

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUCSP

Stephany Christie Magalhães Silva

Fonoaudiologia e Saúde Mental: um campo em ampliação.

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2022

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUCSP

Stephany Christie Magalhães Silva

Fonoaudiologia e Saúde Mental: um campo em ampliação.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação do(a) Prof.(a), Dr.(a) Lucia Maria Guimarães Arantes

Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem

São Paulo

2022

Banca Examinadora

**Prof.(a), Dr.(a) Lúcia Maria Guimarães
Arantes (orientadora)**

**Prof.(a), Dr.(a) Maria Francisca de Andrade
Ferreira Lier-De Vitto (PUCSP)**

**Prof.(a), Dr.(a) Melissa Catrini da Silva
(UFBa)**

Este trabalho foi realizado com o apoio e incentivo financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPQ)- nº do processo 132000-2020-2.

This study was carried out with the support and financial incentive of the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPQ) – n° do processo 132000-2020-2.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que a fonte seja citada.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Para todas as crianças com as quais pude aprender e que me motivam a estudar sobre a clínica de linguagem.

AGRADECIMENTOS

À Prof.(a), Dr.(a) Lúcia Maria Guimarães Arantes que desde o início da graduação me motivou e encantou com suas aulas. Me deu suporte e orientação para a confecção deste trabalho e que me possibilitou em cada texto ampliar o meu conhecimento e seguir. Agradeço ainda por todas as trocas e pelo desempenho do papel gentil e eficiente como orientadora e mestra. Obrigada pelo carinho e apoio além da esfera acadêmica.

À Prof.(a), Dr.(a) Maria Francisca de Andrade Ferreira Lier-De Vito, agradeço por todas as aulas e ensinamentos transmitidos. Por sua paciência e orientação no processo do meu desenvolvimento como aluna e do processo de construção deste trabalho. Agradeço a dedicação e assertividade na leitura e orientação dessa tese.

À Prof.(a), Dr.(a) Melissa Catrini da Silva, pela disponibilidade e dedicação na composição da minha banca de qualificação e defesa da dissertação. Pelos apontamentos, direções e contribuições extremamente importantes.

À Prof.(a), Dr. (a) Isabela Garcia, por compartilhar com tanto brilho a introdução a linguística e por me marcar positivamente nesta área, me fazendo seguir das aulas da graduação e monitoria até o mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.

À Prof.(a), Dr.(a) Maria Cecilia Bonini Trenche, pela formação em Saúde Coletiva, que me motivou a ampliar meu conhecimento na área e a vontade de trabalhar neste campo.

À Cristiana, Lilia, Estela, Fernanda e Andreia, profissionais que conheci no estágio do CAPSi e que potencializaram o meu aprendizado. Que me apoiaram e ampliaram a minha visão sobre o serviço. E ainda me proporcionaram muitos momentos memoráveis de companheirismo e carinho. Sou muito grata e sinto saudades.

À Maria Lucia, por toda a disponibilidade, apoio e orientações durante o processo de formação do mestrado de forma gentil e eficiente.

À Vanessa pela inserção no mundo da Fonoaudiologia e todo o apoio dado durante todo o processo de formação. Gratidão ainda pela atenção e disponibilidade de compartilhar o seu conhecimento, por seu acolhimento e por confiar em mim enquanto profissional.

Ao meu pai, por todo apoio e carinho durante essa trajetória. Por desde o início ter se dedicado a mim e a minha formação. Por fornecer subsídios e me aconselhar nos melhores caminhos e por possibilitar essa caminhada até aqui. Obrigada ainda por minha criação e meus valores.

À Aline, por ter me apoiado desde o primeiro segundo do nosso encontro. Por me ajudar a continuar sempre e por cuidar tão bem das minhas maiores riquezas, meus irmãos. Obrigada por toda parceria.

Ao Vinicius, por todo o amor e dedicação durante todos esses anos. Por ter me dado tanto suporte e forças para seguir. Por trazer tanta felicidade a minha vida e por torná-la mais colorida. Obrigada por me acompanhar durante essa trajetória e se reafirmar como meu companheiro nas mais diversas etapas e situações na vida.

Ao Enzo e à Lorena, por me apoiarem, e mesmo que não saibam, serem a maior fonte de energia para que eu siga sempre. Amo vocês.

À Natalia, por todo apoio e companheirismo.

À Fabiana pela mulher forte que sempre me espelhei, que me impulsiona todos os dias.

À minha avó, pela delicadeza de suas mensagens de força durante o processo e por todo o companheirismo da vida.

À Isabella por toda parceria nos anos de graduação. Sou grata a nossa amizade, estruturada nesses anos do curso e pelas trocas que sempre fazemos independente do tempo.

À Giovanna por me guiar durante os momentos turvos. Sua amizade me trouxe luz frente as dificuldades e dúvidas.

Às colegas do grupo de pesquisa que me acompanharam e auxiliaram em diversos momentos e me forneceram trocas importantes. Agradeço à Adriana Fontes, Amanda Mont'Alvão, Ana Augusta Monteiro, Brenda Sousa, Cibele Oliveira, Cláudia Hashimoto, Cristiana Bonasorte, Eliane de Christo, Fernanda Fudissaku, Katerine Vitoriano, Mariana Passos, Mariana Trenche, Paola Lurian, Sabrina Santos, Sofia Lieber e Vivian Vigar.

À PUC por tudo que me proveu-a e a oportunidade de evoluir. Nem em meus maiores sonhos pude imaginar a evolução que essa instituição poderia me trazer. Muito além de profissional, essa instituição me fez uma pessoa melhor. A PUC será sempre um marco em minha história, minha vida como Fonoaudióloga.

Ao CNPQ, pelo suporte.

À Deus por todo apoio.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo inicial identificar como o diagnóstico de linguagem vem sendo realizado nos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPSi) a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Uma vez que, que não foram encontrados artigos voltados para o tema eleito, foi necessário mudar a rota de pesquisa. Optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura, na qual focalizei 3 aspectos relacionados ao trabalho do Fonoaudiólogo na Saúde Mental, são eles: (1) o papel do fonoaudiólogo nos dispositivos em Saúde Mental; (2) o lugar do fonoaudiólogo, enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar; e (3) qual a formação exigida. Para encaminhar este trabalho esclareço que minha posição teórica é aquela assumida pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, da PUC-SP, nasce e se desenvolve a partir das reflexões originais de Lier-DeVitto, acerca da clínica fonoaudiológica e das falas sintomáticas. O grupo segue a trilha da teorização de Aquisição de Linguagem, conforme proposta por De Lemos (1982, 1992, 2002) - que faz uma releitura do estruturalismo europeu (Saussure, Jakobson e Benveniste) a partir da interpretação realizada pela psicanálise de direção freudo-laciana. A Clínica de Linguagem, estabelece uma relação de alteridade com o Campo da Aquisição, e parte do pressuposto teórico da solidariedade entre estruturação do sujeito e estruturação da linguagem. Tal perspectiva reconhece a ordem própria da Língua, ou seja, de que a linguagem tem funcionamento regido por leis de referência interna, que determinam os movimentos da fala. Movimentos que dizem da presença singular de um falante na linguagem. Por meio da revisão, foram localizados materiais que em sua maioria, apresentaram incompatibilidade da adoção do paradigma biomédico de cuidado e as diretrizes do SUS. Nenhum dos artigos focalizavam na concepção de linguagem, sujeito e sintoma e no modo como tal concepção se articularia aos princípios do SUS. É certo que dar destaque à formação na Clínica Ampliada, refletir sobre as diretrizes do SUS é condição necessária, mas não é suficiente para operar um deslocamento que permita uma outra leitura de clínica, que não aquela proveniente da medicina, esta exige tomar posição frente a linguagem, definir o que é uma fala sintomática e qual o papel do clínico frente a ela.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Saúde Mental; Clínica de Linguagem.

ABSTRACT

The initial objective of this work was to identify how language diagnosis has been carried out in Psychosocial Care Centers (CAPSi) from an interdisciplinary perspective. Since no articles on the chosen topic were found, it was necessary to change the search route. It was decided to carry out a narrative review of the literature, in which I focused on 3 aspects related to the work of the Speech-Language Pathologist in Mental Health, they are: (1) the role of the Speech-Language Pathologist in Mental Health devices; (2) the role of the speech therapist, as a member of a multidisciplinary team; and (3) what training is required. To forward this work, I clarify that my theoretical position is the one taken by the researchers of the Research Group Acquisition, Pathologies and Language Clinic, at PUC-SP, born and developed from Lier-DeVitto's original reflections about the speech therapy clinic and of symptomatic speeches. The group follows the path of the theorization of Language Acquisition, as proposed by De Lemos (1982, 1992, 2002) - who reinterprets European structuralism (Saussure, Jakobson and Benveniste) from the interpretation carried out by psychoanalysis in the Freudian direction. Lacanian. The Language Clinic establishes a relationship of alterity with the Field of Acquisition, and starts from the theoretical assumption of solidarity between the structuring of the subject and the structuring of language. Such a perspective recognizes the order of language itself, that is, that language operates governed by laws of internal reference, which determine speech movements. Movements that speak of the singular presence of a speaker in the language. Through the review, materials were found that, for the most part, showed incompatibility between the adoption of the biomedical paradigm of care and the SUS guidelines. None of the articles focused on the conception of language, subject and symptom and on the way in which such a conception would be articulated with the principles of the SUS. It is true that highlighting training in the Expanded Clinic, reflecting on the SUS guidelines is a necessary condition, but it is not sufficient to operate a shift that allows for a different reading of clinic, other than that arising from medicine, this requires taking a position in the face of language, define what symptomatic speech is and what is the role of the clinician in relation to it.

Keywords: Speech-Language Pathology; Mental health; Language Clinic.

Sumário

Introdução.....	14
1. O Centro de Atenção Psicossocial: nasce a questão de pesquisa.....	14
2. Sobre a minha vivência no CAPS.....	17
Capítulo 1- A Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial.....	23
1.1 A rede de atenção psicossocial.....	24
1.2 A capacitação dos profissionais da Saúde Mental.....	30
Capítulo 2 – A produção na área da Linguagem e Saúde Mental.....	36
2.1 A Fonoaudiologia na Saúde Mental e a atuação em equipe multidisciplinar.....	40
2.2 A atuação fonoaudiológica em Saúde Mental.....	46
2.3 Formação do fonoaudiólogo na Saúde Mental.....	62
2.4 Discussão da Amostra.....	69
Capítulo 3 – A Clínica de Linguagem, um caminho possível.....	74
3.1 Fonoaudiologia e Saúde Mental.....	74
3.2 Considerações sobre a Clínica de Linguagem.....	76
3.3 Considerações sobre o sintoma na Clínica de Linguagem.....	78
Considerações Finais.....	84
Referências bibliográficas.....	86

INTRODUÇÃO

1- O Centro de Atenção Psicossocial: nasce a questão de pesquisa

Esta dissertação teve origem em uma experiência de estágio na área de Fonoaudiologia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado de São Paulo. Pude, durante o período de um ano, acompanhar fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, gestores e auxiliares de limpeza em suas atividades cotidianas. Integrei atendimentos em grupo, oficinas, reuniões de equipe, visitas domiciliares, matriciamento, acolhimento e atendimentos individuais. Foi neste espaço que passei a interrogar o lugar do fonoaudiólogo numa equipe de Saúde Mental, especialmente no que tange à avaliação de linguagem. Considerando as diretrizes que regem o funcionamento do CAPS, entendi que a ação dos profissionais deveria ser coerente com os pressupostos que orientaram a instituição destes Centros.

Os CAPS foram implementados no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil como dispositivos de atenção à Saúde Mental. Esse serviço cria a possibilidade de um cuidado diferente dos ofertados em hospitais psiquiátricos, sendo assim uma rede substitutiva.

De acordo com os documentos da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica, iniciada em 1978, foi um processo e movimento sociopolítico complexo que buscou mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de Saúde Mental. Esse movimento defende: a saúde pública, a equidade no oferecimento dos serviços e protagonismo dos usuários e trabalhadores nos processos de gestão e ação em saúde. Foi, também, um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais nos serviços. (BRASIL, 2005)

No documento, lê-se ainda que em meio às tensões e conflitos surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por pacientes de hospitais psiquiátricos, familiares, atores e profissionais da área da saúde, que protagoniza trabalhos de denúncia sobre o funcionamento e sobre a violência nos manicômios e que critica o modelo hospitalocêntrico na assistência

a pessoas com transtornos mentais. Com isso, começam a surgir espaços e ações para reorientações no trabalho em Saúde Mental, como o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru – SP no ano de 1987 e a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro no mesmo ano. Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e o fim progressivo dos manicômios no Brasil. Esse projeto influencia outros movimentos sociais e as leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátrico, assim começa a ser melhor delineada a Reforma Psiquiátrica.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental algumas normas federais que implementam serviços de atenção e ações diárias entram em vigor com base nas experiências do funcionamento dos primeiros CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. Nesse período, a expansão dos CAPS e NAPS aconteciam de forma descontínua, pois não havia linhas diretas de financiamento para o programa. Também, nessa ocasião, aconteciam as fiscalizações e classificações dos hospitais psiquiátricos de forma infrequente por falta de uma sistematicidade no mecanismo necessário para viabilizar este trabalho. (BRASIL, 2005)

De acordo com o material elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde (2005), em 2001 foi sancionada a Lei 10.216 de Paulo Delgado que redireciona a assistência em Saúde Mental, privilegia a oferta de tratamentos em serviços de base comunitária e toma posição sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais.

No dia 19 de fevereiro de 2002, entra em vigor a Portaria de N°336, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Se estabelece aí as modalidades de CAPS I, CAPS II e CAPS III, que são definidas conforme a necessidade de abrangência populacional e complexidade. Esses serviços são de atenção diária e de caráter ambulatorial, incluem atividades individuais, atendimentos em grupos, atendimentos em oficinas, visitas domiciliares, atendimento a família e atividades comunitárias com enfoque nas inserções, integração e reintegração dos pacientes na comunidade. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) possuem a oferta das mesmas atividades descritas

acima e, diferentemente da formação de equipe das demais, tem o fonoaudiólogo na composição. (BRASIL, 2002)

Outro ponto importante, foi a mudança do olhar sobre a doença e o processo de humanização da saúde. Em 2003 foi institucionalizada a Política Nacional de Humanização (PNH) que visava efetivar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS (Sistema Único de Saúde) nas práticas e ações das unidades. A PNH estimula a comunicação e valorização entre gestores, trabalhadores e usuários. Valorizando os sujeitos é possível criar uma maior autonomia do usuário na produção de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Essa Política tem como Diretrizes: **Acolhimento**, o reconhecimento do que o outro traz como legítimo e singular como necessidade de saúde. É pelo acolhimento que são estruturadas as relações de confiança, compromisso e vínculo; **Gestão Participativa**, inclusão de novos sujeitos na participação das tarefas da gestão, um exemplo dessa gestão é a fundação de conselhos gestores formados por usuários, familiares e profissionais da unidade em questão; **Ambiência**, criação de espaços acolhedores que propiciem melhorias no processo de trabalho; **Valorização dos trabalhadores**, Inclui-los e dar visibilidade às experiências dos profissionais; **Defesa dos Direitos Usuários**, incentivar o conhecimento dos usuários sobre os seus direitos garantidos por lei e a **Clínica Ampliada**, sobre a qual me deterei. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A Clínica Ampliada é definida como uma ferramenta para operar com usuários lidando com a sua singularidade e a complexidade do seu processo de saúde. Com essa ferramenta prática e teórica, os profissionais focalizam o sujeito, a família, a doença e o contexto social, buscando produzir saúde e aumentar a autonomia do usuário em relação a própria saúde. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012)

Essa diretriz da PNH é contrária a lógica biomédica, pois procura evidenciar o singular do sujeito e o seu modo de escrita da doença. O usuário passa de um posicionamento passivo no modo de cuidado a sua saúde e assume um lugar ativo. O foco então deixa de ser apenas a patologia e são inseridos o sujeito e sua singularidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os profissionais das unidades de saúde deveriam, desta forma, operar em harmonia com os princípios do SUS e as Diretrizes da PNH, mas nem sempre tal proposta ocorre conforme o que é preconizado pelas políticas públicas.

2- Sobre a minha vivência no CAPS

No terceiro ano da graduação iniciei o estágio no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil na zona oeste de São Paulo. No primeiro mês, circulei por diferentes espaços terapêuticos para conhecer o trabalho dos profissionais que ali trabalhavam. Acompanhei diversos grupos terapêuticos, a saber: de pais, de crianças com o diagnóstico de autismo, de adolescentes em situações de vulnerabilidade social e/ou psíquica, de avaliação de crianças com indicadores de risco psíquico, de acolhimento inicial, além das oficinas de culinária, de cinema. Participei, também, das reuniões de equipe, das discussões de caso, de matriciamento, das visitas domiciliares, e das avaliações de linguagem e psiquiátrica.

Durante esse período, conheci o trabalho de cada profissional em sua especialidade, bem como o trabalho e as diretrizes do CAPSi, as novas modalidades de espaços terapêuticos e o trabalho fonoaudiológico naquela unidade de saúde.

Antes desse período de imersão no serviço, desconhecia o trabalho do fonoaudiólogo na Saúde Mental que não aquele realizado com crianças autistas e com questões ligadas à linguagem. Gradualmente, pude compreender que a potência do trabalho fonoaudiológico na comunicação humana ultrapassava, em muito, minha suposição inicial.

Passado o período de apresentação, minhas atividades consistiam em acompanhar o trabalho fonoaudiológico de duas profissionais de linhas teóricas distintas, os atendimentos realizados por outros profissionais e, ainda, as supervisões com a gestora da unidade que era também fonoaudióloga.

Quanto ao trabalho das fonoaudiólogas que acompanhei, pude observar que uma das profissionais seguia uma linha mais organicista. Em sua avaliação de linguagem eram utilizados recortes de testes e protocolos. Avaliava-se a fala em níveis e sistemas: eram aplicadas provas tais como histórias a partir de

estímulos visuais em sequência, nomeação de figuras, repetição de vocábulos, entre outras, com vistas a analisar os aspectos fonêmicos-fonológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos. Caso fossem crianças pequenas, eram avaliadas suas produções considerando a possibilidade que elas tinham de nomear figuras, imitar as ações da examinadora e se tinham intenção comunicativa. Verificava-se, também, o modo como se alimentavam, o tônus muscular para falar e para comer. Já se a queixa fosse de escrita, eram utilizadas atividades pedagógicas tais como: completar sentenças ou escrever uma história com base em figuras; se a queixa fosse de leitura pedia-se que as crianças lessem palavras balanceadas foneticamente e um texto escolhido pela terapeuta. Depois dessa avaliação, a criança era indicada para um grupo de pacientes com questões similares e se houvesse uma demanda fonoaudiológica mais importante, a indicação poderia ser para terapia individual.

Em tal abordagem a fala era avaliada de forma recortada, como se fosse possível analisar aspectos sintáticos sem considerar os semânticos, ou estes sem tocar os pragmáticos. Junta-se a isso o fato de que tal perspectiva trata a fala como se esta fosse desabitada, como se fosse mero material linguístico passível de ser dissecado. Como assinala Arantes (2001), para proceder a tal avaliação, é necessário lançar mão de aparatos descritivos da Linguística, que não foram forjados para abordar a fala viva, e o que escapa do padrão supostamente correto será visto como uma violação de regra e serão homogeneizadas na categoria do incorreto. O erro nessa perspectiva será interpretado como um sinal, um sintoma remissível a um quadro patológico específico.

Já a outra fonoaudióloga abordava os mesmos aspectos em sua avaliação, mas não utilizava protocolos, figuras e provas. Ela escolhia alguns brinquedos e privilegiava a situação de interação estabelecida com a criança. Ainda assim a descrição da linguagem tinha como foco os erros e as incapacidades, com isso pude observar que não havia diferença significativa em relação ao modo de proceder da outra profissional. Assim, mesmo que a coleta do material fosse diferente o resultado era semelhante, e isso se devia à concepção de linguagem e de sujeito que explícita ou implicitamente orientava as profissionais, bem como ao entendimento que elas tinham relativamente à

definição do que se denomina “patologia de linguagem”. Entendi que as abordagens dialógicas, se reduzidas a mera forma de coleta e se empregados os mesmos moldes de análise, chega-se a um mesmo resultado: um elenco daquilo que o falante não produz. Quero com isso dizer que modificar a forma de obter material factual para análise, não afeta o raciocínio clínico subjacente, nem o entendimento do que é sintoma na fala.

