

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

MARILISA BARBOSA HESSEL

**A OSCILAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA ENTRE A CLÍNICA DA OBJETIVIDADE E
SUBJETIVIDADE: UMA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL E
COLETIVA**

**CAMPINAS - SP
2019**

MARILISA BARBOSA HESSEL

**A OSCILAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA ENTRE A CLÍNICA DA OBJETIVIDADE E
SUBJETIVIDADE: UMA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL E
COLETIVA**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte das exigências para a obtenção do título Especialista em Saúde Mental.

Coordenadora: Dra. Rosana Onocko Campos

Orientador: Dr. Bruno Emerich

CAMPINAS - SP
2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Alice e Gabriel e irmãos, Vinícius e Isaque, por encheram meu coração de esperança e alegria.

Ao meu amável companheiro, Eduardo pela agradável parceria na trajetória da vida.

Às minhas amigas, Bárbara e Gabrielly por iluminarem meu percurso com ternura e alma.

Aos meus amigos e colegas fonoaudiólogos, parceiros de profissão, em especial, Cinthia e Marina por me lembrarem do que havia esquecido.

Aos meus colegas e amigos da turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva pela sensibilidade, disponibilidade e essencial companhia durante os percursos por vezes tortuosos.

À Nubia, fonoaudióloga que me auxiliou carinhosamente durante os 100 metros finais.

Ao Bruno, à Ellen e à Rosana pelo suporte institucional e amparo teórico.

Às equipes dos serviços que me receberam, CAPSIJ Roda Viva e Enfermaria de Psiquiatria do HC da UNICAMP, pelas diversas possibilidades de construção conjunta.

E, aos usuários da rede de atenção psicossocial que cruzaram meu caminho, que tanto me emocionam, ensinam e inspiram.

(...)

Extravio

Onde começo, onde acabo,
se o que está fora está dentro
como num círculo cuja
periferia é o centro?

Ferreira Gullar, in "Antologia Poética"

RESUMO

As primeiras práticas fonoaudiológicas descritas na literatura aconteceram na década de 20 dentro da instituição escolar, como um dos instrumentos de normalização da fala no Brasil. Na década de 30 surge a idealização da profissão de fonoaudiólogo, oriunda da preocupação da medicina e da educação com a correção de erros de fala apresentados pelas crianças em idade escolar. Os profissionais fonoaudiólogos têm a possibilidade de entrar efetivamente no universo das instituições psiquiátricas a partir de 1992 com a multiprofissionalidade como uma das diretrizes na prestação de serviços aos portadores de transtornos mentais. Para que o fonoaudiólogo possa atuar em uma nova perspectiva é preciso superar os reducionismos e entender que as necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina clínica. Assim, esse trabalho tem por objetivo explicitar os desafios e as contradições encontradas na atuação do núcleo especializado da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental no Brasil a partir de uma experiência em uma Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral (HG). Dessa forma, discute-se as dificuldades existentes em integrar saberes específicos dentro da própria categoria profissional no campo da Saúde Mental e Coletiva.

Palavras-chave: saúde mental, fonoaudiologia, clínica da subjetividade

ABSTRACT

The first phonoaudiological practices described in the literature happened in the decade of 20 within the school institution, as one of the instruments to normalize the speech in Brazil. In the 1930s, the idealization of the speech language pathologist came from the preoccupation of medicine and education with the correction of speech errors presented by school-age children. Speech-language pathologists have the possibility of effectively entering the universe of psychiatric institutions as of 1992 with multiprofessionality as one of the rules in providing services to those with mental disorders. In order for the speech therapist to be able to act in a new perspective, it is necessary to overcome the reductionisms and to understand that the needs are not reduced to those apprehensible by a single clinical discipline. The purpose of this paper is to clarify the challenges and contradictions found in the performance of the specialized nucleus of speech therapy in the field of Mental Health in Brazil from an experience in a Psychiatry Ward in General Hospital (HG). In this way, we discuss the difficulties in integrating specific knowledge within the professional category itself in the field of Mental and Collective Health.

Keywords: mental health, speech therapy, clinic of subjectivity

SUMÁRIO

1. PRIMEIRAS VOCALIZAÇÕES.....	8
2. OBJETIVO.....	11
3. PALIFEMIANDO A HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA.....	12
4. A BRADICINESIA FONOAUDIOLÓGICA AO ADENTRAR O UNIVERSO DA SAÚDE COLETIVA E MENTAL.....	16
5. O PERCURSO COCLEAR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA ECOANDO COM A FONOAUDIOLOGIA.....	21
6. A CONTRARIEDADE DA HABILIDADE DE FIGURA FUNDO NO UNIVERSO FONOAUDIOLÓGICO.....	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

1. PRIMEIRAS VOCALIZAÇÕES

“Os cientistas dizem que somos feitos de átomos,
mas um passarinho me diz que somos feitos de histórias”

Eduardo Galeano

Não pude deslocar meu itinerário pessoal deste trabalho visto que diversos episódios de minha história de vida e de construção profissional interagem significativamente com as questões nas quais me debrucei e irei abordar nos próximos tópicos deste trabalho. “Todas as histórias contadas pelo narrador inscrevem-se dentro da sua história, a de seu nascimento, vida e morte” (Bosi, 1999, p. 89).

Conclui a graduação do curso de Fonoaudiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2016 e ao longo dos anos de formação me aproximei das questões ligadas à Linguagem¹, estabelecida como uma das áreas da disciplina de Fonoaudiologia.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) reconhece no momento atual 11 especialidades clínicas, a saber: Audiologia, Linguagem, Motricidade, Saúde Coletiva, Voz, Disfagia, Fonoaudiologia Educacional, Gerontologia, Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do Trabalho, Neuropsicologia e Fluência. Segundo o CFFa, a especialidade de Linguagem trabalha com os aspectos que envolvem a comunicação oral e escrita desde a infância até a idade adulta.

Mesmo próxima a uma das áreas mais abrangentes da Fonoaudiologia, a Linguagem, o incentivo cada vez maior para a extrema especialização dos profissionais fonoaudiólogos, ainda que da própria área da Linguagem, me causava estranhamento. A busca pelo aperfeiçoamento do trabalho interdisciplinar com outras disciplinas era usada por mim como defesa à especialização nas áreas da Fonoaudiologia citadas acima. A falta de oferta de uma formação abrangente a qual julgo estar presente nos cursos de Fonoaudiologia, de forma a relacionar as subáreas da classe entre si, me provocava o questionamento sobre o desejo velado em exigir a especialização cada vez mais excessiva do profissional fonoaudiólogo.

¹ A palavra Linguagem será usada de forma bastante cuidadosa neste trabalho entendendo que a construção do significado da mesma se dá de formas distintas dentro do universo da Saúde Mental em comparação ao universo da Fonoaudiologia.

Ao longo do trabalho trarei alguns termos do universo fonoaudiológico como forma de promover o contato dos leitores com as definições extremamente técnicas presentes na Fonoaudiologia. Assim, ressalvo que este trabalho se ampara no universo fonoaudiológico e a ele se dirige especialmente. Entretanto, sua construção parte de outra área acadêmica, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e proponho dialogar com o público de ambas as áreas.

Compartilho com os leitores que a busca pela especialização em Saúde Mental e Coletiva pode ser explicada por uma tentativa de desviar do caminho traçado para os profissionais fonoaudiólogos e buscar uma ampliação clínica fonoaudiológica dentro da Saúde Coletiva, uma das áreas reconhecidas pelo CFFa, além de desbravar o campo da Saúde Mental, área pouco representada no núcleo profissional.

Assim, apresento este trabalho desenvolvido a partir de minhas experiências durante os 2 anos em que estive como residente fonoaudióloga em Saúde Mental pelo Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP como parte das exigências para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Pude vivenciar no primeiro ano de Residência o cotidiano de um CAPSIJ e no segundo ano o cotidiano de uma Enfermaria de Psiquiatria de um Hospital Geral (HG), ambos no município de Campinas. É preciso contextualizar brevemente os dois campos de estágio, CAPSIJ e Enfermaria de Psiquiatria, que me permitiram a elaboração desse estudo.

Durante meu percurso junto ao CAPSIJ pude realizar atendimentos individuais em fonoterapia, atendimentos individuais multiprofissionais, atendimentos grupais, articulação com serviços da atenção básica de saúde, assistência social, escolas e centros de convivência, de forma a transitar entre atuações de núcleo e de campo². O cenário da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP, local em que permaneci durante o segundo ano de residência e que estará mais presente nos recortes deste trabalho, é composto por uma diversidade menor de profissionais em comparação com a estrutura do CAPSIJ, sendo formado

² O conceito de núcleo pode ser entendido como o que demarca a identidade de uma área de saber e prática profissional, enquanto o campo representa um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina busca articulações com outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

por médicos psiquiatras, médicos residentes em psiquiatria, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Experienciei atendimentos individuais, atividades grupais como grupo de cinema, grupo de família, roda de música, grupo de ateliê, e reuniões intersetoriais com serviços da rede de saúde e da assistência social.

