

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

**TATIELLI SPOSITO MENDES
VITÓRIA PATRÍCIA BUENO**

**LINHA DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL E ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA:
REVISÃO DOCUMENTAL E DE LITERATURA**

CAMPINAS

2021

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA**

**TATIELLI SPOSITO MENDES
VITÓRIA PATRÍCIA BUENO**

**LINHA DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL E ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA:
REVISÃO DOCUMENTAL E DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fonoaudiologia, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Iara Bittante de Oliveira

PUC-CAMPINAS

2021

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana A Bracchi CRB 8/10221
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

Bueno, Vitoria Patricia

Linha de cuidado à saúde e atuação fonoaudiológica: revisão documental e de literatura /
Vitoria Patricia Bueno, Tatielli Sposito Mendes. - Campinas: PUC-Campinas, 2021.

81 f.: il.

Orientador: Iara Bittante de Oliveira.

TCC (Bacharelado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Fonoaudiologia, Centro de Ciências
da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021.

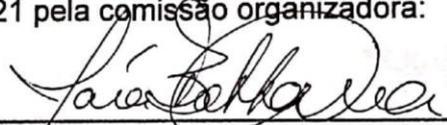
1. Saúde mental. 2. Terapia da linguagem . 3. Fonoaudiologia. I. Mendes, Tatielli Sposito. II.
Oliveira, Iara Bittante de . III. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências
da Vida. Faculdade de Fonoaudiologia. IV. Título.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA**

**TATIELLI SPOSITO MENDES
VITÓRIA PATRÍCIA BUENO**

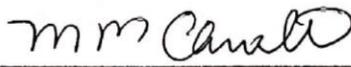
**LINHA DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL E ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA:
REVISÃO DOCUMENTAL E DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
defendido e aprovado em 24 de novembro
de 2021 pela comissão organizadora:



Profa. Dra. Lara Bittante de Oliveira
Orientadora e presidente da comissão
examinadora.

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas



Profa. Me. Maria Teresa Pereira
Cavaleiro

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas

Campinas, 24 de novembro de 2021

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por nos guiar em toda nossa jornada, nos dando força para vencer os obstáculos e não desanimar durante todos esses anos.

À Profa. Dra. Iara Bittante de Oliveira,

Pela orientação, dedicação e paciência em todo o processo deste trabalho, por nos fazer acreditar que somos capazes e pela amizade que construímos durante essa trajetória.

À Profa. Me. Maria Teresa Pereira Cavalheiro,

Por ter aceitado o convite e desempenhar este papel, dispondo de seus conhecimentos e tempo para análise deste trabalho. Agradecemos por despertar em nós o interesse pela área da Saúde Coletiva.

A todos os nossos docentes,

Por ao longo de nossa trajetória termos o privilégio de aprender com os melhores professores, que com paciência e maestria nos auxiliaram em todo o processo de aprendizagem. Sem eles não seria possível chegarmos ao final de mais um ciclo em nossas vidas.

Às nossas famílias,

Não temos palavras para agradecer o apoio e amor incondicional, e por nunca nos deixar desistir dos nossos sonhos, fazendo o possível e o impossível para chegarmos até aqui, obrigada.

E por fim, às nossas amigas da graduação,

Por terem nos proporcionado momentos que ficarão marcados na memória, não ganhamos apenas colegas de profissão, mas sim amigas que levaremos conosco para o resto de nossas vidas.

Nossa esperança sobreviverá entre nós, tratemos de desatá-los.

Gastão Wagner de Sousa Campos

Mendes TS, Bueno VP. Linha de Cuidado à Saúde Mental e Atuação Fonoaudiológica: revisão documental e de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Fonoaudiologia 2021. 80F. Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESUMO

Introdução: a linha de cuidado em saúde mental é fundamentada no modelo assistencial comunitário, em que as ações nos serviços devem ser construídas em conjunto entre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar e o usuário. Dentre eles está o fonoaudiólogo, atuando de forma conjunta, compartilhando experiências e conhecimentos a partir de um olhar integral ao sujeito em sofrimento psíquico. **Objetivo:** realizar revisão documental relacionada a políticas públicas voltadas à linha de cuidado à saúde mental e uma revisão de literatura de estudos brasileiros que relacionam a atuação fonoaudiológica na saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** estudo de caráter qualitativo, descritivo, investigativo e comparativo, elaborado em duas etapas, sendo a primeira uma revisão documental e a segunda revisão de literatura de estudos brasileiros. Na documental, foram pesquisadas políticas públicas brasileiras voltadas ao cuidado em saúde mental, âmbito do Sistema Único de Saúde, constantes em *sites* oficiais do governo. Na revisão de literatura a pesquisa ocorreu através de consulta às bases de dados, Lilacs e Scielo, buscando-se estudos científicos nacionais, publicados entre 2006 a 2020, voltados à atuação fonoaudiológica em saúde mental. **Resultados:** selecionadas nove portarias e duas leis relacionadas à linha de cuidado em saúde mental, as quais caracterizam e direcionam o modelo assistencial de base comunitária, protocolos e diretrizes terapêuticas e os direitos às pessoas com transtornos mentais. Com a criação das leis e portarias, observaram-se grandes avanços nas políticas públicas em saúde mental, fortalecendo e ampliando a rede de cuidados e garantindo uma atenção integral e humanitária. No entanto, tais políticas passaram por mudanças a partir de 2016, resultando em retrocessos nas conquistas obtidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e impactando diretamente a Política Nacional de Saúde Mental, havendo a necessidade de revisão e prováveis ajustes à integralidade no atendimento em saúde mental. Para revisão da produção científica fonoaudiológica foram selecionados cinco estudos relacionados à atuação em fonoaudiologia na rede de cuidados em saúde mental. Verifica-se que a prática fonoaudiológica nesta rede apresenta vertente generalista, tendo como principal ação a escuta clínica qualificada, a qual visa acolher e estabelecer o vínculo afetivo. Apresenta intervenção terapêutica individual e grupal, priorizando os contextos e vivências grupais, e é considerado um profissional que media casos em que há dificuldade na comunicação. Além disso, evidencia maior inserção na atenção especializada em Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPS ij) e atuação predominante em Transtorno do Espectro Autista (TEA), compondo as equipes multiprofissionais. **Conclusão:** é necessário traçar novos caminhos no cenário político-social, além de se investir na produção científica, especialmente na área da fonoaudiologia, visto que há escassez quando se trata deste profissional inserido na linha de cuidado em saúde mental e em especial na atuação com o público adulto.

Palavras-chave: Saúde Mental. Fonoaudiologia. Serviços de Saúde Mental. Terapia da Linguagem.

Mendes TS, Bueno VP. Line of Mental Health Care and Speech Therapy: a literature and document review. Course completion work for the School of Speech Therapy 2021. 80P. Life Sciences Center of the Pontifical Catholic University of Campinas.

ABSTRACT

Introduction: the mental health care line is based on the community care model, in which the actions in the health care service must be constructed together among professionals that make up the multidisciplinary team and the user. Among them is the speech therapist, acting together, sharing experiences and knowledge from an integral look at the person in psychic suffering. **Objective:** Carry out a documentary review related to public policies for mental health care and a literature review of Brazilian studies related to speech therapy in mental health within the Unified Health System (SUS). **Methods:** qualitative, descriptive, investigative and comparative study. Prepared in two stages, being the first a documentary review and the second a literature review about Brazilian studies. In the documentary review, Brazilian public policies focused on mental health care, within the scope of the Unified Health System, were researched on official government websites. In the literature review, the research was done by consulting the Lilacs and Scielo databases, in search of national scientific studies published between 2006 and 2020, focusing on speech therapy in mental health. **Results:** nine ordinances and two laws related to the line of care in mental health were selected, which characterize and direct the community-based care model, protocols and therapeutic guidelines, and the rights of people with mental disorders. With the creation of laws and ordinances, great advances have been observed in public policies on mental health, strengthening and expanding the care network and ensuring comprehensive and humanitarian care. However, such policies underwent changes as of 2016, resulting in setbacks in the achievements obtained by the Brazilian Psychiatric Reform and directly impacting the National Mental Health Policy, requiring revision and likely adjustments to the integrality in mental health care. For review of the scientific production of speech therapy, five studies were selected, all related to the role of speech therapy in the mental health care network. It can be seen that the speech therapy practice in this network has a generalist aspect, and its main action is qualified clinical listening, which aims to welcome and establish an affective bond. It presents individual and group therapeutic intervention, prioritizing group contexts and experiences, and is considered a professional who mediates cases in which there is difficulty in communication. In addition, it shows a greater insertion in the specialized care at the Children and Youth Psychosocial Care Center (CAPS) and a predominant performance in Autism Spectrum Disorder (ASD), making up the multidisciplinary teams. **Conclusion:** it is necessary to trace new paths in the social-political scenario, besides investing in the scientific production, especially in the speech therapy area, since there is a shortage when it comes to this professional inserted in the mental health care line and especially when working with the adult public.

Key words: Mental Health. Speech, Language and Hearing Sciences. Mental Health Services. Language Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma das etapas na pesquisa de políticas públicas de atenção a pacientes com sofrimento psíquico no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde – MS.....	35
Figura 2. Fluxograma das etapas na pesquisa de políticas públicas de atenção a pacientes com sofrimento psíquico no endereço eletrônico do Portal da Legislação.....	36
Figura 3. Uso dos descritores “Saúde Mental” e “Serviços de Saúde Mental” de forma combinada com outros DeCS para a pesquisa de artigos nas bases de dados SciELO, LILACS e Scopus.....	38
Figura 4. Formulário do Teste de Relevância aplicado para seleção dos artigos.....	39
Figura 5. Fluxograma das etapas da seleção dos artigos.....	40
Figura 6. Fluxograma das etapas da pesquisa.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Pesquisa documental: fontes, endereços eletrônicos e portarias e leis obtidas.....	42
Quadro 2. Síntese das políticas públicas relacionadas à linha de cuidado em saúde mental.....	44
Quadro 3. Identificação dos artigos selecionados para a revisão de literatura.....	49
Quadro 4. Caracterização do campo escuta clínica citado nos artigos selecionados.....	50
Quadro 5. Caracterização das estratégias descritas na intervenção terapêutica dos artigos.....	51
Quadro 6. Profissionais que compõem a equipe multiprofissional no cuidado à saúde mental conforme os artigos.....	52
Quadro 7. Serviços em saúde mental em que a fonoaudiologia está inserida de acordo com cada artigo.....	53
Quadro 8. Transtornos mentais citados nos artigos selecionados.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME: Associação Brasileira de Saúde Mental

CAIS: Centro de Atenção Integral à Saúde

CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS ij: Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CBO: Código Brasileiro de Ocupações

CES: Câmara de Educação Superior

CNE: Conselho Nacional de Educação

CNS: Conselho Nacional de Saúde

COMPP: Centro de Orientação Médico Psicopedagógica

Conasems: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass: Conselho Nacional de Secretários da Saúde

DDT: Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

eSF: equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

GM: Gabinete do Ministro

HCP: Hospital Especializado em Cuidados Prolongados

IAPs: Institutos de Aposentadorias e Pensões

IES: Instituições de Ensino Superior

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde

LOS: Leis Orgânicas de Saúde

MEC: Ministério da Educação

MLA: Movimento da Luta Antimanicomial

MS: Ministério da Saúde

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNH: Política Nacional de Humanização

PNSM: Política Nacional de Saúde Mental

PRT: Portaria

PTS: Planejamento Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RTs: Residências Terapêuticas

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SciELO: *Scientific Electronic Library Online*

SLEGIS: Sistema de Legislação de Saúde

SNAS: Secretaria Nacional de Assistência Social

SRT: Serviço Residencial Terapêutico

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TEA: Transtorno do Espectro Autista

UA: Unidade de Acolhimento

UAA: Unidade de Acolhimento Adulto

UAI: Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil

UBS: Unidade Básica de Saúde

UCP: Unidade de Cuidados Prolongados

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UTI: Unidades de Terapia Intensiva

UTSI: Unidades de Terapia Semi-Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Sistema Único de Saúde - SUS	16
2.2 A Saúde Mental e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	19
2.3 Definição de Políticas Públicas	21
2.4 Políticas Públicas em Saúde Mental	22
2.4.1 Rede de Atenção Psicossocial	25
2.4.2 Linha de Cuidado	26
2.5 Atuação Fonoaudiológica em Saúde Mental.....	28
3 OBJETIVO	32
3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 Primeira Etapa: documental	33
4.1.1 Procedimentos para análise das políticas públicas.....	37
4.2 Segunda Etapa: revisão de literatura em fonoaudiologia.....	37
4.2.1 Procedimento de Busca e Seleção dos Artigos Científicos.....	37
4.3 Síntese das etapas da pesquisa	40
5 RESULTADOS	42
5.1 Parte I: resultados da parte documental.....	42
5.2 Parte II: resultados da revisão de literatura em fonoaudiologia	48
6 DISCUSSÃO	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado a partir da filosofia de que o acesso à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, além de fortalecer a ideia de que o conceito de saúde não é restrito apenas a falta de patologia, mas sim para o estado de bem-estar, saúde física, social e mental. Dessa forma, os Determinantes Sociais de Saúde estão relacionados ao processo saúde-doença com a finalidade de manter uma boa qualidade de vida conforme as condições biológicas, estilos de vida, socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que um indivíduo vive.¹

Os determinantes em saúde mental estão relacionados não apenas a questões psicológicas, visto que fatores culturais, étnico/ raciais, ambientais, sociais e econômicos interferem de forma direta na saúde mental do indivíduo, podendo ser o fator primário de um sofrimento psíquico. Posto isso, é fundamental ter um olhar integral mediante o sujeito social e as necessidades dos usuários que frequentam os serviços comunitários existentes na rede de saúde mental.^{2,3}

Ao se tratar de saúde mental, é fundamental abordar um dos principais marcos históricos para a conquista dos direitos voltados à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em comum acordo, em novembro de 1990, países da América Latina se reuniram com o intuito de reformular a assistência psiquiátrica buscando uma melhor qualidade na atenção e cuidado humanizado a estes indivíduos através da reabilitação psicossocial e promoção da cidadania, visando favorecer a autonomia e reinserção na comunidade. Este acordo ficou conhecido como “Declaração de Caracas”.⁴

Buscando a desinstitucionalização, a saúde mental ao longo dos anos tem garantido bons avanços com a definição de políticas públicas que visam proteger o indivíduo que vive em sofrimento psíquico. Com o foco na inserção dos sujeitos, socialmente e culturalmente, houve a criação de centros de reintegração que tem como objetivo a prática multiprofissional terapêutica, se diferenciando de um ambiente clínico e promovendo além da atenção à saúde mental, também um cuidado integral.⁵

Deste modo, a linha de cuidado em saúde mental caracteriza-se por seguir fluxos assistenciais que garantem ao usuário o acesso facilitado nos serviços e a continuidade no cuidado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), em que as ações são construídas em conjunto entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional e o usuário, levando em consideração os determinantes sociais.³

Dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, está o Fonoaudiólogo, cuja inserção no âmbito do SUS foi e continua sendo de suma importância, visto que sua atuação está voltada para a comunicação, englobando linguagem, motricidade orofacial, voz, audição, neuropsicologia, entre outras áreas. Além disso, contribui e articula-se com os diversos profissionais atuantes no setor de saúde mental, trocando conhecimento, informações e experiências profissionais.⁵

Sendo assim, o trabalho em questão tem como principal interesse realizar uma revisão documental relacionada a políticas públicas voltadas à linha de cuidado à saúde mental e uma revisão de literatura de estudos brasileiros que relacionam a atuação fonoaudiológica na saúde mental no âmbito do SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde - SUS

Para compreender o que é o Sistema de Saúde Brasileiro é importante conhecer a história e a evolução da saúde no Brasil. Inicialmente, a ideia de saúde para todos não passava de uma utopia, visto que, o atendimento era voltado para aqueles que contribuíram com a previdência social. Para aqueles que não contribuíam, o acesso a cuidados era ofertado pelas igrejas através de atos de caridade tanto dos religiosos quanto de médicos guiados pela generosidade em Hospitais Filantrópicos. Nesta fase, a participação Estatal era voltada para campanhas de vacinação, casos de epidemias, cuidado aos indivíduos rejeitados por doenças ainda não tratáveis como a tuberculose ou a hanseníase, além de sujeitos em sofrimento psíquico, pouco compreendidos.⁶

Em um período voltado para o crescimento da industrialização, desenvolvimento das cidades e setor econômico, houve também uma iniciativa de regulamentar as práticas médicas. Logo, os cuidados à saúde da população, incluindo as ações direcionadas ao tratamento de doenças, o combate ao surgimento de epidemias e a busca de saneamento básico passaram a ser menos dependentes de religiosos com a criação de hospitais públicos. As campanhas obrigatórias de vacinação estavam espelhadas nos modelos bélicos, considerado autoritário e agressivo, chegando ao estopim e gerando uma grande revolta na população.⁷