Uma vez encerrado o processo de avaliação, o próximo passo era a discussão com os outros profissionais e, enquanto o caso era descrito, os achados se tornavam uma série de habilidades a serem desenvolvidas e estimuladas. As fonoaudiólogas descreviam: se o usuário comia, como ele comia e o que ele comia, se ele falava, se produzia todos os sons, se formava frases e textos, se ele escrevia, o que escrevia e como escrevia, se explorava os materiais dispostos e se tinha raciocínio lógico.

Uma abordagem que apenas descreve o que um paciente não produz, reduz o sintoma a déficit e determina uma clínica de natureza ortopédica que reduz a linguagem a comportamento, a código. Abordar a fala não é tarefa simples, mas isso não retira o clínico da posição de quem deve produzir um dizer sobre a fala do paciente, isto é, ele deve proceder à avaliação de linguagem, pois em toda e qualquer atividade clínica o tempo do diagnóstico é fundamental, uma vez que ele determina a direção do tratamento, como afirma Arantes (2001). A autora assinala que no campo da linguagem a questão é bastante complexa, pois raros são os casos em que se encontra um conjunto de sinais estáveis que podem ser associados a um agente etiológico específico o que impede a adoção do raciocínio que rege o diagnóstico médico e que deveria levar o fonoaudiólogo a interrogar sobre o que seria o Diagnóstico de Linguagem.

Assim, se a linguagem, ou melhor, as falas sintomáticas são o objeto para o qual o fonoaudiólogo se volta, é necessário que sua atividade seja pautada por uma concepção de linguagem em que o erro, o silêncio, a mudança e o diálogo sejam contemplados. Não é, portanto, qualquer teoria de linguagem que poderá instrumentalizar o clínico, isto é, que permitirá ao fonoaudiólogo formular questões sobre a especificidade de sua prática (ARANTES, 2001, 2006).

Durante o período que estive no CAPSi, em nenhum momento a questão da avaliação de linguagem, ou as concepções que orientavam a clínica dos profissionais foi discutida, ou mesmo apresentada. O que se podia escutar no relato das profissionais eram os desvios que os pacientes apresentavam na fala/escrita - entendidas como um código que viabiliza a comunicação-, ou quais as alterações nas funções tais como mastigação e deglutição. Pouco se dizia sobre a criança ou adolescente, sobre sua história, suas potências, seu convívio social e seus interesses. Durante a apresentação dos casos, ficava a sensação de que faltava algo ali, faltava um dizer a mais de quem era aquele falante, havia necessidade de falar a criança de outro modo. Interessante é que mesmo que naquele tempo inicial de minha formação, ainda que eu não pudesse apreender e nomear, podia sentir que havia mais a ser dito sobre esses pacientes.

Junto com a prática na unidade me foram oferecidas supervisões sobre a estrutura da rede, das unidades e do trabalho no CAPSi. A prática e as diretrizes teóricas se esbarravam e se contradiziam em diversos aspectos, mas foi na observação das avaliações de linguagem que passei a questionar a atuação fonoaudiológica na Saúde Mental.

Vale destacar, que fonoaudióloga gestora da unidade, responsável por me supervisionar, tinha uma formação afetada pela Psicanálise. Ela acolhia as questões que eu expunha e discutíamos cada caso a partir de outra visada. Continuei acompanhando as fonoaudiólogas da unidade e pude, a partir de minhas indagações, contribuir com alguns aspectos das avaliações e das terapias.

A partir do incômodo gerado durante o estágio, pude formular algumas questões sobre o papel do fonoaudiólogo na Saúde Mental e, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial, relativos à avaliação e ao diagnóstico fonoaudiológico, questões estas que foram motivadoras desta pesquisa. Em relação a essa questão, destaco dois aspectos que serão discutidos e sobre os quais me deterei: (1) discussão sobre o modo como são encaminhados as avaliações e os diagnósticos fonoaudiológicos realizados nos CAPSi e (2) sobre a atuação fonoaudiológica nas equipes multidisciplinares.

Para encaminhar esta dissertação, esclareço que durante a graduação, tive contato com a Clínica de Linguagem, expressão que não caracteriza apenas uma área de atuação da Fonoaudiologia, mas refere-se, nesta dissertação, a um campo de elaborações teórico-clínica, instituído por Lier-DeVitto, voltado para a particularidade das falas sintomáticas. A reflexão dos pesquisadores envolvidos no Grupo de Pesquisa Aquisição Patologias e Clínica de Linguagem, hoje coordenado pela autora e por Lúcia Arantes, problematiza a noção de sintoma quando a linguagem está em cena e, também, a natureza desta clínica. Trata-se, como veremos adiante, de uma perspectiva que articula estruturação da linguagem e estruturação subjetiva. Assim, em causa está um sujeito que sofre por efeito de sua fala seja na escuta do outro, seja na própria escuta (LIER-DEVITTO). A entrada no referido Grupo foi fundamental para impulsionar minha reflexão e iniciar o mestrado.

Entendo que um clínico além de identificar e tratar alterações fonoaudiológicas, é o profissional com competência para criar espaços que fomentem trocas simbólicas entre paciente/familiares, paciente/equipe, paciente/social, familiares/equipe e entre a equipe enquanto unidade. (ALMEIDA et al, 2015)

Pretendo com este trabalho, ampliar a discussão acerca da atuação do profissional que tem como um dos seus objetos: a linguagem, pois “tudo é linguagem, e a linguagem é o que há de mais germinativo, mais fecundante, no coração e na simbólica do ser humano.” (DOLTO, 2002, p.20)

Assim, considerando a inquietação causada pela minha vivência no CAPSi, este trabalho originalmente tinha como objetivo central identificar como o diagnóstico de linguagem vinha sendo realizado nos CAPSi, a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Pretendia refletir criticamente sobre o modo de atuação fonoaudiológica, considerando os paradigmas que orientam o SUS, particularmente no que diz respeito às questões referentes à linguagem. Pretendia, por meio de uma revisão integrativa da literatura, mapear e discutir como as avaliações de linguagem têm sido realizadas no Brasil com a implementação efetiva do SUS, a partir de uma reflexão sobre o papel do fonoaudiólogo nas equipes do CAPSi.

Minha meta era, assim, ampliar a discussão sobre como são realizados os diagnósticos fonoaudiológicos e quais os seus impactos na conduta terapêutica. Entretanto, conforme discutirei no capítulo 2, foi necessário alterar a rota de pesquisa, uma vez que a amostra encontrada na revisão determinou um novo percurso. Considerando, que não foram encontrados artigos voltados para o tema eleito, optei por realizar uma revisão narrativa da literatura, em que focalizei 3 aspectos relacionados ao trabalho do Fonoaudiólogo na Saúde Mental, são eles: (1) o papel do fonoaudiólogo nos dispositivos em Saúde Mental; (2) o lugar do fonoaudiólogo, enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar; e (3) qual a formação exigida. Vejamos o que se publicou a esse respeito.

Para encerrar esta introdução, informo que esta dissertação está assim dividida: no capítulo 1 abordo a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para que possamos entender o caminho até o serviço atual e os fundamentos que alicerçaram e sustentam o seu funcionamento, no capítulo 2 exponho a metodologia do trabalho, a amostra encontrada na revisão integrativa e sua análise crítica, e então no capítulo 3 passo ao campo da clínica em linguagem e diagnóstico e encaminho uma discussão sobre o tema proposto e encerro esta dissertação apontando para novas direções de pesquisa.

Capítulo 1- A Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica se iniciou em 1970, com o grande aumento do debate sobre o direito dos pacientes psiquiátricos reclusos em manicômios. A mídia passou a noticiar denúncias de maus tratos, motivando o público e os meios políticos a discutirem esse tema. As práticas médicas da época passaram a ser julgadas, e a Reforma surge, como resposta contrária a segregação e violência encontrada nesse modo de cuidado anterior e propõe uma forma de atendimento pautada na reabilitação se afastando das instituições manicomiais. (MACIEL, 2012)

Inicia-se um processo de desinstitucionalização. Importante salientar que desinstitucionalizar não é sinônimo de desospitalizar, mas sim romper com a lógica do atendimento à doença, retirando a pessoa que a apresenta. É abandonar o conjunto de concepções que entendem a loucura como incapacidade e perigo e que justificam assim ações de exclusão. Para tanto, é necessária a reconstrução do pensamento, da participação, da inclusão e compromisso em não aceitar de forma natural o atendimento asilar ao paciente com questões de Saúde Mental. (MACIEL, 2012)

A Reforma deve assumir outro campo ideológico. Necessita transformar a relação da sociedade com a loucura, para combater o preconceito e a exclusão social. Neste contexto o modo de cuidado com o paciente se altera, as equipes interdisciplinares ganham mais espaço e a Fonoaudiologia se insere, a partir de 1992, por meio da Portaria 224/92, na qual inclui as equipes multiprofissionais nos serviços às pessoas com questões de Saúde Mental. (ALMEIDA, 2014)

A Rede de Atenção Psicossocial se instala como uma proposta organizativa para essa necessidade de um novo modo de atenção às pessoas com questões de Saúde Mental. Organizando os serviços e dispositivos de cuidado e implementando um novo modelo físico e ideológico, essa rede é composta por níveis de atenção e em cada, possui serviços específicos que detalharei em sequência.

1.1 A rede de atenção psicossocial

As pessoas com questões de saúde mental deixaram de ocupar os asilos e manicômios, os espaços foram fechados por negligência e então novos serviços precisaram se instaurar rapidamente e equipes precisaram se reorganizar devido uma grande mudança no modo de pensar sobre a construção de saúde. Para refletirmos sobre esse cenário de movimento é necessário entender o modo de funcionamento anterior ao psicossocial, o modelo asilar.

Costa-Rosa (2000) aponta as diferenças entre estes modelos. O modelo asilar tem como característica principal o olhar para as determinações orgânicas dos problemas a serem tratados, sendo assim o principal meio de tratamento é o medicamentoso. O objeto aqui é a doença. Outro ponto é o apagamento parcial ou total do sujeito no processo de saúde, quem estabelece a melhora é o remédio, o sujeito é passivo e secundário à suas questões patológicas. O sujeito continua no lugar de doente tanto no espaço médico quanto no espaço social e familiar. Quanto ao olhar multiprofissional, as equipes operam como numa espécie de linha de montagem, na qual cada especialidade olhará e intervirá em sua especificidade. O sujeito é fragmentado, para que cada um possa olhar para o seu serviço. A intersecção é o prontuário, no qual cada profissional expõe o seu tratamento e visualiza os anteriores. Neste modo de pensar a saúde, o tratamento psiquiátrico é central, sendo o uso de medicamento a solução principal.

Já no modelo psicossocial, Costa-Rosa (2000) assinala a diferença da concepção do objeto e meio. Neste modelo temos a: “Consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, e não apenas de maneira genérica.” (p.154). Os meios de tratamento são as psicoterapias e sócioterapias, assim como ações de reintegração sociocultural, além da medicação. O meio de trabalho é interprofissional, com intercâmbio das visões especializadas. O sujeito possui um papel ativo e principal no tratamento, o olhar é para a doença juntamente com a dimensão de indivíduo, como também sua família e grupo social.

Com a mudança na estrutura do cuidado para o sujeito com transtornos mentais ou usuários de drogas e álcool, se reeditaram os dispositivos de apoio. Inserida neste modo psicossocial está a Rede de Atenção Psicossocial. Em 23

de dezembro de 2011, por meio da portaria nº 3.088, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sua finalidade é a criação e ampliação de espaços de atenção para pessoas vulneráveis com sofrimento decorrentes do uso de drogas ou então transtornos mentais. (BRASIL, 2011)

Nessa portaria são descritas e enumeradas as diretrizes para o funcionamento da RAPS, são elas: respeitar aos direitos humanos, promover a equidade, combater estigmas e preconceitos, garantir acesso e qualidade dos serviços, centrar o trabalho nas necessidades do usuário, diversificar as estratégias de trabalho, desenvolver atividades territoriais, favorecer a inserção e inclusão social e promover a autonomia no processo de cuidado.

Os objetivos gerais dessa rede de atenção especializada são: ampliar o acesso da população ao trabalho direcionado, promover a entrada das pessoas, de perfil já descrito, bem como sua família nos pontos de apoio e tratamento e articular e integrar os pontos de atenção, para ampliar e qualificar o acompanhamento contínuo. Além dos objetivos gerais, são estabelecidos objetivos específicos, para, por meio destes, especializar ainda mais o serviço, promover cuidados em saúde para grupos mais vulneráveis, prevenir o consumo de drogas, reduzir os danos causados pelo seu uso, promover a reabilitação e reinserção das pessoas com transtorno mental, promover espaços de formação permanente aos profissionais, desenvolver ações intersetoriais, produzir e aumentar ações informativas sobre o direito das pessoas, organizar os fluxos de serviço e monitorar e avaliar a qualidade do serviço oferecido pela rede.

A Rede de Atenção de Psicossocial é formada pelos seguintes constituintes: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A Atenção Básica conta com a Unidade Básica de Saúde e equipe de atenção para populações específicas, sendo elas a equipe de consultório na rua e a equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. A atenção psicossocial especializada é formada pelos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diversas modalidades. A atenção de urgência e emergência é formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

192, Sala de estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares, e Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção residencial de caráter transitório é formada pela Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial. A atenção hospitalar é formada pela enfermaria especializada em Hospital Geral e enfermaria especializada. Já as estratégias de desinstitucionalização são formadas pelo Serviço Residencial terapêutico. (BRASIL, 2011)

Ainda nesta portaria, são especificados os pontos de atenção do serviço. Sendo dispositivos importantes, no artigo 6 temos os seguintes serviços relatados:

A **Unidade Básica de Saúde (UBS)** presta, por meio de uma equipe multiprofissional, ações de saúde nos âmbitos individuais e coletivo que buscam promover a promoção, proteção de saúde, bem como a prevenção de agravos. Além disso há o diagnóstico, tratamento, reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde, para desenvolver um cuidado integral que impacte na autonomia e saúde do coletivo.

Além da UBS, há as **Equipes de Atenção Básica**, divididas em: (1) Equipes de Consultório na rua são constituídas por profissionais que trabalham de maneira itinerante, oferecendo ações e cuidados de saúde para pessoas em situação de rua. Esse trabalho é estruturado sempre considerando as questões e necessidades individuais. Essas equipes desenvolvem esse trabalho para pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Contam com a parceria das UBS, CAPS e Prontos-Socorros e (2) Equipes de Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, que oferecem suporte clínico e ações de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção.

Os **Centros de Convivência**, são espaços públicos, articulados a RAPS, nos quais são oferecidos serviços que possuem como objetivo ampliar a sociabilidade, produção e intervenção cultural. Esses Centros propiciam ao usuário um espaço no qual, pela troca e diálogos com os outros, pode-se estruturar novas possibilidades.

Para o desenvolvimento deste trabalho amplio o olhar para os Centros de Atenção Psicossociais. Os CAPS possuem sete modalidades. São elas:

I – CAPS I, que atende pessoas de todas as faixas etárias com transtornos graves e mentais permanentes, e pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e álcool. Indicado para municípios de população acima de vinte mil habitantes.

II - CAPS II, que atende pessoas com transtornos mentais graves e permanentes e com transtornos decorrentes do uso de drogas e álcool. Indicado para municípios de população acima de setenta mil habitantes.

III - CAPS III, que atende pessoas com transtornos mentais graves e permanentes. Esse serviço presta auxílio vinte quatro horas e conta com espaço de retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios de população acima de duzentos mil habitantes.

IV – CAPS AD, que atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de drogas ou álcool. Serviço de porta aberta e caráter comunitário. Indicado para municípios de população maior de setenta mil habitantes.

V – CAPS AD III, que atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidado clínico contínuo. Serviços de assistência vinte e quatro horas com leitos e monitoramento. Indicado para municípios de população maior de duzentos mil habitantes.

VI – CAPSi, atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e que fazem uso de drogas e álcool. Serviço aberto e comunitário indicado para municípios de população maior de cento e cinquenta mil habitantes.

Esses são os tipos de Centros de Atenção Psicossocial, se faz necessário ampliar e detalhar as características e construção da modalidade de atenção focada nos adolescentes e crianças com transtornos mentais ou com questões derivadas do uso de álcool ou drogas.

Em 2014, o Ministério da Saúde produziu uma cartilha “Atenção Psicossocial – a criança e adolescentes no SUS. Tecendo Redes para garantir

direitos. Neste material é discutido o direito das crianças e adolescente e o serviço especializado para esse grupo. É clara a diferença desse grupo em relação aos adultos, mas nem sempre são claras as especificidades desse cuidado em saúde. E para que esse cuidado seja integral é necessário ampliar e trabalhar com as diversas dimensões que incorporam a saúde, considerando os aspectos biológicos, psíquicos e sociais.

Não há como olhar apenas para os aspectos orgânicos da saúde das crianças em sofrimento, sem confrontar os aspectos psicossociais. Por vezes, os sintomas físicos têm sua origem psíquica derivadas de suas relações familiares, de fatores sociais, por exemplo. Como tentativa de manejo de um sofrimento eles podem iniciar o uso de álcool ou drogas. (Ministério da Saúde, 2014)

Para fazer um cuidado efetivo é necessário que os profissionais tenham uma escuta qualificada e o sujeito garantia do direito à palavra. As crianças e os adolescentes precisam dizer sobre si, se identificarem e serem autores da narrativa de suas próprias histórias, para que possam construir novos sentidos e encontrarem formas de serem inseridos na sociedade. Deste modo é preciso que uma política de Saúde Mental e infantil tenha as seguintes diretrizes (Brasil, 2005):

- i. Como sujeitos, as crianças e os adolescentes são responsáveis por suas demandas e sintomas, são detentores de um lugar ativo sobre seu cuidado. Essa noção de sujeito, implica na concepção de uma singularidade, sendo impossível se construir cuidado homogêneo e geral, uma vez que cada caso contará com aspectos e questões pessoais e singulares.
- ii. É importante que as portas do serviço estejam sempre abertas. O acolhimento universal significa que é necessário o acolhimento dessa demanda, ou seja, que seja recebida, ouvida e respondida. Isso não quer dizer que todos os casos acolhidos ficarão em acompanhamento naquela unidade, mas que será acolhida e serão oferecidos estratégias e lugares de tratamento que se adequem ao caso.

- iii. Uma vez analisado o caso, pode ser necessário a atuação de outros dispositivos e então os profissionais que fizeram o acolhimento terão como responsabilidade acompanhar o caso até sua inclusão em outro serviço. De forma conjunta, os dispositivos poderão prestar um melhor atendimento.
- iv. A partir da lógica de Clínica Ampliada será construída uma rede de profissionais, ações e serviços que garantirão o acesso das crianças e adolescentes aos cuidados nesta área.
- v. Considerando o sujeito inserido na sociedade, é importante um olhar para o território, como um espaço de relações e redes de afetos e possibilidades.
- vi. Trabalho interprofissional, a fim de construir um cuidado integral a construção compartilhada do serviço em Saúde Mental, possibilita um entendimento ampliado acerca das necessidades dos usuários.

São características dessa reorientação do modelo assistencial, as diferentes ações e serviços que buscam garantir o acesso ampliado em Saúde Mental, a articulação intersetorial e colocando como objetivo a reinserção social. (BRASIL, 2001)

Nas Unidades de Convivência aqui referidas, os CAPSi, são estruturadas atividades que busquem ampliar o olhar das crianças sobre suas características e propiciar aos pais situações de reflexão sobre a Saúde Mental e seus papéis atuantes no tratamento dos seus filhos. São organizadas oficina criativas, para que as crianças e adolescentes possam se expressar e a partir daí em grupo ou em sessões individuais, ressignificar e organizar sentimentos e sensações. Ou então oficinas de culinária, para que as crianças ocupem espaços não comuns em seus dia-a-dias por dificuldades no comportamento e desenvolvimento.