Impulsionada pela inquietação e por vezes descontentamentos provocados com a aproximação, ocasionalmente contraditória, da clínica fonoaudiológica com o campo da Saúde Mental, busquei com esse trabalho discutir uma temática ainda limitada. Por isso, vale ressaltar que durante o levantamento bibliográfico para a realização desse estudo ficou notável a escassa produção teórica a respeito da tônica: a inserção e atuação da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental no Brasil.

2. OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é explicitar os desafios e as contradições encontradas na atuação do núcleo especializado da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental no Brasil a partir de uma experiência em uma Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral (HG).

Procurou-se relacionar os fatos históricos que colaboram no esclarecimento da identidade do profissional fonoaudiólogo a fim de contribuir para o aprofundamento da discussão sobre as possibilidades da atividade fonoaudiológica junto ao campo da Saúde Mental.

A discussão deste trabalho foi desenvolvida a partir de levantamentos bibliográficos e de minha própria experiência nesses 2 anos enquanto fonoaudióloga residente do Programa Multiprofissional em Saúde Mental.

Dessa forma, o presente trabalho parte do entendimento da interface teoria e prática e em razão disso é organizado a partir de casos e vinhetas clínicas para endossar a discussão teórica apresentada. Os casos são expostos com nomes fictícios com o intuito de preservar as identidades dos usuários que serviram a este estudo como exemplos de intervenções clínicas.

3. PALIFEMIANDO A HISTÓRIA DA FONOAUDIOLOGIA

Palifemia é definida como uma manifestação primária no balbucio de uma criança com repetições de uma palavra ou sílaba. O termo aqui inserido traz a ideia de algo inicial, como este tópico, sendo o primogênito desse estudo, porém, também traz a ideia de repetição, algo reiterado, como a história da Fonoaudiologia.

Pretendo referenciar as origens desse campo profissional e buscar na história da Fonoaudiologia os sentidos que foram silenciados ao longo dos anos de prática clínica a fim de propiciar subsídios para a discussão que farei posteriormente. Para tal, tornou-se necessário desacomodar perspectivas consideradas acabadas, instituídas e naturalizadas.

Não se torna interessante para esse trabalho apresentar a história somente enquanto cronologia, mas, como diz Orlandi (1996, p. 19), enquanto “fatos que reclamam sentidos”. Segundo Bosi (1999, p. 55), “na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado”.

Para isso, este tópico traz diversos recortes bibliográficos de autores que trataram do tema como tentativa de resgatar a história da Fonoaudiologia no Brasil, especialmente no estado de São Paulo. Dessa forma, não aspiro fazer um estudo aprofundado da história da Fonoaudiologia no Brasil, uma vez que essa tarefa já foi desenvolvida por outros autores, alguns dos quais aparecem citados neste capítulo.

Figueredo Neto (1988) apresenta e analisa em sua dissertação de mestrado pela primeira vez os princípios da Fonoaudiologia na cidade de São Paulo no Brasil. Para a autora, conhecer as origens e preservar a história da Fonoaudiologia é o caminho ideal no reconhecimento de identidades, algo fundamental na superação do tecnicismo e imediatismo que caracterizam o discurso fonoaudiológico, tal como ele se apresenta hoje.

Segundo o CFFa, na década de 30 surge a idealização da profissão de fonoaudiólogo, oriunda da preocupação da medicina e da educação com a profilaxia e a correção de erros de fala apresentados pelos escolares. O mesmo período é retratado por Berberian (1993) em sua pesquisa documental, na qual discute a presença das práticas fonoaudiológicas no contexto sócio-político-econômico do Brasil no período de 1920 a 1940. A autora destaca que a preocupação com o

tratamento de distúrbios dessa natureza surgiu no Brasil quando essas iniciativas passaram a ter um papel importante nas formas de organização social. Esta dimensão coincide com o grande desenvolvimento das práticas fonoaudiológicas direcionadas às pessoas afásicas³ nos Estados Unidos da América (EUA) após a I Guerra Mundial (Berberian, 1993).

Os primeiros relatos de práticas fonoaudiológicas descritos por Figueredo Neto (1988) aconteceram na década de 20 dentro da instituição escolar, como um dos instrumentos de homogeneização da fala no Brasil e enquanto uma tentativa de apagamento das diversidades culturais e sociais existentes na língua. Assim, as práticas fonoaudiológicas atreladas ao processo educacional se deram objetivando alcançar um controle sistemático da língua brasileira, como forma de controlar as influências de estrangeiros.

Nunes (2013) ratifica a discussão de Figueredo Neto (1988) resgatando a ideia de que imigrantes estrangeiros, em função das variações dialetais, estariam contaminando a língua oficial do Brasil, naquela época. De acordo com o autor, analisando o contexto sociohistórico do país, o Brasil se via inserido em um ideário mundial de “Eugenia Social” que se construía no pré II Guerra Mundial, a partir da década de 20, mostrando uma política sistemática de controle da língua que criava a necessidade de medidas para sua padronização e normatização. Portanto, pretendia-se combater as chamadas “impurezas da língua”⁴ para adoção de uma língua nacional padrão, além da intenção, de cunho social, da uniformização da língua, buscando unidade nacional, disciplina e ordem.

Além disso, salientava-se a importância em corrigir aspectos vocais e articulares nas falas das crianças propondo processos reeducativos em âmbito

³ Segundo Ortiz (2010), a afasia pode ser definida como uma alteração no conteúdo, na forma e no uso da linguagem e de seus processos cognitivos subjacentes, tais como percepção e memória. Essa alteração é caracterizada por redução e disfunção, que se manifestam tanto no aspecto expressivo quanto no receptivo da linguagem oral e escrita em diferentes graus em cada uma dessas modalidades.

⁴ De acordo com Figueredo Neto (1988) e Oliveira (2002), naquela época, as ditas “impurezas da língua” estavam relacionadas às pronúncias com sotaques estrangeiros e dos brasileiros de diferentes regiões do país com diversidades linguísticas. Compunha o cenário da época o surgimento de correntes migratórias estrangeiras e internas, esta última representada por nordestinos expulsos de sua terra pela seca e pela reorganização da produção açucareira. Naquela época a língua tinha um papel importante na formação da consciência nacional e na pregação nacionalista. Assim, as “impurezas da língua” eram classificadas como sinal de anormalidade e patologia social que colocavam em risco o progresso do Brasil.

escolar para obter a correção dos vícios e defeitos da pronúncia e da elocução (Figueredo Neto, 1988). Neste período, surge a primeira alusão a uma necessidade de um profissional para atuar na “eliminação” destes desvios de fala, destacando para esta tarefa um professor especializado (Figueredo Neto, 1988).

A partir disso, Figueredo Neto (1988) descreve que a medicalização dos problemas sociais fez surgir a patologização da fala que passou a contar com médicos para o diagnóstico e professores, na época os chamados ortofonistas⁵, para sua correção. Segundo Masini (2004), o fazer do profissional era caracterizado basicamente por exercícios de correção da pronúncia e de inibição do uso de estrangeirismos. Embora toda a atividade fosse baseada no diálogo, a ele não era atribuído o estatuto de método de trabalho. Nessa época, é colocado que os médicos e ortofonistas eram considerados os responsáveis pelo processo reeducativo, sendo que os médicos “pensavam” e os ortofonistas “executavam”, conforme descrito por Figueredo Neto (1988).

Assim, para legitimar a avaliação fonoaudiológica ou mesmo a terapêutica a ser empreendida, bastava buscar na Medicina as características previamente determinadas para cada patologia (Cassavia, 2001). Segundo Palladino (2000), a leitura da patologia, sob a ótica da chamada Clínica da Objetividade defendida na época, subtrai a singularidade e impõe um tratamento ortopédico às realidades humanas. Dessa forma, a atuação clínica fonoaudiológica era voltada a um diagnóstico e a terapêutica contava com a valorização dos dados somáticos como prioritários (Cassavia, 2001).

Na década de 60, deu-se início ao ensino formal da Fonoaudiologia no Brasil, com a criação dos cursos da Universidade de São Paulo (1961), vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), e da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo (1962), ligado ao Instituto de Psicologia (Figueredo Neto, 1988). Ambos estavam voltados à graduação de tecnólogos em Fonoaudiologia, sendo que o primeiro currículo mínimo, fixando as disciplinas e a carga horária desses cursos, foi regulamentado pela Resolução 54/76, do Conselho Federal de Educação.

⁵ De acordo com o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010) ortofonia refere-se ao ramo da linguística destinado à correção dos traços fonológicos a fim de alcançar a articulação perfeita.