Foi graças aos movimentos populares e revoltas que houve a regulamentação dos direitos para os trabalhadores, garantindo assistência médica, pensão pós invalidez e pós morte, validando assim a implementação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Porém, no que diz respeito à organização financeira das CAPs, estas eram administradas pelos trabalhadores e seus empregadores, investindo 92% dos recursos para benefícios, como aposentadoria e pensões e apenas 8% para a assistência à saúde.⁷ Devido à ineficiência das CAPs,

por serem poucas e beneficiarem em maior parte a assistência da previdência social, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para que todas as categorias profissionais tivessem suas próprias entidades. Deste modo, cada IAP prestava serviços à saúde ao assalariado urbano conforme recursos financeiros que dispunham.⁸

No ano de 1953, houve um marco histórico para a política e para a saúde pública com a criação do Ministério da Saúde (MS), o qual era responsável por promover ações de cunho coletivo na rede assistencial à saúde.⁹ Esta inserção do Estado perante o cenário possibilitou um maior acesso com a criação de postos de trabalho, novas indústrias para produção de máquinas, equipamentos, medicamentos, organizações hospitalares e ambulatoriais, além do foco no ensino profissional para a população.⁷

Por volta de 1964, o regime autoritário advindo da ditadura, trouxe prejuízos à saúde pública, o decréscimo dos investimentos e o aumento da privatização da saúde, diminuindo a possibilidade de acesso pela população de baixa renda. A superlotação de hospitais causou insatisfação à população. Além disso, doenças antes erradicadas e novos casos de epidemias surgiram, aumentando a pobreza e diminuindo os investimentos para o saneamento básico.⁷

Posteriormente, em 1966, os IAPs foram unificados, surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A partir desta movimentação política ocorreu uma ampliação da assistência médica, concomitante a uma grande demanda de funcionários aos serviços de saúde e certa insatisfação por parte deles. Para a resolução deste problema, o Estado passou a comprar os serviços das redes privadas – criados por cada IAPs.^{7,8}

Com isso, a política desenvolveu e favoreceu indiretamente a rede privada de saúde ao adquirir seus serviços e ao fornecer apoio financeiro advindo do INPS para a criação de unidades hospitalares. Mediante o sistema público de saúde brasileiro marcado pelas redes privadas e públicas, surge a ideia de medicina em grupo, trazendo empresas conveniadas para prestarem serviços médicos privados aos empregadores das empresas.⁸

A dinâmica da assistência empresarial que antes contribuía com a assistência pública, vai desaparecendo e tendo autonomia mediante o Governo. Em decorrência deste contexto, os serviços de saúde pública se encontravam sem subsídios para dar continuidade no planejamento e organização de ações e programas.⁸ Frente ao descaso e sucateamento da saúde pública brasileira, surge na década de 70 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).⁹

Em meados dos anos 80, o Movimento Sanitário ganhou força decorrente de ações populares, que tinham como pauta a descentralização e acesso à saúde para todos, com a finalidade de melhoria na oferta de serviços públicos de qualidade. Os indivíduos que participavam ativamente deste movimento e promoviam discussões eram médicos, associações médicas, estudantes, religiosos católicos e militantes da esquerda, porém de forma velada.^{8,9}

Em 1986, ocorreu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual foi aberta pela primeira vez para a população, organizada por técnicos do assunto, de modo que a participação popular foi considerada uma conquista. Na conferência diversos temas foram debatidos, dentre eles os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, resultando no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual auxiliou no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).⁹

Após dois anos, em 1988, o SUS foi promulgado na Constituição Federal e consagrado como o sistema de saúde brasileiro, constituído por princípios doutrinários e organizativos, articulando serviços e ações de saúde que integram as organizações públicas de saúde de três esferas: Federal, Estadual e Municipal, além de ser complementada por serviços privados. A partir de setembro e dezembro de 1990 respectivamente, as Leis Orgânicas de Saúde (LOS), nº 8.080 e nº 8.142 foram aprovadas pelo Congresso Nacional, havendo assim a regulamentação do SUS.¹⁰

Portanto, o SUS é visto com bons olhos no exterior e é considerado uma das mais avançadas políticas sociais em vigência no Brasil por se tratar de uma proposta pública, popular e democrática.¹⁰

2.2 A Saúde Mental e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A saúde mental é descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo a condição de bem-estar em que o sujeito tem plena capacidade de utilizar suas habilidades, de lidar com o estresse cotidiano, de ser produtivo nas atividades diárias e de contribuir com a comunidade em que vive. Consequentemente, a saúde mental está relacionada com as condições dos determinantes sociais de saúde, influenciando o processo saúde-doença e a qualidade de vida.¹¹

Entre as décadas de 1970 e 1980, havia no país internações em larga escala nos hospitais psiquiátricos, configurando um padrão de assistência à saúde mental inadequado. As pessoas com transtorno mental eram tratadas com descaso e violência mediante as necessidades básicas do ser humano, além de serem excluídas da comunidade e retirado o direito de manterem um vínculo com o núcleo familiar.¹²

Durante o mesmo período, o Brasil passava por um processo de redemocratização, surgindo diversas lutas sociais e profissionais que visavam um sistema de saúde gratuito, igualitário e com acesso a toda população. Mediante este cenário, em meados da década de 1970, nasce a Reforma Sanitária Brasileira, objetivando a construção de uma política de saúde mais democrática. Em seguida, paralela à Reforma Sanitária se origina a Reforma Psiquiátrica Brasileira e ambas adquirem força no início dos anos 80.^{13,14,15}

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tinha como concepção estabelecer um novo modo de se pensar saúde para pessoas com transtornos mentais, com ideias fundadas na desinstitucionalização dos manicômios-asilares, na reinserção do sujeito em comunidade e no âmbito familiar e na identificação do eu, reconhecendo sua singularidade, subjetividade e potencialidades.¹²

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e com a grande participação social na elaboração de novas políticas públicas, ficou estabelecido que conferências com temáticas específicas aconteceriam. Partindo desta decisão, em junho de 1987, ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, após muita dificuldade e exigência por parte de participantes do Movimento dos

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), visto que, o MS tinha ideais que divergiam com os ideais do coletivo MTSM, os quais visavam a reformulação da assistência psiquiátrica e a reorganização dos serviços em saúde mental.¹⁵

Enquanto ocorria a I Conferência Nacional de Saúde Mental, participantes do MTSM se articulavam para que houvesse uma convocação para o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, já que o primeiro encontro havia sido realizado em 1979. Este II Congresso ocorreu em dezembro de 1987, na cidade de Bauru, com o intuito de idealizar uma sociedade sem práticas assistenciais fundadas no modelo manicomial.^{13,15}

Partindo dessa ideologia, surgem mudanças internas no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que ativistas que defendem os direitos humanos chegam para somar na luta junto de profissionais da saúde e de familiares de indivíduos com sofrimento psíquico. Outra modificação importante foi a convicção de que o fim das instituições manicomiais precisaria acontecer, pois no modelo assistencial vigente, diversos direitos básicos do ser humano eram violados e o sujeito institucionalizado sofria com o estigma da loucura.¹⁵

Com essas movimentações, o coletivo denominado de Movimento da Reforma Psiquiátrica passa a ser chamado de Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e começa a organizar frentes em diferentes capitais do Brasil. Deste modo, a luta se amplia e tem como conquista a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio e com a finalidade de trazer à sociedade a conscientização sobre a crueldade que havia em hospitais psiquiátricos e a segregação do sujeito dentro dessas instituições.¹⁵

Após muita luta social contra a ditadura imposta pelo regime militar, em 1990 já estava instaurada a redemocratização no país. No mesmo ano, foi publicada a Declaração de Caracas, elaborada durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente e convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Sendo assim, o Brasil adotou a política de saúde mental preconizada pela Declaração de Caracas e se comprometeu a desenvolver ações que favoreçam o modelo psicossocial como referência na

assistência a pessoas com sofrimento psíquico, reinventando em conjunto as práticas de saúde e o modo que a sociedade lida com o sujeito louco.¹⁶

Com a aprovação das LOS e a regulamentação do SUS, a Política de Saúde Mental brasileira começa a traçar novos rumos baseando-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica e nos princípios e diretrizes que norteiam o SUS. Logo, possibilitou que houvesse uma reforma na saúde mental favorecendo a formulação de políticas públicas, como a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e a ampliação dos mesmos, além de diretrizes que reduzissem os leitos psiquiátricos.^{12,16}

Em 2007, foi fundada a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a qual inicialmente foi criada pelo Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com o intuito de promover um suporte na articulação entre os indivíduos envolvidos na Reforma Psiquiátrica, como os usuários, seus familiares e ativistas vinculados a outras pautas político-sociais. Além disso, a ABRASME trouxe consigo a consolidação necessária para firmar o diálogo entre as comunidades técnica e científica com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade.^{15,17}

No entanto, após anos de lutas e conquistas pelos direitos a melhores condições de tratamento, cuidado e dignidade para estes indivíduos, atualmente há uma estagnação no que diz respeito a investimentos em planos e estratégias para consolidação de um serviço acolhedor e humanizado. As principais dificuldades encontradas estão relacionadas com a formação do profissional de saúde, com enfoque na área de saúde mental, atenção ao diagnóstico precoce e espaços que validem a inserção deste sujeito à sociedade ao invés da exclusão.^{4,13}

2.3 Definição de Políticas Públicas

Quando se trata da definição do papel do Estado e sua função quanto à sociedade, fica evidente que ao longo dos anos essas funções passaram por diversas mudanças. Por volta dos séculos XVIII e XIX o principal papel do Estado era garantir

a segurança e proteção à sociedade de ataques de inimigos externos. Com a expansão do modelo de governo democrático, o Estado passou a ter novos objetivos e responsabilidades no que diz respeito à população, buscando atualmente a promoção do bem-estar da sociedade brasileira através de planejamentos, metas, ações e atuações em áreas da saúde, educação, economia e meio ambiente. Para que esses objetivos sejam cumpridos e o bem-estar social seja atingido, são utilizadas as Políticas Públicas.^{18,19}

Política Pública pode ser definida como um conjunto de ações planejadas pelo governo nas esferas federal, estaduais e municipais, tendo como objetivo sanar as principais queixas e problemas que a sociedade apresenta, visando alcançar o bem-estar social e os interesses públicos quanto às suas principais demandas.^{18,19}

É através da democracia, em eleições de candidatos que apresentam propostas que buscam suprir as necessidades e expectativas da população, que são escolhidos os representantes da população no governo. São os vereadores, senadores e deputados os representantes do Poder Legislativo, responsáveis pela criação e definição das ideias para novas políticas públicas. Por sua vez, o Poder Executivo é representado pelos prefeitos, governadores e o Presidente da República, tendo como função executar, fiscalizar e gerir as políticas elaboradas.¹⁸

Após o planejamento, realização dos cálculos quanto aos recursos necessários, é o momento de implementá-las, colocando-as em ação para em seguida avaliar se a política pública em questão obteve resultados positivos e satisfatórios, corrigir possíveis falhas e gerar informações relevantes para futuras políticas, analisando a eficiência e eficácia das ações tomadas pelo governo frente ao problema apresentado.¹⁸

2.4 Políticas Públicas em Saúde Mental

Ao se tratar de políticas públicas em saúde mental no Brasil, é importante citar que esta conquista é recente, visto que historicamente no período imperial, os indivíduos que apresentavam transtornos psíquicos e fugiam do “padrão de

normalidade” eram excluídos e realocados em locais chamados casa da misericórdia, pois eram considerados uma vergonha para suas famílias.²⁰

Durante anos, o conceito de normalidade e anormalidade definiam quem seriam os membros da sociedade e quem seriam os improdutivos.²⁰ O modelo de atenção destes hospitais para com os pacientes não tinha como prioridade o cuidado humanizado, surgindo então os manicômios, que como uma prisão afastava o indivíduo da sociedade ao invés de inseri-lo em um modelo assistencial terapêutico humanizado.^{20,21}

A instituição do SUS e de seus princípios na Constituição de 1988, juntamente com a reforma psiquiátrica, foi de extrema importância para as conquistas em saúde mental, visto que é neste momento que uma nova perspectiva de cuidado se torna alcançável. As primeiras intervenções em hospitais psiquiátricos foram realizadas encontrando diversas ações que violavam os direitos humanos.¹⁵

Fez-se então necessária a criação de novas instalações que contemplassem as reais necessidades dos indivíduos, como saúde, moradia, cultura e lazer, acabando com a existência dos hospitais psiquiátricos e implantando um novo modelo de atenção, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).¹⁵

A regulamentação desse modelo de atenção e cuidado ocorreu através da Portaria SNAS/MS nº 189/91. Inspirados nas experiências positivas dos NAPS em Santos e CAPS em São Paulo, a coordenação nacional em saúde mental instituiu a construção e implementação destes serviços por todo o país.¹⁵

O Projeto de Lei nº 3.657/89 foi apresentado para a câmara de deputados após a demonstração de eficácia do modelo assistencial existente em Santos, dispondo sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e suas substituições por outros modelos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. Este projeto ficou em tramitação por cerca de doze anos, porém, foi rejeitado dando abertura a um novo projeto substitutivo que foi aprovado.¹² No dia 06 de abril de 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216, a qual afirma a plena cidadania de pessoas com sofrimento psíquico e promove um novo direcionamento no pensar e saber do modelo assistencial em saúde mental.²²

Durante o processo de tramitação da Lei nº 10.216/01 outras portarias estavam sendo implementadas nos municípios e Estados de todo o país, como a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos, garantidos pelas Portarias nº 106/2000 e nº 1.220/2000, que favoreceram a implementação do Programa de Volta Pra Casa, através da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.^{15,22}

Com os avanços e ganhos no que diz respeito à saúde mental no SUS, com a implementação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria no ano de 2002, inúmeros hospitais psiquiátricos foram fechados após uma avaliação regular, sendo eles públicos ou privados, devido a inadequações que apresentavam.¹²

Seguindo a linha do tempo das Políticas Públicas em Saúde Mental, outro marco foi a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que redefiniu a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no que se refere à divisão destes com base nas necessidades dos indivíduos atendidos, sendo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) voltado para o atendimento do público infantil e adolescente e CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) para dependentes de álcool e drogas.¹⁵

A partir do cenário que surgia com a criação da portaria citada acima e após nove anos, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 com a finalidade de criar uma dimensão para as ações estabelecidas no SUS. Seus principais objetivos são promover o acesso aos centros de atenção para pessoas com transtornos mentais ou dependentes de álcool e drogas, acesso aos diferentes níveis de complexidade, além da integração das redes de cuidados através do acolhimento e acompanhamento continuado.¹⁵

Após anos reivindicando por práticas assistencialistas mais humanitárias à saúde mental, aos poucos ocorreram diversas conquistas e a criação de políticas públicas por uma atenção à saúde mental tendo como eixo central o cuidado integral do indivíduo, considerando suas necessidades e os contextos biológicos, ambientais, culturais e socioeconômicos em que está inserido na comunidade.²¹

Na contemporaneidade, a sociedade civil, conselhos, fóruns e coletivos de profissionais, usuários e familiares permanecem se articulando a favor da responsabilização do Estado pelo provimento de cuidado e pelo acesso a tratamentos psicossociais baseados em evidências científicas e pautados em valores éticos e humanitários. Essa articulação de diversas entidades relacionadas à saúde mental é decorrente de um retrocesso e desmonte que se iniciou em 2015 na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e se perpetua até o governo atual.²³

No final do segundo semestre de 2020 propostas foram discutidas no Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com a finalidade de revogar diversas portarias construídas durante o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do MLA. Essa mudança errônea resulta em uma desestruturação nas conquistas obtidas e asseguradas na PNSM, trazendo de volta o modelo manicomial e conseqüentemente a segregação e confinamento de sujeitos fragilizados que sofrem com o estigma e preconceito da loucura.²³

2.4.1 Rede de Atenção Psicossocial

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas como ações e serviços organizativos que se articulam entre si, havendo uma dinâmica entre os diferentes níveis de complexidade e de tecnologias utilizadas no cuidado contínuo e integrado dos usuários no âmbito do SUS.²⁴ De acordo com o Art. 198 da Constituição Federal de 1988, a RAS é definida como:²⁵

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único... (Constituição Federal, 1988)

O propósito da RAS é tornar o funcionamento político-institucional das Redes mais eficientes e produzir um cuidado pautado na diversidade territorial, no respeito e na compreensão de que cada região apresenta uma população com necessidades diferentes. Desse modo, a RAS compreende que o acesso à saúde é de fundamental importância, sendo ofertado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é considerada um canal de comunicação entre o usuário e outros pontos de atenção à

saúde que serão utilizados para construir a linha de cuidado desse sujeito conforme sua demanda.^{26,27}

Nesse sentido, a RAS proporciona um processo de superação da fragmentação que há na atenção e gestão entre as três esferas do SUS e promove fluxos contínuos de cuidado.²⁸ Além disso, a RAS passa a estabelecer redes de atenção à saúde conforme alguns pontos prioritários, sendo eles: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Vale ressaltar que o fonoaudiólogo está inserido nesses pontos de atenção, atuando de forma multidisciplinar potencializando o cuidado e contribuindo com a promoção, prevenção, diminuição das taxas de mortalidade e custos de internação.²⁷

