação como recurso efetivo da reabilitação psicossocial e das relações interpessoais dos sujeitos, promovendo alternativas de comunicação, de expressão, seja por meio do individual, de grupos ou atividades diversas. A experiência também nos mostra que a fonoaudiologia também é possível em outros serviços de saúde mental, não somente em um CAPSij, ou seja, não é uma clínica exclusiva para infância e adolescência, como se pode pensar primeiramente, podendo atuar de diferentes formas na saúde mental. Além de mostrar, que o

fonoaudiólogo dentro da saúde coletiva, consegue atuar além da promoção e prevenção da saúde, mostrando também eficácia e diversidade na prática do acolhimento.

Conclui-se, então, que a reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução e de troca de saberes, onde a fonoaudiologia pode auxiliar na ressignificação do sujeito, considerando suas subjetividade e singularidades, enxergando e acreditando em seus potenciais. O encanto de uma profissão é muito mais do que pensamos e conhecemos, incluindo a fonoaudiologia, em que ser fonoaudiólogo na saúde mental é ser tudo, mas sem esquecer do seu núcleo. O caminho da fonoaudiologia ainda é longo, cheio de construções e desconstruções, mas é possível, em que este profissional precisa aceitar o desafio de construir novas maneiras de atuar, criar e adaptar técnicas, dispondo-se ao trabalho inter e multidisciplinar. É poder estar disponível ao outro e ao novo.

*“Ser fonoaudiólogo é ouvir uma
lágrima, articular uma emoção, vocalizar um
desejo, ler a alma, escrever um sorriso.
Enfim... Ajudar a expressar o que o homem
tem de humano” (Mara Behlau)*

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARCE, V, A, C. Fonoaudiologia e saúde mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Rev. CEFAC. 2014 Mai-Jun; 16(3):1004-1012

BANDEIRA M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J Bras Psiquiatr. 2005;54(1):34-46.

BORGES, Camila Furlanetti and BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004 . Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.2, pp. 456-468. ISSN 0102-311X.

BORYSOW, I. FURTADO, J. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [1]: 33-50, 2013

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

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf

BRASIL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Encontrada em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 219- 230, 2000 .

CAMPOS, G. W Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (Org.). Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87

CARVALHO SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:507-15.

CEDRAZ, A., & DIMENSTEIN, M. (2005). Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 5(2), 300-327.

CFFa. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Plenário do CFFa durante a 78ª SPO - março de 2004.

DELGADO SE. A fonoaudiologia no contexto da promoção da saúde coletiva materno-infantil. *Rev Fono Atual*. 2004; 7(29):72-5

FOUCAULT, M. (1995). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.

FRANCHI, C. (1977). *Linguagem – Atividade Constitutiva*. Cadernos de Estudos Linguísticos.

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

MARIN CR, Chun RYS, Silva RC, Fedosse E, Leonelli BS. Promoção da saúde em fonoaudiologia: ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2003; 8(1):35-41.

MATUMOTO S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria GM 336/2002. Encontrada em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. 2002.

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da fonoaudiologia no sistema único de saúde- SUS. *Revista CEFAC*. n. 11, 2009. p 516-521.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053-1062.

SARACENO B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitt a A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.13-18.

SCHIMITH MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa da Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94.

YASUI, S. Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 2008;32(78-80):27-37.