Desta forma, observamos que a história da categoria profissional teve origem previamente a criação dos cursos universitários, anteriormente a década de 60, o que aproxima a origem da profissão à prática clínica e não ao ensino institucionalizado. Segundo Berberian (1993), a institucionalização da disciplina da Fonoaudiologia surge como uma forma de legitimar o controle da fala que há décadas já vinha sendo desenvolvido, vinculado ao universo médico⁶ e educacional. Para Oliveira (2002), o referencial médico entra como alicerce do diagnóstico e o referencial educacional como aquele que sustenta a terapêutica fonoaudiológica. Assim, a classe origina-se, institucionalmente na década de 60, quando a prática clínica e terapêutica convergem em um único objetivo: a normatização.

Nessa época, a Clínica da Objetividade, apontada como a clínica tradicionalmente voltada para a correção do erro como já indicado, procurou respaldar-se na medicina, na pedagogia, na psicologia do desenvolvimento e na linguística normativa, para legitimar a prática fonoaudiológica e produção teórica da disciplina (Masini, 2004). Como atestam Amoroso e Freire (2001), a concepção de sintoma pela Clínica da Objetividade foi construída a partir da noção de erro, visto como o negativo do positivo.

Nos anos 70, segundo o CFFa, tiveram início os movimentos pelo reconhecimento dos cursos de graduação em Fonoaudiologia e do profissional fonoaudiólogo, que segue até o presente momento. Foram criados, então, os cursos em nível de bacharelado, sendo o curso da Universidade de São Paulo (USP) na cidade de São Paulo o primeiro no Brasil a ter seu funcionamento autorizado, em 1977.

Datado em 9 de dezembro de 1981 foi sancionada a Lei 6965, determinada pelo Decreto 87218 em 31 de março de 1982 que regulamentou a profissão de fonoaudiólogo em território nacional e dispôs sobre sua atividade profissional.

⁶ Um exemplar desta situação na atualidade é a incorporação da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) pela Fonoaudiologia como resposta a necessidade de designar e nomear patologias (Leão, 2001). Assim, segundo o autor, o fonoaudiólogo, orientado pelo CFFa, faz uso da CID a partir de um paralelo entre o DSM-IV e a CID-10.

4. A BRADICINESIA FONOAUDIOLÓGICA AO ADENTRAR O UNIVERSO DA SAÚDE COLETIVA E MENTAL

Bradicinesia faz referência a um movimento lento de determinada ação. O termo é introduzido neste tópico para fazer alusão à velocidade do processo de entrada da Fonoaudiologia na Saúde Coletiva e Mental.

A inserção da Fonoaudiologia nas políticas públicas do país teve seu início entre 1970 e 1980, após a institucionalização dos cursos de graduação de Fonoaudiologia, inicialmente na área educacional, e posteriormente expandindo-se para saúde e assistência social (Garbin, 1995). Moreira e Mota (2009) dizem que nessa época o número de profissionais era pequeno e os trabalhos isolados, sem nenhum tipo de integração e sem propostas abrangentes. Ainda segundo as autoras, os procedimentos fonoaudiológicos eram voltados para estrutura de consultas ambulatoriais, devido ao fato da formação reabilitadora que o fonoaudiólogo recebia.

Nesse período, nem todas as pessoas tinham acesso à saúde sendo restrito às classes sociais mais abastadas pela iniciativa privada. Em 1977 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha por objetivo a assistência médica aos trabalhadores urbanos, aos servidores civis da União e suas autarquias e do Distrito Federal (Moreira e Mota, 2009). No final da década de 70, início de 80, o Setor de Saúde passa por uma grave crise no Brasil e cria-se, então, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que tinha como proposta a reorganização e ampliação dos Serviços de Saúde, incluindo saneamento e habitação, regionalização, hierarquização, participação da comunidade, entre outros, considerando que o primeiro atendimento deveria ser a porta de entrada do Sistema de Saúde (Garbin 1995).

Em 1984, são implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que serviram de base assim como as discussões realizadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde para, em 1987, aprovar o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, por fim, com a publicação da Constituição de 1988 define-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (Moreira e Mota, 2009).

No ano de 1988, em um contexto de rediscussão do papel do Estado na Saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da Reforma

Sanitária⁷, a Constituição Federal, pelas Leis 8080/90 e 8142/90, institui o SUS trazendo como seus princípios, universalização, integralidade, descentralização e participação popular (Almeida, 2014).

Dessa forma, na segunda metade dos anos 80, com a criação do SUS, surgiram os concursos públicos para as Secretarias de Saúde, com a contratação de fonoaudiólogos, principalmente no estado de São Paulo (Moreira e Mota, 2009). Muitos desses profissionais foram inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) instituindo a inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde (APS) (Befi, 1997). Porém, a atuação fonoaudiológica permaneceu com a estrutura de atendimentos semelhantes ao do consultório, mantendo a atuação individualista e reabilitadora, comprometendo a efetividade do trabalho da profissão e não surtindo efeito na comunidade em geral e nos órgãos competentes (Befi, 1997; Moreira e Mota, 2009).

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

Em meados de 1990, inicia-se, em muitos municípios, o desenvolvimento de ações substitutivas em Saúde Mental, proporcionando a ampliação de recursos humanos e equipamentos sociais e de saúde que possam acolher os egressos de longas internações psiquiátricas bem como os novos pacientes da comunidade (Furtado e Onocko-Campos, 2005). Com a expansão dos serviços públicos de assistência à saúde e a ampliação dos direitos dos usuários, houve a necessidade de reorientação da prática fonoaudiológica, ampliando suas ações para além de ações de reabilitação e inserção do profissional no campo da Saúde Mental (Miranda, 2015).

Segundo Almeida (2014), merece destaque como estratégia fundamental para a reorganização das ações tanto da Reforma Sanitária quanto da Reforma

⁷ O movimento da Reforma Sanitária brasileira expressou a indignação da sociedade frente à mercantilização da saúde e, configurou-se em defender a conceituação global de saúde, como conquista de um bem-estar para todos (Amarante, 1995).

Psiquiátrica⁸ a territorialização dos serviços que, para Mondoni e Rosa (2010), procura aproximar, integrar e vincular afetivamente os equipamentos e trabalhadores da saúde às pessoas e às comunidades. De acordo com Almeida (2014), o desafio não é apenas construir novos serviços, nem introduzir novas e menos violentas técnicas de atendimento ao portador de transtornos mentais, mas sim, incluir socialmente esses sujeitos e promover a cidadania e a humanização do tratamento.

O objetivo é o rompimento com a centralização hospitalar e ambulatorial e com a inércia das práticas curativas, priorizando práticas de promoção, prevenção e educação em saúde. Para Almeida (2014), esta necessidade de garantir um sistema de Saúde Mental inserido no SUS é um dos pontos de contato entre as Reformas Sanitarista e Psiquiátrica.

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

Esse período, para Almeida (2014), é o início de uma inflexão no trabalho com os sujeitos institucionalizados por transtornos mentais, por meio da qual se delineia um novo cenário na Saúde Mental brasileira, ganhando impulso o trabalho das equipes interdisciplinares e, com elas, o desafio de, em conjunto, reconstruir a história da Saúde Mental no Brasil.

Segundo Almeida (2014), tal processo concerne a abertura e a reorientação das instituições psiquiátricas, e o estabelecimento de uma ética de convivência social com o louco e com a loucura. O autor avança dizendo não ser suficiente pensar apenas em ampliação de serviços substitutivos, mas sim que os profissionais responsáveis por esses serviços estejam implicados com essa clínica e dispostos a perceber a importância de cada membro da equipe no cuidado com os sujeitos com transtornos mentais.

A justificativa para a composição de equipes interdisciplinares no trabalho com os sujeitos com transtornos mentais deriva, principalmente, da multiplicidade e diversidade das demandas dos usuários e da conseqüente necessidade de trocas e integração de saberes (Brasil, Ministério da Saúde, 1992). Portanto, de acordo com

⁸ O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é fundado ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (Brasil, 2005).

Amarante (2008), o trabalho com Saúde Mental é uma tarefa que compete a diversos profissionais de saúde, o que nos impulsiona a argumentar em favor da inserção do fonoaudiólogo nas equipes dos serviços de Saúde Mental.

Os profissionais nesse contexto precisam compreender o campo da Saúde Mental e atenção psicossocial como um processo social complexo o qual se transforma permanentemente e que se ocupa do sujeito e não mais da doença, o que não significa a negação da doença, mas sim, como diz Amarante (2008), encontrarmos os sujeitos que estavam reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata, e nos depararmos com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus vizinhos, seus projetos e anseios.

De acordo com Almeida (2014), é na Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamentou o modelo de atenção à Saúde Mental Infante Juvenil e o fonoaudiólogo é referido como integrante das equipes de CAPSIJ. Nessa perspectiva de cuidado, os profissionais fonoaudiólogos juntos aos demais profissionais, habituados ao atendimento clínico ou ambulatorial dos sujeitos com transtornos mentais, passam por uma transformação em seus modos de atuação, já orientada para esta “nova clínica” (Arce, 2014).