A RAPS tem como objetivo criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para sujeitos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades devido ao uso nocivo de álcool e outras substâncias psicoativas, além de garantir a estas pessoas a inserção e livre circulação nos serviços e na comunidade exercendo sua cidadania. A organização dos serviços e equipamentos que compõem a RAPS é pautada na dinâmica e na horizontalidade da relação entre os níveis de atenção à saúde e as diferentes densidades tecnológicas, ofertando a continuidade e integralidade na linha de cuidado à saúde mental.²⁴

Sendo assim, a RAPS pode ser caracterizada como um conjunto de atividades que proporcionam ao usuário um cuidado humanizado a partir de ações e condições que envolvem tanto o indivíduo e seus familiares quanto a equipe de saúde e a comunidade no processo de reabilitação da autonomia e de habilidades sociais e comunicativas, na recuperação da pessoa enquanto um sujeito que exerce sua cidadania e se reconecta com sua identidade pessoal e social.²⁹

2.4.2 Linha de Cuidado

A linha de cuidado caracteriza-se por um conjunto de técnicas padronizadas com enfoque na promoção, prevenção e tratamento do usuário organizadas em fluxos assistenciais através de um percurso pela RAS.²⁴

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável por coordenar e organizar estes fluxos em determinado território de abrangência, com o objetivo de fornecer orientações aos serviços de saúde e direcionar o cuidado ao paciente e suas necessidades, além de ofertar o cuidado de acordo com o planejamento terapêutico idealizado para este indivíduo, dando continuidade em seu percurso assistencial nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS.³⁰

Para a linha de cuidado em saúde mental não é diferente, pois a mesma é organizada através dos princípios da gestão de fluxos, com o objetivo de verificar se as ações realizadas foram efetivas e se contemplaram uma abordagem integral. Como citado anteriormente, é por meio dos projetos terapêuticos que a linha de cuidado se fundamenta, com ações pensadas e voltadas para a resolução de problemas que afetam a saúde do indivíduo a partir de uma avaliação social, física, ambiental e econômica.³¹

Assim, as intervenções a serem desenvolvidas no campo da saúde mental devem ser construídas durante os encontros que ocorrem no cotidiano entre os profissionais e o usuário dos serviços, promovendo modificações na qualidade e modo de vida por meio de um novo pensar e produzir saúde, olhando o sujeito em suas múltiplas dimensões.³¹

Para que o funcionamento ocorra, é necessário que haja um acordo entre os gestores municipais, responsáveis pelas unidades de saúde, gestores das redes de apoio e dos serviços hospitalares para que o foco seja voltado apenas ao usuário, garantindo assim o acesso aos serviços e uma rede de cuidado harmônica e funcional. Para sua inserção é fundamental realizar um mapeamento das redes de serviços, definir os fluxos assistenciais baseando-se nos dados epidemiológicos do território abrangente e as necessidades específicas desta população, seja ela em saúde materno-infantil, saúde bucal ou saúde mental, por exemplo.³²

Para os cuidados em saúde mental, é responsabilidade da APS organizar e gerenciar as ações realizadas juntamente com a Rede de Atenção Psicossocial, classificando as situações e necessidades dos usuários como baixo, médio e alto risco. Deste modo, é possível traçar um plano de atendimento singular e específico a

cada indivíduo, contando com o apoio dos próprios usuários, familiares, profissionais da APS, seus gestores e as equipes especializadas em saúde mental.³³

O baixo risco é voltado para indivíduos que apresentam sinais e sintomas leves a moderados (quadros depressivos e de ansiedade), cujas ações envolvem atividades que vão desde a entrega de folhetos informativos, realização de grupos de apoio e autoajuda ou atividade física em grupo, partindo para terapias medicamentosas e psicoterapias quando houver necessidade, com o apoio dos profissionais da APS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Já o médio e alto risco são direcionados às pessoas que apresentam quadros psicóticos crônicos, em que a APS desenvolve ações de diagnóstico precoce, início no tratamento ao intervir de modo rápido e efetivo em momento de crise, na administração de fármacos e nos programas de reabilitação psicossocial. As equipes de APS atuam com o apoio matricial de profissionais que integram o NASF e os pontos de atenção secundária, além de equipes multiprofissionais especializadas no campo da saúde mental.³³

2.5 Atuação Fonoaudiológica em Saúde Mental

A partir das décadas de 70 e 80 a Fonoaudiologia começou a ser inserida na saúde pública e as atividades exercidas por estes profissionais baseavam-se na atuação em secretarias de saúde e educação. No final da década de 80, o trabalho deste profissional se torna mais consistente no sistema público por meio da regulamentação do SUS, em que mais fonoaudiólogos passam a atuar na APS através de concursos que estavam acontecendo no Estado de São Paulo.³⁴

Porém, no início da formação acadêmica do fonoaudiólogo pouco se falava acerca da atuação no sistema público de saúde, tendo foco voltado apenas para a prática clínica individualizada e reabilitadora em ambulatórios de saúde mental e hospitais, além do pouco conhecimento dos profissionais em relação às demandas fonoaudiológicas que os usuários do SUS apresentavam. Mediante a atuação limitada, tanto os fonoaudiólogos quanto a instituição pública se encontravam insatisfeitos com esse modelo de consultório por não haver propostas que ampliassem

os serviços de saúde e porque as demandas aumentavam e se tornavam reprimidas. Com isso, estes profissionais que atuavam em centros de saúde começam a traçar novos objetivos, elaborando e organizando estratégias conforme a demanda territorial.³⁴

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação (MEC), as Instituições de Ensino Superior (IES) e os gestores do SUS começam a solidificar a relação entre si e conseqüentemente contribuem com novas ideias a respeito dos currículos dos cursos de graduação, proporcionando a integração entre as IES e os serviços de saúde dentro do SUS.³⁵

Na Fonoaudiologia, em 2001 foi criado o Departamento de Saúde Coletiva da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, que propôs um debate sobre as necessidades de mudança no projeto pedagógico do curso, com o intuito de oferecer ao discente um conhecimento mais generalista no âmbito do sistema público de saúde. Essa transformação agrega na prática profissional, já que a formação é caracterizada pelo domínio técnico e prático em diversas áreas de atuação da fonoaudiologia, permitindo sua inserção na saúde pública/ coletiva desde os estágios que ocorrem durante os anos acadêmicos, decorrente da parceria plena entre a instituição de ensino e os serviços de saúde ofertados no SUS.³⁵

O documento que impacta no projeto pedagógico são as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia, instituída por meio da Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002, a qual define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fonoaudiólogos em Instituições do Sistema de Ensino Superior.³⁵

Dessa maneira, “o fonoaudiólogo formado traz consigo um arcabouço de saberes teóricos e práticos adquiridos enquanto estudante na área da saúde” e, ao ser inserido profissionalmente no âmbito do SUS, utiliza dessa bagagem de conhecimento ao atuar nos pontos de atenção da RAS complementando ações e serviços da equipe.³⁶

Em conformidade com as diretrizes do SUS, a porta de entrada para o acesso à saúde ocorre na APS e a principal estratégia de organização desse nível de atenção

está voltada para a Saúde da Família, tendo como referência a Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo visa a criação de vínculos e um cuidado integral, promovendo saúde humanizada para os usuários.³⁷ Em 24 de janeiro de 2008, com intuito de consolidar e fortalecer a APS, o MS cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentado pela Portaria GM nº 154. Em 2017, é publicada a Portaria nº 2.436, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes na organização da Atenção Básica, trazendo mudanças, como a alteração da denominação do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).³⁸

O NASF-AB é composto por equipes multiprofissionais que atuam juntamente com a equipe de Saúde da Família (eSF) através do apoio matricial, do compartilhamento de conhecimento e da atuação conjunta na elaboração e planejamento terapêutico para a comunidade assistida pela equipe responsável da Unidade Básica de Saúde (UBS). É responsabilidade do gestor municipal juntamente com a eSF determinar quais profissionais farão parte da equipe multiprofissional no NASF-AB, de uma determinada UBS, de acordo com as necessidades da população atendida naquele território.³⁸

Dentre os profissionais que podem fazer parte da equipe multiprofissional está o fonoaudiólogo, que tem o objetivo de atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde, realizando ações de acolhimento e cuidado quanto às questões fonoaudiológicas que essa população apresenta, além de contribuir positivamente nas ações realizadas pela eSF. As principais demandas encontradas no NASF-AB para a fonoaudiologia estão relacionadas ao desenvolvimento da linguagem oral e escrita, saúde materna e infantil, além de outras que permeiam todos os ciclos da vida, desde os recém-nascidos aos idosos.³⁸

O fonoaudiólogo que atua na saúde coletiva deve ser generalista. Por sua vez, a saúde mental é um campo que possui caráter interdisciplinar e intersetorial buscando sempre um olhar integral, observando todas as características e individualidades do sujeito. Ao se tratar das individualidades, uma das formas de expressá-las é por meio da linguagem, que está diretamente relacionada à psique. Sendo assim, o profissional da fonoaudiologia é capaz de interpretar as informações

em todas as formas de linguagem, a qual é considerada uma das principais ferramentas de compreensão da mensagem que o sujeito deseja expressar, seja ela direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente.³⁹

Outra forma de atuação é através da realização de grupos terapêuticos, com o intuito de ofertar à comunidade melhor qualidade de vida, com ações educativas, busca por diálogos, ações democráticas e transformadoras. Por intermédio dos grupos é possível reconhecer o indivíduo em sua totalidade, buscando uma troca de conhecimentos e experiências pessoais ao contribuir significativamente com o desenvolvimento da comunicação e da linguagem.⁴⁰

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão documental relacionada a políticas públicas voltadas à linha de cuidado à saúde mental e uma revisão de literatura de estudos brasileiros que relacionam a atuação fonoaudiológica na saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Identificar as políticas públicas brasileiras relacionadas a serviços assistenciais voltados à linha de cuidado à saúde mental.

3.2.2 Identificar estudos científicos nacionais relacionados à fonoaudiologia na linha de cuidados à saúde mental.

3.2.3 Caracterizar a atuação fonoaudiológica na saúde mental no Sistema Único de Saúde.

4 METODOLOGIA

Este estudo é de caráter qualitativo, descritivo, investigativo e comparativo. Consta de duas etapas, sendo a primeira uma revisão documental sobre a busca de políticas públicas brasileiras voltadas ao cuidado em saúde mental. A segunda compõe uma revisão de literatura por meio de análise de estudos científicos nacionais, referentes à atuação fonoaudiológica na saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que se visa discutir, ao final, o cuidado em saúde mental na fonoaudiologia e aquilo que é proposto pelas políticas públicas.

4.1 Primeira Etapa: documental

Os procedimentos utilizados na primeira etapa da pesquisa documental ocorreram por meio de busca em *sites* oficiais do governo brasileiro, em sessões voltadas para a principal temática abordada neste projeto de pesquisa, a saúde mental.

Nos endereços eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde (MS) e do Portal da Legislação, realizou-se uma pesquisa a respeito de políticas públicas de atenção a pacientes com sofrimento psíquico.

A coleta de dados no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde – MS ocorreu inicialmente em sua página inicial, selecionando os subcampos do campo “Políticas e Diretrizes do Sistema Único de Saúde”, sendo eles: “Conferências Nacionais de Saúde”, “Convenções”, “Declarações” e “Diretrizes do SUS” e também o campo “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), Protocolos de Uso, Diretrizes Nacionais/Brasileiras, Linhas de Cuidado”, os quais se encontram em destaque no item “Fontes de Informação”, com a finalidade de identificar as políticas que abordem sobre o tema do trabalho. No total foram selecionadas três políticas públicas em vigência.

Posteriormente, a pesquisa ocorreu novamente por meio da Biblioteca Virtual em Saúde – MS em sua página inicial no item “Legislação da Saúde”, sendo acessada a aba “Sistema Saúde Legis”. Ao acessar o Sistema de Legislação de Saúde (SLEGIS) – Ministério da Saúde, foram preenchidos os seguintes campos: “Tipo de Norma”, “Número”, “Data de Publicação”, “Origem - Nome” e “Fonte”. Conforme preenchimento dos campos acima, foi clicada a aba “Consultar” e posteriormente “Visualizar” no “Nº de Identificação” correspondente à política pública relacionada aos serviços de saúde mental.

Desse modo, os campos foram preenchidos em seis etapas. Na primeira os campos da aba SLEGIS foram preenchidos da maneira descrita a seguir: “Tipo de Norma: (PRT) Portaria”, “Número: 336”, “Data de publicação: 19/02/2002 até ano atual”, “Origem - Nome: MS” e clicar na aba “Adicionar origem”, “Fonte: DOU”, resultando no “Nº de Identificação 3745736”. Na segunda etapa permaneceu o Tipo de Norma e os outros campos foram modificados, sendo “Número: 52”, “Data de publicação: 20/01/2004 até ano atual”, “Origem - Nome: MS”, clicar na aba “Adicionar origem”, “Fonte: DOU”, resultando no “Nº Identificação 4000502”. Na terceira etapa os campos modificados foram “Número: 3.088” e “Data de publicação: 23/12/2011 até ano atual”, apresentando o “Nº de Identificação 4069101”.

Na quarta etapa seguiu-se os mesmos passos da primeira, sendo colocado “Número: 3.090” e “Data de publicação: 23/12/2011 até ano atual”, apresentando o “Nº de Identificação 4069103”. Na quinta etapa os campos alterados foram “Número: 3.588” e “Data de publicação: 21/12/2017”, tendo o “Nº de Identificação 4095793”. Por fim, na última etapa, os campos alterados foram “Número: 121” e “Data de publicação: 25/01/2012”, com o “Nº de Identificação 4069532”. No total foram selecionadas seis políticas públicas.

A Figura 1 demonstra as etapas seguidas no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde – MS.

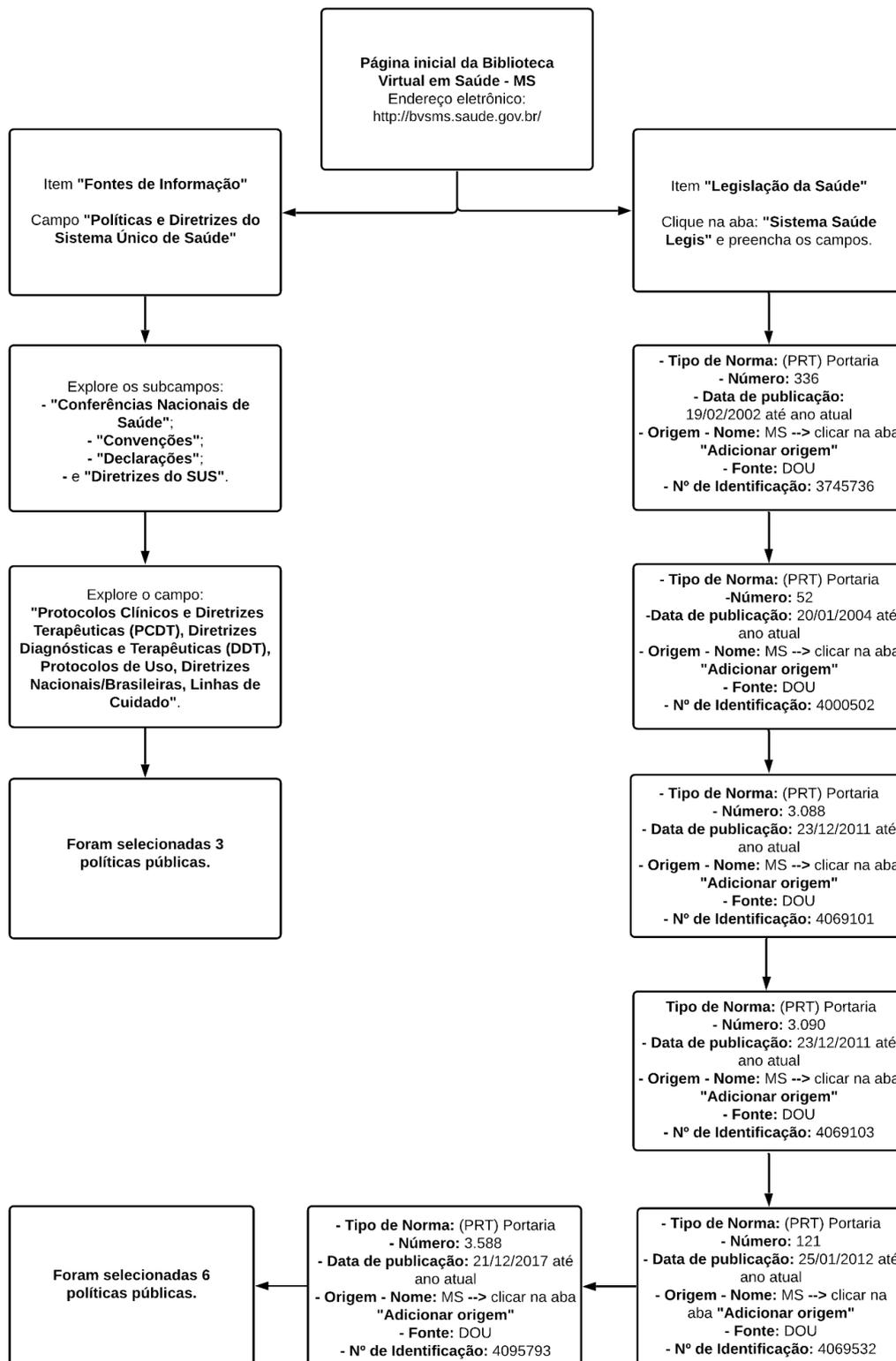


Figura 1. Fluxograma das etapas na pesquisa de políticas públicas de atenção a pacientes com sofrimento psíquico no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde – MS.