A visão de si se reestrutura, ao passo que o indivíduo passa por novos caminhos e faz novas reflexões. O aspecto terapêutico dos grupos se amplia às áreas de convivência, nas quais, comumente, se estruturam relações mais sólidas de coleguismo ou amizade. Os profissionais participam desse espaço como mediadores e para esse trabalho ampliado, realizado em muitos espaços além da clínica *strictu sensu*, é importante que haja uma formação específica

que se prontifique em fornecer caminhos e colocar em ações a teoria que estrutura o serviço.

Evidencia-se a necessidade de uma atuação profissional especializada e contrária ao modelo asilar centrada apenas no orgânico. Uma atuação que trabalhe de forma longitudinal, integral e que coloque o sujeito no centro do seu fazer em saúde. Veremos, na próxima sessão o modo como as diretrizes refletiram na formação dos profissionais da saúde

1.3 A capacitação dos profissionais da Saúde Mental

O trabalho em Saúde Mental é estruturado de acordo com a lógica da criação dos espaços da RAPS. Os serviços precisam ser ofertados de maneira congruente aos princípios dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. Um perfil profissional deve ser estruturado para atender as questões específicas do trabalho. (MEDRADO, 2020)

Após a Reforma Psiquiátrica o SUS reformula a forma de compreender a saúde. Privilegia-se um olhar integral, como um dos seus princípios fundamentais. De acordo com a Lei nº 8.080/90, a integralidade é um conjunto de ações de caráter preventivo, individuais e coletivos para todos os casos, das mais variáveis complexidades. O sujeito nessa linha de cuidado é indivisível e complexo, então é preciso um trabalho que considere essa singularidade. (MEDRADO, 2020)

Ainda na lei nº 8.080/90, há a definição de que as três instâncias do governo têm como responsabilidade oferecer a formação para o serviço. Pois é importante que os profissionais dominem as atualizações científicas e os aspectos humanos e éticos do trabalho. O SUS é estruturado a partir de uma ideologia bem definida e, portanto, é necessário o alinhamento dos profissionais ao seu ideal. (MEDRADO, 2020)

O trabalho em Saúde Mental é multiprofissional em sua unidade e ainda se relaciona com outros serviços como a educação e segurança. Essas questões mostram a necessidade de uma formação específica neste trabalho. Essa formação precisa ser humanística e política, na mesma lógica da reforma

psiquiátrica, uma vez que a partir desse movimento se reestruturou o serviço. O profissional ideal não será aquele que conhece todas as doenças, mas sim o profissional que esteja interessado e comprometido com os sujeitos. (MEDRADO 2020)

Em 2005, o Ministério da Saúde juntamente ao Ministério da Educação, lançou um programa que direciona a formação com foco na atuação profissional que corrobora com a realidade sanitária do país, o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde). Esse programa teve como objetivo a integração do ensino e do serviço, a fim de reorientar a formação profissional para que seja oferecido um serviço integral com ênfase na atenção básica. (MEDRADO, 2020)

O Pró-Saúde se organizou em três eixos de formação: (1) orientação teórica, concepção do processo saúde – doença relacionada a condicionantes sociais, (2) cenários de prática, priorizando o olhar as singularidades do ambiente no qual está inserido e (3) a orientação pedagógica, pelo conhecimento dinâmico e que acontece na problematização das ações. Inicialmente esse curso se restringia aos profissionais da enfermagem, medicina e odontologia. Em 2011, outras 11 categorias profissionais foram incluídas. Outra iniciativa para atualizar e ampliar a formação em saúde é o PET (Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde, instituído pela portaria Interministerial nº 1.507 em 2007, atualmente é regido pelas portarias interministeriais nº421 e nº422 de 2010. Esse programa de qualificação tem como pressuposto a educação pelo trabalho, colocando as necessidades do serviço como fontes de produções e pesquisas. (MEDRADO, 2020)

O PET funciona em tríade: estudante, tutor acadêmico e preceptor. Todas as esferas recebem bolsas, e produzindo conhecimento em algum setor do SUS, sob orientação do tutor e preceptor, o estudante deve produzir um projeto. Foram institucionalizados alguns PET temáticos, com a finalidade de atender a necessidades dos serviços, são eles: PET Saúde/Saúde da Família, PET Saúde/Vigilância em Saúde, PET Saúde/ Saúde Mental/Crack, PET Saúde/ Redes, PET Saúde/ Graduações em Saúde e PET Saúde/ Educação Interprofissional. (Medrado, 2020) Focalizaremos, em função dos objetivos desta pesquisa, o trabalho no PET Saúde Mental.

O Programa tem como objetivo:

“O PET-Saúde/Saúde Mental/Crack tem como pressuposto a educação pelo trabalho e é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais para a atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino superior”. (BRASIL, 2010c, p. 30)

O PET é um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais de saúde, com a finalidade de reelaborar e repensar o serviço, por meio da formação de estudantes da área da saúde, para que assim, os profissionais possam atuar de forma conivente com as necessidades do Sistema Único de Saúde. (MEDRADO, 2020)

Além do Instrumento, medidas e portarias são estruturadas com a finalidade de normatizar essas práticas, para que sejam integradas ao processo acadêmico dos futuros profissionais da área da saúde, possibilitando a mudança no serviço de forma ampla e coerente, pois a aceitação da mudança dos profissionais antigos é também um desafio para este processo. (MEDRADO, 2020)

A Educação Permanente se estrutura como uma nova modalidade de se pensar a formação dos profissionais da saúde. É uma estratégia que visa a atualização destes, uma vez que os processos educativos anteriores causaram grandes deficiências de conhecimento na área, mas essa formação não se dedica apenas a atualizar os saberes, pois tem como objetivo ampliar as práticas, articulando o saber técnico ao olhar para o indivíduo e seu ambiente, de forma ética. (MEDRADO, 2020)

A autora refere que a EPS implica uma articulação com projetos políticos sanitários, para que sejam contextualizadas, recorrentes e longitudinais. A EPS se consolida em 2004 como uma portaria, na qual é descrita e entendida como:

[...] aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas

enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (MEDRADO, 2020, apud, BRASIL, 2009, p.14).

É problematizando, de acordo com Medrado (2020), discutindo e renovando as ações que esse processo se dá. A descentralização da gestão, faz com que a comunidade se insira nas questões sociopolíticas da saúde e sejam conhecedores de seus direitos e obrigações e participantes. Para tanto se faz necessária a participação dos trabalhadores do SUS, instituições de ensino e dos usuários do serviço enquanto movimento social. Não é apenas na formulação da EPS que o trabalho se dá, é também nos processos educacionais, nos espaços de cuidado por meio do intercâmbio entre os profissionais.

A autora aponta que com base nessa lógica, o Ministério da Saúde tem estruturado diversos programas de formações específicas na área da Saúde Mental. Em 2013 foi lançado o “Percurso Formativo na RAPS”, que promovia a troca de saberes entre os profissionais das redes receptoras com as redes visitantes, por meio de ações práticas, problematizações e discussões teóricas. (MEDRADO, 2020)

Outro projeto de formação oferecido pelo Ministério da Saúde foi o Caminhos do Cuidado, que por meio da apropriação das questões estruturadas na Reforma Psiquiátrica tem como objetivo ampliar as discussões sobre a linha de cuidado na Saúde Mental, visando o exercício da cidadania, a atuação e interação com o território e qualificando o olhar e a escuta para os indivíduos relacionados as questões derivadas do uso das drogas e do álcool. Os aspectos teóricos da formação envolvem a rede de cuidado em Saúde Mental, as especificações dos setores, a discussão sobre a prática no serviço, os tipos e efeitos das drogas, além da ampliação nos estudos das Políticas Nacionais de Saúde Mental, de Atenção Básica, de Atenção Integral aos usuários e papéis e atribuições dos serviços de acolhimento e cuidado em Saúde Mental. (FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2013)

As residências na RAPS, também se estruturam como projeto de educação profissional, porém em sua grande maioria, são organizados espaços de residência em Saúde Mental para profissionais que estão se formando em instituições hospitalares, isso reforça a predominância de médicos no serviço e promove uma atenção verticalizada e expande um modelo asilar, gerando um descompasso entre a formação e as necessidades do serviço. É na portaria Interministerial de nº2.117, que a Residência Multiprofissional em Saúde é institucionalizada. Essas Residências promovem uma metodologia de aprendizagem ativa e de inúmeros diálogos, corroborando com os ideais da formação de profissionais da área da Saúde. (MEDRADO,2020)

É imprescindível que a formação dos profissionais atuantes na área da Saúde Mental vá de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária. Para isso os programas de educação precisam ser estruturados de forma que a mudança da lógica do serviço não ocorra apenas na estruturação de portarias e leis.

Os profissionais necessitam de uma formação que amplie o olhar ao serviço, ao sujeito e ao território, e, ainda, que possa nutrir inúmeras discussões sobre os espaços. Pois será por meio dos intercâmbios entre profissionais, entre os profissionais e os usuários e o território que as práticas serão reorganizadas e readequadas para as necessidades do local.

Muitos profissionais que já atuavam na área da Saúde Mental, antes mesmo da Reforma Psiquiátrica, tiveram suas formações centradas no modelo asilar, e encontram dificuldades para mudar as perspectivas no cuidado. Na experiência que tive no CAPSi no qual estagiei, um dos grandes desafios era a mudança do olhar profissional para suas práticas e trocas, uma vez que muitos profissionais vieram da lógica ambulatorial.

Em cada reunião de equipe, a gestora da unidade, fonoaudióloga, discutia a importância do matriciamento, das práticas multidisciplinares e do acesso do usuário ao saber dos seus direitos e deveres. Eram, então, estruturados grupos do Conselho Gestor, com os pais das crianças que frequentavam o serviço, e ofertados, pela rede, cursos de especialização para os profissionais que

tematizavam sobre a lógica que deveria nortear o profissional da área da Saúde Mental.

Parte da equipe se mobilizava e ampliava o olhar, parte considerava aquelas ações meras burocracias do serviço e, apesar de participarem, não mudavam, de fato, seu fazer. O serviço ora operava num modo psicossocial, ora num modelo asilar.

Uma ação que impactava positivamente no espaço era a escuta a fala dos usuários, a potência da participação destes ampliava os temas levados para a discussão da equipe e por, meio dela, eram feitos pactos entre os profissionais de agirem, a partir da lógica discutida acima, no acolhimento, nos grupos e espaços de convivência. E, assim, gradualmente, outros caminhos e novas reflexões ganhavam espaço na unidade.

A atuação fonoaudiológica se expandia em certos sentidos. O trabalho multiprofissional com as crenças pessoais, com as especificidades da unidade e dos pacientes era desafiador.

Ainda que perceptíveis certas mudanças nas ações, entendo que o fonoaudiólogo deva refletir sobre seus alicerces teóricos, sobre o que fundamenta sua prática. É necessário que esse profissional, dedicado a este campo, considere sobre os conceitos de escuta, de sujeito e de clínica, pois essas definições sustentarão seu lugar na equipe, na relação com o paciente e enquanto clínico.

Vejamos, a seguir, o que a Fonoaudiologia produziu na área no campo da Saúde Mental.

Capítulo 2 - A produção acadêmica na área da Linguagem e Saúde Mental

A fim de recolher material para a discussão sobre o diagnóstico fonoaudiológico nos Centros de Atenção Psicossocial Infantis, foi escolhido como método a revisão integrativa da literatura. Tal tipo de revisão tem como objetivo ampliar o conhecimento acerca de uma questão por meio de um levantamento bibliográfico conduzido por etapas definidas. Essa forma de revisão identifica, analisa e sintetiza os resultados dos estudos levantados sobre a questão norteadora. Procura-se com esse tipo de pesquisa contribuir para novas discussões, desenvolver novas possibilidades clínicas com posicionamentos teóricos. Conforme afirma Almeida (2011), a pesquisa bibliográfica busca estabelecer relações entre um conjunto de conceitos, características e ideias. Para tanto, se faz necessário definir quais os locais de busca, os tipos de materiais acadêmicos que serão incluídos e as atribuições ao trabalho.

Inicialmente, formula-se a questão a ser discutida. Neste trabalho o foco era, originalmente, refletir sobre o modo como são realizados os diagnósticos fonoaudiológicos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil, mas como veremos abaixo foi necessário traçar uma nova direção de pesquisa.

No princípio, foram incluídas teses, artigos e livros produzidos por fonoaudiólogos que versam sobre a questão de pesquisa publicadas a partir do ano 2000. A busca foi realizada nas bases de dados Bireme, Lilacs e Scielo por serem acervos digitais com grande número de trabalhos do campo da ciência da saúde. Foram escolhidos os seguintes descritores: “(Saúde Mental) AND Fonoaudiologia”, “(Saúde Mental) AND linguagem”, “CAPSI AND Fonoaudiologia”, “CAPSI AND linguagem”, “(Saúde Mental) AND avaliação AND linguagem” e “CAPSI AND avaliação AND linguagem”.

A partir dos títulos encontrados, foram excluídos trabalhos que não se alinhavam ao recorte proposto. Numa segunda etapa, partindo da leitura do resumo, foram retirados os trabalhos que não abordassem a Fonoaudiologia na esfera da Saúde Mental. Com os estudos encontrados, foi possível delinear outro caminho para esta pesquisa, ampliando os objetivos inicialmente propostos.

Um aspecto de grande relevância é que nas bases de dados consultadas não foram encontrados trabalhos que tivessem como foco a questão do diagnóstico fonoaudiológico em Saúde Mental e nem nos Centros de Atenção Psicossocial, aliás, de modo geral, raros são os trabalhos que abordam a questão do diagnóstico. As produções acadêmicas na área da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental, em sua maioria, giram em torno (1) do papel do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar, (2) da formação do profissional e (3) de aspectos específicos da prática fonoaudiológica na área. Assim, buscando ampliar o escopo de minha pesquisa foi necessário escolher um novo caminho e refazer o levantamento bibliográfico buscando estudos científicos, que abordassem esses três pontos.

Foram incluídos novos trabalhos, publicados entre 2001 e 2021, encontrados em bases de dados online, visando com isso construir uma revisão narrativa que permitisse apreender o que é feito no Campo da Saúde Mental. De acordo com Cordeiro et al (2007),

A revisão da literatura narrativa ou tradicional, quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva. (CORDEIRO et al., 2007, p. 429)

Visando evitar tal “viés de seleção”, a busca nas bases de dados foi realizada com novos descritores, a saber: ‘Saúde Mental’, ‘Fonoaudiologia’, ‘Diagnóstico’, ‘Formação Profissional’ e ‘Formação Profissional em Saúde’. Após o levantamento, foram excluídos trabalhos reincidentes e aqueles que abordavam a Fonoaudiologia nas demais áreas que não saúde pública e mental.

Após avaliação detalhada destes estudos, compuseram essa amostra os artigos expostos no quadro síntese abaixo.

Título	Estudo	Ano	Autor
Saúde Mental e Fonoaudiologia: uma experiência interdisciplinar em uma clínica-escola	Discutir o trabalho fonoaudiológico e o processo de formação em equipe multidisciplinar na área Saúde Mental numa clínica-escola.	2008	OLIVEIRA, BAPTISTA e DOMENES
Escuta Clínica, Equipe de Saúde Mental e Fonoaudiologia: experiência em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij)	Identificar a percepção da equipe sobre escuta clínica e a função da Fonoaudiologia na equipe e no cuidado, num Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSij)	2020a	BARBOSA et al.
Fonoaudiologia e escuta clínica em uma equipe de Saúde Mental: percepção de pais de crianças com transtorno do espectro autista	Analisar no discurso parental de crianças com autismo os efeitos escuta clínica sobre o trabalho fonoaudiológico.	2020b	BARBOSA et al.
Papel del fonoaudiólogo e el área de Saludo Mental: una experiencia profesional en el hospital militar central	Descrever o papel do fonoaudiólogo na área da Saúde Mental num Hospital Militar Central.	2009	RAMÍREZ e MATIZ
Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia	Descrever o comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial.	2014	SANTOS et al.
A efetividade da intervenção fonoaudiológica grupal no comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia	Discutir a efetividade da intervenção fonoaudiológica em grupo com paciente com diagnóstico de esquizofrenia.	2021	SANTOS et al

Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico	Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de crianças incluídas no espectro autístico.	2009	BARBOSA e FERNANDES
Qualidade de vida em irmãos de crianças incluídas no espectro do autismo	Avaliar a qualidade de vida de irmãos de crianças incluídas no espectro autístico.	2013	VIEIRA e FERNANDES
Correlação entre a oralidade de crianças com distúrbios do espectro do autismo e o nível de estresse de seus pais	Investigar o nível de estresse de pais de crianças com autismo e verificar a associação da ausência de oralidade na comunicação dos filhos	2016	SEGEREN, L e FERNANDES
A Fonoaudiologia entre a objetividade e subjetividade: atuação em uma Enfermaria de Saúde Mental	Analisar os desafios do trabalho fonoaudiológico no campo da Saúde Mental.	2020	HESSEL, M.
Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	Refletir sobre os processos de trabalho da Fonoaudiologia em Saúde Mental.	2014	ARCE, V.
Formação acadêmico-profissional dos docentes fonoaudiólogos do estado da Bahia	Analisar a formação do corpo docente graduado em Fonoaudiologia.	2012	DE NARDI, CARDOSO e ARAÚJO
Formação profissional em Fonoaudiologia: o relato de experiência de uma estudante no Programa de Educação pelo Trabalho? PetSaúde? Saúde Mental	Analisar a contribuição do Programa de Educação pelo Trabalho-PetSaúde à formação do fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental.	2015	TRENCHÉ et al.

Perspectiva discente sobre a formação em Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Fonoaudiologia das instituições de educação superior públicas do Nordeste brasileiro	Analisar a compreensão dos discentes sobre a formação em Saúde Coletiva no curso de Fonoaudiologia.	2021	TELLES et al.
---	---	------	---------------

Antes de proceder à apresentação do material, vale lembrar que a Fonoaudiologia ganhou maior possibilidade de inserção no campo da Saúde Mental a partir da portaria 224/92, que incluiu sua entrada nas equipes multiprofissionais. Com isso, a atuação do fonoaudiólogo deveria passar por uma reorganização, uma vez que era imperativo um afastamento da lógica biomédica, presente na formação do clínico, pois as diretrizes do SUS apontavam para um outro modelo, que ultrapassava a divisão em especialidades, e o modelo de reabilitação voltado para supressão de sintomas. Seria, então, necessário discutir qual o papel do fonoaudiólogo nos dispositivos em Saúde Mental, quais ações ele deveria desempenhar enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar e qual a formação exigida. Vejamos o que se publicou a esse respeito.

Os trabalhos acima elencados estão separados em três grupos temáticos, os quais serão expostos em sequência. Após a apresentação, será realizada uma discussão. Esclareço que se trata de uma separação que visa facilitar a leitura, uma vez que os artigos, muitas vezes, abordam mais de um dos grupos temáticos.

2.1 A Fonoaudiologia na Saúde Mental e a atuação em equipe multidisciplinar

A atuação em equipe multidisciplinar é um dos principais avanços da Reforma Psiquiátrica. A ideia central é que por meio desse cuidado ampliado o princípio de integralidade torna-se mais evidente, uma vez que o paciente passaria a ser assistido por mais especialidades. O atendimento deveria

ultrapassar a lógica biomédica, o campo da singularidade passar a ser olhado e o lado biopsicossocial ganhar escuta. Vejamos os estudos encontrados:

Oliveira, Baptista e Domenes (2008), apresentam uma experiência interdisciplinar de formação no Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário de São Camilo. Inicialmente, as autoras apontam para a complexidade envolvida na própria definição do Campo da Saúde Mental e para as múltiplas possibilidades de atendimento envolvidas nesses casos, vejamos: “Precisamos ter clareza que este termo atualmente é usado em uma infinidade de trabalhos e atendimentos. Estes, frequentemente, evidenciam uma heterogeneidade de direções de tratamento que cada instituição, ou profissional toma” (p. 244).