Miranda (2015) observou um aumento significativo do registro dos procedimentos de Fonoaudiologia no SUS durante os anos de 2000, 2005 e 2010. Evolução gerada não somente pela expansão da atuação do fonoaudiólogo, com ações para promoção, proteção e recuperação da saúde da comunicação humana, como também em virtude da criação de políticas ou programas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Auditiva, o Programa Saúde na Escola, a ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Programa Saúde da Família (PSF), Programa Saúde do Idoso, Saúde Mental entre outros, sendo suas ações, em grande maioria, voltadas às questões trazidas na infância e adolescência, mas que favoreceram uma maior inserção da assistência fonoaudiológica no SUS (Moreira e Mota, 2009; Miranda, 2015).

Para Almeida (2014), especificamente na Saúde Mental, observa-se que a atuação do fonoaudiólogo é influenciada pela história da inserção e atuação fonoaudiológica na Saúde Pública. Nesta direção, pode-se observar tal influência na sugestão de composição das equipes mínimas dadas pelo Ministério da Saúde para os CAPSIJ, onde constatamos como já mencionado, a referência ao fonoaudiólogo

como um dos profissionais pertinentes à equipe. Porém, o mesmo não ocorre em outros tipos de CAPS nos quais esse profissional pode ser incluído, a partir da sugestão de outros profissionais ou não. Tal fato pode ser explicado pela histórica ligação da Fonoaudiologia com as questões associadas à aquisição e alteração de Linguagem e Fala na infância e adolescência, que, como já apontado, serviram como porta de entrada para esse profissional na Saúde Pública.

5. O PERCURSO COCLEAR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA EM RESSONÂNCIA COM A FONOAUDIOLOGIA

A cóclea é conhecida por sua anatomia circular, sendo uma cavidade cônica do ouvido interno. O termo é aqui utilizado fazendo alusão à forma com que será a apresentação deste tópico, em espiral, ligando fatos de uma extremidade à outra com repercussão entre os pontos.

Foucault (1967) descreve o cenário dos hospitais psiquiátricos até meados do século XVII de forma distante a um espaço de tratamento em saúde. Consistia de uma combinação de caridade, assistência espiritual e exclusão de pessoas onde estas eram abandonadas, depositadas e privadas de estar em sociedade. Somente a partir do século XVIII o hospital psiquiátrico assume um caráter médico.

Nas décadas de 1920 e 1930, a psiquiatria pública brasileira apostava na estruturação da assistência hospitalar e nos dispositivos terapêuticos disponibilizados pela medicina científica, que via, na internação, a resposta para todos os males (Goulart, 2006).

A primeira Unidade⁹ em HG que recebia pacientes em sofrimento mental grave foi organizada por Thomas Guy, em Londres, no Hospital St. Thomas, no ano de 1728 (Mayou, 1989). Já na América Latina, a implantação da primeira Enfermaria de Psiquiatria em HG aconteceu em Lima, Peru, em 1941 (Botega e Dalgalarrodo, 1997). No entanto, de acordo com Sampaio (1956), o aumento do surgimento das Unidades Psiquiátricas latinoamericanas em HG se dá apenas na década de 50.

No Brasil, a implantação da primeira Enfermaria de Psiquiatria em HG se dá em 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia e logo em seguida, e no mesmo ano, a Unidade Psiquiátrica do Hospital dos Comerciários, em São Paulo. Em 1957, é implantada Unidade de Psiquiatria no Hospital Pedro II, da Santa Casa de Misericórdia da Universidade Federal de Pernambuco (Dalgalarrodo et al, 2003).

⁹ As denominações podem ser diversas para serviços especializados localizados em Hospitais Gerais e necessariamente substitutivos do modelo manicomial. São chamadas de Enfermaria de Psiquiatria em HG, Unidade de Internação Psiquiátrica em HG, Unidade Psiquiátrica em HG e Enfermaria de Saúde Mental em HG. Porém, adianto o leitor que a frente adotarei apenas o termo “Enfermaria de Psiquiatria”, assim chamada a Enfermaria em que estive residente. Esclareço a não desconsideração à pluralidade de sentidos carregados nas diversas terminologias, mas sim a reiteração da nomenclatura adotada pela equipe da Enfermaria de Psiquiatria do HC da UNICAMP.

No cenário brasileiro, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, inicia-se no final da década de 1970, no contexto das lutas pela redemocratização do país, impulsionado por diferentes movimentos sociais que lutavam pela garantia dos direitos dos usuários de Saúde Mental, em busca de democracia social e de um sistema de saúde que fosse de fato universal (Amarante, 1995). Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, de forma a progredir no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais (Brasil, 2005).

Alguns marcos legais se fizeram necessários no processo de reorganização da assistência e invenção de uma rede de Saúde Mental alternativa ao modelo hospitalocêntrico no Brasil. Neste período, oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, surge do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, em meados dos anos 80 (Brasil, 2005).

Os CAPS, já apresentados nesse estudo, são atualmente regulamentados pela Portaria 336/GM sendo um dos equipamentos de saúde na composição de uma rede de serviços de Saúde Mental, tendo como importante característica o cuidado no território, por uma equipe de referência, pautado no vínculo e na corresponsabilização em relação ao tratamento entre usuário, familiares e equipes. Para Onocko-Campos e Campos (2006, p. 670), os CAPS representam “um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”.

Nesse período também, são implantados, no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, criadas cooperativas, residências para os egressos dos manicômios e associações (Brasil, 2005).

Assim, até meados de 1990, a desinstitucionalização foi um dos principais investimentos da Reforma Psiquiátrica, com proposições de mudanças paradigmáticas na compreensão e nas ações em Saúde Mental, superando práticas centradas no modelo manicomial, com apostas na expansão da rede de cuidados em Saúde Mental no SUS (Furtado e Onocko-Campos, 2005).

Em 2005, é aprovada a Lei 12060, pelo Governo do Estado de São Paulo, que dispõe sobre a substituição do procedimento de internação hospitalar psiquiátrica no SUS do Estado de São Paulo por ações de Saúde Mental. Dessa

forma, tal Lei prevê a substituição de internações psiquiátricas por ações de saúde mental extra-hospitalares, no âmbito do SUS e, além disso, prevê a implantação de Enfermarias de Saúde Mental em HG, assim nomeadas, nos hospitais públicos, no prazo de 3 anos, a contar da data de publicação da Lei (Brasil, 2005).

A partir do início de 2011, o Ministério da Saúde dedica-se mais fortemente à implantação das Redes de Atenção à Saúde, dentre elas a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), legitimada pelo Decreto 7508/11 e amparada por diversas Portarias. Os componentes da RAPS são organizados em Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2017). A Portaria 148/2012 institui o componente hospitalar na RAPS e a Portaria 706/2012 cria a especialidade Leito de Saúde Mental em Hospital Geral (LSMHG) por promover um conceito não centrado no saber psiquiátrico. Em 2012, no chamado “Saúde Mental em Dados”¹⁰, são enfatizadas as diferenças entre os Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (LPHG) e LSMHG, estando o último termo mais alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Como pudemos observar, as Unidades Psiquiátricas em HG existem mesmo antes da implementação da RAPS e hoje compõem a Atenção Hospitalar. Apesar de encontrarmos na literatura que com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil observou-se um aumento gradativo das Enfermarias de Saúde Mental em HG, e que ela deve ser o ponto de atenção que assume a internação dos usuários que necessitam de internação hospitalar na medida em que os leitos nos hospitais psiquiátricos vão sendo desativados, observamos alguns desafios no que se refere a maneira e velocidade da reorganização da rede de cuidados. Mesmo com a aprovação da Lei 12060/05, anteriormente citada, percebemos certa vagariedade no que concerne à diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e aumento pouco expressivo dos LSMHG. Segundo Dias (2010), os LSMHG são disponibilizados aos usuários em situação de crise que necessitem de retaguarda de cuidado intensivo, como uma estratégia dentro do Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído com

¹⁰ Material publicado periodicamente pelo Ministério da Saúde com os dados da atenção à Saúde Mental no Brasil.

sua equipe de referência, dependendo do tipo da complexidade de cuidado demandada pelo usuário.

De acordo com Amarante (1995), é necessário superar as concepções de Reforma Psiquiátrica que restringem seu processo a uma simples reorganização dos serviços ou como um modelo fechado. Trata-se de um processo em constante movimento e transformação, um processo social e complexo. Neste sentido, os LSMHG caracterizam-se por serem um importante recurso ao suporte de usuários que necessitem do acolhimento integral.

Descrevo a seguir a Enfermaria de Psiquiatria a qual estive residente.