Para obtenção de dados no endereço eletrônico do Portal da Legislação, em sua página oficial e no item "Legislação" a aba "Leis Ordinárias" foi acessada. Em seguida foi realizado o clique na aba dos anos "2001" e "2003".

A Figura 2 demonstra as etapas seguidas no endereço eletrônico do Portal da Legislação.

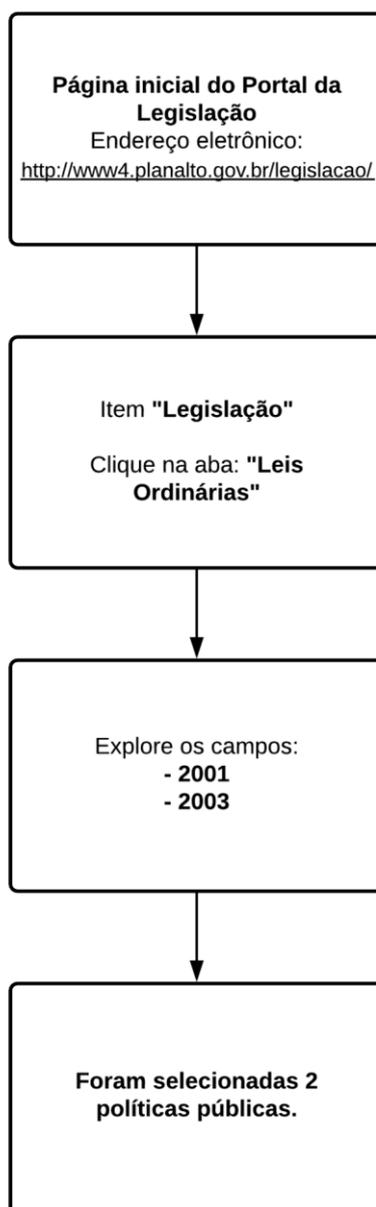


Figura 2. Fluxograma das etapas na pesquisa de políticas públicas de atenção a pacientes com sofrimento psíquico no endereço eletrônico do Portal da Legislação.

4.1.1 Procedimentos para análise das políticas públicas

Para análise das políticas públicas encontradas foi seguido o método qualitativo, utilizando quadros para a síntese das informações mais relevantes.

4.2 Segunda Etapa: revisão de literatura em fonoaudiologia

A revisão de literatura foi realizada através da consulta às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scopus Preview*. Optou-se por selecionar o período de publicação entre os anos de 2006 a 2020.

4.2.1 Procedimento de Busca e Seleção dos Artigos Científicos

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores em português, encontrados através da pesquisa nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Saúde Mental; Fonoaudiologia; Serviços de Saúde Mental; Terapia da Linguagem.

Os descritores “Saúde Mental” e “Serviços de Saúde Mental” foram os principais, sendo estes combinados com os demais descritores por meio do operador booleano “AND”.

Com a intenção de gerar maiores resultados, optou-se por utilizar o termo alternativo “Equipe Multiprofissional” ao combinar com os principais descritores.

A Figura 3 apresenta os descritores “Saúde Mental” e “Serviços de Saúde Mental”, sendo respectivamente utilizados de forma combinada. A combinação com outros descritores possibilitou maiores conexões durante a busca de artigos nas bases de dados.

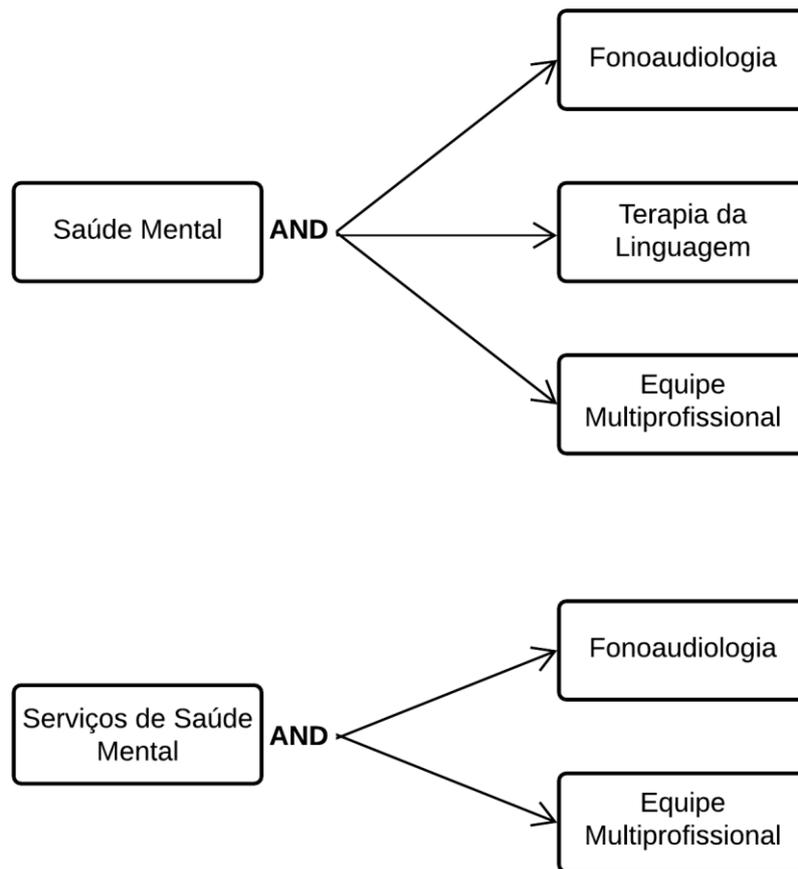


Figura 3. Uso dos descritores “Saúde Mental” e “Serviços de Saúde Mental” de forma combinada com outros DeCS para a pesquisa de artigos nas bases de dados SciELO, LILACS e Scopus.

Para a realização da revisão de literatura, desta segunda parte do estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos nacionais, artigos publicados de 2006 a 2020, estudos de caso, textos publicados na íntegra e artigos relacionados à atuação fonoaudiológica na saúde mental.

Os critérios de exclusão foram artigos não nacionais, publicações que estejam fora do período estipulado, artigos de revisão, relato de experiência e artigos que abordam o assunto em questão apenas sob a visão do trabalho de outras categorias profissionais.

A Figura 4, a seguir, apresenta os tópicos de análise dos artigos, que compõem o formulário de aplicação do Teste de Relevância.

QUESTÕES	SIM	NÃO
1. Trata-se de artigo científico original divulgado nas bases de dados selecionadas?	()	()
2. O artigo foi publicado entre os anos de 2006 a 2020?	()	()
3. Trata-se de artigo original nacional?	()	()
4. A publicação se refere à atuação fonoaudiológica em saúde mental?	()	()
5. O artigo se apresenta na íntegra?	()	()

Figura 4. Formulário do Teste de Relevância aplicado para seleção dos artigos.

No procedimento de seleção dos artigos, inicialmente foram encontrados a partir da combinação dos descritores nas bases de dados (n= 490) artigos no total.

A partir da aplicação dos critérios de inclusão do idioma em português e período entre 2006 e 2020, restaram 291 artigos, sendo que 199 foram eliminados. Deste conjunto (n= 291), houve a verificação dos títulos considerando os outros critérios de inclusão e, somado à exclusão dos artigos replicados (n=54) restaram 70 artigos.

A partir da leitura de resumos dos títulos obtidos, foram selecionados 34 artigos, dos quais, 21 foram excluídos por não abordarem sobre a atuação fonoaudiológica na linha de cuidado à saúde mental ou pelo fato dos estudos estarem voltados a outras áreas profissionais, 4 não se apresentaram na íntegra, 3 eram artigos de revisão e 1 era relato de experiência.

Desse modo, restaram cinco artigos que atenderam os critérios descritos e passaram no Teste de Relevância, sendo selecionados para a análise que compõem a amostra final deste estudo.

A seguir, a Figura 5 ilustra as etapas seguidas durante a seleção dos artigos.

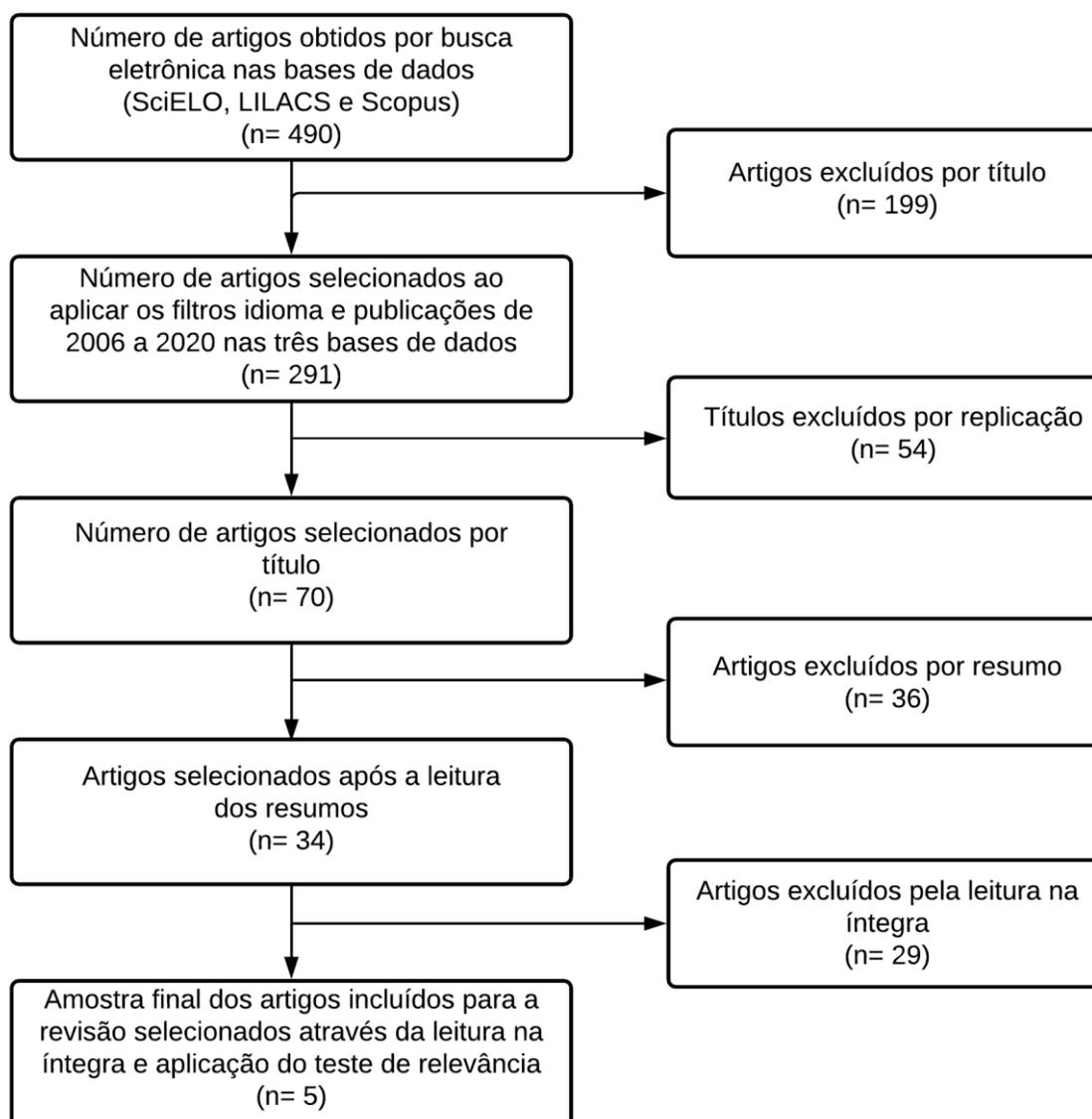


Figura 5. Fluxograma das etapas da seleção dos artigos.

Para a análise dos artigos, os estudos foram organizados conforme as principais informações que abordavam sobre a linha de cuidado em saúde mental (como o fazer fonoaudiológico, serviços inseridos e equipe multiprofissional). Logo, para a análise qualitativa das informações discursivas, optou-se pelo uso de quadros.

4.3 Síntese das etapas da pesquisa

A seguir, a Figura 6 apresenta o fluxograma contendo as etapas deste estudo.

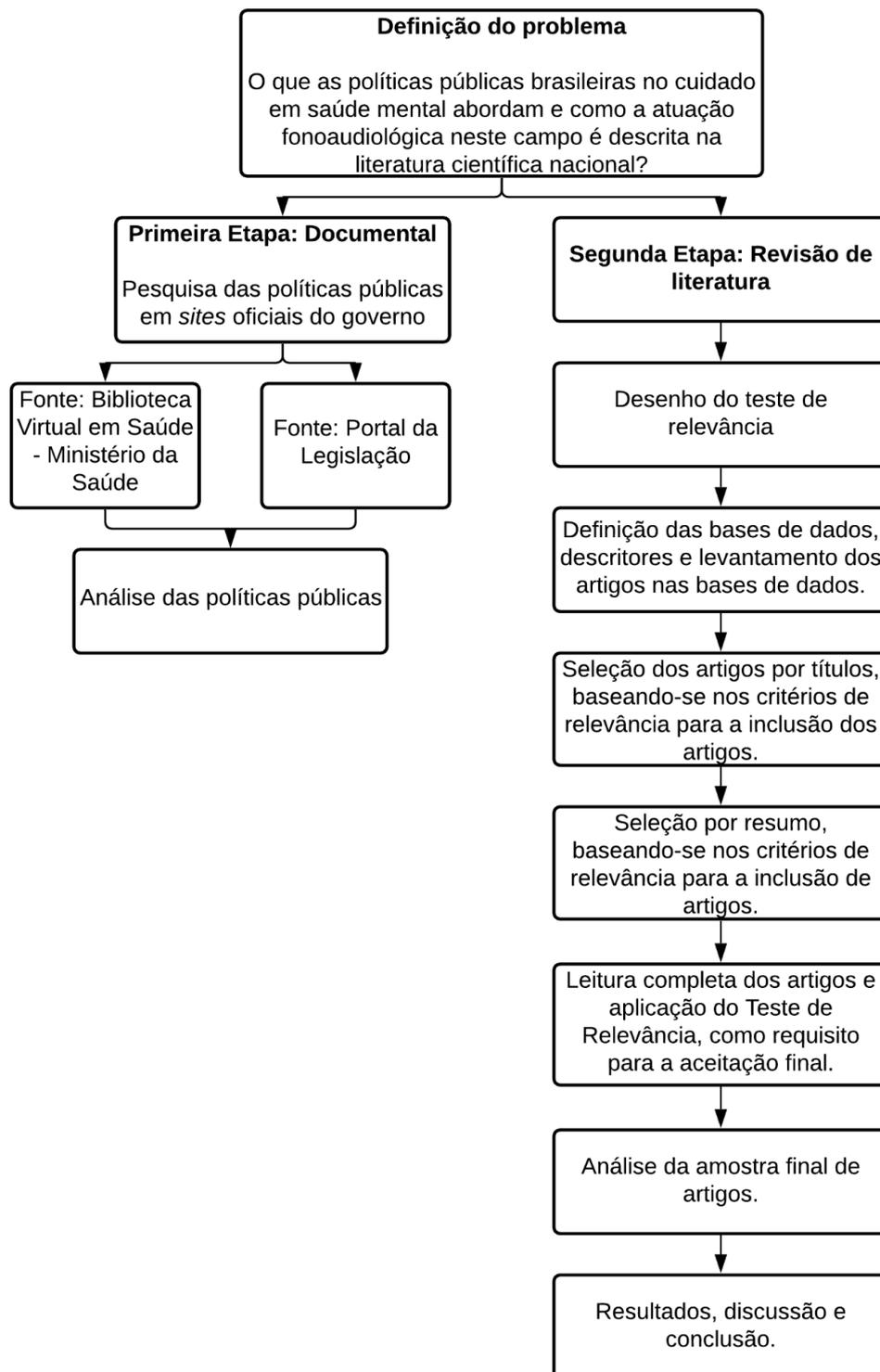


Figura 6. Fluxograma das etapas da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Parte I: resultados da parte documental

Mediante a pesquisa documental foram obtidas nove políticas públicas no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde e duas no Portal da Legislação.

Foram apresentados no Quadro 1 as políticas citadas anteriormente, suas fontes e os endereços eletrônicos. São apresentadas nove portarias e duas Leis referentes à linha de cuidado em saúde mental.

Quadro 1. Pesquisa documental: fontes, endereços eletrônicos e portarias e leis obtidas.