Elas discutem os efeitos da Reforma Psiquiátrica e destacam que esse processo levou à necessidade de “reinventar a clínica como uma construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimentos.” (idem ibidem), de acordo com as pesquisadoras é necessário privilegiar a escuta, o foco deve ser a fala do sujeito, sua posição subjetiva, em suas palavras ir ao encontro de “uma clínica que escuta e não cala.” Ainda que o trabalho verse sobre a questão da formação (voltaremos a isso na sessão 2.3), as autoras abordam a questão da relevância do trabalho multidisciplinar.

De acordo com as pesquisadoras, o trabalho interdisciplinar convoca o profissional a refletir sobre as condutas clínicas. Nessa troca entre disciplinas relações são ampliadas e estreitadas. São ampliadas, pela possibilidade de conhecer e compreender novas questões sobre um caso e pela aplicabilidade desse conhecimento em outros pacientes. (OLIVEIRA, BAPTISTA e DOMENES, 2008)

Elas assinalam que apesar dos diferentes profissionais atuarem com o mesmo paciente, o olhar de cada profissional é marcado por sua especialidade, por seu discurso e por sua visada particular. Nesse trabalho terapêutico há pontos de intersecção, dado que os profissionais seguem em uma mesma direção, mas elas advertem que não se trata de olhares complementares. O olhar do fonoaudiólogo não complementar o olhar de outro profissional da equipe, seja ele o médico, a psicóloga ou a terapeuta ocupacional. Para a atuação em conjunto, é proposto o reconhecimento e delineamento de cada especialidade.

Elas afirmam, ainda, que sem esse passo não seria possível a articulação com as outras áreas. (OLIVEIRA, BAPTISTA e DOMENES, 2008)

Desse modo, elas concluem, que é possível afirmar que a potência do trabalho multiprofissional é visível, sendo ele uma das grandes mudanças na passagem do modelo asilar para o modelo biopsicossocial. O diálogo entre a equipe traz congruência entre as ações em saúde e o trabalho integrado potencializa os processos.

Da minha leitura, restam as seguintes questões: qual o ponto de contribuição de cada especialidade, como elas se articulam? Qual a contribuição da Fonoaudiologia para as equipes em Saúde Mental? Voltarei a isso na análise do conjunto dos trabalhos.

Na mesma direção, Barbosa et al. (2020a) realizaram um estudo que teve como objetivo identificar a percepção da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) sobre a percepção da escuta clínica, visando especificar a função da Fonoaudiologia.

Para eles, colocar em discussão o pertencimento da Fonoaudiologia na área da Saúde Mental, implica, entre outras coisas, refletir sobre as concepções de clínica, de linguagem e de sujeito de modo a fundamentar e organizar propostas práticas nos diversos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (BARBOSA et al., 2020a)

Ampliar o espaço da Fonoaudiologia na Saúde Mental, depende de um movimento de distanciamento dos pressupostos que determinaram a constituição da área. O trabalho deve ser pensado de modo a ir além da reabilitação dos transtornos e sintomas na fala, audição, voz e motricidade orofacial, e ser estruturado a partir das relações estabelecidas nas equipes e pautado nas diretrizes da clínica ampliada. Para isso, são necessárias outras estratégias clínicas e outros compartilhamentos entre os saberes. (BARBOSA et al., 2020a) De acordo com os autores, a Fonoaudiologia é convidada a romper com a dicotomia entre a reabilitação dos distúrbios da comunicação e atenção psicossocial, e a considerar a linguagem enquanto um espaço comum com as demais especialidades, ainda que cada uma a aborde de maneira distinta, de acordo com sua disciplina específica.

Os autores destacam a centralidade da noção de escuta, que é assim apresentada:

A escuta, na perspectiva da Clínica Ampliada, está definida pela investigação das razões pelas quais houve o adoecimento dos usuários e como estes se sentem e agem em relação aos sintomas e ao sofrimento, para compreender a doença e se (co)responsabilizar pela produção de sua saúde no processo de cuidado ⁽¹⁾. (BARBOSA et al., 2020a, p:2)

O conceito de acordo com os pesquisadores, aproxima-se do sentido que lhe confere a psicanálise. Aspecto que pretendo problematizar na discussão dos trabalhos.

A pesquisa estruturada por Barbosa et al. (2020a) é participativa e aconteceu em quatro encontros com a equipe multiprofissional. Foram realizados grupos de discussão com técnicas facilitadoras como *World Café* – café colaborativo, no qual um ambiente é criado com a finalidade de proporcionar um espaço convidativo para o diálogo. A segunda técnica foi aquela denominada aquário, que consiste num método para gerenciar uma discussão por meio de um formato com as cadeiras que delimitam o espaço de debate e que troquem com o outro o seu lugar de fala e passem a ocupar outros lugares de ouvintes e falantes. Foram realizadas perguntas acerca da noção de escuta e os dados foram categorizados.

Inicialmente, as questões foram voltadas para circunscrever o sentido de escuta para a equipe, a saber: O que é escuta; Há escuta de usuários e familiares no trabalho da equipe? Quem escuta? O que se escuta? Como se escuta; A escuta produz efeitos concretos no cuidado aos usuários e seus familiares; A escuta produz efeitos nos profissionais e na equipe; Há uma estruturação da escuta pela equipe?

Em seguida, foram colocadas em discussão questões relativas à especificidade da Fonoaudiologia, são elas: O que a Fonoaudiologia tem a ver com ativação da escuta da/na equipe? Você percebe alguma contribuição da Fonoaudiologia no processo de trabalho e no modo de escutar o usuário e seus familiares no CAPSij?

De acordo com a percepção da equipe, os sentidos de escuta variaram, o que determinou a necessidade de discussões mais amplas para alinhar as práticas terapêuticas. A equipe definiu a escuta como abertura para o outro e a significação do material que o outro traz, é ainda neste campo que os afetos circulam e os efeitos terapêuticos são produzidos e a dinâmica transferencial acontece. (BARBOSA et al., 2020a). Em relação ao trabalho, esta equipe aponta como facilitador, a articulação de saberes do grupo multiprofissional, e reconhece como dificultador, as tensões que surgem entre eles. Entendem que o trabalho perderia a qualidade sem a escuta. (BARBOSA et al., 2020a)

Foram pontuadas pela equipe as seguintes contribuições do fonoaudiólogo: (1) mediar questões comunicativas, (2) orientar, com bases em seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, quais os melhores caminhos de cuidado ao usuário e (3) oferecer escuta às questões da linguagem na Saúde Mental. No modo de contribuir com a escuta, a Fonoaudiologia foi vista pela equipe como um dos núcleos disciplinares que vai auxiliar com o refinamento técnico deste campo. Desta forma, este profissional é percebido como contribuinte ativo no modo de se produzir o cuidado ao usuário na escuta, nas práticas terapêuticas, no suporte técnico, nas articulações setoriais e nas discussões em rede. (BARBOSA et al., 2020a)

A escuta do fonoaudiólogo é diferenciada pela equipe, por considerar e agregar o olhar para a linguagem, considerando os aspectos orgânicos e funcionais. (BARBOSA et al., 2020a)

Nas práticas construídas na pesquisa, foi possível observar que há reconhecimento das contribuições da Fonoaudiologia. Para a equipe, ela possibilita um olhar ampliado ao desenvolvimento e necessidades do usuário. Entretanto, os autores colocam em destaque: há uma “certa insistência na dicotomia entre orgânico e psíquico, o que tende a colocar o orgânico relativamente fora do alcance da escuta da equipe, sendo a especificidade da Fonoaudiologia uma espécie de articulador”. De acordo com os pesquisadores a separação entre corpo e psiquismo permanece como dilema que está “na base disciplinar da formação dos profissionais da saúde permanecem nos desafiando”.

Nessa perspectiva, também colocando a escuta em destaque, Barbosa et al. (2020b) realizaram um estudo, cujo objetivo é identificar a percepção de pais de crianças com autismo sobre o trabalho fonoaudiológico na equipe multiprofissional dos CAPSi. Para isso se fez necessária a construção de um estudo de natureza descritiva e abordagem participativa.

Foram inclusos pais de crianças que estivessem em atendimento fonoaudiológico desde 2014 até o momento do estudo, nas modalidades individuais e grupais. Buscaram-se os pais que possuíssem mais vivência com o serviço e após a seleção restaram 9 pais, que participaram dos dois encontros propostos. Todos os participantes caracterizavam-se por pertencer a camadas de baixa renda. Não foi necessário ampliar a caracterização dos sujeitos uma vez que o objetivo do estudo é discutir a partir do discurso parental, o trabalho que lhes é ofertado. (BARBOSA et al., 2020b)

Foi estruturado então o grupo focal, o qual contou com estratégias metodológicas auxiliares, que tinham como objetivo ampliar a construção de reflexões, mudanças e conhecimentos. O grupo foi orientado por questões voltadas para o entendimento que os usuários tinham sobre o trabalho da equipe: Vocês sabiam que são atendidos por equipe? Vocês sabiam que a equipe discute os casos, as terapias, estratégias e encaminhamentos? No trabalho em equipe, o que para vocês funciona bem?

Em uma segunda etapa, as questões estavam ligadas à percepção acerca das especialidades: Vocês conseguem distinguir os trabalhos dos profissionais da equipe: médico, psicólogo, fonoaudiólogo e outros? Vocês acham que a Fonoaudiologia entende as necessidades de vocês e de seus filhos? Se sim, o trabalho do fonoaudiólogo faz alguma diferença?

De acordo com os resultados da pesquisa, os pais apresentaram queixas sobre a dificuldade de seus filhos em se comunicar e interagir, assim, conseqüentemente, solicitaram intervenção do fonoaudiólogo. A percepção dos pais sobre o cuidado da equipe é a de um trabalho fundamental desde o processo do diagnóstico de TEA, como suporte e acolhimento. Sobre a atuação em equipe, os pais identificaram que há discussões de caso e condutas clínicas intersetoriais e reconheceram ainda o diferencial de cada especialidade. Em

suas concepções, o trabalho fonoaudiológico tem papel de centralidade e destaque, o que pode estar relacionado diretamente com o fato de que as principais queixas estão relacionadas às questões da comunicação. (BARBOSA et al., 2020b)

Os pais ainda relatam a importância da orientação fonoaudiológica para além da especificidade dos sintomas da criança considerando, também, as relações nas quais ela está inserida, bem como, suas necessidades. O fonoaudiólogo tem papel importante na mudança do olhar dos pais sobre a criança que por vezes não participa de um diálogo. (BARBOSA et al., 2020b)

A atuação em equipe foi percebida pelos pais como promotora de vínculos, aprendizados e melhorias, dando suporte para o enfrentamento que o Transtorno do Espectro Autístico impõe. (BARBOSA et al., 2020b)

A família tem um papel muito importante no processo terapêutico, as orientações familiares têm grandes implicações sociais, uma vez que os pais se tornam agentes multiplicadores. Então, é imprescindível que o trabalho fonoaudiológico tenha os pais como coautores, provocando e fornecendo caminhos para a mudança do olhar destes. (BARBOSA et al., 2020b)

Conclui-se no estudo, que os efeitos da escuta ofertados pela equipe colaboram com o desenvolvimento do usuário e com o processo de cuidado. A atuação na Saúde Mental faz com que as disciplinas interajam e nessas relações enriqueçam. A produção do cuidado em equipe e a escuta clínica são processos coletivos e ampliam a possibilidade de resolução das questões de doença com o usuário ativo em seu processo. (BARBOSA et al., 2020b)

2.2 A atuação fonoaudiológica em Saúde Mental

Passo agora para os trabalhos que explicitam o trabalho da Fonoaudiologia na Saúde Mental. Estes artigos apontam para uma atuação voltada para práticas humanizadas e ampliadas.

Começo com o trabalho de Ramirez e Matiz (2009) que discute o papel do fonoaudiólogo no âmbito da Saúde Mental, a partir de uma experiência em um hospital militar na área da Saúde Mental. Os autores puderam, a partir de observações, entrevistas e revisões documentais, analisar o trabalho destes profissionais no serviço.

Segundo os autores, o fonoaudiólogo deverá junto aos usuários com questões de Saúde Mental: (1) promover e manter uma comunicação funcional, (2) reabilitar os aspectos comunicativos e cognitivos permitindo a integração social, acadêmica, profissional e familiar, (3) reduzir os impactos sociais provenientes das questões patológicas, (4) criar uma relação empática que auxilie no desenvolvimento e (5) oferecer um serviço de alta qualidade.

Em sequência são elencados objetivos específicos para a atuação junto a pacientes com questões de Saúde Mental, são eles: (1) realizar ações de detecção, avaliação, intervenção e aconselhamentos, (2) trabalhar com intenção comunicativa, (3) trabalhar com processos cognitivos e comunicativos, (4) incidir e modificar comportamentos anormais, (5) orientar e criar práticas educativas sobre a função da saúde comunicativa, (6) ampliar a comunicação do usuário, (7) orientar e promover estratégias de comunicação aos familiares e cuidadores para estimular o processo de estimulação, (8) apoiar processos terapêuticos multidisciplinares, (9) ampliar as possibilidades de interação e comunicação, (10) atuar e aplicar seus conhecimentos, independente de questões individuais e (11) responder as necessidades socioculturais. (RAMIREZ e MATIZ, 2009)

Os autores descrevem os conhecimentos e as habilidades necessárias para a atuação do fonoaudiólogo na Saúde Mental. Definiu-se conhecimento enquanto teorias que sustentam a atuação profissional. O fonoaudiólogo deverá dominar conhecimentos sobre a cognição, linguagem, comunicação, transtornos cognitivos-comunicativos, métodos clínicos de avaliação e intervenção e sobre os princípios para colaborar com a educação, defesa e pesquisa. (RAMIREZ e MATIZ, 2009)

As habilidades, definidas pelos autores, serão de: detecção, avaliação, intervenção, colaboração e gerenciamento de casos, prevenção, promoção e educação. E, então, a partir dos conhecimentos e habilidades são estruturadas

as seguintes atribuições: (1) identificar as pessoas em vulnerabilidade, (2) avaliar pontos no desenvolvimento, (3) emitir diagnóstico, (4) definir e aplicar programas de intervenção, (5) definir os meios mais adequados de acordo com o perfil do paciente, (6) criar meios de reforço para os familiares e cuidadores aumentarem os resultados e melhorar o ambiente comunicativo, (7) orientar o meio social no qual o paciente está inserido, (8) trabalhar com a prevenção, (9) participar de reuniões multidisciplinares, (10) realizar a evolução no prontuário médico, (11) emitir relatórios e se comunicar com a equipe e (12) realizar atividades administrativas que cada instituição exija. (RAMIREZ e MATIZ, 2009)

O fonoaudiólogo como participante na mudança do modelo de atenção de saúde hospitalocêntrico, passa a compor e enriquecer as equipes multidisciplinares, estabelecendo maior conexão com o sistema de saúde, participando e criando ações mais eficientes voltadas às patologias na comunicação humana. (RAMIREZ e MATIZ, 2009)

Seguindo esta linha de trabalhos, voltados para a atuação fonoaudiológica temos o estudo de Santos et al. (2014). Os autores analisaram o perfil comunicativo de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia em reabilitação psicossocial em um Núcleo de Saúde Mental no interior de São Paulo. De acordo com os autores, a esquizofrenia é um quadro de transtorno mental, no qual há uma série de disfunções cognitivas, emocionais, perceptuais, emocionais, comportamentais, afetivas e comunicativas. (SANTOS et al., 2014)

Poucos são os estudos epidemiológicos sobre as dificuldades de comunicação na área de Saúde Mental. Porém há evidências da correlação entre transtornos mentais e alterações linguísticas, de cognição ou de linguagem. (SANTOS et al., 2014)

A avaliação das alterações da comunicação nos casos de esquizofrenia é considerada importante, pois, segundo os pesquisadores, nesses casos “a dinâmica comunicativa do sujeito decorre de interações com o outro e da experiência social vinculada pela linguagem, pois o relacionamento interpessoal está intimamente ligado aos processos de comunicação”. (SANTOS et al. 2014, p:1285) E, de acordo com eles, a comunicação é um dos aspectos mais prejudicados nos casos de esquizofrenia, assim, “o tratamento psiquiátrico deve

ter como objetivo central o restabelecimento da comunicação efetiva. Nesse cenário, emerge a importância da comunicação na manutenção da vida em sociedade para os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia". (SANTOS et al., 2014, p:1285). No estudo em questão, o fonoaudiólogo comparece para empreender uma descrição das alterações comunicativas apresentadas pelos pacientes.

Esse estudo teve como meta avaliar o perfil comunicativo de pacientes com quadros de esquizofrenia, buscando contribuir para o direcionamento para a ação da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental. Participaram dessa pesquisa 50 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia, homens e mulheres, de 19 a 75 anos, usuários de um Núcleo de Saúde Mental (NSM) do interior de São Paulo. (SANTOS et al., 2014)

Inicialmente, a busca foi realizada por meio dos prontuários, a fim de se verificar os diagnósticos, totalizando 231 usuários, numa segunda etapa foi realizada uma avaliação médica, após a consulta foi feito o convite para a participação e a explicação sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Dado o aceite, foi executada uma avaliação com a Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC, versão do Protocolo MEC adaptado ao português brasileiro, que tem como objetivo avaliar quatro processos: comunicativo-discursivo, pragmático, léxico-semântico e prosódico. (SANTOS et al., 2014)

Na análise dos dados foi possível avaliar comportamentos desviantes na conversação em 84% da população investigada. Na habilidade de interpretação de conteúdos não literais, 62% dos usuários apresentaram escores abaixo das médias, indicando dificuldades de compreensão de linguagem figurada. Apresentaram dificuldades em evocar palavras 58% dos participantes. Em relação a percepção da entonação e padrões linguísticos, 42% dos usuários tiveram dificuldades de identificar, esse desempenho foi semelhante ao encontrado na avaliação da prosódia, 38% dos participantes apresentaram dificuldade em reproduzir padrões de entonação linguística. (SANTOS et al., 2014)

Nas habilidades de reconto, 72% dos participantes tiveram dificuldades em armazenar, compreender e produzir o discurso narrativo e sintetizar informações. Em relação a compreensão de texto, 62% apresentaram dificuldade em compreender e armazenar informações. Na avaliação de evocação lexical, 60% dos usuários tiveram dificuldades em evocar palavras, já com o critério semântico, essa porcentagem aumenta, sendo 90% o número de usuários com dificuldade de evocar palavras com restrições, nesse caso, a partir de um critério semântico. (SANTOS et al., 2014)

A percepção de identificação de emoção a partir de padrões de entonação, foi uma área na qual 44% dos participantes demonstraram dificuldades, e 58% tiveram dificuldade em reproduzir esses padrões. Para produzir textos orais em contextos afetivos 68% dos usuários tiveram dificuldades. (SANTOS et al., 2014)

Uma taxa de 88% dos participantes apresentou dificuldades em compreender e interpretar atos de fala pelo contexto. No quesito de julgamento semântico, 58% dos usuários tiveram dificuldades em fazer relações semânticas e 48% em identificar as relações e explicá-las. Com base nos resultados apresentados, é possível constatar que o comportamento comunicativo dos indivíduos com esquizofrenia é desviante em todos os quesitos da linguagem avaliada por este estudo. A pragmática e o discurso foram os aspectos mais prejudicados, relacionado com as alterações de cognição e pensamento, expressões emocionais e relações sociais presentes nesse quadro. (SANTOS et al., 2014)

Sendo assim, o fonoaudiólogo pode contribuir no atendimento e na construção de programas de intervenção para indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia juntamente a uma equipe multidisciplinar. Os autores expõem a escassez de trabalhos sobre as características do comportamento comunicativo de indivíduos com comprometimentos de Saúde Mental e relacionam essa questão à baixa inserção do fonoaudiólogo nessa área do conhecimento. Observam ainda, a baixa produção da Fonoaudiologia sobre o trabalho com grupos nessa perspectiva e indicam uma tendência para futuros estudos. (SANTOS et al., 2014)

Em 2021, Santos et al. deram sequência a essa pesquisa e estruturaram um estudo com objetivo de avaliar a potência da intervenção fonoaudiológica grupal no comportamento comunicativo em usuários com diagnósticos de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial III no interior do Estado de São Paulo.