No ano de 1986 foi implantada a Unidade de Internação Psiquiátrica no HC da UNICAMP, assim chamada inicialmente, com 14 leitos, localizada no quarto andar do prédio hospitalar. A unidade iniciou suas atividades no momento em que a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil dava seus primeiros passos, com a desinstitucionalização de um grande número de pacientes que moravam em hospitais psiquiátricos. Segundo Dalgarrondo et al (2003), desde sua criação a, atualmente chamada, Enfermaria de Psiquiatria do HC da UNICAMP funcionou de forma bastante articulada à Unidade de Emergência Referenciada (UER). A UER do HC da UNICAMP foi se tornando cada vez mais central no atendimento de emergências psiquiátricas, chegando a se tornar a única unidade em toda macrorregião do município de Campinas.

A equipe da Enfermaria de Psiquiatria, responsável pelo atendimento diário dos pacientes, compõe-se de 8 médicos residentes do primeiro ano de Residência em Psiquiatria do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria; 3 médicos psiquiatras que ministram as chamadas “visitas clínicas”, 4 enfermeiros, incluindo um supervisor da equipe de Enfermagem, técnicos de enfermagem alternados diariamente e distribuídos entre os turnos da manhã, tarde e noite; 2 residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva e aproximadamente 3 psicólogos do Programa de Treinamento em Avaliação Psicológica e Terapia Cognitivo Comportamental também do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria.

Com tal configuração, os profissionais trabalham conjuntamente embora não constituem uma única equipe e sim várias equipes a partir do núcleo de formação, tornando o funcionamento do serviço fragmentado e solitário nesse sentido. A

construção da Enfermaria de Psiquiatria se baseou no ensino em serviço aos residentes médicos especialmente, justificando o caráter biomédico presente nas discussões e nos arranjos do trabalho cotidiano.

Basaglia (1985) defendia a necessidade de colocar a doença entre parênteses para olhar o sujeito de quem falamos e assim, o tratamento passaria a ser entendido para além da remissão dos sintomas, mas como um processo de invenção da saúde. A partir dessa concepção, segundo o autor, surge a possibilidade de inventar um novo sujeito, que até então tinha sua subjetividade anulada pela instituição total.

O paradigma descrito na história da psiquiatria também é discutido segundo Cunha (2001) em relação à Fonoaudiologia. Para a autora, como reação a uma conceituação do patológico, que não levava em consideração a posição subjetiva do doente frente à doença e que era concebida como o oposto da normalidade referida ao modelo mecanicista, a Fonoaudiologia passou a buscar na linguística os conceitos que lhe permitiriam dar conta dos fenômenos patológicos da Linguagem. Mas, novamente, questionou-se se reduzir os sintomas da Linguagem a alterações do sistema língua compreenderia a singularidade do sintoma e abarcaria a subjetividade do sujeito. Além disso, segundo a autora, esse modelo não seria ainda suficiente, afinal, reduzia a noção de Linguagem às regras que regem o código da língua, dela excluindo a subjetividade do indivíduo.

Ainda, conforme destaca Cunha (2001), a teoria que sustenta a prática clínica fonoaudiológica fragmenta-se em diversos campos de conhecimento, dando origem ao que a autora denomina “clínica de empréstimos”. Retomando parte da história da Fonoaudiologia e novamente segundo a autora, no primeiro momento, o modelo teórico fonoaudiológico adotado foi o de uma medicina que considerava a patologia como uma variação quantitativa de um estado patológico.

Para Mello (2012), o sintoma envolve um posicionamento subjetivo frente ao mundo e às relações que o sujeito estabelece. Segundo a autora, como esse posicionamento subjetivo seria mascarado no sintoma, o tratamento do sintoma não pode prescindir de um encaminhamento rumo ao plano da enunciação, no qual o sujeito tem a ilusão de possuir completo domínio do que faz e do sentido que atribui ao que diz. Dessa forma, tais observações podem ser encontradas em casos

clínicos fonoaudiológicos, em que uma patologia da fala pode ser oriunda de uma dificuldade de o sujeito apropriar-se de sua própria fala (Mello, 2012).

6. A CONTRARIEDADE DA HABILIDADE DE FIGURA FUNDO NO UNIVERSO FONOAUDIOLÓGICO

Figura fundo é uma das habilidades do Processamento Auditivo Central (PAC)¹¹ sendo definida como a capacidade em selecionar um estímulo sonoro significativo dentro de uma gama de sons apresentados no ambiente. Metaforicamente ao termo, torna-se um desafio na clínica fonoaudiológica identificar sinalizadores sem desconsiderar o que está oculto, ao fundo. Assim, proponho aqui uma discussão sobre a temática, a partir de minha experiência enquanto fonoaudióloga residente em uma Enfermaria de Psiquiatria em HG.

O direcionamento presente na formação especializada aponta para que o profissional olhe o comum, o genérico, e assim, o indeterminado se torna menos individualizado e, portanto, mais distante da Clínica da Subjetividade e mais próximo da Clínica da Objetividade. A função de normatizar, presente na Fonoaudiologia desde as suas primeiras intervenções, como foi mencionado nos tópicos anteriores desse estudo, perpassa toda e qualquer abordagem clínica da Fonoaudiologia, estando presente do diagnóstico à terapêutica fonoaudiológica como veremos adiante.

Entendendo o percurso histórico da Fonoaudiologia dentro da clínica da infância, como já referido, não tratarei nesse trabalho acerca da legitimidade do profissional fonoaudiólogo nas equipes que compõem o cuidado da infância e adolescência na Saúde Mental. Embora, seja importante destacar que minha experiência no primeiro ano de residência em um CAPSIJ tornou-se essencial para os questionamentos elaborados no trabalho com jovens adultos, adultos e idosos com quadros de intenso sofrimento mental. Além disso, também não irei propor aqui a discussão acerca da contribuição da Fonoaudiologia na área da Linguagem que mantém estreita relação ao processo de adoecimento psíquico de pessoas em sofrimento mental, entendendo a complexidade da questão e por isso a necessidade de um espaço único para abordar e aprofundar a temática.

A categoria profissional aqui estudada, a Fonoaudiologia, ainda busca formas de integrar saberes, tanto conjuntamente à outros núcleos, quanto às especialidades

¹¹ Segundo Pereira e Schochat (1997) PAC está inserido em um conjunto de habilidades auditivas realizadas pelo Sistema Nervoso Central (SNC) considerando a interpretação das informações que chegam pela via auditiva.

presentes dentro da própria classe, apontado anteriormente. O argumento de que os sujeitos envolvidos na saúde têm uma história de vida, com sonhos e aspirações indica que a integralidade só se realiza quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, implicando em uma abertura para o diálogo com o outro (Mattos, 2001).

Segundo Arce (2014), o fonoaudiólogo ao adentrar o universo da Saúde Mental precisou problematizar as práticas até então hegemônicas que valorizavam o saber isolado e a atenção exclusivamente ambulatorial e individual.

Como coloca Furtado (2007), o desafio de uma formação generalista está na urgência em integrar as diversas disciplinas, saberes e práticas, tendo como foco o cuidado centrado no indivíduo, na família e na coletividade. Para Mattos (2001), superar os reducionismos é entender que as necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina clínica, mas sim se ampliam por várias.

Nesse contexto, trago o caso de Margarida, uma senhora de 47 anos cujos cabelos são lisos e curtos em um tom castanho claro. A paciente¹² chega à UER do HC da UNICAMP e é levada em sequência à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde foi entubada devido a episódio de rebaixamento de consciência relacionado a intoxicação por Lítio¹³. Posteriormente, após extubação, Margarida chega à Enfermaria de Psiquiatria com quadro de confusão mental, taquipsiquismo, taquilalia, agressividade e pensamento desorganizado associado ainda à perda da consciência. Recebeu diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)¹⁴ há 25 anos pela instituição que realiza seu acompanhamento desde então, no município em que reside. Segundo os profissionais desse serviço, Margarida apresentou sua primeira crise de mania aos 22 anos de idade e ao longo de seus anos manifestou diversos episódios maniatiformes inclusive com sintomas psicóticos intercalados com episódios depressivos.

¹² O termo paciente será utilizado nos relatos apresentados por ser o termo universalmente utilizado em âmbito hospitalar. Além disso, é importante destacar que sua utilização pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que, segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010), a origem do termo refere-se à palavra *souffrir*, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer.

¹³ A intoxicação ocorre porque o lítio compete com o sódio para ser reabsorvido nos túbulos renais. Logo, a deficiência do sódio leva à maior reabsorção do lítio, com consequente aumento dos níveis plasmáticos.

¹⁴ Definido como um transtorno mental que causa mudanças incomuns de humor, energia, níveis de atividade e da habilidade de realizar as tarefas diárias. As pessoas com TAB vivenciam estados emocionais intensos fora do comum em períodos distintos chamados “episódios de humor”. Um estado de alegria exagerada é chamado de episódio de mania ou maniatiformes e um estado extremamente triste ou de desesperança é chamado de episódio depressivo.