Fonte Endereço Eletrônico	Portarias e Leis
Portal da Legislação Endereço Eletrônico: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/L10216.htm	LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.⁴¹
Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde Endereço eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html	PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.⁴²
Portal da Legislação Endereço Eletrônico: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm	LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.⁴³
Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html	PORTARIA Nº 52, DE 20 DE JANEIRO DE 2004.⁴⁴
Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html	PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*).⁴⁵
Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html	PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*).⁴⁶

<p>Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde</p> <p>Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html</p>	<p>PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012^(*).⁴⁷</p>
<p>Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde</p> <p>Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html</p>	<p>PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013.⁴⁸</p>
<p>Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde</p> <p>Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1203_04_11_2014.html</p>	<p>PORTARIA Nº 1.203, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2014.⁴⁹</p>
<p>Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde</p> <p>Endereço Eletrônico: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_TranstornoAfetivoBipolar_Tipol.pdf</p>	<p>PORTARIA Nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016.⁵⁰</p>
<p>Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde</p> <p>Endereço Eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html</p>	<p>PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017.⁵¹</p>

As Portarias e Leis selecionadas na etapa documental foram sintetizadas no Quadro 2, contendo a descrição de cada política pública.

Quadro 2. Síntese das políticas públicas relacionadas à linha de cuidado em saúde mental.

Portarias e Leis
<p>LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental.</p> <p>Síntese da portaria Esta lei refere-se a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental sem nenhum tipo de discriminação, deixando o indivíduos e seus familiares cientes dos direitos garantidos a eles disposto no Artº 2, colocando como responsabilidade e dever do Estado garantir assistência, desenvolver políticas de saúde mental e promoção de ações voltadas para a atenção à saúde mental, define também a internação mediante a laudo médico realizado por um profissional registrado no conselho regional de medicina, dispõe também acerca das possibilidades de internação caracterizadas no Artº 6 e a criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei.</p>
<p>PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria.</p> <p>Principais disposições A portaria estabelece que as modalidades de serviço CAPS I, CAPS II e CAPS III devem compor os Centros de Atenção Psicossocial, define que serviços de natureza jurídica pública podem realizar a supervisão e regulamentação da rede de serviços em saúde mental, a localização onde os CAPS podem ser instituídos, estabelece a respeito do acompanhamento intensivo, semi intensivo e não intensivo, define os procedimentos que serão realizados nos CAPS e estabelece recursos financeiros previstos no orçamento do ministério da saúde. Para além, as características específicas de cada modalidade definem a respeito do funcionamento do serviço de atenção psicossocial, os quais apresentam diferentes capacidades no atendimento populacional conforme a quantidade de habitantes no município e dispõe também sobre atividades específicas executadas em cada modalidade e sobre os recursos humanos necessários para um atendimento eficiente. Deste modo, o CAPS I tem capacidade operacional no município com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II entre 70.000 e 200.000 habitantes; o CAPS III acima de 200.000 habitantes; CAPS I e II com população entre 2000.000 habitantes ou de acordo com um indicador populacional a ser determinado pelo gestor local; e CAPS ad II com capacidade para atendimento municipal acima de 70.000 habitantes.</p> <p>Profissionais de saúde mencionados como atuantes no cuidado Os profissionais que atuam na linha de cuidado nos serviços de saúde mental contam com uma equipe mínima para cada modalidade de CAPS, variando conforme as especificidades e demandas ao realizar o Planejamento Terapêutico Singular.</p> <p>a) <u>Equipe técnica mínima no CAPS I:</u> um médico formado no campo de saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior entre as profissões de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional importante ao projeto terapêutico; e quatro profissionais de nível médio, sendo: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativo e educacional e artesão.</p> <p>b) <u>Equipe técnica mínima no CAPS II:</u> um médico psiquiatra; um enfermeiro formado na área de saúde mental; quatro profissionais de nível superior entre as profissões de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional importante ao projeto terapêutico; e seis profissionais de nível médio, sendo: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativo e educacional e artesão.</p> <p>c) <u>Equipe técnica mínima no CAPS III:</u> dois médicos psiquiatras; um enfermeiro formado na área de saúde mental; cinco profissionais de nível superior entre as profissões de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional importante ao projeto</p>

terapêutico; e oito profissionais de nível médio, sendo: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativo e educacional e artesão.

d) Equipe técnica mínima no CAPS i II: um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra formado em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior entre as profissões de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional importante ao projeto terapêutico; e cinco profissionais de nível médio, sendo: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativo e educacional e artesão.

e) Equipe técnica mínima no CAPS ad II: um médico psiquiatra; um enfermeiro formado em saúde mental; um médico clínico; quatro profissionais de nível superior entre as profissões de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional importante ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio, sendo: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnicos administrativo e educacional e artesão.

LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Síntese da portaria

Essa Lei tem o intuito de garantir um auxílio-reabilitação psicossocial para os indivíduos com transtornos mentais internados em unidades psiquiátricas ou hospitalar, sendo parte de um processo de ressocialização e integração social do programa “de volta pra casa”. Este benefício é de R\$240,00 reais podendo ser reajustado pelo poder executivo. É por meio do Art 3º que ficam instituídos os requisitos para que o mesmo seja concedido e os motivos para sua suspensão e interrupção. A função de realizar a fiscalização e execução do que é disposto na lei é das instâncias do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA Nº 52, DE 20 DE JANEIRO DE 2004.

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

Síntese da portaria

Esta portaria estabelece a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, diminuindo gradativamente o número de leitos, avaliando permanentemente a qualidade dos atendimentos oferecidos realocando os recursos financeiros dos hospitais psiquiátricos para a atenção a saúde mental comunitária, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios e atenção básica, fica estabelecido também a criação de módulos assistenciais de atendimento hospitalar.

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*).

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Síntese das diretrizes da portaria

Esta portaria define a criação e ampliação dos serviços ofertados aos indivíduos em sofrimento psíquico ou que possuem necessidades devido ao uso de álcool e drogas no SUS, estabelecendo os objetivos gerais e específicos além das diretrizes para o funcionamento desta rede de atenção e seus pontos de atenção e acerca das etapas de implementação. Desta forma, as diretrizes estão relacionadas ao respeito dos direitos humanos, promoção da equidade, combate aos estigmas e preconceitos, acessibilidade e qualidade dos serviços, atenção humanizada, diversificação das estratégias de cuidado, desenvolvimento de atividades no território, desenvolvimento de estratégias na Redução de Danos, ênfase em serviços territoriais e comunitários, regionalização ao organizar os serviços em rede de atenção à saúde, promoção de estratégias de educação permanente e o desenvolvimento de ações assistenciais ao construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção apresentados na portaria

Atenção Básica em Saúde: os pontos de atenção que compõem a Atenção Básica são as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Convivência e Cultura. Nas Unidades há equipes de Atenção Básica e para populações específicas, equipe de Consultório na Rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Atenção Psicossocial: os pontos de atenção que integram essa atenção são os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i.

Atenção de Urgência e Emergência: essa atenção é composta pelo SAMU 192, UPA 24h, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Residencial de Caráter Transitório: os pontos de atenção são as Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial.

Atenção Hospitalar: os pontos de atenção que integram este nível de saúde são os leitos de psiquiatria em hospital geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção à pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo pessoas com necessidades decorrente de uso nocivo de substâncias psicoativas.

Estratégias de Desinstitucionalização: o ponto de atenção para que essa ação aconteça de forma humanitária inclui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Estratégias de Reabilitação Psicossocial: este componente tem como ação elaborar atividades que insiram o usuário do serviço em um trabalho remunerado, o qual gere uma renda, além da inserção em empreendimentos solidários e cooperativas solidárias.

PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*).

Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Síntese das diretrizes da portaria

Institui a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), com a finalidade de acolher indivíduos que estavam em hospitais psiquiátricos em internação de longa permanência e se encontram no processo de desinstitucionalização, ofertar moradia para indivíduos com transtornos e dependência devido a um comprometimento físico, além das diretrizes de funcionamento dos SRTs, como também o repasse financeiro para estas instituições e o acompanhamento e supervisão que deve ser feito para a garantia de um bom serviço com qualidade.

Modalidades de SRT

SRT Tipo I - modelo destinado a indivíduos que passaram por uma internação de longa permanência sem vínculos familiares ou sociais, acolhendo no máximo 8 moradores, sendo que cada SRT terá um vínculo com um serviço de referência com suporte profissional necessário.

SRT Tipo II - o modelo tipo II é para aqueles indivíduos que possuem maior grau de dependência, necessitando de maiores cuidados. Este tipo de residência acolhe no máximo 10 moradores em cada local.

PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012(*).

Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Síntese da portaria

A portaria estabelece a Unidade de Acolhimento, fazendo parte da Rede de Atenção Psicossocial e sendo um componente de atenção residencial de caráter transitório. A Unidade funciona por 24h nos sete dias da semana e oferece acolhimento voluntário e cuidados contínuos ao público-alvo,

articulando com outros setores responsáveis pelos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social.

O Centro de Atenção Psicossocial de referência do usuário é responsável pelo PTS.

As Unidades estão organizadas em duas modalidades

Adulto - para maiores de 18 anos e ambos os sexos. Vai ser um serviço de referência caso o município ou região tenha população igual ou superior a 200 mil habitantes.

Infanto-Juvenil - para crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos, ambos os sexos. Vai ser um serviço de referência caso o município ou região tenha população igual ou superior a 100 mil habitantes

Ambas as modalidades vão contar com uma equipe técnica mínima, contendo profissionais com experiência de dois anos e/ou pós-graduação lato sensu ou stricto sensu na área específica do público-alvo, sendo profissionais de nível universitário e de nível médio com cargas horárias diferentes. Entre os profissionais de nível universitário na área da saúde estão incluídas as seguintes categorias: assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico.

PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia.

Principais Disposições

Esta portaria aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia, dispondo sobre a obrigatoriedade de seu uso nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, com objetivo de registro e objeto de ressarcimento dos procedimentos correspondentes, além de delegar a função de estruturar as redes de assistência e o fluxo de atendimento para os indivíduos com esquizofrenia para os gestores estaduais e municipais.

Neste protocolo fica estabelecida a descrição geral do que é a esquizofrenia, os critérios para um diagnóstico e exclusão, os tratamentos e mecanismos de regulação, controle e validação, e a obrigatoriedade de seu uso para a dispensação do medicamento previsto no protocolo.

É também disposto a obrigatoriedade de deixar o indivíduo e os familiares cientes acerca dos riscos que o uso do medicamento previsto no protocolo pode trazer ao usuário.

PORTARIA Nº 1.203, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2014.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Esquizoafetivo.

Principais Disposições

Esta portaria aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Transtorno Esquizoafetivo, dispondo sobre a obrigatoriedade de seu uso nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, com objetivo de registro e objeto de ressarcimento dos procedimentos correspondentes, além de delegar a função de estruturar as redes de assistência e o fluxo de atendimento para os indivíduos com Transtorno Esquizoafetivo para os gestores estaduais e municipais.

Neste protocolo fica estabelecido a descrição geral do que é a Transtorno Esquizoafetivo, os critérios para um diagnóstico e exclusão, os tratamentos e mecanismos de regulação, controle e validação, e por fim a obrigatoriedade de seu uso para a dispensação do medicamento previsto no protocolo.

É também disposta a obrigatoriedade de deixar o indivíduo e os familiares cientes acerca dos riscos que o uso do medicamento previsto no protocolo pode trazer ao usuário.

PORTARIA Nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I.

Principais Disposições

Esta portaria aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I, dispondo sobre a obrigatoriedade de seu uso nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, com objetivo de registro e objeto de ressarcimento dos procedimentos correspondentes, além de delegar a função de estruturar as redes de assistência e o fluxo de atendimento para os indivíduos com Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I para os gestores estaduais e municipais.

Neste protocolo fica estabelecido a descrição geral do que é a Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I, os critérios para um diagnóstico e exclusão, os tratamentos e mecanismos de regulação, controle e validação, e por fim a obrigatoriedade de seu uso para a dispensação do medicamento previsto no protocolo.

É também disposto a obrigatoriedade de deixar o indivíduo e os familiares cientes acerca dos riscos que o uso do medicamento previsto no protocolo pode trazer ao usuário.

PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017.

Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Principais disposições

Essa portaria altera a alínea b), inciso II e alíneas a) e b) com acréscimo da c) no inciso V, os quais estão localizados no Art. 5º. Respectivamente, as modificações são nos pontos de atenção, sendo: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital Dia.

Além disso, na portaria é apresentado a modalidade de serviço CAPS AD IV seguindo os mesmos objetivos do CAPS AD III. No entanto, traz uma lógica pautada em um modelo assistencial com atendimentos padronizados por categoria profissional sem haver uma multidisciplinaridade, ações variadas na linha de cuidado e uma construção conjunta entre profissionais no Projeto Terapêutico Singular.

5.2 Parte II: resultados da revisão de literatura em fonoaudiologia

Entre os 490 artigos obtidos através de busca nas bases de dados SciELO, LILACS e Scopus, restaram apenas cinco que relacionam a fonoaudiologia à linha de cuidado em saúde mental, os quais fazem parte da nossa pesquisa, após passarem pelos critérios de inclusão e exclusão, além do Teste de Relevância.

O Quadro 3 apresenta a identificação dos artigos selecionados para a revisão de literatura. Os resumos completos desses artigos estão presentes no Anexo I deste trabalho.

Quadro 3. Identificação dos artigos selecionados para a revisão de literatura.

Título		Autores	Idioma de publicação	Periódico	Ano de publicação
1	Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder ⁵²	Barbosa CL, Alencar IBG, Mendes VLF, Souza LAP.	Inglês e Português	Revista CEFAC	2020
2	Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij) ⁵³	Barbosa CL, Lykouropoulos CB, Mendes VLF, Souza LAP.	Inglês e Português	Revista CoDAS	2020
3	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial ⁵⁴	Arce VAR.	Inglês e Português	Revista CEFAC	2014
4	Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo ⁵⁵	Almeida BPB, Cunha MC, Souza LAP.	Português	Revista Distúrbios da Comunicação	2013
5	Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006 ⁵⁶	Rocha EF, Kretzer MR.	Português	Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo	2009

Os artigos 1, 2 e 3 abordam a atuação fonoaudiológica na linha de cuidado à saúde mental, discorrendo acerca da escuta clínica entre equipe de saúde e usuário/familiares ao ter acesso no serviço em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, o Quadro 4 apresenta a caracterização que os artigos citados acima trazem a respeito do campo escuta clínica.

Quadro 4. Caracterização do campo escuta clínica citado nos artigos selecionados.

Título		Escuta clínica
1	Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder	A escuta clínica é caracterizada como um acolhimento, integrando o cuidado ofertado pela equipe do serviço de saúde e sendo um atendimento pautado no diálogo e no fortalecimento do vínculo entre equipe e pais ao escutar a queixa em relação ao filho e legitimar aquilo que eles vêm sentindo. Além disso, a escuta faz com que o terapeuta entenda os processos que levam ao adoecimento ou acentuam a condição do usuário e perceba quais são as potencialidades da criança, entendendo suas demandas específicas e qual a melhor maneira de intervir pensando na qualidade de vida.
2	Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language experience in the Child Pathology: and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij)	A escuta clínica é descrita como sendo um meio de comunicação entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço, buscando através do diálogo fazer com que esses sujeitos se reconheçam como parte da sociedade e que suas subjetividades e potencialidades o tornem em agente de transformação da própria vida. Deste modo, os saberes dos usuários em conjunto com os saberes dos profissionais dão embasamento na compreensão do processo saúde-doença e em como intervir na terapêutica. Dois aspectos importantes a serem ressaltados no campo da escuta clínica é o reconhecimento de que mesmo diante do sofrimento há potencial de transformação na saúde do usuário e de que é necessário o estabelecimento de limites do que os profissionais da equipe podem suportar durante a escuta. A fonoaudiologia desempenha nesse campo um papel fundamental, uma vez que é a área do profissional atuante na promoção, prevenção e reabilitação da comunicação humana, sendo capaz de fortalecer o trabalho multiprofissional e dar continuidade no cuidado em saúde.
3	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	A escuta clínica ampliada é descrita como a busca pela valorização e fortalecimento do acolhimento realizando uma escuta qualificada para aquelas famílias que se encontram em sofrimento. Com o intuito de abrir espaço para o diálogo e troca de experiências entre os pais, a fonoaudiologia integra-se ao grupo de pais que é coordenado pela assistência social contando com a participação de todos os profissionais da equipe além do fonoaudiólogo.

No Quadro 5 se encontram caracterizadas as estratégias de intervenção terapêutica realizadas pela equipe de saúde em conjunto com o fonoaudiólogo no cuidado contínuo em saúde mental. Essas estratégias foram abordadas nos cinco artigos selecionados, havendo algumas semelhanças entre elas.

Quadro 5. Caracterização das estratégias descritas na intervenção terapêutica dos artigos.