De acordo com os autores, o fonoaudiólogo pode, por meio da sua atuação, estimular e favorecer condições que facilitem a reinserção social das pessoas no contexto da Saúde Mental. Esse profissional pode ainda, em oficinas e ou grupos promover a comunicação oral ou escrita, no entanto, a falta de conhecimento sobre a amplitude da Saúde Mental pode levar ao profissional a realizar atendimentos de modelos tradicionais. (SANTOS et al., 2021)

Os autores compuseram a amostra excluindo pacientes com alterações neurológicas associadas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pacientes passaram por uma avaliação da comunicação realizada com a bateria Montreal de Avaliação da Comunicação Breve – MAC B, que examina os seguintes processos comunicativos: léxico-semântico, prosódico, pragmático e discursivo. Esses processamentos são avaliados em 10 subtestes. Após a primeira avaliação, que durou aproximadamente 40 minutos, foi iniciada a intervenção fonoaudiológica grupal, com 14 integrantes. Formou-se o Grupo de Intervenção Fonoaudiológica (GIF), o Grupo Experimental (GE). (SANTOS et al., 2021)

Formaram o Grupo Controle (GC), os pacientes que iniciaram o processo avaliativo, mas que não começaram o processo de intervenção, e ao final do programa realizaram a reavaliação. No GIF foram estimulados processos linguísticos avaliados anteriormente na avaliação por meio de narração de história, jogos de relação semântica, canto, dramatização de cenas, jogos de metáforas, fala indireta e evocação lexical. (SANTOS et al., 2021)

O Programa foi dividido em etapas, inicialmente o foco foi o estabelecimento de vínculo e a pactuação do projeto, em sequência a estimulação do discurso espontâneo, atenção e concentração, num terceiro momento o trabalho foi voltado para o discurso narrativo, na quarta fase o trabalho foi realizado com o foco no campo lexical e categorias semânticas, na

quinta fase foi realizada estimulação de compreensão e produção da prosódia emocional e linguística, na etapa de número seis foi realizado um trabalho com foco na promoção da linguagem no campo pragmático, no sétimo trabalhou-se o desenvolvimento de leitura e escrita e na última etapa a revisão dos conceitos e avaliação geral do grupo. (SANTOS et al., 2021)

Foram realizados dois encontros semanais por doze semanas, após os vinte e quatro encontros, os participantes de ambos os grupos, GE e GC, foram reavaliados com o mesmo instrumento da avaliação inicial. Foi possível avaliar que o GE teve escore maior nos aspectos comunicativos do que o GC após a intervenção. Se destacaram em todos os âmbitos com exceção da escrita, uma vez que não houve diferença de média de escore no processo de reavaliação desse domínio. Possivelmente, o período de intervenção para essa tarefa necessitasse ser ampliado para se obter melhores resultados de aprendizagem. Evidenciou-se melhora no discurso, na pragmática e, grande desenvolvimento, da prosódia emocional. Possibilitando as expressões das emoções por meio de entonação emocional. (SANTOS et al., 2021)

A constância aos atendimentos foi um dos desafios na participação da pesquisa. A dificuldade em participar de novas atividades pode exigir um trabalho mais dirigido, e o fonoaudiólogo, deve considerar as necessidades dos casos individualmente, para dessa forma, ampliar o cuidado. (SANTOS et al., 2021)

De acordo com as autoras, Santos et al. (2021), a Fonoaudiologia pode contribuir significativamente para a produção de práticas terapêuticas na formulação de programas de intervenção e para o atendimento em Saúde Mental. Há poucos estudos da Fonoaudiologia dedicados a essa área, o que mostra uma necessidade da presença deste profissional neste campo contribuindo no cuidado destes indivíduos.

Em sequência apresento o artigo “Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico” de Barbosa e Fernandes (2009). Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de crianças dentro do Espectro do Transtorno Autístico e observar se há influências sociais e de aspectos demográficos em relação a qualidade de vida desses profissionais.

É notório que a presença de crianças com questões de Saúde Mental ou cognitivas abalam o círculo social no qual elas estão inseridas. Há uma mudança na forma dessa família operar, o conhecimento que lhe era entregue por familiares próximos não é suficiente na presença de uma criança com tantas especificidades em seu tratamento. As autoras dizem que os sintomas do distúrbio do desenvolvimento elevam os níveis de estresse entre os familiares, as relações sociais da família se reduzem e, com certa frequência, elas passam a ocupar um espaço menor dos que desfrutavam socialmente. (BARBOSA e FERNANDES, 2009)

Há um número restrito de estudos sobre a qualidade de vida dos familiares. Os pais de crianças com autismo, relatam estresse relacionado a dificuldade de comunicação das crianças, do comportamento, do isolamento social e pela dificuldade de entendimento e aceitação do comportamento por parte da comunidade. (BARBOSA e FERNANDES, 2009)

De acordo com as autoras, o nível de estresse vai variar de acordo com questões específicas e pessoais de cada caso. Os aspectos socioeconômicos, suportes sociais e as características pessoais moderaram esses níveis. (BARBOSA e FERNANDES, 2009)

A fim de avaliar a qualidade de vida dos pais foi estruturado pela Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida com cem itens. No entanto, a necessidade de um instrumento de maior aplicabilidade em um menor tempo ocasionou na elaboração do WHOQOL-bref, com vinte e seis questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. (BARBOSA e FERNANDES, 2009)

Esse instrumento foi aplicado a pais e cuidadores de 150 crianças e adolescentes com diagnósticos dentro do espectro autístico, realizado por neurologistas e/ou psiquiatras de acordo com o DSM ou CID-10. As informações encontradas neste trabalho podem ajudar os profissionais a estabelecer ações que gerem melhorias na qualidade de vida dos pais e/ou de cuidadores. (BARBOSA e FERNANDES, 2009)

A conclusão do estudo de Barbosa e Fernandes (2009) foi de que a única variável que mostrou correlação significativa foi a de aspectos sociodemográficos, em específico o domínio de Meio Ambiente que engloba questões sobre lazer, acesso aos serviços de saúde, ao transporte e a moradia.

As pesquisadoras levantam a suposição de que os espaços pelos quais os pais e cuidadores circulam, interagem diretamente com os níveis de estresse, uma vez que será nesses lugares os momentos sociais nos quais os pais irão se relacionar além dos filhos. (BARBOSA e FERNANDES, 2009)

Deve-se considerar, desde o acolhimento a influência do ambiente na relação das crianças com seus cuidadores. Os espaços os quais a família ocupa, os lugares por onde circulam influenciam na relação da criança com o outro. Pensando nessas questões, o CAPSi pode acolher esses pais, voltando-se para além das questões estritamente relacionadas as crianças, mas também como cuidadores e indivíduos que estabelecem outras relações e que possuem um passado de atividades que, muitas vezes, são barradas pela criança e sua patologia. É pensar além da qualidade de comunicação, é pensar também na qualidade do espaço no qual ela está inserida.

Também voltado para a qualidade de vida, o trabalho de Vieira e Fernandes (2013) é voltado para os irmãos de crianças incluídas no espectro do autismo. O artigo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos irmãos mais velhos por meio de um questionário, o WHOQOL-A. Qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre aspectos da sua vida. E está diretamente relacionada com objetivos, expectativas e preocupações.

Foram selecionadas setenta e sete crianças autistas, destes, 52 possuem irmãos e o restante são filhos únicos. Após os critérios de exclusão, 21 sujeitos responderam ao questionário WHOQOL-abreviado. Este estudo partiu da hipótese inicial da diminuição da qualidade de vida de irmãos de crianças com autismo. (VIEIRA e FERNANDES, 2013)

A partir deste estudo, as autoras relacionam que a predominância de irmãos mais velhos se dá pela dificuldade de se criar filhos autistas, o que leva os pais a deixarem de ter outros filhos devido a demanda de cuidados. Os resultados não confirmaram a hipótese inicial, os irmãos não relataram qualidade

de vida prejudicada de forma significativa. Concluiu-se ainda, que as características individuais, as estratégias de enfrentamento e o suporte recebido influenciam diretamente na percepção da qualidade de vida. (VIEIRA e FERNANDES, 2013)

O suporte familiar da criança com questões de Saúde Mental, nesse contexto, as com Transtorno do Espectro Autista, se estende a família, uma vez que as ações de cuidado influenciam com o funcionamento dessa estrutura. Ainda que haja poucos estudos relativos ao tema e que não haja resultados que comprovem o impacto na qualidade de vida dos irmãos destas crianças, o fonoaudiólogo pode constituir junto a eles práticas de cuidado, não apenas como agentes multiplicadores, mas como promotores de saúde.

Já Segeren e Fernandes (2016) investigaram a correlação do nível de estresse de pais de crianças com autismo e a ausência de oralidade nestes casos. Por meio de uma amostra de 175 sujeitos, divididos em 3 grupos: (1) 33 pais de crianças incluídas no Transtorno do Espectro Autístico que não possuem comunicação verbal; (2) 42 crianças incluídas no Transtorno do Espectro Autístico com comunicação verbal; (3) pais de 100 crianças que não tinham queixas em relação ao desenvolvimento dos seus filhos, sendo esse o grupo controle.

Sendo a comunicação um dos aspectos, comumente, mais afetados nos quadros do transtorno referido nesse estudo, é também uma das primeiras preocupações dos pais. Alterações nessa área acarretam dificuldades de relacionamento com o outro, uma vez que é necessário perceber, entender e aceitar a interação. Esse estudo então, teve como objetivo avaliar se os pais de crianças com abalos na comunicação, em função de um quadro de autismo, possuem níveis de estresse mais elevados. (SEGEREN E FERNANDES, 2016)

Segeren e Fernandes (2016), formaram grupos a partir de critérios específicos de inclusão, para o primeiro e segundo grupo de crianças autistas, foi necessário um laudo médico com o diagnóstico incluído no espectro autista e estar em acompanhamento fonoaudiológico. Estes dois grupos foram separados, a partir da percepção dos pais, a respeito da comunicação de seus filhos, ter ou não comunicação oral. No início do questionário havia uma pergunta

em relação a comunicação, na qual os pais precisavam responder se consideravam que o filho tinha ou não comunicação oral. Os pais do terceiro grupo, o de controle, não deveriam ter nenhuma questão relacionada ao desenvolvimento dos seus filhos. A faixa etária não foi um critério de inclusão dos primeiros grupos, mas foi determinada uma faixa etária específica para o terceiro grupo, visando que eles estivessem em uma fase mais estável, em que as marcas do desenvolvimento de seus filhos estivessem mais estabilizadas e que não houvesse elementos relacionados a adolescência.

O questionário foi elaborado pelas autoras e conta com 29 perguntas divididas em três domínios, 13 questões sobre família, 12 questões sobre sintomas físicos e 14 questões sobre a comunicação com as crianças. Essas questões foram elaboradas com uma linguagem simples, para minimizar a necessidade de mais esclarecimentos. (SEGEREN e FERNANDES, 2016)

Segundo Segeren e Fernandes (2016), o estudo mostra que grande parte dos participantes deixaram de trabalhar para cuidar de seus filhos, 55% dos cuidadores das crianças do grupo 1 e 2 se declaram do lar, não exercendo alguma atividade remunerada. Evidenciando assim uma restrição nos círculos sociais.

Foi possível avaliar, com a pesquisa, que os pais com filhos autistas com comunicação oral e os pais de crianças com autismo e sem comunicação oral, não apresentaram grandes diferenças no nível de estresse, uma vez que ambos apresentaram nível médio. O ponto de diferença significativa foi a quantidade de pais de crianças autistas em alto nível de estresse em relação a todos os grupos presentes. (SEGEREN e FERNANDES, 2016)

As autoras falam sobre uma limitação entre a análise de estresse ligado a idade, números de filhos, nível de escolaridade dos pais e situação econômica, mas devido ao número da amostra ser reduzido não é suficiente para tal análise.

A conclusão a que elas chegam é que o nível de estresse não é influenciado pela ausência da oralidade, observaram, também, que maioria dos pais de crianças com autismo apresentou médio nível de estresse, bem como os pais de crianças que não tinham queixas relativas ao desenvolvimento dos filhos. Apesar dos resultados semelhantes de nível de estresse, “os dois grupos se

diferenciaram na quantidade de pais de crianças com TEA que se encontraram com alto nível de estresse, mostrando diferença significativa entre eles”. (SEGEREN E FERNANDES, 2016, p.6), o que determina a necessidade de um trabalho diretivo para esses pais, além das ações de cuidado com as crianças. O olhar do profissional-deverá ser direcionado não apenas para a criança, mas para o seu contexto global. Sua atuação deverá se dar por meio do acolhimento e escuta qualificada.

Hessel (2020) analisa em seu estudo os desafios da atuação da Fonoaudiologia em Saúde Mental, a partir de um levantamento bibliográfico e de um relato sobre a experiência da inserção do fonoaudiólogo em uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral (HG).

Ela assinala que a Fonoaudiologia foi inserida nas políticas públicas entre as décadas de 70 e 80, de início na educação, expandindo em sequência para a saúde e assistência social. O número de profissionais era pequeno, seus trabalhos reduzidos e sem integração, voltados para a estrutura ambulatorial, respondendo a formação reabilitadora destes profissionais. (HESSEL, 2020)

Com o surgimento do SUS e dos concursos públicos, os fonoaudiólogos passam a ocupar cargos sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). A forma de atendimento não se alterou, continuou semelhante aos atendimentos individuais e de reabilitação, direcionado a infância e adolescência. À proporção que os serviços públicos de saúde se expandiam, assim como os direitos dos usuários, a atuação do fonoaudiólogo teve de ser ampliada, reorientada. (HESSEL, 2020)

A Fonoaudiologia foi inserida efetivamente na Saúde Mental, por volta do início dos anos noventa, por meio da diretriz que institucionaliza as equipes multiprofissionais neste campo. Um novo cenário em Saúde Mental se estrutura, no qual o trabalho interdisciplinar é destacado e por meio dele se possibilita construir o serviço neste campo no Brasil. (HESSEL, 2020)

Há, a partir de 2011, uma intensificação na implantação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se volta para a integralidade do cuidado, qualificação e fortalecimento dos princípios do SUS. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), deriva dessa implantação e traz, dentre outros, os Leitos

de Saúde Mental em Hospital Geral (LSMHG). Esses dispositivos são disponibilizados para usuários em crise que necessitem de auxílios intensivos. (HESSEL, 2020)

O trabalho de Hessel, além do levantamento bibliográfico, empreende uma reflexão acerca da atuação fonoaudiológica na Enfermaria de Saúde Mental do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP. A área de internação psiquiátrica nessa unidade foi implementada em 1986 e iniciou seus atendimentos durante o processo de desinstitucionalização de um grupo de pacientes que residiam num hospital psiquiátrico. (HESSEL, 2020)

A equipe do serviço era composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de outras áreas, residentes de Saúde Mental e psicólogos em treinamento. Todos os profissionais atuam isoladamente, formando assim um modo fragmentado de atenção. (HESSEL, 2020)

A autora apresenta dois casos, nos quais foi convocada por seus conhecimentos biológicos técnicos, mas não somente, foi também convocada a realizar o acolhimento, olhar para a singularidade dos casos e dos sujeitos. O fato de atender pacientes com questões fonoaudiológicas específicas, sem deixar de lado o sofrimento psíquico, demonstra uma forma de cuidado ampliado. (HESSEL, 2020)

Hessel (2020) afirma que há um desconhecimento da Fonoaudiologia, enquanto classe, sobre a atuação no campo da Saúde Mental. As ações especializadas da Fonoaudiologia em Saúde Mental não serão determinantes do processo terapêutico e sim incorporadas enquanto ações integradas no processo de reabilitação psicossocial. O fonoaudiólogo deverá buscar em suas especialidades ampliar e integrar o cuidado ao sujeito em seu modo de atuação junto a equipe multiprofissional, uma vez que as dimensões objetivas e subjetivas podem nessa perspectiva interagir e se interpenetrar.

A atuação fonoaudiológica é ampliada, vai além das estruturas, das ferramentas técnicas, do olhar preso ao biológico. Este profissional é convidado a acionar outros saberes, a atuar pela criança em outros pontos, trata-se de lidar com a interação desta no mundo em que está inserida. Aliando o orgânico ao

biopsicossocial o que não faz parte de sua formação que é frequentemente bastante segmentada.

Finalizo esse segmento com o trabalho de Arce (2014), que apresenta em seu artigo o desenvolvimento do trabalho fonoaudiológico em um Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal. O autor inicia seu texto dando destaque à Reforma Psiquiátrica, e afirmando sua complexidade e relevância no processo político e social, e as mudanças que levaram a transformações no modo de cuidado junto a pessoas em sofrimento psíquico. Afirmando o direito ao acesso do cuidado em Saúde Mental e buscando a superação do modo asilar psiquiátrico.

De acordo com ele, é notório o avanço operado na área de Saúde Mental após a Reforma. Com ela foi instaurado um novo direcionamento nas políticas públicas, estabelecendo o cuidado integral a pessoas com abalos psíquicos. Nessas políticas encontra-se o princípio da desinstitucionalização, o que transforma o modo de se produzir a vida, buscando reconstruir o sujeito histórico que o modelo tradicional reduziu e apagou. É com base nessas políticas que se fundam os serviços substitutivos como os CAPS, centros que representam os principais dispositivos para a organização dos serviços em Saúde Mental. (ARCE, 2014)

O estudo tem como foco o trabalho no CAPSi, centros criados especificamente para fornecer cuidados intensivos a crianças acometidas por transtornos mentais, crianças essas, que historicamente foram negligenciadas em relação a cobertura de serviços públicos. Nessas unidades são desempenhados trabalhos interdisciplinares e intersetoriais, com uma proposta focada na atuação em rede, promovendo uma ação em cuidado baseada na integralidade. (ARCE, 2014)

Essas concepções são relativamente novas e essas práticas demandam uma reorganização dos trabalhos. É um constante desafio para estes profissionais, dentre eles o fonoaudiólogo, que até então, desempenhava seu papel, essencialmente em serviços ambulatoriais e numa abordagem clínica restrita à sua patologia. Diante destas premissas, tal atuação precisa ser repensada. (ARCE, 2014)

O CAPSi relatado neste estudo está inserido como parte do projeto interno do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP). Esse dispositivo conta com as especialidades de educação física, enfermagem, Fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria, neuropediatria, nutrição, serviço social e terapia ocupacional. Todos esses profissionais se dividem em atendimentos ambulatoriais e projetos interdisciplinares. (ARCE, 2014)

A população atendida no COMPP é composta por famílias de regiões de baixo índice de desenvolvimento humano e crianças com grande defasagem escolar. Não existe restrição territorial que limite seus usuários, ampliando assim sua clientela a moradores do distrito federal e entorno. (ARCE, 2014)

Ao longo do tempo o serviço foi organizado de diversas maneiras, e um momento foram divididas equipes para faixas etárias delimitadas. Até o ano de 2007 os profissionais atuavam prioritariamente de maneira individual, o que gerava grandes filas no serviço. A porta de entrada era o psiquiatra que tinha como dever estabelecer o projeto terapêutico, o diagnóstico e primeiras condutas médicas. Como havia fila de espera não havia tempo para discussão de equipe. (ARCE, 2014)

Ações em grupo eram realizadas em momentos pontuais, funcionando assim três grupos de maneira periódica. Não eram realizadas visitas intersetoriais e reuniões com escolas e conselhos tutelares. A equipe se reunia semanalmente por cerca de duas horas e então, nesses momentos, eram discutidos apenas os casos mais graves. Desta forma, não era possível olhar para cada caso e elencar as necessidades específicas, reduzindo o tratamento as dificuldades terapêuticas específicas. (ARCE, 2014)

Nesse CAPSi a equipe de Fonoaudiologia era formada por dois profissionais que se dividiam em atender as crianças que apresentavam Transtorno Invasivo do Desenvolvimento de forma individual. O foco dos atendimentos eram crianças que apresentassem alterações de linguagem, de fala e de motricidade orofacial. As crianças que apresentassem casos mais severos, de maior comprometimento de linguagem e comportamento eram selecionadas para realizarem atendimento nas áreas de terapia ocupacional e educação física, e então, se demonstrassem questões específicas no

desenvolvimento na área linguagem, passariam com o fonoaudiólogo. (ARCE, 2014)

Desta forma, essas crianças com grandes queixas de comunicação não contavam com uma prática acolhedora, uma vez que não havia sequer orientações aos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos. Este modo da unidade operar gerava discussões entre os profissionais, pois era evidente a dificuldade e contradições do modo de se estruturar o serviço. E então, se fez necessária uma reformulação. (ARCE, 2014)

Em 2008, em parceria com a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal com a Universidade De Brasília e o Ministério da Saúde, parte da equipe realizou um curso de especialização na área da Saúde Mental, o que permitiu um aprimoramento de habilidades e competências dos profissionais, a reorganização do trabalho e a troca de experiências e construção de relações do serviço de Saúde Mental com os demais. (ARCE, 2014)

Um fonoaudiólogo, realizou essa formação e, a partir daí, passou a questionar as concepções e as práticas em Saúde Mental do serviço, o que influenciou na mudança em relação as crianças e aos profissionais e, por consequência, um novo modo de se pensar e produzir saúde. (ARCE, 2014)

Arce (2014), relata que a equipe reformulou sua prática de modo a buscar integralidade do cuidado à criança. Deste modo, os profissionais reestruturaram as ações, visando a interdisciplinaridade e o rompimento com as ações segmentadas. O serviço foi fortalecido a ação de acolhimento foi transformada em um momento de escuta qualificada. As reuniões semanais se tornaram fundamentais, nas quais, além de se criar um projeto terapêutico para cada criança, se constituíram como um espaço de educação permanente para os profissionais.