Me aproximo de Margarida durante uma atividade no espaço do ateliê em que me pediu para ajudá-la com uma pintura, uma flor margarida. Após tal aproximação, recebo o título de “terapeuta ocupacional” ainda que tivesse me apresentado como fonoaudióloga desde o início. Margarida me solicita assistência às suas questões vocais já que, segundo ela, gostaria de aprender a cantar e além disso diz ter “dificuldades para comer” (*sic*). Resgatando os dados do prontuário de Margarida encontro que a mesma teve paralisia facial na infância e Acidente Vascular Cerebral (AVC) quando jovem adulta. Ao conversar com Margarida, inicialmente percebo assimetria facial com falta de movimentação dos músculos do lado esquerdo do rosto, fala lentificada, salivação excessiva e lacrimejamento dos olhos. Frente ao seu pedido de atendimento me coloco disponível para realizar avaliação e atendimentos fonoaudiológicos.

Descrevo a seguir brevemente as manifestações observadas durante avaliação fonoaudiológica. Alerto o leitor que usarei termos técnicos específicos do universo fonoaudiológico e para que o texto não sofra interrupções não farei explicações sobre os mesmos. A avaliação fonoaudiológica foi realizada através da avaliação estrutural da musculatura orofacial, avaliação da respiração, fonação, ressonância, articulação, prosódia, sensibilidade intra e extra oral além das funções de mastigação e deglutição. À avaliação estrutural em repouso da musculatura facial, foram observadas assimetria de face de forma que a boca de Margarida estava direcionada para baixo do lado esquerdo bem como o nariz e os olhos. Quanto à musculatura da língua, observou-se assimetria de língua quanto ao tamanho, sendo sutilmente maior do lado esquerdo com fasciculações com a língua em repouso, observadas nas laterais da língua. Quanto à musculatura do véu palatino, não foram observadas alterações. À avaliação da respiração, Margarida apresentou respiração nasal do tipo torácica com velocidade de respiração acelerada. Os tempos máximos de fonação foram abaixo do valor de normalidade sugerindo coaptação glótica ineficiente e incoordenação pneumofonoarticulatória. À avaliação da fonação, percebe-se uma qualidade vocal rouca e tensa, ressonância hiponasal e ataque vocal isocrônico. A intensidade vocal e a frequência vocal mostraram-se adequadas. Em relação à ressonância, apresentou movimento velar com mínima movimentação do véu e hiponasalidade de grau leve. Com relação à articulação, apresentou movimentos labiais com mínima força, deterioração

progressiva e redução da velocidade durante o movimento. Foi capaz de inflar as bochechas e manter os lábios fechados enquanto se aplicava uma pressão. Com relação aos movimentos de língua foi capaz de realizá-los, porém, de forma inconsistente e com redução da velocidade durante o movimento. Na tarefa de resistência lingual observou-se tônus muscular diminuído. Os movimentos mandibulares foram lentos, porém com fechamento completo e sem desvio mandibular. Com relação aos movimentos das bochechas, conseguiu inflar, porém não realizou os movimentos de suflar e lateralizar o ar. Em relação à prosódia, observou-se velocidade de fala anormal e pausas inadequadas para respiração. À estimulação de sensibilidade respondeu adequadamente. Com relação à mastigação, apresentou preferência à direita e presença de resíduos de alimento no dorso da língua e no vestíbulo bucal. Apresentou à avaliação da função de deglutição, presença de movimentação da cabeça, tensão dos músculos faciais bem como escape de alimento.

Durante a avaliação descrita, Margarida também insere elementos discursivos de sua história de vida. Em determinado momento, diz não ser capaz de realizar o movimento solicitado com os lábios por ter sofrido paralisia facial na infância, infância essa carregada por lembranças de violência física por parentes de seu núcleo familiar. Diz que seu “sofrimento é profundo” (*sic*) e chora ao dizer que sofreu muitas agressões físicas por alguns familiares que moravam em sua casa. Assim, os atendimentos se deram juntamente com o processo avaliativo e muitas vezes, enquanto pintávamos novas flores margaridas, no espaço do ateliê ou durante o momento do almoço dos pacientes, em que pude acompanhá-la durante sua alimentação ou ainda na sala em frente à Enfermaria de Psiquiatria em que selecionávamos músicas para cantarmos juntas.

Tradicionalmente, a avaliação fonoaudiológica precede os atendimentos terapêuticos, entretanto, com Margarida se deu de outra forma: a avaliação foi concluída enquanto realizamos exercícios direcionados às manifestações que foram sendo encontradas ao longo do percurso, bem como às questões vocais e de deglutição, demanda inicial trazida por Margarida.

É descrito pelo CFFa nos Parâmetros Assistenciais em Fonoaudiologia (2016) o formato das terapias ou sessões fonoaudiológicas. Segundo o documento, as terapias ou sessões podem variar de acordo com a faixa etária da pessoa atendida,

formato individual ou grupal do atendimento e âmbito em que o procedimento fonoaudiológico é realizado como ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Assim, é colocado um parâmetro em média de 45 minutos de duração para um atendimento fonoaudiológico. Porém, no documento citado, aparece que cabe ao fonoaudiólogo, respeitando critérios de risco e as condições do paciente, definir os casos que exijam a flexibilização dos parâmetros estabelecidos, desde que não acarrete prejuízo à qualidade do serviço prestado.

Além disso, dentro da categoria clínica fonoaudiológica, torna-se comum o encaminhamento para outro profissional também fonoaudiólogo de outra área de especialidade, como por exemplo, demandas específicas de dificuldade de deglutição avaliadas e acompanhadas por profissionais fonoaudiólogos da especialidade de Disfagia. No caso de ser a única fonoaudióloga no ambiente hospitalar em que se insere a Enfermaria de Psiquiatria do HC, fui provocada a olhar para as diversas questões fonoaudiológicas de Margarida sem desconsiderar o sofrimento psíquico que trazia, motivo pelo qual estava internada. Dessa forma, pude agrupar as questões fonoaudiológicas em atendimentos únicos que compreendiam questões de fala, voz e deglutição, lembrando o leitor que cada uma dessas áreas se relaciona a diferentes especialidades clínicas reconhecidas pelo CFFa atualmente.

Margarida, ao se despedir de mim quando recebeu alta, disse que continuaria com os exercícios fonoaudiológicos não só por fazerem bem a ela, mas por a lembrarem do conteúdo que trabalhamos junto a eles. Disse que gostaria que pudessemos nos encontrar novamente, mas não nos corredores do hospital, mas sim nos corredores da vida.

Assim, a medida em que pude me questionar frente ao caso de Margarida, como integrar o que a paciente trazia de subjetividade em sua história com a avaliação bem como os atendimentos fonoaudiológicos, também coloco o questionamento para as demais especialidades do universo da Fonoaudiologia. Margarida deixou como aprendizado à minha prática clínica que não se pode desconsiderar o saber técnico que a disciplina de Fonoaudiologia carrega, porém, é preciso de fato olhar para além da figura e enxergar nitidamente o fundo, relembando o leitor a referência à habilidade de figura fundo citada no início deste tópico.

Sigo com a apresentação dos casos e agora trago o caso de Rosa, uma senhora de 73 anos cujos olhos são um tom de azul e seus cabelos são brancos, cortados em uma altura um pouco acima dos ombros. Internou na Enfermaria de Psiquiatria por um encaminhamento do médico que a acompanhava em seu consultório. Segundo familiares, há 4 anos Rosa passou a apresentar alteração progressiva e lenta do paladar, recebendo na época o diagnóstico de Síndrome da Boca Ardente¹⁵ e Síndrome Depressiva Ansiosa. Rosa dizia estar com “limo na boca” e “coisa estranha na boca” (*sic*). Fazia movimentos repetidos de deglutição com a intenção de engolir o corpo estranho que estava em sua boca, na região do osso maxilar. Segundo familiares, a higienização bucal se tornou um desafio, embora com frequência realizasse procedimento de limpeza bucal. Rosa também dizia sentir sensação de “inundação na boca” (*sic*) ao tomar líquidos e dizia que grãos de arroz pareciam “pedrinhas” (*sic*) em sua boca. Além disso, dizia: “minha boca não é minha” (*sic*) com perda de familiaridade com a própria boca. Com a intensificação de tais sensações, Rosa inicialmente reduziu a ingestão de alimentos pela boca e progrediu para ingestão apenas de alimentos pastosos e líquidos, também em quantidades reduzidas. Perdeu cerca de 15 quilos no período de 4 meses e após tal acontecimento entendeu-se a necessidade de realizar passagem de Sonda Nasoenteral (SNE) para realimentação, seguindo em repouso em ambiente domiciliar sob os cuidados de familiares. Foi internada após apresentar agravamento das sensações relacionadas à boca, se restringir voluntariamente à cama, passar a movimentar-se menos, dizer ter “perdido as forças” (*sic*), manter os olhos fechados e passar a falar somente o que lhe era perguntado, não iniciando novos diálogos.