Título		Estratégias na Intervenção Terapêutica
1	Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder	A fonoaudiologia utiliza como estratégias: a realização de grupos terapêuticos separados em características que os aproximam, como a idade ou horário em que frequenta a escola, por exemplo. Outro método utilizado pelos profissionais é a implementação da comunicação suplementar alternativa para aqueles indivíduos que apresentam alterações significativas na comunicação, utilização da interação sensorial com o meio onde o indivíduo convive, realização dos Projeto Terapêutico Singular (PTS) voltado para uma reabilitação cognitiva e comportamental própria para cada indivíduo de acordo com suas necessidades.
2	Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij)	Em conjunto com a equipe multiprofissional, a fonoaudiologia utiliza estratégias que mediam determinadas situações quando há dificuldade na comunicação e corrobora com a estruturação da escuta dos casos ao elaborar e executar o PTS, além de contribuir com a equipe ao pactuar, fundamentar e construir propostas práticas no cuidado ao sujeito com transtorno mental.
3	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	A atuação fonoaudiológica tem como principais estratégias realizar uma intervenção nos diagnósticos de transtornos mentais de forma precoce priorizando o atendimento grupal. A inserção do fonoaudiólogo em grupos terapêuticos organizados pela assistência social também é uma forma de intervir atuando com a multidisciplinariedade ao participar de reuniões com pais e cuidadores, com objetivo de realizar uma escuta e orientar acerca de suas questões apresentadas de forma generalista, além de organizar encontros semestrais com os professores das crianças em idade escolar.
4	Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo	A fonoaudiologia inserida no cuidado em saúde mental tem como uma das atuações intervir através de atividades terapêuticas que buscam dar voz ao sujeito por meio de trocas afetivo-simbólicas, de vivências dialógicas e conversacionais. Logo, este profissional resgata a comunicação do indivíduo mediante a construção de um vínculo e um relacionamento afetivo durante a convivência cotidiana, proporcionando experiências com diálogos e havendo uma reinserção na convivência social.
5	Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006	As estratégias terapêuticas abordadas pelos fonoaudiólogos compreendem ações de atendimentos grupais e individuais quando em consulta nas unidades de saúde e em atendimentos domiciliares, oficinas para construções de objetos facilitadores para o dia a dia, utilização da comunicação alternativa. As atividades grupais são elaboradas conforme as modalidades a serem abordadas durante a terapêutica. Dentre essas modalidades pode-se citar: lúdica, artística, corporal,

	educativa, de autocuidado, lazer e oficinas.
--	--

A equipe multiprofissional atuante na linha de cuidado à saúde mental é composta por diversas especialidades, integrando os conhecimentos e construindo o projeto terapêutico singular. Posto isso, o Quadro 6 apresenta os profissionais citados nos cinco artigos, os quais compõem a equipe multiprofissional.

Quadro 6: Profissionais que compõem a equipe multiprofissional no cuidado à saúde mental conforme os artigos.

Artigo		Equipe Multiprofissional
1	<i>Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder</i>	Atuação realizada juntamente com psicólogos, farmacêutico, enfermeiros e assistente social, além da fonoaudiologia.
2	<i>Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij)</i>	A fonoaudiologia atua juntamente com farmacêutico, técnico de farmácia,icineiro e educador físico, enfermeiro, assistente social, acompanhantes comunitários, psiquiatras, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e psicólogo.
3	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	A equipe multiprofissional é composta pelo enfermeiro, psiquiatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicomotricista, assistente social, educador físico, auxiliar de terapia ocupacional e auxiliar de serviço social.
4	Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo	Juntamente com a fonoaudiologia, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional são: enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais.
5	Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006	A equipe é composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Em relação à inserção da fonoaudiologia na linha de cuidado à saúde mental, é possível observar que na maior parte dos artigos esse profissional integra a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSij). Além

disso, atua no apoio matricial à equipe de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No Quadro 7 está apresentado em quais serviços a fonoaudiologia está inserida em cada estudo.

Quadro 7. Serviços em saúde mental que a fonoaudiologia está inserida de acordo com cada artigo.

Título		Serviços inseridos
1	<i>Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder</i>	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS ij).
2	<i>Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij)</i>	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS ij).
3	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) no Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP).
4	Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo	Setor de fonoaudiologia do Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita do Passa Quatro/SP (CAIS/SR).
5	Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006	Estratégia da Saúde da Família da Região de Sapopemba/Vila Prudente – Fundação Zerbini/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O transtorno mental mais citado entre os cinco artigos selecionados foi o Transtorno do Espectro Autista (TEA), seguido de outros transtornos poucos referidos, como Distúrbios da linguagem e do comportamento e Esquizofrenia residual. No artigo de nº 5 não foi especificado um transtorno mental. A seguir, o Quadro 8 apresenta os transtornos citados nos artigos.

Quadro 8: Transtornos mentais citados nos artigos selecionados.

Título		Transtornos Mentais abordados nos artigos
1	<i>Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder</i>	Transtorno do Espectro Autista (TEA).
2	<i>Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij)</i>	Transtorno do Espectro Autista (TEA).
3	Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial	Distúrbios da linguagem e do comportamento.
4	Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo	Esquizofrenia residual e outros transtornos mentais.

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar as políticas públicas brasileiras relacionadas a linha de cuidado à saúde mental, bem como os serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de selecionar artigos científicos cuja abordagem delineiam a atuação fonoaudiológica em saúde mental com a finalidade de caracterizá-la.

O SUS tem como objetivo garantir à população o acesso gratuito e igualitário aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os níveis de atenção à saúde pública que compõem o SUS estão organizados e estruturados em: Atenção Primária, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar.

No que diz respeito à atenção em Saúde Mental, sua inserção no SUS acontece nos três níveis, com maior ênfase na atenção especializada por meio de ações municipais e financiamento tripartite. Sendo assim, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) organizada pelo Ministério da Saúde (MS) propõe ações e estratégias para organizar a assistência aos indivíduos em sofrimento mental, seja transtornos mentais como a depressão, ansiedade, transtorno do espectro autista, esquizofrenia e sujeitos com dependência de álcool e drogas. Essa assistência é realizada através da atuação multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo de extrema importância o acolhimento e uma escuta clínica aos indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias. Dessa forma, é possível a realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e intervenções medicamentosas e terapêuticas.

As políticas públicas de saúde mental no Brasil foram criadas a partir de manifestações de ativistas da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 70, por meio da luta de trabalhadores, usuários e seus familiares, com a finalidade de enfraquecer o modelo manicomial e fortalecer um cuidado que não só protege o sujeito, mas enxerga-o como um cidadão com seus direitos. As transformações no pensar e fazer o processo em saúde mental foram impulsionadas através da implementação das políticas públicas, as quais ofertam grandes avanços na acessibilidade e qualidade do cuidado.⁵⁷

Após análise dos resultados da revisão documental, foi possível observar que a partir de 2001, leis e portarias atuais que regem os direitos aos indivíduos em sofrimento psíquico foram estabelecidas e ampliadas. Posto isso, após doze anos de um processo de tramitações e substitutivos do Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, a Lei nº 10.216/01 foi promulgada. Essa lei fortalece a ideia de que o cuidado deve ser pautado na reinserção social do indivíduo e na assistência humanitária, sendo a internação o último recurso a ser indicado quando os serviços extra-hospitalares não forem suficientes para suprir as demandas.⁵⁸

No entanto, o que está proposto nesta lei, com referência à internação pode dar margem a uma interpretação ambígua e abertura de novos hospitais psiquiátricos que não operam conforme a regularização prevista na política, ocasionando em internações involuntárias e conseqüentemente a exclusão do indivíduo e a perda de seus direitos garantidos pelo Estado.⁵⁹

Com a ampliação de novas políticas, no ano seguinte é publicada a Portaria nº 336/02, a qual aborda sobre a inserção das modalidades I, II e III nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecendo uma relação entre a quantidade populacional e o CAPS a ser implantado no município, e dispondo os recursos humanos, físicos e financeiros necessários para o funcionamento de cada modalidade. Nas três modalidades são previstas ações individuais e grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, suporte à família e atividades de caráter comunitário com a equipe multiprofissional. A portaria menciona os profissionais que atuam na linha de cuidado em cada modalidade, contando com uma equipe mínima conforme as demandas e especificidades ao realizar o PTS.

Quanto à equipe mínima no modelo CAPS i II (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), na portaria citada anteriormente, notou-se que dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional está o fonoaudiólogo. De acordo com a Cartilha denominada, “Contribuição da Fonoaudiologia para o Avanço do SUS”, elaborada pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia, este profissional atua no CAPS i de forma conjunta com outros profissionais em busca da ampliação do conhecimento no campo da saúde mental, visando estimular aspectos globais e comunicativos desse sujeito.⁶⁰

Dentre suas atividades no contexto da equipe multiprofissional, o fonoaudiólogo

identifica se há a necessidade de inserção no CAPS, realiza atendimentos individuais e em grupos, orientações aos sujeitos e seus familiares, e participa na elaboração do PTS. Quando identificado um distúrbio de comunicação, sendo necessária a reabilitação fonoaudiológica, o profissional encaminha o indivíduo para atendimento na atenção especializada.⁶⁰

A Lei nº 10.708/03⁴³, refere-se ao auxílio-reabilitação oferecido pelo Ministério da Saúde ao paciente com transtornos mentais e indivíduos egressos de internações em instituições de longa permanência. Juntamente com esta Lei, tem-se a Portaria nº 52/04⁴⁴, instituindo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Ambas se complementam, visto que a Portaria se refere à reorganização estrutural e ao redirecionamento financeiro na política de saúde mental com a finalidade de reduzir os leitos em hospitais de grande porte, voltando estes recursos para os modelos de assistências comunitárias, ações territoriais e programas, como o auxílio-reabilitação garantido pela Lei nº 10.708/03 que compõe o programa “De Volta pra Casa”, com o objetivo de ressocializar o sujeito e retorná-lo ao convívio social. A Lei também fortalece essa redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos e consolida os serviços que integram a rede de atenção psicossocial.⁶¹

A Portaria nº 3.088/11⁴⁵, estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como alicerce e um dos pontos prioritários das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ampliando, integrando e articulando os níveis de atenção à saúde. No entanto, vale ressaltar que para implantar os serviços que integram a RAPS em um município, fatores podem interferir neste processo e conseqüentemente na forma de gestão, visto que, em uma determinada localidade há suas especificidades e diversidades socioeconômicas e políticas. Além destes, tem-se o baixo investimento para que o sistema seja consolidado, precárias condições de trabalho, profissionais com pouca qualificação durante a formação e escassa participação social para que os serviços prestados sejam fiscalizados. Sendo assim, essas condições impactam no modo de produzir saúde e na composição de equipes de saúde mental.⁶²

Conforme descrição das Portarias nº 3.090/11 e nº 121/12 (Quadro 2), os Serviços Residências Terapêuticas (SRTs) e as Unidades de Acolhimento (UA)

compõem a RAPS e são responsáveis por oferecer o acolhimento a indivíduos com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, que sejam egressos ou não de hospitais psiquiátricos e que estejam em situação de vulnerabilidade. Tanto os SRTs como as UA visam a reabilitação, a reintegração no âmbito familiar e a reinserção do sujeito ao convívio social de base comunitária. As ações realizadas em ambos os serviços têm como foco proporcionar a autonomia e autocuidado por meio de trabalho, lazer e educação, mantendo o acompanhamento terapêutico, promovendo a saúde e dando continuidade no cuidado. Assim como a divisão em modelos tipo I e II de SRTs, as UA também são divididas em duas modalidades, sendo a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e a Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI), voltada para crianças e adolescentes de 10 a 18 anos.^{63,64}

As Portarias nº 364/13, 1.203/14 e 315/16 aprovam o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de três transtornos mentais, sendo eles: Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I e Transtorno Esquizoafetivo. As três políticas caracterizam cada transtorno, ficando evidente que critérios devem ser estabelecidos para o diagnóstico das doenças descritas, além de abordar sobre o tratamento precoce e os medicamentos a serem indicados.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas está definido na Lei nº 12.401/11. Essa legislação dispõe a respeito da assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, determinando, no Art. 19-O, que protocolos e diretrizes:

“...deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.” (LEI N° 12.401/11)

Conforme o artigo descrito, fica evidente que não se preconiza um tratamento não medicamentoso. Nos três transtornos mentais citados anteriormente pelas portarias, a farmacoterapia com medicamentos antipsicóticos é a principal modalidade terapêutica.⁶⁵

Deste modo, é necessário debater sobre as diferentes modalidades de terapia

em saúde mental, para além da medicamentosa, envolvendo práticas terapêuticas que estimulem o sujeito em sua totalidade, como atividades cognitivas, físicas, educacionais, sociais e psicológicas. Ao planejar ações e implantar estratégias que trabalhem esses aspectos da vida em conjunto com o tratamento medicamentoso, é possível produzir um cuidado efetivo com criação de vínculo entre a equipe de saúde e o indivíduo, havendo melhora na qualidade de vida. Consecutivamente, a adesão à terapêutica com medicamentos se torna mais humanizada, evitando o abandono do tratamento e diminuindo reinternações em momentos de crises intensas.⁶⁶

A Portaria nº 3588/17, foi criada para alterar a Política Nacional de Saúde Mental descrita na Lei nº 10.216/01, trazendo um retrocesso às conquistas já adquiridas em função da reforma psiquiátrica, visto que a mesma incentiva a volta das hospitalizações psiquiátricas e a exclusão destes indivíduos em sofrimento mental do convívio social. Esse desmonte na PNSM interfere na linha de cuidado e em sua integralidade, uma vez que o sujeito ao estar em processo de internação tem seu direito de ir e vir retirados, dificultando o acesso a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a um CAPS.⁶⁷ Esse desvio no fluxo do cuidado integral priva o usuário do acolhimento necessário para que os profissionais realizem uma escuta qualificada para criar um vínculo e compreender suas demandas, impossibilitando o percurso desse sujeito durante o acompanhamento terapêutico nos pontos de atenção à saúde.⁶⁸

A segunda etapa desta pesquisa foi composta pela seleção de cinco artigos que abordam sobre a fonoaudiologia na linha de cuidado à saúde mental no SUS.

Sabe-se que a rede de atenção em saúde mental no SUS contempla diversos serviços e recursos, dentre eles estão: UBS, CAPS, SRTs, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, Unidades Ambulatoriais Especializadas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital dia.⁶⁹

Os dados encontrados nesta revisão, apontam que a inserção da fonoaudiologia na linha de cuidado à saúde mental, acontece com maior prevalência nos serviços especializados. Sendo assim, os achados revelam que este profissional está inserido predominantemente no CAPS infanto-juvenil, seguido de um Centro de

Atenção Integral à Saúde e de uma Unidade Básica de Saúde com modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Quadro 7). Segundo a Portaria nº 336/02⁴², o fonoaudiólogo é preconizado na equipe mínima do CAPS i, atuando no âmbito do SUS com uma equipe multiprofissional e complementando com seus conhecimentos específicos na elaboração do PTS individual ou coletivo.⁴⁰

Deste modo, a portaria indica claramente que o fonoaudiólogo deve pertencer à equipe multiprofissional nos CAPS para crianças e adolescentes, enquanto nas outras modalidades este profissional se inclui apenas como sugestão caso haja necessidade no PTS.⁴²

Referindo-se à atenção básica, é neste nível que ocorre o primeiro acolhimento ao usuário no sistema de saúde, sendo de sua competência realizar ações na prevenção de doenças e promoção da saúde, orientações, atendimentos a demandas que não necessitam de encaminhamentos para maiores níveis de complexidade e organização do fluxo dos serviços nas redes de saúde. Com a implantação da ESF na atenção básica, houve maior vínculo entre os profissionais e a comunidade, além de estimular o trabalho em equipe multidisciplinar e expandir ações territoriais.³¹

Visando ampliar o apoio às equipes de Saúde da Família (eSF) e promover maior resolutividade das demandas, tem-se o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em que o fonoaudiólogo compõem a equipe de apoio matricial, de acordo com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO). Sua composição deve ser definida pelos gestores municipais seguindo os critérios de necessidades locais e maiores demandas através de dados epidemiológicos. As equipes do NASF-AB serão responsáveis por realizar o apoio matricial aos centros de saúde da região.⁷⁰

Em relação à inserção do fonoaudiólogo por meio do NASF-AB em uma UBS com modelo ESF, sua atuação integrada ao núcleo permite promover a aproximação entre os serviços ofertados em saúde mental e a atenção básica, dando um suporte assistencial às equipes de referência da unidade, atendendo às demandas em saúde mental e as encaminhando para serviços especializados quando necessário. Logo, com a criação do NASF pelo Ministério da Saúde em 2008 e com aprovação da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, a qual trouxe uma revisão de diretrizes na organização da atenção básica e alteração na denominação para NASF-AB, este

profissional passou a contribuir para a resolutividade de casos clínicos, dando apoio a partir da necessidade da eSF ou a uma equipe de atenção básica, como uma retaguarda e viabilizando o cuidado contínuo e qualificado.⁷⁰

Sendo assim, o fonoaudiólogo está apto para exercer suas competências e habilidades nos níveis de atenção básica e especializada.