O campo do fonoaudiólogo também sofreu mudanças, os profissionais passaram a intervir em casos mais precoces, sendo o critério de admissão ao tratamento a severidade dos casos a partir de um olhar global sobre a criança. Os atendimentos em grupo se tornaram também a prioridade, sendo os individuais as exceções. Ampliou-se assim a oferta de atendimentos e a

qualidade, pois em cada grupo havia profissionais de outras áreas, ampliando o modo de cuidado. (ARCE, 2014)

Os profissionais também passaram a acompanhar as crianças durante o lanche, inaugurando assim outro espaço de avaliação e de potência terapêutica. Os pais foram inseridos no cuidado às crianças, e assim foram estruturados os grupos de pais, em que eram apresentadas as dúvidas, sugestões e este processo acabou por auxiliar na integração destas famílias com os profissionais e crianças. (ARCE, 2014)

Outras ações intersetoriais começaram a ser realizadas, semestralmente. Os professores dessas crianças eram convidados a participarem de uma reunião com os outros professores de outras crianças e com a equipe do CAPSij. O objetivo desses encontros era conhecer a realidade das escolas, orientar os professores discutir os avanços e as dificuldades e de estabelecer parcerias. (ARCE, 2014)

A Fonoaudiologia dentro dessa lógica da Saúde Mental, se realoca e passa a relacionar mais com os outros profissionais. Além disso, ocupa outros espaços que não o ambulatorial e clínico, o que possibilita ao fonoaudiólogo criar vínculo com os usuários e equipe, reafirmando a desconstrução de uma imagem profissional segmentada, setORIZADA. Caracterizando assim, um posicionamento aberto a interdisciplinaridade. (ARCE, 2014)

Essa congruência entre a atuação fonoaudiológica e a lógica do serviço, demanda uma reflexão sobre os suportes teóricos que sustentarão essa prática e é por meio da formação acadêmica que este profissional poderá transformar seu fazer. Passemos agora para os trabalhos que discutem esse processo.

2.3 Formação do fonoaudiólogo na Saúde Mental

A partir dos artigos discutidos é possível concluir que os autores convergem sobre a necessidade de uma formação diferenciada do fonoaudiólogo para atuar na Saúde Mental, formação esta que ultrapasse o foco

na especialidade voltada para patologias específicas. Os artigos abaixo contribuem para esta discussão.

De Nardi, Cardoso e Araújo (2012) analisaram a formação do corpo docente em Fonoaudiologia com a finalidade de traçar um perfil acadêmico de formação destes profissionais no Estado da Bahia. A evolução do campo da Fonoaudiologia, as necessidades na área da saúde, a atuação no SUS tem produzido diversas reflexões sobre a prática e a formação fonoaudiológica. De acordo com essas mudanças, é necessário que os cursos e seus docentes formem profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos.

A pesquisa foi realizada com 62 docentes fonoaudiólogos, por meio de um questionário que continha perguntas abertas e fechadas sobre questões acadêmicas-profissionais e específicas sobre formação acadêmica e profissional, exercício da docência e profissional e dados pessoais.

De acordo com as autoras, cada docente teve que explicitar o conteúdo curricular de sua graduação na pesquisa, e a formação demonstrou ser, sobretudo, tecnicista e especializada. Foi possível observar o pouco envolvimento educativo voltado para ações preventivas e atividades ligadas ao SUS. As atividades nessa área ocorriam apenas nas disciplinas especificamente relacionadas a Saúde Coletiva. Poucos são os docentes que, segundo o estudo, se dedicam a discutir ações preventivas, o que implica prejuízo para o SUS e programas de saúde pública, que precisa de profissionais formados a partir de suas diretrizes. Mais que isso, a ausência da Saúde Coletiva na formação acarreta diretamente no distanciamento dos estudantes da área da Saúde Mental, e ainda que o estudante opte por atuar nessa área, suas ferramentas, construídas na graduação, seguirão a lógica tecnicista, contrariando o modo de funcionamento do SUS.

A hipótese das autoras é que a maioria dos docentes teve sua formação acadêmica antes da instituição da Saúde Coletiva enquanto área da Fonoaudiologia. (DE NARDI, CARDOSO E ARAÚJO, 2012)

Nos estudos até aqui apresentados, assim como nesta dissertação, fica evidente o número reduzido de trabalhos na área da Fonoaudiologia na Saúde Mental, no artigo acima as autoras colocam em destaque um aspecto que

influencia diretamente a dificuldade de inserção do profissional no campo: a formação oferecida durante a graduação.

Outro estudo que aborda o tema em foco nesta seção é o de Trenché et al. (2015), nele é analisada a contribuição do Programa de Educação pelo Trabalho- PetSaúde do Ministério da Saúde do Brasil, para a formação do fonoaudiólogo na Saúde Mental.

Contrária a institucionalização das pessoas com transtornos mentais, a Política Nacional de Saúde Mental, instaurada pela lei 10.216/01, promove um modelo de atenção diferenciado. Tal modelo, exige transformações no modo de se produzir o cuidado e de estruturar os serviços, influenciando diretamente, nos profissionais. De acordo com as pesquisadoras o:

“descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e a implementação de modelos assistenciais consoantes aos princípios e diretrizes do SUS tem sido apontado no campo da Saúde Mental como responsável pelas dificuldades na implementação de políticas promotoras da Reforma Psiquiátrica”. (TRENCHÉ et al. 2015, p.610)

Segundo elas, quando formados na perspectiva de atenção biomédica, os profissionais têm mais dificuldades em desempenhar novos papéis e atividades a fim de atuar de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Neste modo de cuidado, a intervenção ocorre de forma ativa pela equipe multidisciplinar e não por ações individuais, dada a complexidade dos casos. As ações ultrapassam os limites da saúde, sendo necessário o diálogo com outros setores, como educação, assistência social, transporte etc. (TRENCHÉ et al. 2015)

As autoras apontam que a inserção do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossocial vem aumentando. O número de estudos sobre o papel do profissional no campo da Saúde Mental é reduzido e em sua maioria tratam sobre o serviço voltado para a infância. (TRENCHÉ et al. 2015)

Em 2011, O Ministério da Saúde juntamente a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde, criou o ProPetSaúde, articulação de outros programas: Pró-Saúde e PetSaúde. As Secretarias Municipais de Saúde junto as Instituições Superiores de Ensino formam grupos de tutoria, que promovem

na relação entre os estudantes, professores e profissionais da área, um trabalho de qualificação na formação na área da saúde. (TRENCHÉ et al. 2015)

O artigo em questão relata a experiência de uma graduanda em Fonoaudiologia pela PUC-SP, participante do programa PetSaúde no ProPetSaúde.

O PetSaúde, é uma das estratégias do Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde III) e foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº421, de 03 de março de 2010. Sua ideologia é a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade. (TRENCHÉ et al. 2015)

O PróPetSaúde III, organizado por professores da PUC-SP, possuiu 9 objetivos: (1) Identificar a ocorrência de casos e analisar o acesso dos casos a rede de saúde; (2) Identificar as organizações terapêuticas dos usuários já inseridos no cuidado em Saúde Mental; (3) Caracterizar risco de vulnerabilidade; (4) Identificar, apoiar e organizar ações já realizadas junto aos profissionais e desenvolver projetos de prevenção; (5) Contribuir com a integração da rede de Saúde Mental e atuar contra as ações setorializadas e fragmentadas no território; (6) Trabalhar metodologias de escuta para qualificar a atuação da saúde da família nos casos de Saúde Mental; (7) Organizar materiais de monitoramento e avaliações dos serviços; (8) Construir na universidade discussões que favoreçam uma troca de saberes relativa a Saúde Mental; (9) Qualificar a formação dos estudantes em Saúde Mental, por meio da experiência por inserção no campo, estudos e pesquisa, de acordo com os princípios do SUS e Reforma Psiquiátrica. (TRENCHÉ et al. 2015)

Foram 24 estudantes e 12 preceptores trabalhadores do serviço, dois tutores e uma coordenadora geral. Dois grupos foram formados, um com o foco de serviço em Saúde Mental e o outro na atenção a pessoas com questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e ou drogas. (TRENCHÉ et al. 2015)

A atuação em campo aliada ao estudo teórico, potencializou a formação, colaborando com novas possibilidades para a teoria estudada. Além disso, foi uma estratégia para prover uma integração das redes de Saúde Mental, atenção básica e reabilitação. A integração ocorreu entre os grupos e subgrupos, o diálogo entre professores, estudantes e preceptores resultou em conversas

enriquecedoras e demonstrou a potência do trabalho coletivo, contrário ao modelo uniprofissional prevalente nas instituições. Sendo um dos princípios do SUS a integralidade, o modo de cuidado não pode ser segmentado por disciplinas, uma vez que nenhuma atende a total necessidade do usuário na Saúde Mental. (TRENCHÉ et al. 2015)

As autoras relatam que a congruência entre a formação teórica e o trabalho em campo desse projeto, possibilitou aos estudantes a aprendizagem em vários modos e espaços, diferenciando esse modelo de formação dos apresentados tradicionalmente nas graduações, as quais voltam o foco principalmente aos conteúdos técnicos. (TRENCHÉ et al. 2015)

As autoras ressaltam a formação clínica que dá o suporte para o trabalho desenvolvido pelos professores e alunos da PUC-SP. A instituição promove uma formação com grande incentivo interdisciplinar, com ênfase no trabalho fonoaudiológico clínico que dialoga com a medicina, antropologia, psicologia e educação. A concepção de linguagem que prevalece na graduação considera que o terapeuta e o paciente são mediados por processos dialógicos como produtores de subjetividade. Esses processos dialógicos, são as práticas fonoaudiológicas. (TRENCHÉ et al. 2015)

Na Saúde Mental, o modo de se organizar a ação terapêutica se contrapõe à noção de cuidado na qual conhecer um conjunto de técnicas é sinal de ser um bom profissional. Ao vivenciar e aprender as diretrizes da atenção psicossocial, os alunos puderam trabalhar dentro da lógica da clínica ampliada e desenvolveram uma percepção sensível sobre a vida das pessoas com questões de Saúde Mental. Entendem, assim, que somente as técnicas específicas não são suficientes para a atuação na Saúde Mental, é preciso lidar com a singularidade, com o contexto social de cada usuário. (TRENCHÉ et al. 2015)

A formação com base no cuidado segmentado por especialidades tem como objeto a doença, e, dificilmente trabalhará com prevenção, uma vez que o sujeito acaba reduzido a doença. Na formação pautada na clínica ampliada o sujeito assume outro lugar, ele é o foco. Os profissionais construirão práticas

considerando seus aspectos biológicos, subjetivos e sócio-históricos. (TRENCH et al. 2015)

O estudo de Trench et al. (2015) entende que projetos de formação como o Pet-Saúde amplia as possibilidades de integração dos fonoaudiólogos na área da Saúde Mental. O modo de atuação nessa área, é distinto, diverge da clínica tradicional, logo sua formação necessita de sustentação teórica que fortaleça as práticas em campo, o que nem sempre são encontradas na formação dada durante a graduação.

Já o trabalho de Telles et al. (2021) volta-se para a compreensão dos estudantes sobre a formação em Saúde Coletiva dos cursos de Fonoaudiologia nas universidades públicas do nordeste brasileiro.

De acordo com os pesquisadores, ao longo dos anos, a formação em saúde passou por várias modificações determinadas por influências políticas e sociais. No Brasil, foram criados programas para estimular a formação dos profissionais de forma mais próxima às necessidades dos usuários, como o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) de 1981. Após a implementação do SUS outros foram adotados como o Projeto UNI- Uma Nova Iniciativa, o PROMED – Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, o Pró-Saúde, PET-Saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais para as Graduações da Áreas da Saúde e o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.

Esses programas contribuíram com a Reforma Sanitária Brasileira, que visava uma mudança social, pautada em princípios democráticos, aliada às modificações nos serviços e na formação do profissional. Nas graduações, muitos cursos fizeram mudanças curriculares, incluindo Saúde Coletiva em suas grades. Tradicionalmente, a Fonoaudiologia tem se dedicado às áreas da reabilitação, num modo médico ambulatorial. Porém, há uma aproximação, na última década, das questões sociais e coletivas. (TELLES et al., 2021)

A pesquisa teve como objetivo analisar a formação em Saúde Coletiva nas universidades a partir da compreensão dos alunos sobre a graduação na disciplina. Foi realizada por meio de uma entrevista aberta com discentes indicados por docentes e foram estruturadas três categorias de análise: (1)

experiências em formação na área de Saúde Coletiva; (2) influência das vivências do SUS na formação enquanto fonoaudiólogo; (3) limites e potências na formação em Saúde Coletiva. (TELLES et al., 2021)

Quanto às experiências formativas na Saúde Coletiva, os estudantes identificaram como contribuições curriculares, os conteúdos que auxiliariam o profissional a atuar no SUS. Foram mencionados os seguintes conteúdos: “trabalho interprofissional, o trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), os princípios do SUS, o projeto terapêutico singular e a educação em saúde.” (TELLES et al., 2021, p. 4) Já as experiências em campo no SUS ocorrem por meio dos estágios curriculares obrigatórios, apenas dois estudantes realizaram atividades não obrigatórias na área da saúde pública. (TELLES et al., 2021)

Em relação a influência das vivências no SUS para a formação em Fonoaudiologia, os alunos identificaram diversos aspectos. A vivência em equipe permite superar a lógica de fragmentação na atenção aos usuários, o que muitas vezes ocorre na clínica focada apenas nos distúrbios fonoaudiológicos. Outro ponto citado, foi a ampliação do olhar sobre a saúde do usuário, não se limitando as demandas voltadas para as patologias. Segundo os relatos, novas perspectivas de trabalho se formam a partir da inserção no SUS, a prática fonoaudiológica se modifica. Estudantes que participaram do PET-Saúde destacam esse espaço de formação como significativo no processo da graduação. (TELLES et al., 2021)

Citaram como potencialidade os componentes curriculares de Saúde Coletiva ofertados durante todo o curso e o corpo docente atuante. A inserção dos estudantes em dispositivos de saúde potentes é um dos pontos mencionados pelos graduandos. (TELLES et al., 2021)

No âmbito das fragilidades, a estrutura curricular foi uma delas, a carga horária do curso foi considerada elevada, dificultando assim a aprendizagem de determinados conteúdos. A criação de novas disciplinas foi indicada como melhoria, pois segundo eles as temáticas não são trabalhadas na graduação, mas são importantes para a formação do fonoaudiólogo como: políticas públicas,

epidemiologia, vigilância em saúde e **Saúde Mental**. (TELLES et al., 2021, grifo meu)

Ainda sobre a grade curricular, os estudantes indicaram a ausência de disciplinas que integrassem a Saúde Coletiva com outras áreas da Fonoaudiologia. A ausência dessa integração, segundo eles, fragiliza num segundo momento a atuação desse profissional no Sistema Único de Saúde, favorecendo ações fragmentadas. (TELLES et al., 2021.)

De acordo com os autores, considerando a análise dos dados, foi possível identificar que é relevante para os estudantes a aprendizagem de ferramentas que os auxiliem, posteriormente, em sua atuação na área.

2.4 Discussão da Amostra

O primeiro aspecto que chama atenção na amostra levantada é a escassez de trabalhos voltado para a presença da Fonoaudiologia na Saúde Mental, ainda que a participação do Fonoaudiólogo seja relativamente recente nas equipes, entendo que há muito a ser dito sobre sua atuação no Campo.

Da leitura do material, destaco um ponto em que a maioria dos trabalhos converge: aquele que diz respeito à necessidade de afastamento da Fonoaudiologia do discurso organicista que historicamente marcou a área, em função da presença da Medicina na constituição da área. Da medicina, vem o entendimento de sintoma como “sinal observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de sua causa” (ARANTES, 2001, p: 106). Uma tal definição faz com que as ditas patologias de linguagem sejam entendidas como um agrupamento de sintomas homogêneos, sobre qual o clínico vai operar. Tal concepção está na base de uma clínica que tem como meta a supressão de sintomas, o foco na doença e o consequente apagamento de qualquer consideração sobre o falante.

É quase unânime, nos trabalhos apresentados, a presença de um discurso que aponta para a incompatibilidade da adoção do paradigma

biomédico de cuidado e as diretrizes do SUS que propõe um novo modelo de cuidado nas práticas de saúde.

Na discussão sobre o papel do fonoaudiólogo nas equipes multidisciplinares, o trabalho de Oliveira, Baptista e Domenes (2008) aponta para necessidade de reinventar a clínica e de cuidar dos sujeitos e seu sofrimento. Também Barbosa et al (2020a) referem a necessidade de um trabalho que não incida apenas na reabilitação dos transtornos e sintomas na fala, audição, voz e motricidade orofacial, mas nas diretrizes da clínica ampliada, a partir das relações estabelecidas nas equipes multidisciplinares.

Importa destacar que para eles a Fonoaudiologia é convidada a romper com a dicotomia entre a reabilitação dos distúrbios da comunicação e atenção psicossocial, e a considerar a linguagem um espaço comum com as demais especialidades, ainda que cada uma a aborde de maneira distinta, de acordo com sua disciplina específica.

Quanto a atuação fonoaudiológica propriamente dita, o estudo de Ramirez e Matiz (2009) parece entender que o que está em questão é apenas uma mudança no espaço, pois as práticas clínicas continuam as mesmas, ainda que os pesquisadores mencionem a importância da mudança do modelo de atenção e o distanciamento da perspectiva hospitalocêntrica, a Fonoaudiologia na Saúde Mental é por eles apresentada a partir de conhecimentos, habilidades e atribuições específicas. É fato que os autores mencionam a atuação do Fonoaudiólogo na equipe multiprofissional, mas o destaque é dado ao conjunto de técnicas que operacionalizam a área de ação do clínico, bem como nos saberes específicos da Fonoaudiologia.

O trabalho de Santos et al. (2014), cujo objetivo era traçar o perfil linguístico de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, volta-se para a caracterização de um quadro patológico específico e visa, por meio da aplicação de um protocolo, elencar comportamentos desviantes na fala desses pacientes. Note-se que tal procedimento é bastante frequente no modelo biomédico, conforme assinalai acima, entende-se patologia como conjuntos de sintomas e estes como sinais observáveis, desse modo o fenômeno patológico resta reduzido à violação de regras e **trata-se a fala como desabitada já que o ponto**

é **“consertar” defeitos na fala, “adaptá-la”** (Lier-De Vitto, 2000d). Nesse gesto, apaga-se o sujeito, que é reduzido ao exemplar de uma classe, e a particularidade de sua história, a singularidade de seu sofrimento são desconsiderados. Nada mais distante do que o que é preconizado nas diretrizes do Humaniza SUS e da Clínica Ampliada.