Entro em seu quarto e a encontro sozinha, sentada em uma poltrona, segurando um copo de água. Digo que gostaria de conhecê-la dizendo meu nome e minha profissão e logo em seguida Rosa se apresenta e pergunta se eu posso ajudá-la com sua boca. O curto pedido ficou longo na boca de Rosa que disse com velocidade de fala lentificada e em tom monótono. Sua voz era de intensidade baixa e soprosa, porém, era possível entender o que havia dito. Respondo que sim, poderia ajudá-la, e que poderíamos pensar juntas as melhores formas de fazermos

¹⁵ A Síndrome da Boca Ardente é caracterizada por dor na cavidade oral com ou sem sinais inflamatórios, mas sem lesões específicas na mucosa oral. Geralmente apresenta-se como dor na boca, alterações do paladar e alterações da salivação.

isso. Explico que poderíamos fazer uma avaliação das estruturas da boca e de suas funções para vermos como elas estavam funcionando. Inicialmente explico a Rosa que iríamos fazer alguns movimentos com a boca e peço para que ela tente fazer de forma semelhante ao modelo que eu lhe daria. Durante esse processo, cujos resultados irei descrever a seguir, um dos movimentos solicitados era a retração e protrusão dos lábios com a emissão do “i” seguida com a emissão do “u”. Após concluir o movimento, Rosa comenta “esse é difícil, pois parece um sorriso e eu nem me lembro a última vez que sorri” (*sic*), embora tenha conseguido realizar o exercício digo que esse me pareceu ter sido difícil mesmo e que poderíamos tentar mais vezes em outros momentos. Após alguns movimentos pergunto como ela estava. Rosa me responde que a boca estava “cansada” (*sic*) e proponho que continuássemos nos próximos dias. Percebi maior abertura para realização dos movimentos quando eu colocava que aquele movimento poderia ser difícil, mas que a ideia era tentar executar os movimentos e não necessariamente conseguir. Rosa não se recusou a tentar realizar nenhum dos movimentos solicitados e majoritariamente foi capaz de realizá-los mesmo com algumas dificuldades.

Assim como a descrição da avaliação do caso anterior, não me deterei em explicar os termos fonoaudiológicos em prol da continuidade do texto. À avaliação estrutural em repouso da musculatura facial, aparência e condições posturais, foram encontrados lábios selados com tensão, condição postural da mandíbula normal, aspecto flácido das bochechas, assimetria facial leve com lado direito aumentado, posição da língua contida na cavidade oral e aspecto normal do palato duro. Com relação à mobilidade, apresentou movimentos labiais de protrusão, retração, lateralidade direita esquerda com mínima força e redução da velocidade durante o movimento. Com relação aos movimentos de língua foi capaz de protruir, retrair, lateralizar para direita e para esquerda, elevar e abaixar, porém, de forma inconsistente. À tarefa de resistência lingual observou-se tônus muscular diminuído. Os movimentos mandibulares de abaixar e elevar foram lentos, porém com fechamento completo e sem desvio mandibular. Os movimentos de lateralização para direita e para esquerda e protrusão não foram realizados. Com relação aos movimentos das bochechas, conseguiu inflar, porém, não realizou os movimentos de suflar e lateralizar o ar. Em relação à prosódia, observou-se inflexão monótona, como já descrito, a intensidade vocal flutuava em alguns momentos, porém na maior

parte de sua fala se percebeu monoaltura e monointensidade, velocidade de fala lenta e pausas inadequadas para respiração. À avaliação da função respiração, Rosa apresentou respiração nasal do tipo torácica com velocidade de respiração diminuída. Os tempos máximos de fonação foram abaixo do valor de normalidade sugerindo coaptação glótica ineficiente e incoordenação pneumofonoarticulatória. Na avaliação da fonação, percebe-se uma qualidade vocal soprosa e monótona e ataque vocal isocrônico. A intensidade vocal se mostrou baixa e a frequência vocal mostrou-se adequada. À estimulação de sensibilidade nas regiões dos lábios, cavidade bucal e língua, respondeu adequadamente ao lado direito e com menos intensidade do lado esquerdo. Com relação à função mastigação apresentou preferência à direita e presença de resíduos de alimento no dorso da língua e no vestibulo bucal. Apresentou deglutição atípica com projeção de língua anterior e participação da musculatura peribucal com ausência de movimentação de cabeça bem como de escape de alimento. Quanto a eficiência da deglutição com sólidos e líquidos, Rosa não realizou a repetição da deglutição do mesmo bolo.

Durante os atendimentos de Rosa buscou-se significar a representação do sintoma trazido à boca fazendo uso das técnicas fonoaudiológicas sem retirar de cena o contexto de vida em que a paciente se inseria. Mello (2012), utilizou da noção psicanalítica de sintoma como uma contribuição para o tratamento fonoaudiológico dos sintomas da fala. Para a autora, sugere-se que essa noção pode ser utilizada na clínica fonoaudiológica com o objetivo de ultrapassar a mera descrição do sintoma em prol da interpretação do mesmo, contribuindo para que se evite reduzir os sintomas da fala a patologias fisiológicas ou a desvios das normas da língua. Ainda segundo a autora, considera-se essencial que o tratamento dos sintomas de fala abarque a singularidade dos casos e a diversidade subjetiva dos sujeitos, sem prejuízo da aplicação das técnicas estritamente fonoaudiológicas.

Assim, a partir da descrição do caso de Rosa fundamentado de um recorte, é possível analisar os sintomas apresentados de alteração da auto percepção e sensibilidade dos componentes ligados à boca. Segundo a descrição de Barreto (2012), a boca representa personalidade, apetites, gostos, desejos e expectativas e a língua permite a modulação vocal, adaptação das palavras às circunstâncias e a sensação dos diversos sabores dos alimentos ingeridos. O autor pontua que problemas relacionados à boca podem dizer das dificuldades em ingerir não só

alimentos físicos quanto psicológicos, provenientes de experiências relacionais. Além disso, é pela boca que, segundo o autor, quando em sua adequada função, é possível eliminar os alimentos insanos engolidos e que precisam ser expelidos, afastados. Nesse sentido, segundo Mattos (2001), um sujeito não se reduz a uma lesão que lhe provoca sofrimento, tampouco a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar que as descubra, muito menos se reduz a um conjunto de situações de risco.

Voltando ao caso de Rosa, propus a ela exercícios para aumentar a força, resistência e mobilidade das estruturas orofaciais e aumentar sensibilidade intra e extraoral, sem desconsiderar toda a trajetória e história de vida. Ao longo das semanas percebi que os exercícios chamados de “difíceis” estavam bastante semelhantes ao modelo que eu lhe dava e que os atendimentos se tornaram mais longos pois Rosa cansava-se menos, segundo ela. Durante um dos primeiros atendimentos me disse como “era bom quando a boca não era ruim” (*sic*). Perguntei a ela quais eram as suas comidas preferidas e de qual mais sentia falta. Me disse que gostava mais de cozinhar as comidas do que de comer e que naquele momento havia perdido a vontade de cozinhar. Contou-me sobre duas receitas que são os “segredos da família” (*sic*), receitas italianas que aprendeu com sua mãe que aprendeu com sua avó que aprendeu com sua bisavó. Quando me diz que gostaria muito de cozinhar aquelas receitas novamente, digo que estamos caminhando, a passos pequenos, mas caminhando e acredito que poderíamos chegar lá.

Rosa recebeu alta da internação e passou a ser acompanhada no ambulatório do próprio serviço hospitalar. Poucas semanas depois, juntamente com os demais profissionais que atendiam Rosa, referenciamos o caso para seu próprio município para que pudesse dar continuidade ao processo terapêutico em seu território.

Cabem aos casos clínicos de Margarida e Rosa as definições de Cecílio (2001) acerca da integralidade da atenção. O autor define duas formas de integralidade: integralidade focalizada e a integralidade ampliada, sendo que, a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. O fato de se reconhecerem as necessidades de ações específicas fonoaudiológicas além das demandas explícitas relacionadas ao sofrimento psíquico ilustraria o sentido da integralidade em ambos os casos apresentados.

Retomando parte da história da Fonoaudiologia, segundo Mello (2012), após a década de 90, quando se iniciam as discussões sobre o normal e o patológico no discurso fonoaudiológico, a rígida influência positivista que a medicina exercia sobre a clínica fonoaudiológica passou a ser criticada por alguns profissionais da categoria, por culminar em uma valorização da doença em detrimento do doente. Segundo Goulart (2018), há ainda que se falar sobre a temática, não sendo esse o único caminho a seguir, mas, sem dúvida, é um dos caminhos que necessariamente a Fonoaudiologia deve seguir.