Com a finalidade de agregar a discussão a respeito da inserção do fonoaudiólogo nos níveis de atenção à saúde, tem-se a atuação deste profissional na atenção hospitalar em conjunto com uma equipe multiprofissional. Suas ações envolvem avaliação global, elaboração de Plano Terapêutico, identificação precoce de problemas de saúde, articulação entre as equipes de atenção básica e demais serviços assistenciais e orientações a familiares e/ou cuidadores em ambientes ambulatoriais, enfermarias, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-Intensiva (UTSI), além de Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).⁷¹ Um dos fatores determinantes para tal inserção da fonoaudiologia neste campo foi a Portaria GM/MS nº2.809/12, a qual institui a organização de Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.⁷²

Direcionando o apontamento acima para correlacionar com a linha de cuidado à saúde mental, vale recordar que após a reforma psiquiátrica, a utilização de sistemas de alta complexidade foram substituídos por serviços especializados e de cunho comunitário, de modo que serviços hospitalares são utilizados como retaguarda em casos de crise intensa e quando não é possível obter a resolutividade em média complexidade. De acordo com os resultados encontrados neste estudo, foi possível concluir que a participação da fonoaudiologia em saúde mental no âmbito hospitalar é nula, visto que, nos artigos selecionados não há citação de sua atuação em alta complexidade voltada para a saúde mental. Porém, este dado não é encontrado somente no campo da saúde mental, pois de acordo com os achados de Gurgueira (2009), que ao realizar um levantamento pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, observou que dentre os fonoaudiólogos empregados no SUS (5.376) até o ano de 2008, apenas 15% encontravam-se em hospital geral, 5% em hospital

especializado e aproximadamente 1% englobando prontos socorros gerais, hospitais dias e unidades móveis terrestres.⁷³

Portanto, as atividades exercidas pelo fonoaudiólogo em conjunto com as equipes de saúde garantem que a integralidade do cuidado seja efetiva no cotidiano, visto que promove uma intersetorialidade entre os sujeitos que compõem as redes ao articular os diversos conhecimentos e aspectos sociais, além de estabelecer desde ações preventivas até assistência curativa nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

Os estudos dessa pesquisa apontam que o fonoaudiólogo atua em conjunto com a equipe multiprofissional na linha de cuidado em saúde mental, integrando conhecimentos específicos e troca de saberes junto a outras categorias, buscando maior pluralidade na resolutividade das diferentes e diversas demandas em saúde mental, sendo fundamental que os profissionais atuem frente ao cuidado de forma eficiente e eficaz em concordância com o objetivo de oferecer o melhor para o paciente (Quadro 6). Lancetti e Amarante (2006)⁷⁴ afirmam que “fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos”.

Os profissionais atuantes na equipe multiprofissional, conforme citado nos cinco estudos selecionados, estão em concordância com o que Lancetti e Amarante (2006) descrevem. Além dos profissionais descritos pelas autoras, os estudos citam: psicomotricistas, psiquiatra, farmacêutico, técnico de farmácia, auxiliar de serviço social, oficineiro e educador físico, auxiliar de terapia ocupacional e fisioterapeuta. Cada modalidade de CAPS irá preconizar uma equipe mínima de profissionais de acordo com suas demandas, conforme a Portaria Nº 336/02 especifica.

Se tratando da fonoaudiologia na composição da equipe multiprofissional dentro dos serviços especializados, três dos estudos^{52,53,54} evidenciaram uma atuação pautada na escuta clínica e qualificada (Quadro 4). O ato de realizar a escuta qualificada não é apenas ouvir o que o sujeito em sofrimento mental relata, mas sim através dela construir vínculos, oferecer um cuidado integral por meio do acolhimento, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo e melhorando as relações

entre o profissional e o paciente.⁷⁵

Consolidando a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, o conceito de escuta qualificada e acolhimento são objetivos principais para que estratégias e recursos articulem as ações, saberes e práticas dos trabalhadores para com os sujeitos, tendo uma assistência potencializada e garantindo uma atenção integral, resolutiva e humanizada. Logo, a humanização valoriza que cada indivíduo tem sua singularidade, a qual tem efeito nos processos que envolvem a produção de saúde.^{76,77}

De acordo com os achados, o fonoaudiólogo tem como vertente na linha de cuidado à saúde mental, a atuação fundamentada no olhar generalista, com caráter interdisciplinar, intersetorial e transversal (Quadro 5). Diante o exposto, a abordagem deste profissional ocorre em conjunto com a equipe multiprofissional por meio de práticas e estratégias cotidianas que transitam pela vida, fortalecendo a concepção de uma rede de serviços em movimento e buscando a inclusão social e cidadania, além de estabelecer o vínculo afetivo entre profissional-usuário do serviço.

Desta forma, os estudos selecionados apontam que a fonoaudiologia contribui para o desenvolvimento da saúde mental por meio de atividades terapêuticas individuais e grupais, pactuando com outros profissionais na elaboração do PTS, participando como um mediador em casos em que há dificuldade na comunicação, implementando a comunicação suplementar alternativa quando necessário, contribuindo nas reuniões em equipe ao integrar os saberes e nas reuniões com familiares e/ou cuidadores a fim de orientá-los e realizando uma escuta clínica qualificada.

A literatura reafirma a caracterização dos atendimentos realizados pelo fonoaudiólogo conforme os resultados, mencionando que a abordagem fonoaudiológica em saúde mental prioriza os contextos grupais, dando espaço para a construção de momentos que trazem reflexões tanto para a equipe quanto para o usuário. O ato de mediar possibilita a criação de vínculo entre o profissional, o sujeito e os componentes do grupo, de modo que os participantes se mostram mais aderentes às atividades propostas. Sendo assim, os grupos terapêuticos possibilitam que as singularidades de cada indivíduo sejam ouvidas, respeitadas e apoiadas.^{39,40}

Ademais, a literatura menciona o desafio que é consolidar a atuação fonoaudiológica voltada para grupos, visto que, a intervenção clínica individual está enraizada no campo desta profissão. Posto isso, é papel do fonoaudiólogo construir novos caminhos quanto à patologização do sujeito, resgatando suas particularidades enquanto indivíduo e ressignificando suas limitações no meio em que vive.³⁹

Por fim, os resultados dos estudos selecionados nesta pesquisa evidenciaram que o Transtorno do Espectro Austista (TEA) em crianças e adolescentes é o transtorno em que há maior atuação fonoaudiológica, condizente com o achado de que o serviço especializado CAPS ij tem maior inserção deste profissional. Outros dois transtornos foram citados, como Distúrbios da linguagem e do comportamento e Esquizofrenia residual, mas com pouco detalhamento de dados a respeito de ambos (Quadro 8).

O TEA é caracterizado por uma desordem neurológica e comportamental complexa ocasionando alterações em três grandes pilares, sendo a dificuldade na interação social e comportamental através de movimentos repetitivos e estereotipados, além de apresentar alterações na comunicação. Esses sinais se manifestam antes da criança completar três anos de idade, podendo se apresentar em diferentes níveis de gravidade e tendo múltiplas etiologias.^{78,79}

As alterações neurológicas podem ser divididas em três categorias, as neuroanatômicas, neurofisiológicas e neuroquímicas. No que se refere às neuroanatômicas, os indivíduos com TEA apresentam diferenças em regiões como cerebelo, complexo amígdala-hipocampo, áreas de Broca e Wernicke, córtex orbitofrontal e núcleo caudado, além de um aumento no volume e peso do cérebro, afetando sua massa cinzenta e substância branca. As alterações neurofisiológicas estão diretamente relacionadas a casos de epilepsia e convulsões. Pesquisas apontam que cerca de 20% dos indivíduos com TEA apresentam crises epiléticas ou convulsivas. Por fim, as alterações neuroquímicas referem-se a alterações no funcionamento dos processos sinápticos e dos neurotransmissores, afetando diretamente as substâncias químicas presentes no cérebro, como por exemplo, a vasopressina e ocitocina, responsáveis pela modulação do comportamento social.^{78,79}

Quanto às alterações neuroanatômicas, estas implicam diretamente nos

processos de desenvolvimento da linguagem e comunicação do sujeito com TEA, visto que a comunicação humana se desenvolve a partir de processos internos e externos. Os internos envolvem áreas corticais, como Broca e Wernicke, responsáveis pelo planejamento motor e compreensão da fala. Já os externos abrangem a interação de indivíduos com pessoas que vivem em seu meio e a percepção dos sentidos. Logo, a pessoa com TEA apresenta no decorrer de seu crescimento um processo atípico e prejudicial, correspondendo a um transtorno global do desenvolvimento.^{78,80}

Em relação ao diagnóstico e as intervenções necessárias, não há exames clínicos ou laboratoriais que identifiquem e diagnostiquem o sujeito que apresenta sinais de TEA. Sendo assim, o diagnóstico é realizado através de uma avaliação juntamente com a equipe multiprofissional, avaliando o sujeito de acordo com suas áreas de atuação. A equipe pode ser composta por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogo, neurologistas, psicólogos e psiquiatras, com objetivo de fechar o diagnóstico e planejar um PTS com condutas terapêuticas que tracem a melhor estratégia de intervenção, utilizando de recursos físicos, materiais e humanos, além de contar com o apoio e auxílio dos familiares e cuidadores.^{80,81}

Dentre os projetos de intervenção, a fonoaudiologia atua nos casos de TEA traçando estratégias que contemplem no acompanhamento terapêutico a minimização das dificuldades apresentadas e a estimulação de novas habilidades, além das já adquiridas e a realização de qualquer manifestação comunicativa. Deste modo, os atendimentos podem ocorrer de forma individual ou grupal por meio de atividades que estimulem a interação social, a comunicação oral ou total, a estimulação sensorial e a reabilitação funcional. Se tratando de pacientes infantis, é fundamental que o fonoaudiólogo utilize de recursos lúdicos, trazendo para a terapia o cotidiano do indivíduo com intuito de aproximá-lo e fazer com que o mesmo tenha interesse em realizar as atividades propostas pelo terapeuta.⁸²

No decorrer dessa pesquisa observou-se que a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, novos rumos foram tomados e o modelo de cuidado em saúde mental transformou-se em uma assistência pautada na liberdade, respeito e autonomia de indivíduos em sofrimento psíquico. Em vista disso, políticas públicas avançaram de forma contínua e ampliaram a rede de serviços de base comunitária,

como observado durante a revisão documental. No entanto, de acordo com Delgado, a partir do final de 2016 com o processo de deposição no governo brasileiro, algumas alterações foram impostas radicalmente em políticas sociais, dentre elas o SUS, havendo o congelamento de recursos destinados a estas políticas por 20 anos com a Emenda Constitucional 95/16.⁸³

Após a inserção do teto de gastos, as políticas públicas em saúde mental foram reformuladas de acordo com a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, denominada Nova Política Nacional de Saúde Mental. Dentre as alterações nesta “nova” política está a separação da política sobre álcool e outras drogas, em que se dá origem ao CAPS ad IV e este fomenta a ideia de que a melhor forma de reabilitação é a volta das internações compulsórias com uma abordagem “punitivista” pelas escolhas do usuário, indo contra os ideais da reforma psiquiátrica.⁸⁴

Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), tais reformas designadas pelo novo governo estão ocorrendo sem nenhuma validação por parte de diversos autores que lutam pela atenção psicossocial em conjunto com entidades sociais e instâncias legais, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as pautas debatidas em quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, resultando em mudanças sem fundamento teórico-científico. Conseqüentemente, não há lugar para o debate e reflexões acerca de estratégias que organizem a rede de atenção psicossocial da melhor forma para que as desigualdades socioeconômicas não se sobreponham à integralidade do cuidado e para que o sujeito “louco” não esteja à margem da sociedade sem amparo qualificado para suas questões psíquicas.⁸⁴

Diante o exposto, percebeu-se que houve uma regressão nos avanços conquistados pela reforma psiquiátrica, impactando na prática e nos cuidados a pessoas em sofrimento psíquico. No atual governo, propostas que vão contra os ideais de cuidado e assistência humanizada vêm sendo elaboradas com intuito de diminuir a fiscalização em hospitais psiquiátricos, extinguir serviços de atendimento à pessoas em situações de rua e excluir os atendimentos psiquiátricos nos CAPS. Com este cenário evidenciou-se a falta de controle e vigilância nas internações realizadas involuntariamente aos usuários de álcool e drogas, dando abertura para criação de espaços em que indivíduos poderão ser excluídos do convívio social e voltando o

protagonismo político e financeiro para aqueles que possuem um olhar individualista quanto à responsabilização pelo cuidado dessa população, indo contra os determinantes sociais da saúde, valores éticos e humanitários.⁸³

Considerando os resultados da pesquisa documental e da revisão de literatura, compreende-se que a integralidade no atendimento em saúde mental passa por um momento de impermanência devido aos impactos na PNSM, havendo a necessidade de revisão e prováveis ajustes nessa linha de cuidado. Além disso, essa pesquisa evidencia a importância de se investir em uma formação qualificada de profissionais, inclusive da fonoaudiologia, e a escassa produção científica de estudos fonoaudiológicos no âmbito da saúde coletiva com enfoque no campo da saúde mental, principalmente em uma abordagem terapêutica com indivíduos adultos.

Ademais, a inserção do fonoaudiólogo em uma equipe ampliada na Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância no cuidado à saúde mental, para que o usuário em sofrimento psíquico tenha continuidade na assistência durante o acompanhamento terapêutico, visto que, nesse nível de atenção, este profissional tem sua atuação permeada por práticas interdisciplinares, realizando matriciamento, contribuindo em projeto terapêutico singular e comunitário e desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos aspectos que envolvem a comunicação humana.

Por fim, para que as prioridades envolvendo o campo da saúde mental sejam atendidas e políticas públicas sejam implantadas e implementadas, é fundamental a participação do fonoaudiólogo como um conselheiro nas instâncias de controle social, sendo responsável por contribuir na discussão, acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas de saúde a fim de propiciar aos usuários acesso e inclusão nos serviços de saúde e em ambientes de seu cotidiano, como todo cidadão.⁸⁵

Em síntese, este estudo evidenciou o quanto é necessário fortalecer a integralidade na linha de cuidado em saúde mental, superando o estigma da loucura e de que pessoas em sofrimento psíquico devem ser tratadas sob a ótica da exclusão e violência conforme o modelo manicomial. Neste contexto a fonoaudiologia no cuidado em saúde mental foi apontada por estudo⁵⁵, como tendo sua atuação por meio de intervenção com estratégias terapêuticas que “buscam dar voz ao sujeito por meio

de trocas afetivo-simbólicas, de vivências dialógicas e conversacionais”, o que evidencia seu importante papel junto à saúde mental.

Evidencia-se a necessidade de se traçar novos caminhos para que haja mudanças no cenário político atual, envolvendo para além de profissionais, usuários e seus familiares e instituições, a plena participação da sociedade. Com esse pensamento o campo da saúde mental e da reabilitação psicossocial poderá continuar tendo seus avanços e oferecer acompanhamento especializado efetivo e qualidade de vida há quem precise dos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do fonoaudiólogo relacionada à linha de cuidado em saúde mental mostra-se ainda carente de consolidação, pois muitas equipes formadas para tal finalidade não incluem este profissional. Por este motivo, a formação acadêmica do fonoaudiólogo deve abranger as diferentes áreas de atuação, proporcionando aos discentes, vivências no âmbito da saúde mental, ampliando o conjunto de conhecimentos e proporcionando ao usuário do serviço um atendimento qualificado e humanizado.

Por outro lado, o perfil de um profissional mediador e facilitador da comunicação, habilitado em estratégias para viabilizar a comunicação nas muitas dificuldades do sujeito assistido, nos mais diferentes níveis de assistência, não pode ser deixado de lado quando se pensa em eficácia de acolhimento integral a este sujeito.

A facilitação da ampliação de ação do fonoaudiólogo como participante da assistência integral ao sujeito na linha de cuidado em saúde mental, passa pelo reconhecimento do perfil deste profissional pelas autoridades competentes responsáveis pelas proposições de políticas públicas de assistência psicossocial ao sujeito.

Novos estudos científicos são necessários evidenciando não só a atuação fonoaudiológica, mas a discussão de métodos e procedimentos utilizados na avaliação e intervenção da fonoaudiologia na linha de cuidado à saúde mental, principalmente envolvendo o público adulto, uma vez que o predomínio até aqui foi de estudos com crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* 2017;26(3):676-89.
2. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;28(2):127-31.
3. Bosi MLM, Melo AKS, Carvalho LB, Ximenes VM, Godoy MGC. Determinantes Sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(Supl. 2):126-35.
4. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(1):297-305.
5. Almeida BPB. Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação dos fonoaudiólogos nos Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo [tese na internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014 [acesso em 20 mar 2021]. Doutorado em Fonoaudiologia. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/11991/1/Beatriz%20Paiva%20Bueno%20de%20Almeida.pdf>
6. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av .* 2013;27(78):1-26.
7. Oliveira AL. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos.* 2012;27(1):31-42.
8. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos.* 2014;21(1):77-92.
9. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;28(1):43-8.
10. Aguiar ZN. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: Aguiar ZN. *SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.* São Paulo: Martinari; 2011. p. 41-68.
11. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental [Internet]. *Pense SUS. Saúde mental* [acesso em 07 abr 2021]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>
12. Silva EKB, Rosa LCS. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? *Rev Katál.* 2014;17(2):252-60.
13. Melo AMC. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Bras de Saúde Mental.* 2012;8(9):84-95.
14. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(3):743-52.

15. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2067-74.
16. Alves DSN, Silva PRF, Costa NR. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. *Medwave*. 2012;12(10):e5545.
17. ABRASME [Internet]. Sobre a ABRASME [acesso em 14 abr 2021]. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/sobre>
18. Caldas RW, coordenador. Políticas Públicas: conceitos e práticas [Internet]. Belo Horizonte: Sebrae; 2008 [acesso em 23 abr 2021]. 48 p. Disponível em: <http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%9ABLICAS.pdf>
19. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006;16:20-45.
20. Freitas BL. A evolução da Saúde Mental no Brasil: reinserção social. *Rev Cient Semana Acadêmica* [Internet]. 2018 [acesso em 24 abr 2021];01(126):1-15. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf
21. Mateus MD, organizador. Políticas de saúde mental: baseado no curso *Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2013 [acesso em 24 abr 2021]. 400 p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf
22. Radke MB. Das Reformas Sanitárias e Psiquiátrica à Educação em Saúde Mental: saber técnico e compromisso ético com a saúde mental coletiva [dissertação na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2017 [acesso em 20 abr 2021]. Mestrado em Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=001026309&loc=2017&l=7703a7cf3ea9c2ec>
23. Hernandes ESC, Fernandes WB. Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental: quem ganha o quê, por que e que diferença faz? Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental [Internet]. Dez 2020 [acesso em 26 abr 2021]. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental>
24. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. In: Costa AM, editor científico. *Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral* [Internet]. Rio de Janeiro: CEBES; 2014 [acesso em 27 abr 2021]. n. 52, p. 15-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
25. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. Brasília.

5 de out 1988 [acesso em 27 abr 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

26. Costa AM, editor científico. Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral [Internet]. Rio de Janeiro: CEBES; 2014 [acesso em 27 abr 2021]. n. 52, p. 4-7. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

27. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.* 2017;26(1):155-70.

28. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(3):e00042620.

29. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(6):734-9.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de Cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 09 set 2021]. p. 7-8. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/resources/linhas-completas/LC_HAS_no_adulto.pdf#:~:text=Linhas%20de%20Cuidado%20s%C3%A3o%20definidas%20como%20uma%20forma,em%20resposta%20%C3%A0s%20necessidades%20epidemiol%C3%B3gicas%20de%20maior%20relev%C3%A2ncia

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 09 set 2021]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

32. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde [Internet]. [acesso em 09 set 2021]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_D_O_CUIDADO_INTEGRAL.pdf

33. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Linha de cuidado para atenção à saúde mental [Internet]. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde; 2019 [acesso em 09 set 2021]. p. 14-17. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14574-anexo-deliberacao-287-2018-linha-cuidado-saude-mental/file#:~:text=O%20objetivo%20desta%20Linha%20de,de%20promo%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde%20mental>

34. Moreira MD, Mota HB. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. *Rev CEFAC.* 2009;11(3):516-21.

- 35.** Graner AR. Fonoaudiologia e práticas de saúde no SUS: análise da produção Científica (1990-2005) [dissertação na internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007 [acesso em 01 maio 2021]. Mestrado em Fonoaudiologia. Disponível em: <https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/12144/1/Ana%20Regina%20Graner.pdf>
- 36.** Chun RYS, Nakamura HY. Cuidado na Produção de Saúde - Questões para a Fonoaudiologia. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC, organizadores. Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p. 744-9.
- 37.** Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura brasileira. Saúde Soc. 2012;21(4):1022-34.
- 38.** Reis GVA. Percepção da Equipe de Saúde da Família com Relação a Atuação Fonoaudiológica em Ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde [trabalho de conclusão de curso na internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Fonoaudiologia; 2019 [acesso em 01 maio 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202385/Artigo%20Gerusa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 39.** Souza APR, Crestani AH, Vieira CR, Machado FCM, Pereira LL. O Grupo na Fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. Rev CEFAC. 2011;13(1):140-51.
- 40.** Ribeiro VV, Panhoca I, Dassist-Leite AP, Bagarollo MF. Grupo Terapêutico em Fonoaudiologia: revisão de literatura. Rev CEFAC. 2012;14(3):544-52.
- 41.** Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União. 9 abr 2001.
- 42.** Brasil. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Diário Oficial da União. 20 fev 2002;Seção I:22.
- 43.** Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União. 1 ago 2003.
- 44.** Brasil. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Diário Oficial da União. 21 jan 2004;Seção I:24.
- 45.** Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 dez 2011;Seção I:230.

- 46.** Brasil. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União. 26 dez 2011;Seção I:233.
- 47.** Brasil. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 26 jan 2012;Seção I:45.
- 48.** Brasil. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia. Diário Oficial da União. 10 abr 2013;Seção I:62.
- 49.** Brasil. Portaria nº 1.203, de 4 de novembro de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Esquizoafetivo. Diário Oficial da União. 05 nov 2014;Seção I:36.
- 50.** Brasil. Portaria nº 315, de 30 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Diário Oficial da União. 31 mar 2016;Seção I:50.
- 51.** Brasil. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 dez 2017;Seção I:236.
- 52.** Barbosa CL, Alencar IBG, Mendes VLF, Souza LAP. Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder. Rev CEFAC. 2020;22(1):e10819.
- 53.** Barbosa CL, Lykouropoulos CB, Mendes VLF, Souza LAP. Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij). Rev CoDAS. 2020;32(6):e20190201.
- 54.** Arce VAR. Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Rev CEFAC. 2014;16(3):1004-12.
- 55.** Almeida BPB, Cunha MC, Souza LAP. Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo. Rev Distúrb Comun. 2013;25(1):27-33.
- 56.** Rocha EF, Kretzer MR. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2009;20(1):59-67.

- 57.** Castro CLF, Gontijo CRB, Almeida BV, organizadores. Políticas Públicas em Saúde Mental: abordagens e desafios [Internet]. Belo Horizonte: EdUEMG; 2013 [acesso em 27 maio 2021]. p. 18-65. Disponível em: <http://eduemg.uemg.br/images/livros-pdf/catalogo-2013/2013 POLITICAS PUBLICAS EM SAUDE MENTAL ABORDAGENS E DE SAFIOS.pdf>
- 58.** Lykouropoulos CB, Herrero E. Saúde Mental e Fonoaudiologia - Modelo de Atenção e Perspectivas para o Trabalho. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC, organizadores. Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p. 758-65.
- 59.** Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. 2002;9(1):25-59.
- 60.** Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia. Contribuição da Fonoaudiologia para o Avanço do SUS [Internet]. Brasília: Crefono [acesso em 13 jul 2021]. p. 10-12. Disponível em: <http://www.crefono4.org.br/cms/files/Publicacoes/CartilhaSUS.pdf>
- 61.** Brasil. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Saúde Mental. Saúde Mental no SUS. Informativo Da Saúde Mental [Internet]. Edição Especial para Novos Gestores. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SASMS. 01 jan - 17 maio 2005 [acesso em 14 jul 2021];18. ANO IV. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smSUS/2005_ISMSUS_18.pdf
- 62.** Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília: CFP, 2013 [acesso em 15 jul 2021]. p. 107-18. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf
- 63.** Lima LA, Miranda FJ. Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas Residências Terapêuticas. Rev Psicol Soc. 2018;30:e174842.
- 64.** Almeida ALM, Cunha MB. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. Saúde Debate. 2021;45(128):10517.
- 65.** Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 29 abr 2011.
- 66.** Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Mantovani MF, Felix JVC, Kalinke LP. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03341.
- 67.** Freire MF, Tavares MRN, Belém EMS, Melo OF, Gondim APS. Análise comparativa entre a Portaria 3.588/2017 e a Lei 10.216/2001 da Saúde Mental na perspectiva das novas atribuições. Rev Enc Univers UFC. 2018;3(1).

- 68.** Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00285117.
- 69.** Brasil. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 03 out 2017;Seção Supl:192.
- 70.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Núcleo Ampliado de Saúde da Família [Internet]. [acesso em 19 jul 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>
- 71.** Marques SA. A Fonoaudiologia nos serviços de alta complexidade do Sistema Único de Saúde [trabalho de conclusão de curso na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Medicina Social; 2012 [acesso em 19 jul 2021]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56822/000861522.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 72.** Brasil. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 10 dez 2012;Seção I:36.
- 73.** Gurgueira AL. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP, organizadores. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2. ed. São Paulo: Roca; 2009. p. 619-26.
- 74.** Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2012. p. 615-34.
- 75.** Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):300-4.
- 76.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 77.** Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):61-7.
- 78.** Rego SWSE. Autismo: fisiopatologia e biomarcadores [dissertação na internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012 [acesso em 21 jul 2021]. Mestrado em Medicina. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1167/1/Autismo%20-%20fisiopatologia%20e%20biomarcadores%20%28CORRIGIDO%29.pdf>
- 79.** Gattino GS. Musicoterapia aplicada à avaliação da comunicação não verbal de crianças com transtornos do espectro autista: revisão sistemática e estudo de validação [tese na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012 [acesso em 21 jul 2021]. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56681/000860826.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 80.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 32-60.
- 81.** Gadia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. J Pediatr. 2004;80(Supl. 2):S83-94.
- 82.** Assunção FS. A importância da intervenção fonoaudiológica no processo de aquisição da linguagem da criança com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) [trabalho de conclusão de curso na internet]. Fortaleza: Faculdade Pitágoras; 2019 [acesso em 21 jul 2021]. Disponível em: <https://repositorio.pgskroton.com/bitstream/123456789/27131/1/FRANCISCA%2BTCC%2B2.pdf>
- 83.** Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trab Educ Saúde. 2019;17(2):1-4.
- 84.** Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab Educ Saúde. 2020;18(3):e00285117.
- 85.** Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 23 set 2021]. p. 178. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf

ANEXOS

Anexo I - Resumos dos artigos selecionados na revisão de literatura em fonoaudiologia.

<p>Artigo 1</p> <p>Speech-language-hearing therapy and clinical listening in a mental health team: perception of parents of children with autism spectrum disorder</p> <p>(Autores: Barbosa CL, Alencar IBG, Mendes VLF, Souza LAP)</p>
<p>RESUMO</p> <p>Objetivo: analisar efeitos da escuta clínica no discurso parental de crianças com autismo sobre o trabalho fonoaudiológico em equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. Métodos: pesquisa descritiva, estudo de caso com nove pais de crianças com autismo. Resultados: os pais reconhecem, na experiência terapêutica com o fonoaudiólogo, modificações na qualidade da comunicação e da relação com seus filhos, tornam-se figuras linguisticamente mais abertas e interessantes aos filhos porque compreendem os dinamismos da comunicação e sentem-se aptos a trabalhá-la. Os pais incorporaram a ideia de que é pelo brincar compartilhado que suas crianças se desenvolvem subjetiva e cognitivamente. Percebem que a troca e a interação com e entre as crianças, propostas pela Fonoaudiologia, são produtoras de cuidado e ampliam os repertórios sociais de comunicação. Conclusão: a Fonoaudiologia foi considerada pertencente e fundamental ao campo da saúde mental no trabalho com crianças com autismo, o que reitera a escuta oferecida aos pais pela equipe.</p>
<p>Artigo 2</p> <p>Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij)</p> <p>(Autores: Barbosa CL, Lykouropoulos CB, Mendes VLF, Souza LAP)</p>
<p>RESUMO</p> <p>Objetivo: A prática fonoaudiológica na saúde mental é interrogada pelo desafio de produzir estratégias compartilhadas de cuidado para, sobretudo, ampliar as condições e o repertório comunicacional, a circulação discursiva e social de sujeitos em sofrimento mental. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção sobre escuta clínica de uma equipe de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), especificando a função da fonoaudiologia no cuidado e na escuta dos casos. Método: Trata-se de pesquisa participativa e dialógica. Utilizou-se grupo de discussão para coleta de dados. Resultados: estão agrupados nas categorias: conceituação de escuta; escuta e processo de trabalho; efeitos da escuta; fonoaudiologia e escuta. A equipe pensa a escuta clínica como dispositivo central nos cuidados em saúde mental. A escuta clínica favorece a reflexão acerca de dinamismos biopsíquicos do cuidado em saúde. Observou-se contribuições da fonoaudiologia em camadas intra e interinstitucionais, assim como no trabalho clínico-terapêutico da equipe de saúde, dos usuários e familiares. As competências e conhecimentos do fonoaudiólogo sobre aspectos orgânicos do desenvolvimento infantil, na opinião dos profissionais, potencializam a escuta clínica. Conclusão: Conclui-se que, sem o trabalho em equipe, o cuidado no CAPSij não aconteceria de forma qualificada sob os marcos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). A escuta clínica é condição de possibilidade do cuidado ofertado pela equipe.</p>

Artigo 3

Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial

(Autor: Arce VAR)

RESUMO

Processos de trabalho em Saúde Mental da Fonoaudiologia no âmbito de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil são o tema deste estudo. A partir de uma reflexão sobre os limites da clínica fonoaudiológica tradicional desempenhada com crianças que apresentavam graves transtornos mentais em um serviço público especializado em Saúde Mental infanto-juvenil no Distrito Federal, propôs-se a reorientação do trabalho a partir da criação de novos dispositivos clínicos no sentido da desinstitucionalização e do cuidado interdisciplinar. A busca pela interdisciplinaridade e o rompimento com ações fragmentadas e isoladas dos profissionais foram as principais mudanças observadas. Na realidade do trabalho dos fonoaudiólogos foram inseridas práticas de acolhimento, atendimentos em grupo, ações intersetoriais, participação em oficinas terapêuticas e educação permanente, bem como foram redefinidos critérios para o acesso precoce de usuários ao profissional a partir de uma gestão coletiva da clínica. Houve significativo avanço no cuidado em saúde mental de crianças atendidas no serviço, com importantes reflexos na transformação das concepções e das práticas de saúde produzidas pelos fonoaudiólogos. Propõe-se que a Fonoaudiologia ultrapasse a barreira estrita da produção científica clínico-terapêutica disciplinar acerca dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento em direção à construção de uma clínica psicossocial, de modo a assumir e fortalecer o papel político deste profissional na luta pela permanente implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira, em defesa do cuidado integral a estas crianças.

Artigo 4

Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de São Paulo

(Autores: Almeida BPB, Cunha MC, Souza LAP)

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as intervenções fonoaudiológicas a pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados no Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita do Passa Quatro (CAIS-SR), onde o presente estudo foi realizado. **Método:** Trata-se de estudo retrospectivo, de natureza quantitativa e descritiva, que analisou prontuários de 106 sujeitos, de ambos os sexos, com idade média de 62 anos, atendidos individualmente no Setor de Fonoaudiologia do CAIS-SR. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Os resultados mostram que os moradores encaminhados ao setor de fonoaudiologia (25% do total de moradores do CAIS) são, em sua maioria, mais idosos e estão asilados há mais tempo. A maioria dos sujeitos que receberam atendimento individual em Fonoaudiologia (58,5%) foi atendida na especialidade Linguagem. A segunda categoria mais frequente foi Motricidade orofacial+Linguagem (30,2%). Vinte e dois (20,8%) dos indivíduos que receberam atendimento individual apresentaram alterações de comunicação em função também de problemas auditivos. Sendo assim, a maioria das queixas e atendimentos fonoaudiológicos circulou em torno de alterações de comunicação e linguagem dos moradores atendidos na instituição. **Conclusões:** O número significativo de pacientes que, por decisão da equipe de saúde mental do CAIS-SR, foram atendidos pelo fonoaudiólogo e os resultados obtidos apontam para pertinência do trabalho fonoaudiológico nos equipamentos de saúde mental. Mas, sugere-se que para tal, este profissional assumo o caráter interdisciplinar e a complexidade das políticas públicas e das práticas atuais no campo da saúde mental, de maneira a oferecer contribuições efetivas e compatíveis com o cenário contemporâneo.

Artigo 5

Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006

(Autores: Rocha EF, Kretzer MR)

RESUMO

O objetivo do artigo é descrever a implantação das ações de reabilitação na Estratégia da Saúde da Família da Região de Sapopemba/Vila Prudente – Fundação Zerbini/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no período de 2000-2006. As fontes de pesquisa foram os documentos de registros da experiência: o projeto de implantação (2000), os relatórios de avaliação (2001, 2003, 2008), anotações de reuniões da equipe de reabilitação (2000-2006), os planejamentos semestrais e anuais, as planilhas de registro das atividades diárias dos profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional e dos atendimentos dos usuários dos serviços (2000-2006). Como resultados pode-se visualizar: 1. as estratégias utilizadas na implantação da proposta e os desafios enfrentados; 2. a rotina estabelecida pela equipe de reabilitação junto às equipes de saúde da família, de saúde mental e saúde bucal; 3. o perfil da população atendida e os critérios de elegibilidade; 4. as modalidades assistenciais desenvolvidas. Os dados possibilitaram compreensão da constituição das atividades de reabilitação na Estratégia da Saúde da Família, as atribuições dessas equipes matriciais e as rupturas ético-epistemológicas e institucionais com o modelo tradicional de reabilitação.