O trabalho posterior de Santos (2021), insiste no mesmo modo de avaliação, e propõe uma discussão sobre a efetividade da terapia fonoaudiológica em grupo, trata-se de um trabalho uniprofissional no atendimento a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, que também não atende aos pressupostos que deveriam orientar o trabalho no SUS.

Pude observar com esses trabalhos, que não basta retomar a história da área da Saúde Mental, enfatizar os ganhos da Reforma Psiquiátrica, se a prática não vier a ser modificada. Permanece um hiato entre o dizer e o que efetivamente se faz.

Já os estudos de Barbosa e Fernandes (2009), Vieira e Fernandes (2013), e Segeren e Fernandes (2016), como vimos na descrição dos trabalhos, versam sobre a qualidade de vida de cuidadores e irmãos de pacientes com diagnóstico de TEA, ou discutem se a ausência de oralidade seria determinante do aumento do nível de estresse desses sujeitos nas famílias. Todos eles têm um caráter mais descritivo, e o serviço público é apenas o local em que o trabalho é desenvolvido.

O trabalho de Hessel (2020), por sua vez, acena em outra direção. Para ela a atuação da Fonoaudiologia na Saúde Mental implica, como descrito acima, trabalhar em suas especialidades, ampliar e integrar o cuidado ao sujeito em seu modo de atuação junto a equipe multiprofissional, de modo a possibilitar que as dimensões objetivas e subjetivas possam ser articuladas. Ainda que seja necessário especificar como isso se daria, é inegável que há uma preocupação em pensar a Fonoaudiologia de forma a fazer valer os princípios da clínica Ampliada.

É no trabalho de Arce (2014) que a atuação no campo da Fonoaudiologia é abordada para além da prática comumente realizada em clínicas e ambulatórios. O fonoaudiólogo, enfatiza o autor, é profissional da área da Saúde

Mental, sua atuação deve ser pautada nos seus saberes, e ainda deverá respeitar a lógica do serviço, funcionando de forma congruente com os princípios do SUS e em sintonia com as outras especialidades. (ARCE, 2014).

Considerando o conjunto de trabalhos até aqui discutidos, é inegável que os trabalhos de Barbosa et al (2020a), Barbosa et al (2020b), Oliveira, Baptista E Domenes (2008), Hessel (2020) e Arce (2014) discutem com seriedade o lugar da Fonoaudiologia na Saúde Mental, mas chama atenção, entretanto, a ausência de uma reflexão aprofundada acerca do sentido do que seria uma fala sintomática, bem como uma teorização sobre o sujeito que sofre. Entendo que seria necessária uma reflexão aprofundada sobre o que se entende por linguagem e, especialmente, como se pode pensar a articulação entre sujeito e linguagem, sem isso como se afastar da ideia de “distúrbios da comunicação”? Sem um deslocamento sobre o que é linguagem, fala e falas sintomáticas para o Fonoaudiólogo, como tomar distância do modelo biomédico e da supressão?

Outro ponto que merece atenção é a presença do termo escuta ou escuta qualificada. Mas o que qualifica a escuta do fonoaudiólogo? De acordo com Barbosa et al (2020a) a “escuta, na perspectiva da Clínica Ampliada, está definida pela investigação das razões pelas quais houve o adoecimento dos usuários e como estes se sentem e agem em relação aos sintomas e ao sofrimento, para compreender a doença e se (co)responsabilizar pela produção de sua saúde no processo de cuidado”. (p.2). A definição de escuta, segundo os autores

“aproxima-se do sentido que lhe confere a psicanálise, em nossas palavras: atenção profissional de natureza, simultaneamente, sensível e técnica, que parte dos conteúdos manifestos (queixas e sintomas) para conhecer e elaborar, junto com o paciente, os conteúdos latentes ou demandas que subjazem aos aspectos visíveis do sofrimento trazido ao clínico; são conteúdos somáticos e/ou psíquicos, experiências e modos de lidar com a vida e a saúde, que engendram o adoecimento e mantêm ou intensificam sua sintomatologia.” (BARBOSA et al, 2020a, p. 2)

Com essas citações, menos do que discutir a distância entre a definição que vem da Clínica Ampliada e essa que supostamente seria a da psicanálise¹,

¹ Digo supostamente, dada a falta de referência na definição.

pretendo colocar em destaque que outro campo é chamado para definir o que seria o lugar do fonoaudiólogo. O fato é que a densidade específica da fala não é tocada.

Quanto aos trabalhos que se voltam para a formação de profissionais há consenso em torno da ideia de que é necessário formar “profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos” (De Nardi, Cardoso e Araújo, 2012). Todos os trabalhos referem a necessidade de afastamento da perspectiva de atenção biomédica e afirmam que a formação necessita de sustentação teórica que fortaleça as práticas em campo, o que nem sempre são encontradas na formação dada durante a graduação. O trabalho de Trenche et.al. (2015), mostra os efeitos importantes de uma formação em serviço, destaca os ganhos fundamentais que um programa como o Pet-Saúde pode trazer para os alunos. Nota-se que os autores fazem referência à concepção de linguagem, que valoriza os processos dialógicos como produtores de subjetividade, mas seria necessário um passo a mais.

O fato é que em nenhum dos trabalhos o foco é na concepção de linguagem, sujeito e sintoma e no modo com tal concepção se articularia aos princípios do SUS. É certo que dar destaque à formação na Clínica Ampliada, refletir sobre as diretrizes do SUS é condição necessária, mas não é suficiente para operar um deslocamento que permita uma outra leitura de clínica, que não aquela que vem da medicina, esta exige tomar posição frente a linguagem, definir o que é uma fala sintomática e qual o papel do clínico frente a ela.

3 – A Clínica de Linguagem, um caminho possível

3.1 Fonoaudiologia e Saúde Mental

O objetivo desta dissertação, conforme anunciado, era examinar a literatura da área com vistas a apreender como as diretrizes do SUS afetaram a clínica fonoaudiológica, isto é, como o distanciamento de uma concepção estritamente organicista, no âmbito da Saúde Mental, transformou o fazer clínico e qual a sustentação teórica de tais mudanças. A ideia inicial era focalizar a questão diagnóstica, mas a ausência de trabalhos, conforme assinala no capítulo referente à metodologia, obrigou a tomada de outra direção.

Um olhar para a história da Fonoaudiologia nos faz entender a força do pensamento médico e a vocação ortopédica deste Campo. A influência do pensamento higienista está na origem e na estruturação da Fonoaudiologia. O higienismo idealizava o homem saudável e culto e buscava instituir uma língua brasileira pura, esse movimento de preservar uma língua nacional única, fez com que as variações, os “erros” e “vícios” da língua ganhassem um caráter discriminativo que estigmatizava as pessoas em função de sua classe social. Os desvios do padrão mostravam a inferioridade social e deveriam ser suprimidos. (AARÃO et al, 2009).

De acordo com Aarão et al (2009), o avanço da medicina e das ideias higienistas no século XX, levou a um aumento na detecção e classificação das anomalias orgânicas e funcionais da fala, o que determinou a necessidade de um profissional que eliminasse essas alterações. Surge assim, os professores especializados, que desempenhavam o papel que mais tarde viria a ser ocupado pelo Fonoaudiólogo. A escola passa a ser o espaço privilegiado para a correção dos ditos desvios da fala, que compreendiam desde alterações fonológicas até questões relacionadas à variação dialetal. Conforme Aarão et al (2008)

A escola, sendo o local onde detecção dos desvios ocorria, teve o socorro da Medicina e da Psicologia quanto ao suporte científico, determinando o que é patológico e o normal e verificando as capacidades e incapacidades de cada indivíduo. (p.240).

De acordo com os autores, desde a sua origem a constituição da clínica fonoaudiológica se deu por uma composição em que, a Medicina operava a distinção entre normal e patológico, a psicologia oferecia os aparatos métricos e a pedagogia a correção, determinantes no modo como a Fonoaudiologia se estrutura como campo de atuação. Nessa história, fica evidente que uma reflexão sobre fala, língua, linguagem não tem lugar, o interesse estava voltado para as técnicas de reabilitação.

Apenas muitos anos depois, com a criação oficial dos cursos de Fonoaudiologia, a Linguística é convocada, com vistas a oferecer um ar de cientificidade à descrição das falas sintomáticas, entretanto, o encontro entre essas disciplinas não foi fecundo. Como comenta Lier-DeVitto:

Essa área [a Fonoaudiologia] não poderia se esquivar da exigência de movimentar um raciocínio clínico que implicasse fortemente a linguagem. Melhor dizendo, ele deveria movimentar um raciocínio clínico motivado pela fala sintomática. Como procede a Fonoaudiologia? Surpreendentemente, de um modo que elimina a reflexão sobre essa fala. (2016, p.9)

Como se vê, a relação com a área dos estudos da linguagem, fundamental para uma clínica que se volta para os sintomas da fala, foi bastante tortuosa desde sua constituição. De acordo com Lier-DeVitto (2002), a Fonoaudiologia não pode se esquivar do encontro com a Linguística para movimentar seu raciocínio clínico, mas o que de fato ocorreu foi um movimento impreciso, desacertado, em que fragmentos de aparatos linguísticos foram utilizados especialmente nas avaliações de linguagem para descrever a fala de pacientes.

Nessa instância clínica o modo equivocado de relação com a Linguística se dá a ver. Nela aparatos gramaticais são usados para colocar em destaque o que a criança não produz, “para desempenhar a função de “padrão de normalidade” na decisão sobre o patológico o que não se ajusta às sequências gramaticais é “patológico” [...]. Há que se dizer que esses aparatos descritivos não “descrevem” a fala sintomática (LIER-DEVITTO, 2002, p.10), com tal gesto só é possível dizer o que um paciente não produz ou, novamente nas palavras da autora, “dizer genericamente que uma fala “não se ajusta à regra”, que ela é *desviante*.” (idem. Ibidem)

Desse modo, acompanho a reflexão da autora, quando afirma que o sintoma de linguagem é reduzido a um conjunto de sinais observáveis determinados por agravos no domínio orgânico, ou por alterações cognitivas, ou ainda por questões ambientais.

Como vimos no capítulo 2, há uma convergência nas pesquisas apresentadas, no que tange à necessidade de afastamento do pensamento médico e um dos passos para isso é, certamente, operar um deslocamento na definição de sintoma.

Neste capítulo, discuto dois aspectos que considero fundamentais, a questão do sintoma e a noção de escuta. Isso porque entendo que não se pode se afastar do modelo biomédico organicista, sem rever o conceito de sintoma. Quanto à escuta - noção que comparece de forma imprecisa em diversos trabalhos consultados -, a eleição se deu porque entendo que ela está no cerne do trabalho do fonoaudiólogo, e que carece de definição mais acurada. Para conduzir minha reflexão, declaro minha inserção no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, instituído por Lier-DeVitto e hoje coordenado por ela e Lúcia Arantes.

3.2 Considerações sobre a Clínica de Linguagem

De início, esclareço que neste trabalho a Clínica de Linguagem não faz referência apenas a uma das áreas de atuação da Fonoaudiologia, mas a um campo específico - instituído a partir da reflexão de Lier-DeVitto sobre as falas sintomáticas – onde foi tecida uma discursividade original sobre essa temática e que teve como resultado principal a constituição de uma clínica singular. Fundamental na instituição deste empreendimento está o diálogo teórico com a proposta interacionista de De Lemos (1982, 1992, 2002, 2006) no Campo da Aquisição de Linguagem.

A proposta de De Lemos é marcada por um compromisso com a fala da criança, compromisso determinante na argumentação crítica da autora relativa às tentativas do campo da aquisição de linguagem de apreender falas de crianças em termos gramaticais. O reconhecimento da heterogeneidade destas falas, marcadas por erros e acertos que ocorriam simultaneamente, faziam

obstáculo a qualquer tentativa de descrição gramatical que acabavam por higienizar o que é próprio da fala da criança.

Sobre isso Lier-DeVitto e Arantes afirmam que:

Questões cruciais, que fazem obstáculo às tentativas de apreender a fala da criança pelo metro da gramática, foram alçadas por De Lemos na construção da teorização sobre a aquisição da linguagem. Entre elas destacam-se três fenômenos que ganharam atenção especial na argumentação da autora. O primeiro, refere-se à incorporação pela criança de fragmentos da fala do outro, acontecimento determinante e disparador da entrada da criança na linguagem, e que indicia o tempo lógico da alienação à fala do outro. O segundo são os erros, as produções insólitas, que por sua vez dizem da resistência à fala do adulto, apontando, ainda, para o “não saber” e que indicia a separação relativa de todo falante em relação à fala do outro. Erros, que se alternam com acertos e dão destaque ao terceiro fenômeno que faz obstáculo a qualquer tentativa de descrição gramatical: a heterogeneidade das produções iniciais. (LIER-DEVITTO e ARANTES, 2020, p. 69)

A distância de um pensamento gramatical, entretanto, não significou o afastamento da Linguística, a aproximação ao Estruturalismo Europeu (Saussure e Jakobson) e à Psicanálise ofereceu a possibilidade de um outro modo de relação com a área. A partir de 1992, a proposta de De Lemos dá reconhecimento à ordem própria da Língua e à hipótese do inconsciente (De Lemos 2002). Conforme assinalam Lier-DeVitto et al. (2020)

Para refletir sobre a mudança e a relação da criança com linguagem no seu caminho de passagem de infante a falante De Lemos (2002) declara, então, que “aproximação a Saussure e a um pensamento estrutural com a introdução de “*la langue*” “pressionou teoricamente a articulação, na proposta de “um sujeito (...) mais compatível com a concepção de língua na teorização da Linguística”” (De Lemos, 2002. p. 54). (LIER-DEVITTO et al, 2020)

A consequência desse gesto de De Lemos produziu uma mudança na definição de interação que passa a ser triádica (Mota, 1995), pois a *La Langue* comparece como o terceiro elemento na relação criança-outro e a estruturação da linguagem é entendida como solidária à estruturação subjetiva. Também a criança e a própria interação são ressignificadas. Trago novamente Lier-DeVitto et al. (2020):

“O investimento teórico na psicanálise lacaniana produziu um deslocamento fundamental na concepção de criança, interação e de mudança. A criança é abordada enquanto vir-a-ser-falante que é falado pelo outro-falante, como instância da língua constituída”.(p.9).

A Aquisição da Linguagem é, a partir de uma visão estrutural, pensada como mudança de relação criança-língua-fala.

Na Clínica de Linguagem parte-se da ideia de que falas de crianças e falas sintomáticas têm características comuns, pois ambas são insólitas, imprevisíveis e heterogêneas, mas que seus efeitos são radicalmente distintos, uma vez que as falas sintomáticas levam à procura de atendimento clínico. (LIER-DEVITTO & ARANTES,1998; ARANTES, 2007, LIER-DEVITTO, 2003).

Como assinalam Lier-DeVitto e Arantes (2020), se o “erro” da aquisição da linguagem pode ter efeito de chiste e ser tomado como indício de mudança da relação da criança com a língua, uma fala sintomática causa outro efeito: o de perplexidade o que leva crianças à clínica. Mais que isso, acrescentam as autoras “falas sintomáticas se cristalizam numa mobilidade anômala, em composições morfológicas e sintáticas estranhas²”

3.3 Considerações sobre o sintoma na Clínica de Linguagem

Na medicina, conforme afirma Arantes (2001, p.106), sintoma “**é sinal** observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de sua causa”. A aproximação a tal concepção faz com que as avaliações de linguagem tivessem tido como meta “descrever” as manifestações de fala, com vistas a distinguir comportamentos normais de patológicos, sendo estes os que devem ser suprimidos por meio de práticas de natureza ortopédica. De acordo com a pesquisadora, a partir de descrições gramaticais o sintoma resta reduzido a desvio da norma.

Apesar da Linguística ser chamada a comparecer na esfera diagnóstica, acompanho Lier- DeVitto (2002) ao afirmar que nas descrições

² Sobre a relação entre o Interacionismo e a Clínica de Linguagem, ver: Andrade (2003); Arantes (2001); Fonseca(2002), Lier-DeVitto (2001, 2003, entre outros)

gramaticais apenas “*ecos da Linguística são apreensíveis nos discursos explanatórios* de diferentes quadros patológicos de linguagem (FARIA, 1995, HÜTNER, 1999; LIER-DEVITTO, 2000; BENINE, 2001; FONSECA, 1995, 2002). Contudo, chama a atenção que noções e conceitos sejam importados, mas que seu uso os esvazie de conteúdo teórico” (p.9). Para a autora tal gesto fez com que a Linguística fornecesse apenas uma fachada de cientificidade.

Para circunscrever o sintoma na fala é preciso uma reflexão que implica os estudos da linguagem, sem isso:

“não se pode pensar o sintoma como modo particular de relação sujeito - linguagem [...] Isso porque “linguagem” fica sempre na periferia do corpo e, acima de tudo das teorizações” (Lier De-Vitto, 2000c). Para a autora corpo e linguagem estão “irremediavelmente entrelaçados”, ela fala de uma nodulação entre corpo e linguagem, diz de um “corpo falante”, um “corpo falado”, esse que “ao falar **dramatiza um insucesso**, uma subversão posta em ato” (Lier-De Vitto, 2000c). Daí que o sintoma é “presente”, é repetição ‘sem ocultação’ que um corpo [...] realiza em ato” (ARANTES, 2001, p.118).

Incluir uma discussão sobre o sintoma exige implicar fala e falante, como assinala Arantes (2001),

“reconhecer que ali, no sintoma, está o sujeito-falante é, também, questão - mais do que anotar seu passado de doença, trata-se de não retirar o olhar de seu “presente de repetição sintomática” para entender seu modo de presença na linguagem. Só assim, entendo, que sua relação a seu sintoma poderá ser modificada por uma interpretação. Só assim, se pode pensar em uma mudança subjetiva – uma mudança de posição do sujeito em relação à própria fala”. (p.119)

Na Clínica de Linguagem, entende-se que todo sintoma envolve **sempre** questões referentes ao falante e seu modo de inscrição na linguagem, o que exige uma reflexão de natureza linguística. É preciso considerar que o “sintoma faz presença na fala, o que o especifica e pede um olhar que não apague sua especificidade”. ARANTES (2001 p.119)

Para tomar distância de abordagens que acabam por circunscrever o sintoma enquanto um *déficit* de linguagem, como violação de regra, como algo que, numa fala, acontece “fora de lugar” (LIER-DE VITTO, 2005) a aproximação ao Estruturalismo Europeu de Saussure e Jakobson foi determinante, uma vez que as falas sintomáticas passam a ser lidas como “*efeitos possíveis e atestáveis do funcionamento da língua na fala*” (LIER-DEVITTO 2011,p.61)”. Sobre isso Lier-DeVitto e Arantes (2020)

Implicar as leis de referência interna da língua, na interpretação de materiais clínicos, abriu escuta para a articulação significativa, ou seja, para a possibilidade de tomar as falas sintomáticas como combinatórias possíveis do jogo da Língua, isto é: elas são produtos de relações dinâmicas entre os elementos que compõem as cadeias da Língua (p.72)

Como se vê na Clínica de Linguagem o sintoma envolve tanto uma consideração sobre o funcionamento da Língua, mas que implica o falante e seu sofrimento. De acordo com Lier-DeVitto, a noção de sintoma implica “o ouvinte, *que não deixa passar uma diferença* e o falante, *que não pode passar a outra coisa*. Assim, o sintoma na fala “faz sofrer” porque é expressão tanto de uma fratura na ilusão de *semelhante* (descostura o laço social), quanto na *ficção de si mesmo* (Vorcaro³), ou seja, de sujeito em controle de si e de sua fala. (LIER-DeVITTO, 2005, p. 145)

Como se vê a Clínica de Linguagem é um campo de elaborações teórico-clínicas que permite, a partir de uma reflexão sobre o sintoma, delinear uma clínica que se distingue de abordagens de natureza pedagógica e circunscrever o papel do terapeuta na posição de interprete. Como assinala SANTOS (2021:p.40)

É ela, a fala sintomática, e o efeito que produz no outro, que acusam a falência da interpretação cotidiana e convocam uma interpretação clínica. Entende-se, mais de perto, o que disse Lier-DeVitto (2006) sobre a articulação entre escuta, mudança e ato clínico. Para ela, a mudança em uma fala sintomática “*fica na dependência de uma ‘ação clínica’, - uma interpretação – que, espera-se, possa incidir sobre o sintoma*” (idem, ibidem, p. 184),

³ Contribuição de Ângela Vorcaro em exame de qualificação da tese de Suzana Fonseca, no LAEL-PUCSP. Adianto que essa indicação da psicanalista foi desenvolvida na referida tese.