Durante o ano em que passei como residente fonoaudióloga na Enfermaria de Psiquiatria do HC tornou-se necessário não apenas desviar o olhar da patologia e do sintoma, muitas vezes intencionalmente focalizado por outros profissionais, mas desviar o olhar de um paradigma que estruturou e ainda estrutura a categoria profissional fonoaudiológica. Para tal, embora realizasse práticas tecnicistas a perspectiva norteadora tornou-se outra e por consequência os processos terapêuticos também.

Há um desconhecimento da categoria profissional quanto às áreas de atuação dentro do campo da Saúde Mental sendo identificada e legitimada apenas pelo seu saber técnico e especializado caracterizado por outras profissões e pelos próprios pares. Assim, defendo neste trabalho que as ações especializadas do núcleo da Fonoaudiologia inseridas no campo da Saúde Mental não são intervenções determinantes do processo terapêutico, porém, assim como as diversas contribuições de outros núcleos profissionais, também são incorporadas como estratégias integradas ao processo de reabilitação psicossocial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abro essa sessão dizendo que as considerações que nela apresento trazem um conteúdo novo assim como o conjunto desse estudo, entendendo, como já mencionado, a escassez de trabalhos com essa temática.

Dessa forma, trazendo as reflexões apresentadas para as práticas fonoaudiológicas torna-se imprescindível integrar os saberes da disciplina entre suas especialidades clínicas. Para isso, não defendo aqui que todo profissional fonoaudiólogo deva ser generalista, mas que mesmo o profissional especialista possa olhar para todas as áreas contempladas pela Fonoaudiologia a fim de buscar a integridade da clínica e ampliação do cuidado para cada sujeito assistido.

Reitero a partir da discussão dos relatos clínicos e tantos outros casos não descritos nesse trabalho, a importância de ações específicas fonoaudiológicas não apenas enquanto pretextos, mas como estratégias integrantes para promoção de saúde e cuidado para pessoas em sofrimento psíquico. A defesa em não considerar ações fonoaudiológicas apenas como pretextos é justificada por não negar o tecnicismo, mas sim integrá-lo a outros saberes que constituem o trabalho multiprofissional presente no campo da Saúde Mental.

Ainda, embora a discussão tenha sido feita embasada especialmente em experiências em uma Enfermaria de Psiquiatria em HG, reforço o questionamento sobre as práticas clínicas fonoaudiológicas realizadas em outros espaços de atuação na Saúde Mental para além do espaço hospitalar em que estive residente.

A trajetória da Fonoaudiologia em busca do reconhecimento de sua identidade, além do entendimento das dificuldades existentes em integrar saberes específicos dentro da própria categoria profissional justifica o desafio em integrar saberes clínicos fonoaudiológicos em defesa a um outro campo de conhecimento: a Saúde Mental. Assim, observa-se que o movimento de transitar entre uma extremidade e outra já aparece descrito na literatura ora se apegando a práticas essencialmente técnicas inspiradas nos procedimentos médicos, ora fugindo desses referenciais tecnicistas e encontrando-se no polo oposto. O pressuposto aqui é de que não há uma fronteira rígida entre as dimensões objetiva e subjetiva, na medida em que se interpenetram e interagem sem, necessariamente, confundir-se.

Ao identificar a chamada “clínica de empréstimos”, citada anteriormente, proponho, com a elaboração desse texto, uma reflexão sobre a busca de uma clínica fonoaudiológica ampliada com os próprios embasamentos teóricos da profissão.

Fundamento meu posicionamento não apenas ao longo de minha experiência enquanto residente em uma Enfermaria de Psiquiatria em HG, mas enquanto fonoaudióloga residente participante das discussões clínicas e teóricas junto aos colegas também residentes, nos diversos campos que compõem a RAPS do município de Campinas.

Retomo o contexto descrito no tópico introdutório deste trabalho e compartilho uma frase que, a partir da graduação, passou a nortear minha trajetória: “devemos promover a ampliação do olhar e não a restrição”. Sigo movida por ainda questionar se a Fonoaudiologia contemporânea tem ampliado o olhar para com o sujeito ou se segue sob influência de outras disciplinas enraizadas na trajetória fonoaudiológica que insistem em reduzi-lo.

É sabida por outros profissionais a contribuição destes para com o campo da Saúde Mental e acredito que dessa forma, os profissionais fonoaudiológicos precisem, antes de tudo, mudar o percurso conduzido para a categoria, desviar o olhar para então ampliá-lo.

Além disso, concluo dizendo que embora esse trabalho tenha se debruçado em discorrer sobre a temática da Fonoaudiologia na Saúde Mental ainda são necessários outros trabalhos e estudos a fim de promover visibilidade para os profissionais da categoria e fora dela acerca dessa área.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

AMOROSO, M. R. M.; FREIRE, R. M. Os sentidos do sintoma de linguagem na clínica fonoaudiológica. In: PASSOS, M. C. (organizador). A clínica fonoaudiológica em questão. São Paulo: Plexus, 2001.

ARCE, V. A. R. Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. Revista CEFAC, 2014; 16(3): 1004-1012.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BARRETO, A. P. Quando a boca cala, os órgãos falam... desvendando as mensagens dos sintomas. LCR, 2012.

BEFI, L. D. M. A inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde. In: BEFI, L. D. M. (organizador). Fonoaudiologia na atenção primária à saúde. São Paulo: Lovise, 1997: 15-35.

BERBERIAN, A. P. A. Normatização da língua nacional: práticas fonoaudiológicas, 1920-1940. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1993.

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

BRASIL. Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BOSI, E. O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê, 1999.

BOTEGA, N.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde Mental no hospital geral: espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e saúde coletiva*, 2000; 5(2): 219- 230.

CASSAVIA, C. S.; MAIA, S. M. Supervisão na clínica de fonoaudiologia: um ensaio sobre os seus sentidos. In: PASSOS, M. C. (organizador). *A clínica fonoaudiológica em questão*. São Paulo: Plexus, 2001: 123-152.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organizadores). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001; 113-126.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Parâmetros Assistenciais em Fonoaudiologia. Resolução 488 de 18 de fevereiro de 2016

CUNHA, M. C. Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território. São Paulo: Plexus, 2001.

DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. Dicionário. Positivo, 2010.

DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J.; BANZATO, C. E. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Saúde Pública*, 2003; 37(5): 629-634.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R. W; DELGADO, P. G. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (organizador). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

FIGUEREDO NETO, L. H. O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo: seus determinantes históricos e sociais. Dissertação (Mestrado em Distúrbio da Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1988.

FOUCAULT, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Economica, 1967.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2005; 8(1): 109-122.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Revista Interface*, 2007; 11(22): 239-255.

GARBIN, W. O sistema de saúde no Brasil. In: VIEIRA, R. M. (organizador). *Fonoaudiologia e saúde pública*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1995; 24-34.

GOULART, B. N. G. Uso da epidemiologia para o fortalecimento da Fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, 2018; 20(2): 133-134.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2006; 1(1).

LEÃO, F. C. A clínica fonoaudiológica: retrospectivas e prospectivas. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

LYPAI, M. S.; ALMEIDA, E. C. A Fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Revista Ciência Médica*, 2007; 16(1): 31-41.

MASINI, M. L. H. O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica. Dissertação (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organizador). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001; 39-64.

MAYOU, R. The history of general hospital psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 1989; 155: 764-776.

MELLO, B. N. A noção psicanalítica de sintoma no tratamento fonoaudiológico. *Revista Analytica*, 2012; 1(1).

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A.; RODRIGUES, M. Assistência fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. *Revista CEFAC*, 2015.

MONDONI, D.; ROSA, A. C. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2010; 26(1): 39-47.

MOREIRA, M. D.; MOTA, H. B. Os caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. *CEFAC*, 2009; 11(3): 516-521.

NUNES, R. T. D. Fonoaudiologia e memória: narrativas sobre o início das práticas fonoaudiológicas na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *São Paulo: Saúde Soc.*, 2013; 22(3): 962-971.

OLIVEIRA, F. Por uma terapêutica fonoaudiológica: os efeitos do discurso médico e do discurso pedagógico na constituição do discurso fonoaudiológico. *Dissertação (Mestrado em Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre*. Porto Alegre, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al (organizador). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006: 669-687.

ORLANDI, E. P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. Campinas, São Paulo: Pontes, 1996.

ORTIZ, K. *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição*. Barueri: Manole, 2010

PALLADINO, R. R. R. A objetividade e a subjetividade na Fonoaudiologia. *São Paulo: Distúrbios da Comunicação*, 2000; 12(1): 61-73.

PEREIRA, L. D.; SCHOCHAT, E. *Processamento Auditivo Central - Manual de avaliação*. São Paulo: Lovise, 1997

SAMPAIO, A.P. Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino. *Neurobiologia*, 1956; 19(1): 72-82.