No segmento acima a escuta do clínico se articula à mudança e ato clínico, na próxima seção discuto o modo como se concebe escuta na Clínica de Linguagem.

3.3 Considerações sobre a Escuta na Clínica de Linguagem

A Clínica de Linguagem, como procurei indicar, envolve uma articulação entre escuta e ato clínico capaz de promover mudanças na fala, em causa está, portanto, o jogo entre escuta e interpretação; conceitos imbricados, pois toda interpretação envolve escuta. Interpretação é tema caro a muitos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem⁴, diversos são os trabalhos que visam particularizar o sentido de interpretação neste domínio, isso porque entende-se que é necessário tomar distância tanto do modo como o conceito é definido no Interacionismo, em que a interpretação da mãe restringe e significa a fala da criança, quanto na Psicanálise nas palavras de Lier-DeVitto e Arantes, - “os fragmentos dispersos e indeterminados na fala da criança vão ser restringidos ao serem articulados numa cadeia significativa da língua constituída, num texto, escapando ao desdobramento imprevisível do significativo, à homonímia⁵ e à deriva”. (Lier-DeVitto e Arantes, 1998, p.67)

Para as autoras, também na Psicanálise escuta e interpretação são conceitos centrais, elas assinalam que a interpretação deve **abrir**, para o sujeito, novas possibilidades de significação. Nessa definição ampla, “faz presença um jogo entre “sentido manifesto” e “sentido latente” a sinalizar o que interessa à psicanálise: fazer aparecer, via interpretação, um efeito de sentido desconhecido pelo falante”. (1998, p:70)

Como se vê, em campos diferentes escuta e interpretação têm sentidos determinados pela arquitetura conceitual que sustenta cada um desses campos: o da Aquisição de Linguagem e o da Psicanálise.

⁴ Remeto pesquisadores do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica que trataram do tema da interpretação em suas teses e dissertações: Spina-de Carvalho (2003), Araújo (2002), Pollonio (2011), Santos (2021). Mas vale a advertência de que o tema é abordado por diversos pesquisadores do Grupo.

⁵ Como diz C. Lemos (1995:22) “enunciados insólitos evocam a liberdade de combinação da língua e aponta para a imprevisibilidade de seus efeitos”.

Lier-DeVitto e Arantes (op.cit.), na busca da especificidade da interpretação na clínica de Linguagem, distinguem a interpretação em cena, aquela que se realiza no ato clínico, da interpretação de *materiais clínicos*, registrados de avaliação da linguagem. De acordo com elas, trata-se da “passagem do “escutar” na clínica para o “ler”, depois do clinicar” (p.69), jogo, importante na formação do clínico de linguagem e na constituição de sua escuta. Entretanto, menos do que discutir a diferença implicada nessas duas posições, importa para esta dissertação trazer a afirmação de Lier-DeVitto que em artigo de 2004, desdobra essa questão. Nesse texto, ela discute a posição do clínico e a do investigador coloca em “causa a relação do clínico com o saber”. Para ela a teoria é assumida como decisiva para a constituição de uma escuta não-leiga para a fala, mas a teoria é, sob efeito da singularidade de cada caso na clínica, experimentada como não-toda. (LIER-DeVITTO, 2004)

Destaco, ainda, que na Clínica de Linguagem a escuta é teoricamente orientada o que faz toda a diferença, como vimos a interação, nesse ambiente teórico, implica um terceiro: o funcionamento da Língua, consequentemente, a escuta volta-se para a articulação significativa da fala, em outras palavras, para as combinatórias possíveis do jogo da língua.

A inclusão desta breve discussão sobre escuta vem no sentido de assinalar a diferença entre o que se lê nos trabalhos abordados no capítulo 2 e o modo como a Clínica de Linguagem encaminha a questão. Conforme se lê no trabalho de Barbosa et al. (2020b) a escuta, na perspectiva da Clínica Ampliada, está definida pela investigação das razões pelas quais houve o adoecimento dos usuários e como estes se sentem e agem em relação aos sintomas e ao sofrimento, para compreender a doença e se (co)responsabilizar pela produção de sua saúde no processo de cuidado. De acordo com os pesquisadores, tal definição se aproxima do modo como se define escuta na Psicanálise, nas palavras dos autores assim definida:

“atenção profissional de natureza, simultaneamente, sensível e técnica, que parte dos conteúdos manifestos (queixas e sintomas) para conhecer e elaborar, junto com o paciente, os conteúdos latentes ou demandas que subjazem aos aspectos visíveis do sofrimento trazido ao clínico; são conteúdos somáticos e/ou psíquicos, experiências e modos de lidar com a vida e a saúde, que engendram o adoecimento e mantém ou intensificam sua sintomatologia” (BARBOSA et al. 2020b, p. 2)

Não cabe nesta dissertação questionar a pertinência desta afirmação, pois seria necessário um desvio para circunscrever este conceito com profundidade, mas destaco aqui que o fonoaudiólogo precisa circunscrever um lugar que particularize seu espaço na equipe sem com isso apagar a especificidade que o qualifica. Assim, sua formação deve atender aos princípios norteadores do SUS, em que a integralidade pressupõe que o modo de atuação não seja segmentado por disciplinas e por atendimentos uniprofissionais que não atendem as necessidades dos usuários na Saúde Mental.

Vimos com Trenché et al (2015) que: “na saúde mental, o modo de se organizar a ação terapêutica se contrapõe à noção de cuidado no qual conhecer um conjunto de técnicas é sinal de ser um bom profissional”. Para as autoras, trabalhar dentro da lógica da clínica ampliada permite que se desenvolva “uma percepção sensível sobre a vida das pessoas com questões de saúde mental” (TRENCHÉ et al. 2015.)

Compactuo com a ideia de que é necessário na formação do clínico considerar os aspectos acima colocados, dando ênfase aos conceitos de integralidade e interdisciplinaridade, acompanho as pesquisadoras quando afirmam que “formação com base no cuidado segmentado por especialidades tem como objeto a doença, e, dificilmente será possível trabalhar com prevenção, uma vez que o sujeito acaba reduzido a doença.” (TRENCHÉ et al. 2015).

Entretanto considero que a potência da fala do fonoaudiólogo deva ser escutada. Ele poderia ter algo particular a dizer sobre a fala em sofrimento desses sujeitos. É neste ponto que a Clínica de Linguagem faz diferença, pois ali se toma distância do foco na doença, um sujeito que sofre está em causa, e o clínico de linguagem que tem uma escuta sustentada por uma teoria de linguagem, permite que ele sustente uma posição.

Considerações Finais

Nessa dissertação me propus a discutir a questão de como os diagnósticos em linguagem são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial e quais os seus impactos nas condutas terapêuticas, por meio de uma revisão integrativa, partindo de uma série de questionamentos formulados durante uma experiência num estágio no CAPSij durante a graduação. Este desejo precisou ser adiado e, assim, outra direção foi tomada, mas adianto que isso diz da presença da Fonoaudiologia na Saúde Mental, que raramente discute a relevância de sua presença nas equipes.

Para a organização deste trabalho, no primeiro capítulo me dediquei a contextualizar o serviço e a rede na qual o trabalho está inserido. Após essa apresentação do CAPS e da RAPS, em seguida parti para a estruturação da metodologia da dissertação. Busquei nas bases de dados trabalhos que pudessem responder a primeira questão norteadora de como são realizados os diagnósticos em Saúde Mental nos CAPSij. Porém, os artigos levantados não se voltavam para o tema e a partir desse levantamento uma nova rota de pesquisa precisou ser estruturada. Num segundo momento, realizei uma revisão narrativa, com vistas a mapear a presença da Fonoaudiologia na Saúde Mental, organizando os catorze trabalhos apresentados em três grupos, quais sejam: (1) o lugar do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar; (2) o papel do fonoaudiólogo nos dispositivos em saúde mental; e (3) a formação deste profissional.

A partir da leitura do material pude apreender que os trabalhos sobre a atuação fonoaudiológica nas equipes multidisciplinares, apontaram para a necessidade de se ultrapassar a dicotomia estabelecida entre a reabilitação dos distúrbios da comunicação e atenção psicossocial. É a partir da visão da clínica ampliada, articulada aos saberes específicos que o profissional poderá em diálogo com as demais especialidades, promover espaços de trocas, potencializando os processos de saúde.

Os artigos mostraram, ainda, que o trabalho da fonoaudiologia na saúde mental não nega as especificidades do campo. É exigido desse profissional que saiba detectar, avaliar, intervir, prevenir, promover e reabilitar as questões sobre

linguagem e comunicação. Porém, que não se restrinja apenas a essa atuação. Na saúde mental, esse profissional deverá incorporar novas práticas de saúde, diferentes da clínica tradicional voltada para apenas para o organismo e suas afecções. Neste ponto, porém, pouco tem sido dito.

Para que o fonoaudiólogo possa atuar neste campo de forma congruente aos princípios e diretrizes do SUS, se faz necessário refletir sobre sua formação. Os artigos que compuseram a amostra indicaram que a formação na graduação de fonoaudiologia é, sobretudo, tecnicista. Grande parte dos discentes tem uma formação tecnicista que valorizava apenas técnicas específicas e especializadas voltadas para a supressão de sintomas, sem tomar contato com a Saúde Coletiva e os princípios que regem seu funcionamento. O resultado é um afastamento desses profissionais do campo, ou uma atuação como em que se mudava o espaço físico, mas as práticas tradicionais da área eram mantidas. Já as graduações, que incluíram na formação dos alunos o trabalho em campo aliado à formação teórica proporcionaram aos estudantes uma aprendizagem crítica que favorece o ingresso e a atuação desse profissional na área, mas nesses casos pouco se discute a especificidade do fonoaudiólogo na equipe.

Os artigos expuseram a necessidade de uma formação que sustentasse uma prática para além do olhar voltado para o organismo e a doença, entretanto, em nenhum trabalho a concepção de linguagem, sujeito e sintoma, foi verticalizada de modo a empreender uma articulação com as diretrizes da Clínica Ampliada.

Procurei discutir - partindo da mudança do modelo asilar para o modelo biopsicossocial pós-reforma psiquiátrica-, a atuação da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental. O fonoaudiólogo pautado na lógica biomédica, exclui o sujeito e trabalha com o foco em consertar os defeitos na fala. O sujeito é posto de lado, se distanciando do que preconiza as diretrizes pelo SUS.

Nesta dissertação busquei na aproximação à Clínica de Linguagem, oferecer uma possibilidade de entendimento de sintoma e escuta, indicando que a partir desses pressupostos é possível articular a especificidade do que se espera do fonoaudiólogo sem romper com o modo de cuidado da atenção psicossocial.

A Clínica de linguagem, campo teórico fundado a partir das teorizações de Lier-DeVitto sobre as falas sintomáticas, sustentou a teoria com a qual embaso minha leitura crítica. Na instituição desse campo está marcado o diálogo com a proposta interacionista de De Lemos (1982, 1992, 2002, 2006) no Campo da Aquisição de Linguagem. Essa proposta, possui um compromisso com a fala da criança e sua heterogeneidade, contrapondo, deste modo, as tentativas de descrição gramatical que reduzem sintoma a déficit.

Busquei definir e discutir no terceiro capítulo dessa dissertação, mediante a linha teórica do grupo a qual pertenço, os conceitos de sintoma, escuta e Clínica de Linguagem e pude dessa forma indicar uma possibilidade de suporte teórico que dialogue com os princípios do SUS.

Conclui-se, ainda, que a mudança que vem com as diretrizes do SUS pós-Reforma Psiquiátrica deveria implicar discussões sobre sujeito, linguagem, sintoma e escuta na Fonoaudiologia, alinhadas a propostas afastadas do modelo biomédico. Se estruturaram dispositivos de cuidado na Saúde Mental, mas ainda que o fonoaudiólogo esteja presente em parte deles, não houve em nenhum momento uma verticalização sobre as questões específicas de como a linguagem deve nortear o trabalho do clínico.

Deste modo, finalizo essa dissertação, sinalizando a necessidade da produção acadêmica na área da Fonoaudiologia no Campo da Saúde Mental, ainda, aliada as reflexões propostas. Pretendo seguir no caminho dessas discussões, para, da mesma forma, como procurei fazê-la, proporcionar discussões que agreguem ao campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, L. **Sobre a Instância Diagnóstica na Clínica de Linguagem**. In: LIER-DE VITTO, M. F; ARANTES, L. M. Aquisição, patologias e clínicas de linguagem. São Paulo: PUC-SP, 2007.

_____. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

_____. **Impasses na distinção entre produções sintomáticas desviantes e não desviantes**. In: LIER-DEVITTO, M.F.; ARANTES, L.M.G. (Org.). Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, 1ª ed. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2006, p.219-226.

ANDRADE, L. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ALMEIDA, B; SOUZA, L; CUNHA, M. **Experiência Fonoaudiológica em um Centro de Atenção Integral à Saúde**. In: LYKOUROPULOS, C; HERRERO, E. Fonoaudiologia e Saúde Mental: no trem da reforma. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2015. cap. 3, p. 51-66.

ALMEIDA, MS. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. São Paulo: Atlas, 2011.

AARÃO, P.; PEREIRA, F; SEIXAS, K; SILVA, H; CAMPOS, F; TAVARES, A; GAMA, A; LEMOS, S. **Histórico da Fonoaudiologia: relato de alguns estados brasileiros**. HISTÓRIA DA MEDICINA, Belo Horizonte, MG, p. 238-244, 10 jul. 2009.

ARCE, V. **Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial**. Revista CEFAC, p. 1004-1012, 3 maio 2014.

BARBOSA, C; LYKOUROPOULOS, C; MENDES, V; SOUZA, L. **Escuta Clínica, Equipe de Saúde Mental e Fonoaudiologia: experiência em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij)**. CoDAS, Brasil, p. 1-9, 14 jan. 2020a.

BARBOSA, C; ALENCAR, I; MENDES, V; SOUZA, L. **Fonoaudiologia e escuta clínica em equipe de Saúde Mental: percepção de pais de crianças com transtorno do espectro do autismo**. CEFAC, [S. l.], p. 1-13, 21 jul. 2020b.

BARBOSA, M; FERNANDES, F. **Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2009, v. 14, n. 4, pp. 482-486.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental no Brasil. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília, DF, 2005

BRASIL. Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**, [S. l.], 19 fev. 2002.

_____. PORTARIA Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**, Brasil, 23 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 224** de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

_____. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** Brasília: Ministério da Saúde. 2014

CORDEIRO, A; OLIVEIRA, G; RENTERÍA, J; GUIMARÃES, C. **Revisão sistemática: uma revisão narrativa**. Comunicação Científica, [S. l.], p. 428-431, 18 jan. 2007.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168.

DE NARDI, V; CARDOSO, C; ARAÚJO, R. **Formação acadêmico-profissional dos docentes fonoaudiólogos do estado da Bahia**. Revista CEFAC, [S. l.], p. 1122-1138, 5 abr. 2012.

DOLTO, F. **Tudo é Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p 20.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Especialização Multiprofissional Em Saúde Da Família**, 2012, Clínica Ampliada. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 43 p.

ALMEIDA, B. **Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo**. 2014. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FONSECA, S. **O Afásico na Clínica de Linguagem**. Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Francisca Lier-De Vitto. 2002. 277 f. Tese de Doutorado (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [S. l.], 2002.

FORMAÇÃO em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. Caminhos do Cuidado, Brasil, 2013.

HESSEL, M. **A Fonoaudiologia entre a objetividade e subjetividade: atuação em uma Enfermaria de Saúde Mental**. Rev. Psicol. UNESP, Assis, v. 19, n. sp, p. 267-291, dez. 2020.

LIER-DEVITTO, M. F. **As margens da Linguística: falas patológicas e a história de um desencontro**. In Anais, 9. International Conference on the History of Language Sciences, 2002, São Paulo: Edusp. 2002

_____. **Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas**. Letras de Hoje, Porto Alegre, v.39, n.3, p.47-59, 2004.

_____. M. F. **Sobre o sintoma: déficit de linguagem, efeito da fala no outro, ou ainda ...?** Letras de hoje, Porto Alegre: EDIPUCRS, v.36, nº 3, p. 245-253, 2001

_____. M. F. **Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da clínica de linguagem entre a linguística e a psicanálise.** In: SILVEIRA, Eliane Mara. (Org.). *As bordas da linguagem*. 1ed. Uberlândia, EDUFU, 2011. p. 57-67,

_____. M. F. **Patologias da Linguagem: subversão posta em ato.** In Nina Virginia de Araújo Leite (org.) *Corpolinguagem: gestos e afetos*. Campinas: Mercado de Letras. 2003

_____. **Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar.** In: *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, vol. 47 (1) e (2), pp. 143-150, 2005

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. **Incidências da novidade Saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem.** *Revista Estudos Em Letras*, [s. l.], p. 65-76, 2020.

_____. **Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos.** *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v.33, n.2, p.65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L.; DESINANO, N. **Sob Impacto da Heterogeneidade: teorização sobre o erro e o não idêntico.** *DELTA. Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*, v. 36, p. 1-17, 2020

MACIEL, S. **Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões.** *Cad. Bras. Saúde Mental*, [S. l.], p. 73-82, 19 dez. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS*. [S. l.], 2013.

MEDRADO, A. C. **Formação dos profissionais de Saúde Mental para o contexto do Sistema Único de Saúde: compromisso político e humanístico.** *Rev. Bras. de Educ. de Jov. e Adultos*, [S. l.], v. 7, p. 1-24, 2 mar. 2020.

OLIVEIRA, B.; G. GIMENEZ BAPTISTA, M.; DOMENES, R. M. **Saúde Mental e Fonoaudiologia: uma experiência interdisciplinar em uma clínica-escola.** *O Mundo da Saúde*, v. 32, n. 2, p. 243-247, 1 abr. 2008.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **LEI nº Nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasil, 9 abr. 2001.

RAMÍREZ, S; MATIZ, C. **Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el Hospital Militar Central**. Rev. fac. med, [S. l.], p. 26-33, 30 jun. 2009.

SANTOS, A. *et al.* **Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia**. Rev. CEFAC, [s. l.], 2014

SANTOS, A; PEDRÃO, L; ZAMBERLAN-AMORIM, N; FURLAN, J; CARVALHO, Ana. **A efetividade da intervenção fonoaudiológica grupal no comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia**. CoDAS, Brasil, p. 1-10, 11 jun. 2020.

SANTOS, B. **Interpretação: questão na Clínica de Linguagem com crianças**. 2021. Tese de Mestrado (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [S. l.], 2021.

SEGEREN, L.; FERNANDES, F. **Correlação entre a oralidade de crianças com distúrbios do espectro do autismo e o nível de estresse de seus pais**. Audiology - Communication Rese. 2016, v. 21,

TELLES, M; et al. **Perspectiva discente sobre a formação em Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Fonoaudiologia das instituições de educação superior públicas do Nordeste brasileiro**. Revista CEFAC, Brasil, p. 1-12, 29 jan. 2021

TRENCH, M. C.; et al. **Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial**. Distúrbios da Comunicação, p. 608-619, 4 set. 2015.

VIEIRA, C; FERNANDES, F. **Qualidade de vida em irmãos de crianças incluídas no espectro do autismo**. CoDAS. 2013, v. 25, n. 2, pp. 120-127.